

Université de Montréal

La réflexivité dans la connaissance de sens commun  
Des représentations sociales des nouvelles techniques de la reproduction d'usagers de la  
médecine de la reproduction

par

Geneviève Daudelin

Département de sociologie  
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)  
en sociologie

août 1997

© Geneviève Daudelin, 1997



HM

15

U54

1998

V.013

Université de Montréal

par  
Olivier de Larosière  
Département de sociologie  
Faculté des arts et des sciences

This thesis is presented to the Faculty of Arts and Sciences  
in partial fulfillment of the requirements for the degree of  
M.A. in Sociology  
Université de Montréal

1998

© Université de Montréal 1998



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

La réflexivité dans la connaissance de sens commun  
Des représentations sociales des nouvelles techniques  
de la reproduction d'usagères de la médecine de la reproduction

présentée par

Geneviève DAUDELIN

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Marianne KEMPENEERS	présidente du jury
Brigitte DUMAS	directrice de recherche
Christopher McALL	membre du jury
Françoise-Romaine OUELLETTE	examineur externe

Thèse acceptée le: 30 janvier 1998

## SOMMAIRE

La recherche porte sur la réflexivité ou la rationalisation (c'est-à-dire la mise à distance du monde et des fondements validant ce rapport au monde), dans le savoir de sens commun. Elle vise à cerner des tendances en termes de réflexivité et à explorer les possibilités de colonisation du savoir de sens commun par la rationalité cognitive-instrumentale. Plus spécifiquement, le savoir examiné est celui de femmes ayant recouru à la médecine de la reproduction et porte sur les nouvelles techniques de la reproduction humaine (NTR). Les hypothèses posées, guidant l'étude du savoir en question, énoncent que le savoir de ces femmes est plutôt rationalisé mais qu'il ne montre pas une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale. La recherche repose donc sur une remise en question d'une certaine façon d'appréhender, d'une part, le savoir de sens commun et, d'autre part, le savoir à propos de techniques souvent conçues comme contenant une logique instrumentale. Ce questionnement s'inscrit dans la suite des recherches sur la culture des sociétés modernes et s'appuie aussi sur une confrontation des écrits sociologiques sur la santé et la médicalisation et des écrits sur les NTR.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'un échantillon de volontaires composé de 17 femmes ayant consulté en médecine de la reproduction et ayant ou non recouru aux NTR. Une analyse des discours, informée notamment par la théorie des représentations sociales de Moscovici, a donné lieu à une construction des représentations sociales, donc du savoir, de ces femmes sur l'objet. Ces représentations ont ensuite fait l'objet d'une analyse de leurs bases de validité et des postures adoptées à l'égard de ces bases de validité en termes de réflexivité.

Cinq représentations sociales des nouvelles techniques de la reproduction ont été construites. La diversité des représentations montre un premier niveau de réflexivité, à l'échelle de la société globale. La réflexivité s'observe d'une part par les références à plusieurs bases de validité pour fonder le savoir et d'autre part par le rapport établi à ces bases de validité, rapport médiatisé plutôt qu'immédiat - sans mise à distance. Toutes les représentations ne sont pas également rationalisées. L'une d'entre elles montre une quasi absence de réflexivité. Parmi les autres cas, certaines sont peu rationalisées alors que d'autres montrent de fortes tendances en ce sens, remarquables d'une part par la diversité des bases de validité et par l'adoption de postures de mise à distance à leur égard ou bien par l'adhésion à des normes procédurales - plutôt que substantielles - accroissant les possibilités de réflexivité. Une représentation apparaît colonisée par la rationalité

cognitive-instrumentale, le rapport à l'objet dans ses diverses dimensions prenant la forme d'un rapport sujet-objet. Des possibilités de colonisation apparaissent dans d'autres représentations, mais ce processus est bloqué par de fortes tendances réflexives, dont la persistance des références à d'autres bases de validité. En bout de ligne, le savoir de sens commun apparaît pouvoir être conçu comme un savoir rationalisé et le rapport aux NTR, tel qu'il apparaît dans le savoir, pouvoir être délié de son lien nécessaire à la raison instrumentale.

## TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIERES	v
REMERCIEMENTS	x
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE: LES POINTS D'ANCRAGE DE LA RECHERCHE	6
PRESENTATION	6
CHAPITRE 1 RATIONALISATION, CONNAISSANCE ET REFLEXIVITE DANS LA MODERNITE	8
Introduction	8
1.1 La rationalisation sociale et culturelle dans la modernité	8
1.1.1 La rationalisation formelle	9
1.1.2 La rationalisation culturelle	12
1.1.2.1 Le désenchantement du monde, l'intellectualisation	12
1.1.2.2 La différenciation de la sphère culturelle ou la rupture de la totalité	14
1.1.2.3 Les critiques de la modernité et la pénétration des savoirs spécialisés dans la vie quotidienne	17
1.1.3 La rationalisation comme extension de la rationalité instrumentale	20
1.2 Critiques de la raison, critiques des critiques	29
1.2.1 Perte de sens et perte de liberté: les conséquences de la rationalisation	30
1.2.2 Des critiques des critiques de la rationalisation	35
1.2.2.1 Rationalisation du monde vécu et réflexivité chez Habermas	35
1.2.2.2 La modernité réflexive de Giddens	40
Conclusion	47
CHAPITRE 2 LA MEDICALISATION, UN CADRE SOCIAL DE DEFINITION DES PROBLEMES ET D'INTERVENTION	50
Introduction	50
2.1 La médicalisation et ses conséquences	51
2.1.1 Les manifestations de la médicalisation	51
2.1.2 Les conséquences de la médicalisation	54
2.2 Des causes de la médicalisation	61
2.2.1 La question de l'efficacité objective de la médecine	61
2.2.2 Dominance professionnelle, dominance d'un groupe social	65
2.2.3 La médecine dans une société technologique	67
2.2.4 La médecine porteuse de la culture occidentale ou l'ethnomédecine de l'Occident	69
Conclusion	83

<b>CHAPITRE 3 DES ELEMENTS D'EXPLICATION DU RECOURS AUX NOUVELLES TECHNIQUES DE LA REPRODUCTION PAR LES FEMMES</b>	<b>85</b>
Introduction	85
3.1 La médicalisation de l'infécondité involontaire	87
3.1.1 Définition médicale et prévalence de l'infertilité	87
3.1.2 Une définition «technologique»: quand le traitement précède le problème	91
3.1.3 L'application du modèle biomédical à l'infécondité involontaire	95
3.1.4 Le recours aux NTR comme signe d'adhésion à la biomédecine: critiques et limites des explications	99
3.2 Les nouvelles techniques de la reproduction porteuses des rapports de sexes	104
3.2.1 La saturation des NTR par le masculin	105
3.2.2 Le recours aux NTR comme signe d'aliénation et d'appropriation des femmes: effets pervers et limites de l'explication	109
3.3 Les nouvelles techniques de la reproduction, une nouvelle poussée de la rationalisation	114
3.3.1 Modification des représentations de la procréation et réification conséquente	115
3.3.2 La pénétration de la logique marchande dans la procréation	123
3.3.3 Le recours aux NTR comme résultat d'une rationalisation univoque: critique des thèses	125
3.4 Les nouvelles techniques de la reproduction dans un contexte normatif favorable à la procréation	130
3.4.1 Le pronatalisme et les normes sociales: des incitatifs à la procréation	130
3.4.2 Les NTR porteuses de normes	137
3.4.3 Des désirs d'enfant suspects: méfaits et limites des analyses du recours aux NTR en termes de normes sociales	140
Conclusion	145
<b>CHAPITRE 4 CADRE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE</b>	<b>154</b>
Introduction	154
4.1 Une théorie de la connaissance commune dans le contexte de la modernité	155
4.1.1 Préalable de la connaissance: la pertinence ou l'objet-problème	155
4.1.2 La représentation sociale: un processus d'appropriation d'objet et résultat	156
4.1.3 Des représentations «sociales»	159
4.1.4 Les représentations sociales: une forme de connaissance	164
4.1.5 Les représentations sociales: une forme de connaissance moderne	168
4.2 Les hypothèses de la recherche et leur contexte	173
4.2.1 Rappel d'éléments de la recension des écrits sur la médicalisation et les NTR en lien avec la problématique théorique	173
4.2.2 Hypothèses et critères d'examen de la rationalisation	177
<b>CHAPITRE 5 METHODOLOGIE</b>	<b>184</b>
Introduction	184
5.1 Les données de la recherche: des discours sur les difficultés procréatives et les NTR obtenus par des entretiens	185
5.2 Les répondantes	191
5.2.1 L'échantillonnage	191
5.2.2 La recherche des répondantes	192
5.2.3 Description des répondantes	195
5.2.3.1 Caractéristiques socioéconomiques des répondantes	195
5.2.3.2 Caractéristiques reliées à l'infertilité, aux traitements médicaux et à la maternité	197
5.2.4 Validité interne et externe	198

5.3	Analyse du corpus	200
5.3.1	Des discours individuels aux représentations sociales	200
5.3.1.1	Le discours produit dans l'entretien: une co-construction	201
5.3.1.2	Analyse de l'énonciation et de la structuration de l'objet	203
5.3.1.3	Analyse transversale ou comparative: la construction des représentations sociales	206
5.3.2	Analyse des bases de validité et de la réflexivité dans les représentations	208
5.3.2.1	Précisions sur la réflexivité et le sujet	208
5.3.2.2	Procédures d'analyse des bases de validité et de la réflexivité	210
	Conclusion	211
	<b>DEUXIEME PARTIE: LES RESULTATS DE LA RECHERCHE</b>	<b>212</b>
	<b>PRESENTATION</b>	<b>212</b>
	<b>CHAPITRE 6 LES NTR-MOYENS DE CONTROLE</b>	<b>214</b>
	Introduction	214
6.1	La représentation des NTR-moyens de contrôle	214
6.1.1	La situation de départ: insécurité et incertitude	214
6.1.2	Au coeur des NTR-moyens de contrôle	216
6.1.2.1	Les NTR: une intervention raisonnable	217
6.1.2.2	Les NTR: une sphère d'action	229
6.1.2.3	Les NTR: signe de la volonté, source de conscience	250
6.2	Les bases de validité de la représentation des NTR-moyens de contrôle	263
6.2.1	L'argument du choix	263
6.2.2	L'argument de l'action	267
6.2.3	L'argument de l'efficacité ou de l'adéquation du moyen à la fin	270
6.2.4	L'argument de la «nature»	275
	Conclusion	285
	<b>CHAPITRE 7 LES NTR-EXCES</b>	<b>289</b>
	Introduction	289
7.1	La représentation des NTR-excès	289
7.1.1	La situation de départ: l'impossible procréation naturelle	289
7.1.2	Au coeur des NTR-excès	291
7.1.2.1	Les NTR: signe de la perte de contrôle	291
7.1.2.2	Les NTR: des interventions excessives	296
7.2	Les bases de validité de la représentation des NTR-excès	311
7.2.1	L'argument du caractère artificiel des NTR	311
7.2.2	L'argument de la perte de maîtrise sur soi	314
7.2.3	L'argument des coûts en comparaison des bénéfices	319
	Conclusion	322
	<b>CHAPITRE 8 LES NTR-MOYENS D'ASSISTANCE ET DE REIFICATION</b>	<b>326</b>
	Introduction	326
8.1	La représentation des NTR-moyens d'assistance et de réification	326
8.1.1	La situation de départ: réaliser un projet	326
8.1.2	Au coeur des NTR-moyens d'assistance et de réification	328
8.1.2.1	Les NTR: des pratiques médicales d'assistance ou de réification	328
8.1.2.2	Les NTR objets de discours publics	348



8.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-moyens d'assistance et de réification	358
8.2.1 L'argument de l'adéquation du moyen à la fin	359
8.2.2 L'argument de l'autonomie	361
8.2.3 L'argument des intérêts des femmes	363
8.2.4 L'argument de la sauvegarde de la procréation	366
Conclusion	371
<b>CHAPITRE 9 LES NTR-MOYENS D'EXPRESSION DE L'INDIVIDUALITE</b>	374
Introduction	374
9.1 La représentation des NTR-moyens d'expression de l'individualité	374
9.1.1 La situation de départ: désir d'enfant sans conjoint	374
9.1.2 Au coeur des NTR-moyens d'expression de l'individualité	375
9.1.2.1 Les NTR: un service aux individus et à la société	375
9.1.2.2 Les NTR: des occasions de réflexion personnelle	381
9.1.2.3 Les NTR: des moyens de réalisation concrète d'un projet personnel	385
9.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-moyens d'expression de l'individualité	394
9.2.1 L'argument du service	395
9.2.2 L'argument de la réflexion	400
9.2.3 L'argument de l'adéquation du moyen à la fin	402
Conclusion	405
<b>CHAPITRE 10 LES NTR-EPREUVE</b>	407
Introduction	407
10.1 La représentation des NTR-épreuve	408
10.1.1 La situation de départ: le risque d'exclusion	408
10.1.2 Au coeur des NTR-épreuve	409
10.1.2.1 Subir les NTR	410
10.1.2.2 Les NTR et l'enjeu des liens aux autres	430
10.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-épreuve	436
10.2.1 L'argument de la peine	436
10.2.2 L'argument de l'efficacité	440
10.2.3 L'argument de la création ou confirmation des liens	446
Conclusion	452
<b>CHAPITRE 11 LA RATIONALISATION DE LA CONNAISSANCE DES NTR: DES TENDANCES MULTIPLES</b>	454
Introduction	454
11.1 A propos du caractère réflexif des représentations	455
11.1.1 La réflexivité comme «décentration»: des représentations multiples, des points de vue plus ou moins décentrés	455
11.1.2 Les postures à l'égard de ce qui «vaut»	459
11.2 A propos de la colonisation des représentations par la rationalité cognitive-instrumentale	472
11.2.1 L'espace occupé par la validité objective	473
11.2.2 Des tendances vers la colonisation?	477
Conclusion	489
<b>CONCLUSION GENERALE</b>	492
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	505

	ix
ANNEXE 1 DESCRIPTION DU PROTOCOLE DE FECONDATION <i>IN VITRO</i>	xi
ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN ET FICHE D'IDENTIFICATION DES REONDANTES	xv
ANNEXE 3 ANNONCE DE LA RECHERCHE	xix
ANNEXE 4 CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES REONDANTES	xxi
ANNEXE 5 CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES CONJOINTS	xxiii

## REMERCIEMENTS

Le travail de production d'une thèse est très certainement, en plusieurs de ses aspects, un processus social impliquant communication, échanges, confiance, méfiance, soutien de diverses natures... Aussi je tiens à remercier particulièrement certaines personnes qui, à un titre ou un autre et peut-être parfois à leur insu, ont contribué à la réalisation de cet ouvrage.

Brigitte Dumas, ma directrice de thèse, qui a su subtilement m'aider à faire la lumière, qui connaissait parfois mieux que moi l'itinéraire que j'avais pourtant tracé - sans, à vrai dire, en connaître tous les méandres et les aspérités - et qui, malgré cela, m'a laissé toujours le plaisir de la «découverte».

Les femmes qui ont accepté de me rencontrer, de me parler de leur expérience parfois pénible et qui m'ont accueillie chez elles, aux sens propre et figuré.

Les personnes qui m'ont aidée avec enthousiasme à rejoindre ces femmes: Lynn Blouin, Marjorie Théodore de Déméter, Danielle Bernard de l'Institut de médecine de la reproduction de Montréal, Monique Marchand de Service Adoption, et toutes les autres qui d'une façon ou d'une autre ont également contribué sur ce plan notamment Françoise-Romaine Ouellette de l'INRS-Culture et Société, Julien Lord de l'hôpital Notre-Dame, Pierre Miron et Robert Hemmings de l'Institut de médecine de la reproduction de Montréal.

Enfin, Jean Leclair de même que Lucille et André Daudelin qui ne peuvent probablement pas mesurer ce que je leur dois.

Je remercie également le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et l'Université de Montréal qui m'ont accordé des bourses sans lesquelles la poursuite du projet aurait été hasardeuse sinon impossible.

## INTRODUCTION

ICSI, ZIFT, DOST, GIFT, FIVETE, IAD... Qui eût cru, il y a à peine 30 ans, que ce serait là des façons de parler de l'engendrement d'êtres humains, de la procréation humaine... Ces mots étranges sont les sigles de nouvelles techniques de la reproduction humaine (NTR) ou si l'on préfère de techniques de procréation médicalement assistée. Ils illustrent à eux seuls le passage de la procréation du côté de l'abstraction, ils crient le passage de l'acte d'engendrement dans une zone désenchantée, éclairée au néon par la connaissance scientifique. Ce qui allait de soi, ce qui longtemps s'est fait sans «conscience» ou sans y penser, voilà qu'on l'a dévoilé, qu'on a prétendu non seulement le savoir ou en avoir conscience mais le «voir» et le «faire» au sens le plus littéral des termes. Bien sûr, tous les enfants qui naissent ne sont pas «faits» par la voie de l'artifice... Mais, en Occident à tout le moins, ne sont-ils pas pensés, planifiés, voire programmés? La Technique a traversé notre mode d'appréhension de toute chose y compris l'engendrement et a perverti celui-ci pour le transporter à jamais loin de la chaleur concrète des corps, loin de la spontanéité parfois violente des actes dits d'amour, loin des imaginaires d'un temps qui n'est plus le nôtre. La Technique rend le monde étranger et nous rend étrangers à nous-mêmes ou, au contraire, nous déshumanise au point où le monde technique est le seul qu'il nous soit possible de concevoir.

Les nouvelles techniques de la reproduction font partie de ces techniques médicales, nombreuses, qui ressemblent à certains égards à des jouets dans les mains de ceux qui les manipulent, des techniques dont l'efficacité est tellement incertaine au regard des risques que les médecins et chercheurs prennent figure d'alchimistes cherchant à tâtons à réaliser le grand Oeuvre au détriment de ceux et celles qui sont entre leurs mains avec leurs souffrances et leur détresse. Dans la mise en scène de notre monde, ils prennent place à côté de Prométhée, Faust, Victor Frankenstein, au choix, mais au contraire de ceux-ci ils ne font pas partie du mythe.

Le récit qui précède n'est pas vraiment issu de mon imagination, ni des résultats de la présente recherche et les lectrices et lecteurs de ces pages ressentiront sans doute une impression de déjà vu. Ce récit a quelque chose de familier. Au fait, qu'y a-t-il en lui de familier? La crainte immémoriale d'une transgression d'un ordre par l'intervention humaine, peut-être. Mais aussi la critique, le doute, portés par les voix d'experts, de «sages» de multiples horizons, retransmises par des média divers, et alimentés constamment par les «premières», ces exploits scientifiques dont Dolly, la brebis clonée,

n'est que le dernier exemple le plus frappant. «Vous croyez qu'il s'agit d'un progrès?», disent les voix, «détrompez-vous». «Vous pensez que ces voix disent vrai? détrompez-vous». D'autres voix s'élèvent, critiquent ou nuancent les propos des premières qui répliquent et réitèrent en appelant à la barre des témoins l'histoire du 20<sup>e</sup> siècle, jonchée des cadavres et des désastres du Progrès.

Ce concert, parfois cacophonique, des voix qui s'entrechoquent sur la place publique n'est pas moins familier que le récit. Et il l'est d'autant moins que les NTR ne sont pas les seules à faire l'objet de critiques, de doute. Traversés par les voix qui s'élèvent, les objets qui nous entourent dans la vie quotidienne tout autant que les modes de vie, la nourriture, l'environnement naturel deviennent incertains, sinon suspects.

Les chercheurs des sciences sociales, notamment, sont informés de tels ébranlements parce qu'ils y contribuent, parce qu'ils en font parfois l'objet même de leurs questionnements et parce que la critique ou le doute font partie - au moins théoriquement - des postures fondamentales à adopter dans la démarche de connaissance.

Mais qu'en est-il des «autres», ceux et celles formant la masse informe du «commun», ces «Monsieur et Madame Tout le Monde»? Ils ne savent pas ou pas assez, dépendamment de l'objet dont on parle parce que cette masse est aussi constituée des «experts» qui ne le sont que pour quelques aspects faisant l'objet de leur attention. Que font-ils alors? De trois choses l'une: soit ils conservent intact un savoir traditionnel encore bon pour faire face aux circonstances de la vie quotidienne; soit ce savoir est remplacé par un autre savoir, celui des experts, qu'ils ne maîtrisent pas, dépossédés face à des objets étrangers sur lesquels le vieux savoir n'a pas de prise; soit enfin ils prétendent savoir mais au fond quiconque sait vraiment pourrait leur montrer qu'ils se leurrent. Le savoir des non experts est ainsi un non savoir ou un savoir ne permettant pas d'apprécier d'une façon éclairée les enjeux posés par le monde actuel ou encore un savoir calqué sur celui des experts qui disent la vérité absolue et incontestable sur l'objet en question. Plutôt statique et surtout pas critique, le savoir de sens commun est épargné par le doute qui sape continuellement le monde mais il est avalé par un autre savoir, le seul qui vaille, c'est-à-dire celui des chantres de la science et du Progrès qui fournissent la vérité à propos du monde. Pire encore, parce qu'il est peu critique, il ne se contente pas de répéter d'une façon abâtardie la vérité scientifique: il est pénétré par la logique même qui anime les velléités de la science. Et voilà pourquoi, en fin de compte, le récit rapporté plus haut pourrait bien un jour devenir réalité, malgré les avertissements lancés qui, comme on sait, n'atteignent pas le

«commun», lequel ne se laisse émouvoir que par les bienfaits de la science et autres divertissements de la société de consommation... Second récit.

Démagogie? A peine, bien qu'en effet j'aie noirci le trait et, un peu, caricaturé un discours informé - implicite bien entendu, le plus souvent - sur le savoir de sens commun. L'ironie, c'est que ce récit appartient jusqu'à un certain point... au savoir de sens commun qui, en cela, n'est pas bien éloigné du savoir informé ou institué. Est-ce qu'en effet ce récit n'a pas quelque chose de trop familier? qu'y a-t-il dans ce récit?... etc.

Trêve de récits et reprenons les fils que j'ai déroulés à travers eux. D'un côté, il y a ce monde habité d'objets techniques, ébranlé par les discours sur ce monde et ces objets, désillusionné, un peu cynique. Plus précisément, il y a ce monde contenant, parmi d'autres techniques médicales, des NTR et constitué entre autres des voix qui parlent de ces NTR. De l'autre côté, il y a des personnes qui ne sont pas expertes en général et qui peuvent l'être à divers degrés dans des zones de ce monde. Et, plus particulièrement, il y a des femmes qui recourent à des cliniques de fertilité et aux NTR pour avoir des enfants, selon toutes vraisemblances. Comment concilier les deux côtés, comment penser *ces* femmes dans *ce* monde?

En effet, il se passe quelque chose de curieux quand on cherche à comprendre ensemble les récits. Le premier nous dit que nous vivons dans un monde pénétré par la technique, non seulement par des objets techniques mais par une logique technique ou par la raison instrumentale. Qu'est-ce qui produit cela? Un processus de rationalisation du monde qui le soumet à une certaine façon de l'appréhender. C'est du moins l'explication, sous-jacente au récit, que l'on peut considérer comme une hypothèse. Or ce processus de rationalisation prend figure, en son fond, d'un processus de désancrage de ce qui va de soi et de reformulation ou de réancrage dans un ailleurs. Ce processus n'équivaut donc pas essentiellement à une logique technique mais à ce travail de déconstruction des évidences, première porte à ouvrir pour qu'une logique technique puisse s'installer. Si cette hypothèse tient, pourquoi, est-on en droit de se demander, le savoir de sens commun serait-il épargné par les modifications produites par le processus de rationalisation dans la façon d'appréhender le monde et pourquoi ce savoir, en supposant qu'il n'est pas épargné, devrait-il prendre figure d'une imitation d'une logique technique? On pourrait poser la question autrement et se demander comment le travail des intellectuels critiques est possible si le processus de rationalisation est univoque et mène à une logique technique de laquelle il est impossible de sortir, face à laquelle aucune distance critique n'est possible. Pour penser ce travail critique, il faut minimalement admettre que la connaissance savante

n'est pas univoque même si elle désancre ce qui va de soi donc même si elle est rationalisée.

Cette recherche concerne les productions de sens ou le savoir des «profanes» du domaine des NTR - par opposition aux experts médicaux et autres qui produisent ces techniques concrètement et discursivement - dans les conditions socioculturelles des sociétés occidentales contemporaines décrites notamment comme des univers rationalisés. Le savoir des profanes est-il ou non, lui aussi, rationalisé et, s'il l'est, dans quel sens? dans le sens d'une raison instrumentale ou non? dans le sens d'un recouvrement par les savoirs experts - et quels savoirs experts - ou non? Il s'agit donc de cerner les sens donnés aux NTR qui permettraient de rendre le recours «possible» (ou sensé) ou inversement qui empêcheraient d'envisager le recours.

Les NTR constituent en quelque sorte un prétexte à l'étude du savoir profane. L'intérêt de ce prétexte plutôt qu'un autre réside dans la complexité qu'on associe à ce type d'objets techniques et dans les enjeux que ces NTR portent du point de vue de la procréation, de la féminité, de la famille, des enfants, du corps, de l'espèce. Par ailleurs, le prétexte NTR a ceci d'intéressant qu'il y a quelque chose d'étonnant dans le recours par des femmes à ces techniques, souvent lourdes et risquées. Ces femmes semblent en décalage avec l'époque. Comment, en effet, peut-on se soumettre en son corps et en tout son être à des procédés aussi risqués et incertains à une époque aussi frileuse, aussi exigeante de garanties et friande d'assurances? L'intérêt des NTR réside également, bien entendu, dans la «réputation» des NTR du point de vue de la rationalisation de l'engendrement qu'elles provoqueraient dans le sens de la technicisation. Sur ce plan, en fait, l'objet NTR pose autant de problèmes qu'il a d'intérêt puisque se référer au processus global de rationalisation pour étudier la connaissance de sens commun sur un objet technique, donc pur produit de cette rationalisation, oblige à délier, au moins au départ, l'objet technique de la logique technique. Pour aborder la connaissance des NTR, il faut faire de celles-ci un objet comme d'autres objets qui nous entourent. Cela implique une rupture avec l'évidence selon laquelle les NTR ne peuvent être connues autrement que ne les connaît et les produit la médecine de la reproduction, du moins telle qu'elle est décrite de façon idéaltypique (une «médecine technicienne»). Il faut donc considérer les NTR comme des objets susceptibles d'être interprétés, comme des objets potentiellement polysémiques. En d'autres termes, il faut considérer comme une hypothèse que les productions de sens des profanes sont/ne sont pas porteuses des contenus et, par suite, de la logique dont les remplirait la médecine technicienne *étant donné les conditions de la modernité avancée*. Il faut donc transformer en question l'évidence du récit. Et faire de même du second récit.

Ces transformations des évidences en des questions passent par une confrontation des savoirs ou des hypothèses de la sociologie des NTR et de la médecine de la reproduction à celles de la sociologie de la santé comme à celles des savoirs sociologiques - et philosophiques - sur la culture et la connaissance des sociétés modernes. En d'autres termes, il s'agit de chercher, dans cette masse de savoirs, les pistes permettant de transformer les évidences en une question et de fonder cette question. La première partie de la thèse («Les points d'ancrage de la recherche») constitue le re-tracé, pas à pas, de cette démarche de fondation - ou d'ébranlement des évidences - et de stabilisation temporaire de la question par la confrontation des savoirs sociologiques et autres. La seconde partie est un exposé des résultats de la mise à l'épreuve de la question ou des hypothèses. La recherche vise à cerner des tendances, dans le savoir profane, vers la rationalisation de ce savoir. En ce sens, les résultats ne mènent pas à une vérification, au sens expérimental du terme, des hypothèses mais plutôt en l'instauration d'ouvertures théoriques, fondées empiriquement et théoriquement, pour appréhender le savoir de sens commun dans les conditions socioculturelles de la modernité avancée.



## **PREMIERE PARTIE: LES POINTS D'ANCRAGE DE LA RECHERCHE**

### **Présentation**

Les questions qui animent la recherche ne sont pas nées par génération spontanée. Ni le point de vue d'ailleurs à travers lequel elles sont étudiées. Les unes et l'autre sont le résultat d'une confrontation de points de vue, de données empiriques, de réflexions informées, de théories en constante évolution. Ce sont ces éléments, qui ont alimenté le point de vue adopté et qui en quelque sorte le justifient, qui forment la substance de cette première partie. A ces éléments s'ajoutent, bien sûr, les modalités permettant de passer de ce point de vue relativement théorique à une base empirique afin de le mettre en doute pour le modifier ou pas, mais de toute façon pour le discuter. Cette première partie est donc une délimitation du site de la recherche aux plans théorique et méthodologique. Elle fournit, d'une part, les bases de compréhension de la démarche en la situant dans la connaissance déjà acquise de l'objet et, d'autre part, les bases d'interprétation du matériau.

Le Chapitre 1 porte sur le processus de rationalisation et la réflexivité. Il est le coeur (ou la tête) puisqu'il alimente les autres chapitres. Il éclaire le second, sur la médicalisation, du point de vue des bases de compréhension de ce processus au plan de sa signification culturelle. Il apporte aussi un point de vue permettant de jeter un regard critique sur une partie des thèses relatives aux NTR présentées au Chapitre 3. Enfin, il nourrit le cadre théorique, objet du Chapitre 4, puisque celui-ci est une présentation d'une théorie de la connaissance de sens commun.

Le Chapitre 2 à propos de la médicalisation, de son côté, nourrit la compréhension des NTR en ce qu'il donne une vue plus large sur la médecine, ses moyens, son type de connaissance et les rapports entretenus par les patientes ou usagères avec la médecine. Il m'a semblé en effet que les NTR ne pouvaient pas, dans un premier temps à tout le moins, être abordées comme des techniques détachées de la médecine et qu'en conséquence pouvaient être mieux cernées par ce détour.

Le Chapitre 3 est un exposé critique des écrits sur les NTR du point de vue des explications qu'on y trouve (ou que l'on peut déduire) du recours aux NTR par les femmes. A des explications relatives à la médicalisation et à la rationalisation s'ajoutent celles, incontournables, relatives aux rapports de sexes et aux normes sociales entourant la procréation. Ce sont les liaisons présumées entre le savoir et l'action qui ont orienté le choix de lire les écrits sur les NTR du point de vue des explications de l'action (le recours

aux NTR). Les représentations sociales sont en effet conceptualisées comme un savoir pratique, lié à l'action.

Au Chapitre 4, je présente la théorie des représentations sociales, élaborée notamment par S. Moscovici, pour proposer une base d'explication de la constitution de la connaissance de sens commun. Il s'agit de cerner des assises plus restreintes à partir desquelles analyser le matériau et en proposer une signification. Le Chapitre 1, de ce point de vue, permet de jeter un regard critique sur la théorie et de l'alimenter de façon à en accroître la pertinence sociologique. Le Chapitre 4 se clôt par l'exposé des hypothèses et ouvre sur l'observation, c'est-à-dire sur le Chapitre 5 qui consiste en l'exposé de la méthodologie de la recherche.

# **CHAPITRE 1 RATIONALISATION, CONNAISSANCE ET REFLEXIVITE DANS LA MODERNITE**

## **Introduction**

La rationalisation constitue un concept complexe, à multiples facettes. Explicatif ou descriptif (selon les thèses) d'une forme spécifique de structuration des sociétés occidentales, le concept comporte quasi toujours en même temps une part largement critique de ces sociétés.

Dans ce chapitre, je me suis efforcée de démêler un tant soit peu l'écheveau que, de prime abord, forme la «rationalisation» dans ses divers sens et ramifications, tout en poursuivant une idée, germe des hypothèses de cette recherche. En ce sens, il ne s'agit pas ici à proprement parler d'une revue exhaustive des écrits sur la rationalisation mais plutôt, d'une part, d'un exposé des différentes dimensions du concept telles qu'on les retrouve dans certaines thèses qui ont apparemment inspiré beaucoup d'écrits sur la modernité. D'autre part, il s'agit aussi de cerner les points d'appui d'une problématique susceptible d'éclairer la compréhension de l'objet, c'est-à-dire la connaissance de sens commun des nouvelles techniques de la reproduction.

Dans un premier temps, je présenterai les définitions du concept de rationalisation. Ensuite, j'exposerai les thèses en découlant du point de vue des «diagnostics» posés sur les sociétés modernes. Parmi ces thèses, certaines constituent des critiques de la Raison et de ses conséquences - apparemment - inéluctables alors que d'autres se posent en critiques de ces... critiques et proposent un renouvellement du regard sur la modernité.

### **1.1 La rationalisation sociale et culturelle dans la modernité**

Le concept de rationalisation n'a pas été construit dans les écrits des sociologues et philosophes de façon univoque. Il renvoie à la fois 1° au processus d'organisation interne des représentations et des pratiques (logique, cohérence, systématicité), 2° au processus de différenciation de la sphère culturelle et, dans ce cas, il définit le type de connaissance appliquée dans la modernité (intellectualisation et réflexivité), enfin 3° au processus d'extension de la rationalité en finalité ou raison instrumentale. Ces trois définitions de la notion peuvent être comprises également comme les dimensions d'un même phénomène. Dans ce cas, elles seraient articulées dans la formation d'un concept global de rationalisation, applicable aux sociétés modernes. Cependant, on a pu les distinguer parce

que, selon les sociétés étudiées, elles ne s'articulent pas forcément toutes pour éclairer les phénomènes particuliers à ces sociétés. Aussi, dans ce qui suit, je présenterai chaque dimension séparément dans un premier temps pour ensuite montrer les articulations retenues entre ces éléments chez divers auteurs et l'analyse qu'ils en ont tirée.

### **1.1.1 La rationalisation formelle**

La rationalisation ici signifie un processus d'accroissement de la cohérence interne des représentations, de leur organisation logique et conséquente. Dans l'avant-propos à *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, c'est bien de cette rationalisation formelle dont Weber décrit les avancées inégales (dans le temps et l'espace) dans divers domaines: le droit, la musique, l'architecture, etc. C'est en fait la mise en ordre systématique d'un domaine dans un but de contrôle, de planification, de calcul, de reproductibilité.

Le concept d'activité rationnelle (en finalité ou en valeur), tel que défini par Weber, a cette signification de rationalité formelle. Il ne comporte pas en lui-même un contenu prédéfini: la rationalisation dans ce sens est repérable tout autant dans l'activité des puritains (décrite dans l'étude nommée plus haut) qui organisent leur vie de façon systématique en fonction de leur croyance religieuse, dans les pratiques de magie (où l'on calcule ou prévoit que telle action produira tel effet recherché), dans la résolution du problème de la théodicée (les réponses aux problèmes seront rationnelles tout en étant différentes selon les religions), dans l'activité des entrepreneurs et marchands à l'aube du capitalisme moderne qui s'accompagne d'une comptabilité rationnelle, etc. Ce concept formel permet ainsi d'analyser l'activité dans les sociétés tout autant prémodernes que modernes (c'était le but visé par Weber, formuler des concepts universels). C'est en ce sens que, pour Weber, le processus de rationalisation ne mène pas forcément au développement qu'a connu l'Occident (cette distinction entre les points de vue formel et substantiel chez Weber est très bien expliquée par Raynaud, 1987).

C'est le point de vue qu'a également retenu Lukacs (1960), inspiré explicitement par Weber. Son concept de rationalisation est fondé sur cette idée de rationalité formelle. C'est en effet la possibilité du calcul et de la prévision qui est au fondement des transformations (dans le sens de la réification, j'y reviendrai plus loin) du processus de travail. C'est justement en se fondant sur le caractère formel de la rationalisation qu'il perçoit la limite même de ce processus de rationalisation-réification: il ne s'agit pas d'un caractère naturel et éternel du système capitaliste (les crises dans ce système seraient révélatrices de l'irrationalité du système).

De même, Lukacs s'accorde avec Weber pour voir dans le rationalisme (rationalité formelle) un phénomène qui n'appartient pas en soi à la modernité occidentale. Pour lui, le rationalisme a le sens d'un «système formel qui, dans sa cohésion, [est] orienté vers le côté des phénomènes qui est saisissable, productible, et donc maîtrisable, prévisible et calculable par l'entendement (...).» (Lukacs, 1960: 145).

S'il faut le préciser, la rationalité formelle ne doit pas être confondue avec la rationalité scientifique. Si celle-ci est formelle, elle limite par ailleurs les contenus possibles en termes de résultat de l'application de la rationalité. C'est pourquoi les pratiques de magie peuvent être conçues comme relevant de la rationalité formelle mais non de la rationalité scientifique, la première ne fournissant pas *a priori* de contenu en termes d'aboutissement du processus.

La définition du rationalisme de Lukacs introduit un élément fondamental pour la question qui m'intéresse: l'entendement. La rationalité formelle suppose, on l'a dit, l'application d'une logique, l'organisation cohérente d'un ensemble. Le concept wébérien d'activité rationnelle (en finalité et en valeur) comporte aussi cette dimension et c'est sur cette base que Weber distingue les types d'activité ou d'orientation des activités, c'est-à-dire selon le degré de rationalité impliquée ou, autrement dit, le degré de réflexivité ou de conscience impliquée (Raynaud, 1987). Définissant l'activité rationnelle en finalité, Weber écrit (1971:23, italiques de l'auteur):

«Agit de façon rationnelle en finalité celui qui oriente son activité d'après les fins, moyens et conséquences subsidiaires et qui confronte en même temps rationnellement les moyens et la fin, la fin et les conséquences subsidiaires et enfin les diverses fins possibles entre elles. En tout cas, celui-là n'opère ni par expression des affects (et surtout pas émotionnellement) ni par tradition.»

Ainsi, on doit comprendre que l'activité rationnelle (en valeur ou finalité) n'est pas orientée par les émotions ni par la tradition c'est-à-dire qu'elle n'est pas mécanique ou instinctive.<sup>1</sup> Elle est sous-tendue par l'idée d'un sujet agissant. Comme le note Raynaud, l'activité rationnelle en finalité, particulièrement, «est inconcevable sans l'idée de buts ou de préférences *subjectifs*, et sans un minimum de projection vers l'avenir (et de domination

---

<sup>1</sup> La définition de l'activité traditionnelle peut porter à confusion: il semble qu'on puisse interpréter la «tradition» comme l'habitude, la routine et non seulement la coutume de longue date. En fait, les types idéaux définis par Weber devaient pouvoir servir à l'analyse de l'activité dans toutes les sociétés (caractère universel des concepts). L'activité de type traditionnel doit donc être comprise au sens large et être utilisable pour l'analyse des sociétés modernes et prémodernes. Par ailleurs, ces types idéaux ne sont pratiquement jamais repérables de façon pure dans le réel: le plus souvent, une même activité comporte des éléments de plusieurs de ces types (1971: 23).

de la nature).» (1987: 135, italiques de l'auteur). Ainsi, au plan individuel, la rationalisation formelle réduit la part naturelle ou traditionnelle dans le comportement.

Discutant la notion de «réflexivité», Giddens note par ailleurs, ce qui irait dans le sens de ce qui précède, que dans les sociétés dites traditionnelles (prémodernes) la réflexivité ou la rationalité formelle est observable également. Si ces sociétés ne sont pas totalement statiques et qu'on y observe une forme de réflexivité, celle-ci se limite toutefois à une réinterprétation et clarification de la tradition; par conséquent, le passé (plutôt que l'avenir) pèse bien plus lourdement dans la balance du temps. Giddens définit la réflexivité comme «a consistent monitoring of behaviour and its contexts» (1990: 36). Cette définition, avec l'accent mis par Giddens sur le passé dans la discussion de la réflexivité prémoderne, diffère de celle donnée par Raynaud dans son interprétation de Weber. La raison en est probablement que celui-ci a développé sa définition de l'activité rationnelle (ou réflexive) dans une logique d'action *individuelle*, alors que Giddens ne fait pas clairement référence à cela dans sa définition de la réflexivité.<sup>2</sup> Aussi il peut observer que l'activité réflexive est, sur un plan global, orientée vers le passé en termes d'horizon de référence dans les sociétés prémodernes, la tradition ayant ici un sens plus restreint que chez Weber (c'est ce qui distingue les sociétés prémodernes des modernes entre autres).

Pour résumer, la rationalité formelle renvoie à l'organisation logique et cohérente en fonction de représentations de l'activité (individuelle ou collective). Cette activité est marquée par le calcul, la prévision en vue d'atteindre des buts ou d'accorder l'action selon la connaissance des conditions de l'environnement (naturel ou non) ou selon des valeurs importantes. Elle est donc observable dans toutes les sociétés humaines.

Ce qui est plus intéressant ici c'est le résultat de l'institutionnalisation en quelque sorte de cette rationalité formelle en Occident, c'est l'effet produit par l'application de cette rationalité dans le contexte particulier des sociétés occidentales, surtout à partir du 15<sup>e</sup> siècle. Les deux autres dimensions du concept de rationalisation (ou les deux autres concepts de rationalisation) sont dépendantes en quelque sorte de l'identification de la première dimension «formelle». Celle-ci constitue le point de départ, d'un côté, de la rationalisation culturelle renvoyant à la transformation des «structures de conscience» et à une rupture entre deux temps, et d'un autre côté, de l'extension de la rationalité en finalité alors que la rationalité formelle a fini par prendre surtout la forme (comme tendance

---

<sup>2</sup> Giddens veut se distancier, dans sa théorie de la structuration, des approches interprétatives qui reposent sur la philosophie de la conscience ou du sujet et des approches fonctionnaliste et structuraliste qui sont marquées par l'«impérialisme» de l'objet. Par conséquent, la réflexivité ne correspond pas à la conscience du sujet mais à une caractéristique des pratiques des agents compétents. Voir Giddens, 1984: 2 et sq.

générale, organisatrice des rapports entre les êtres et entre eux et les choses) d'une rationalité instrumentale.

### 1.1.2 La rationalisation culturelle

Plusieurs dimensions du concept de rationalisation culturelle sont ici en question: 1° ce que Weber a appelé le «désenchantement» du monde et l'«intellectualisation»; 2° l'idée de la rupture ou de l'éclatement de la totalité prémoderne en termes de compréhension du monde; 3° la pénétration des savoirs spécialisés dans la sphère de la vie quotidienne, la réflexivité moderne c'est-à-dire la critique possible de «tout».

#### 1.1.2.1 Le désenchantement du monde, l'intellectualisation

La notion de désenchantement, reprise par de nombreux auteurs depuis Weber, est fort évocatrice du phénomène de rupture entre les mondes prémoderne (ou traditionnel) et moderne. C'est même, pour l'entendement actuel, un terme qui n'est pas immédiatement compréhensible tellement est loin ce monde enchanté, parce que c'est bien de cela qu'il s'agit: «désenchanté» maintenant a essentiellement le sens de «désillusionné» et on ne se souvient plus d'un monde de croyance en des puissances magiques, le monde des fées et autres jeteurs de sorts ou de «charmes»<sup>3</sup>. D'ailleurs, Wellmer (1985: 41) souligne que c'est là aussi ce qui sous-tend le terme «désenchantement» chez Weber: la rationalisation au sens du désenchantement signifie une désacralisation du monde social et naturel par l'avènement de la rationalité scientifique et sa forme spécifique d'objectivité menant forcément, pour ceux qui y adhèrent, à la perte de leurs illusions. Weber utilise les termes «rationalisation intellectualiste» ou «intellectualisation», dans «Le métier et la vocation de savant» pour décrire ce processus. L'intellectualisation ne correspond pas, toutefois, chez Weber à une attitude permettant de rencontrer la vérité définitive dans le réel: il s'agit davantage de la représentation qu'ont les Occidentaux de leur rapport au monde et de leur capacité d'action sur le monde<sup>4</sup>:

<sup>3</sup> Le vers de Corneille est ainsi difficilement compréhensible qui dit: «Ah! qu'avec peu d'effet on entend la raison, / Quand le coeur est atteint d'un si charmant poison!» *Le Cid*, (1637) Paris, Ed. Hachette, 1976: 73. «Charmant» a ici clairement le sens d'un effet d'ensorcellement et non le sens, beaucoup moins fort, de «plaisant», «attrayant» ou «délicieux». On peut penser, cependant, qu'il y a encore une recherche et une croyance en une dimension magique (voir par exemple l'attrait exercé par les «sciences occultes» et l'ésotérisme) mais ces pratiques et croyances se font sur le mode mineur, elles n'organisent pas le sens du monde pour les sociétés actuelles.

<sup>4</sup> L'intellectualisation participe en fait, chez Weber, à la transformation du monde, à son désenchantement au sens où il n'y a plus de dieu unique mais bien des dieux (pluralisme des valeurs). «In 'Science as a Vocation' it is very obvious that he treated sociology as part of the polytheistic, but Godless world of rationalized knowledge and bureaucratic monitoring processes.» (Turner, 1992: 141).

«L'intellectualisation et la rationalisation croissantes ne signifient (...) nullement une connaissance générale croissante des conditions dans lesquelles nous vivons. Elles signifient bien plutôt que nous savons ou que nous croyons qu'à chaque instant nous *pourrions*, *pourvu seulement que nous le voulions*, nous prouver qu'il n'existe en principe aucune puissance mystérieuse et imprévisible qui interfère dans le cours de la vie; bref que nous pouvons *maîtriser* toute chose par la *prévision*. Mais cela revient à désenchanter le monde. Il ne s'agit plus pour nous, comme pour le sauvage qui croit à l'existence de ces puissances, de faire appel à des moyens magiques en vue de maîtriser les esprits ou de les implorer mais de recourir à la technique et à la prévision. Telle est la signification essentielle de l'intellectualisation.» (1959: 70, italiques de l'auteur).

Ce processus de désenchantement est interprété en un sens évolutionniste par Habermas, entre autres, pour qui il correspond à un stade d'apprentissage en quelque sorte, et qu'il nomme plus spécifiquement «décentration». Par opposition aux pensées mythique et métaphysico-religieuse, la pensée moderne aurait atteint un stade où il ne serait plus possible d'utiliser les catégories de pensée des stades antérieurs. Ainsi, les coupures entre divers modes de pensée (mythique, métaphysico-religieuse et moderne)

«sont caractérisées par des modifications dans les systèmes conceptuels de base. Les interprétations d'un stade dépassé, quel que soit leur *contenu*, sont *catégorialement dévalorisées* lors du passage aux stades ultérieurs. Ce n'est pas telle ou telle raison, mais le *type* de raison qui ne convainc plus.» (Habermas, 1987: 84, italiques de l'auteur).

Ainsi, ce qui est au fondement de cette pensée moderne (par rapport aux pensées antérieures) réside davantage dans les cadres entourant l'interprétation du monde, les catégories pouvant être utilisées et qui trouvent une validité.

Dans un cas comme dans l'autre, le phénomène marquant tient peut-être à la «réflexivité». Comme on l'a vu précédemment, la réflexivité n'est pas en soi un fait moderne. La définition de l'activité rationnelle chez Weber, impliquant cette réflexivité, de même que la définition qu'en donne Giddens, s'appliquent à des actions aussi bien dans les cadres prémodernes que modernes. Dans la modernité, la réflexivité a ceci de particulier qu'elle peut s'appliquer à toute chose, y compris à ce qui demeurerait intouchable («impensable») auparavant. L'application de la rationalité ou de la réflexivité dans la modernité a pu ainsi être interprétée comme un mouvement de profanation (Domenach, 1986) ou comme un mouvement de déconstruction possible de ce qui apparaissait jusque là appartenir à la nature (par exemple la Monarchie divine). La réflexivité impliquée dans le désenchantement ou l'intellectualisation, comme mouvement vers la rationalisation, équivaut, autrement dit, à la mise à distance de toute chose, permettant d'établir un rapport fondé sur la possibilité de la critique, de l'évaluation (ce qui implique un jugement de



vérité ou de valeur). C'est ce qui permet de dire que le désenchantement du monde renvoie bien à l'avènement d'un Dieu «radicalement transcendant», à un ciel «vidé de ses anges» (Berger, 1971: 182-183) et donc à une certaine sécularisation, mais également et plus largement à ce type de réflexivité ou d'intellectualisation.

### **1.1.2.2 La différenciation de la sphère culturelle ou la rupture de la totalité**

L'émergence de l'activité rationnelle ou de la réflexivité comme mode habituel de positionnement face aux choses (soi inclus) correspond à l'éclatement de la totalité ordonnée hiérarchiquement où chaque élément (de Dieu à la nature en passant par les individus) avait une place déterminée et n'était pensable qu'en relation avec tous les autres (le sens de chaque élément ne se concevait pas en soi). Cet éclatement de la totalité correspond à ce que Habermas (1987: 348) appelle la différenciation des sphères de valeurs.

«(...) Weber voit dans le passage au Moderne une différenciation de sphères de valeurs et de structures de conscience qui rendent possible une transformation critique du savoir traditionnel, selon des prétentions chaque fois spécifiques à la validité.»

On assiste à la différenciation de la totalité culturelle en trois sphères séparées sur le plan de la construction du sens et des possibilités d'action dans chacune. La science, le droit et la morale, les arts, auparavant unifiés dans un tout dominé par la religion, s'autonomisent les uns par rapport aux autres et deviennent les objets du développement de savoirs spécialisés. Domenach (1986: 41) décrit bien ce processus, alors qu'il réfère à un ouvrage datant du 17<sup>e</sup> siècle où l'on présentait l'ordre des sciences. Il écrit:

«La modernité a brisé cette totalité; en séparant ce qui est révélé par Dieu et codifié par l'Eglise de ce qui est perçu par les hommes et théorisé par eux, elle autorise la science, comme d'ailleurs la politique, l'art et, plus tardivement l'éthique, à acquérir son autonomie et à constituer son *corpus*, sa propre échelle de valeurs, à entrer dans une histoire qui lui est propre.»

Le savoir traditionnel, en tant que source habituelle d'intercompréhension ou d'intersubjectivité, d'orientation de l'action, disparaît lentement jusqu'à ne plus valoir, au profit des savoirs spécialisés. Ainsi, désormais, Dieu ou la Nature ne sont plus la dernière explication ni non plus le principe d'ordonnement du monde. La religion perd sa capacité d'expliquer légitimement l'ordre des choses de même que sa capacité de régulation de toute chose. Sa marge d'action est réduite (sans toutefois disparaître). La différenciation culturelle correspond à une relative autonomisation des sphères de savoir comportant leurs propres règles de validité. C'est ce phénomène qui est décrit par

Habermas (1987: 84-85) comme un processus de décentration où les explications entendables pour chaque sphère renvoient moins à leur contenu qu'à leur forme devenue seule légitime. C'est pourquoi, selon Habermas, il s'agit d'une différenciation des «attitudes fondamentales» par rapport aux trois mondes qu'il identifie (c'est-à-dire les mondes objectif, social et subjectif) et d'une modification des structures de conscience. La pensée mythique manifeste ainsi un «défaut» (par rapport à la pensée moderne) de différenciation entre les attitudes fondamentales par rapport aux trois mondes et un manque de réflexivité de son image du monde, au sens où cette image ne peut être conçue *en tant* qu'image du monde, en tant que tradition culturelle (Habermas, 1987: 68-69).

La perspective adoptée par Habermas avec le concept de décentration (emprunté à Piaget) est, selon ses propres termes, évolutionniste, c'est-à-dire que selon lui on pourrait considérer la rationalisation des «images du monde» comme un processus d'apprentissage donc de passage d'un stade à un autre (1987: 82 et sq.). Habermas semble ainsi voir dans la rationalisation un processus qui répond à une «contrainte de rationalité» (Raynaud, 1987) au sens où la rationalité des images du monde (et par conséquent de l'action à partir de ces images du monde) ne pourrait qu'aller croissante. S'il n'est plus possible de voir le monde (ou les mondes) en dehors des catégories de la rationalité (on aurait dépassé définitivement le stade des pensées mythique ou métaphysique), cela ne correspond pas toutefois, pour lui, à une fermeture à la seule rationalité de type «cognitive-théorique» et «cognitive-instrumentale». Weber utilisait le terme «intellectualisation» pour parler de la rationalité croissante, mais il semble que sous ce terme il excluait les rationalités qu'Habermas nomme «morale-pratique» et «subjective-esthétique». La seule façon, selon Weber, d'éviter une totale imprégnation du monde par la rationalité instrumentale et cognitive (c'est bien ce qu'il faut entendre par intellectualisation, comme en témoigne le passage cité plus haut), c'est par l'avènement d'un chef charismatique (dans l'ordre politique dominé par la bureaucratie) ou par la force qui ferait pencher vers un système de valeurs plutôt qu'un autre temporairement (on retrouve là l'élément irréductiblement «irrationnalisable» qui traverse les analyses wébériennes). S'il garde la porte ouverte à une telle éventualité - théorique -, c'est quelque chose qui demeure cependant peu probable pour lui.<sup>5</sup> Néanmoins, la part irrationnalisable de toute relation sociale interdit de

---

<sup>5</sup> On peut rappeler le fameux passage dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* (: 225) où il s'élançait dans une envolée un peu lyrique sur le monde moderne: «Nul ne sait qui, à l'avenir, habitera la cage, ni si, à la fin de ce processus gigantesque, apparaîtront des prophètes entièrement nouveaux, ou bien une puissante renaissance des pensers et des idéaux anciens, ou encore - au cas où rien de cela n'arriverait - une pétrification mécanique, agrémentée d'une sorte de vanité convulsive. En tout cas, pour les 'derniers hommes' de ce développement de la civilisation, ces mots pourraient se tourner en vérité: 'Spécialistes sans vision et voluptueux sans coeur - ce néant s' imagine avoir gravi un degré de l'humanité jamais atteint

concevoir la rationalisation comme un processus inéluctable et, plus encore, interdit de la concevoir dans une perspective évolutionniste où disparaîtrait, par la seule force de la rationalité, la possibilité d'un retour à l'irrationnel. Et, sur ce point, on peut constater un écart important entre Weber et Habermas, lequel semble considérer cela comme une impossibilité. C'est que, en fait, Habermas conçoit la rationalisation comme un processus beaucoup plus global que Weber. Ce dernier, du point de vue de Habermas, aurait ni plus ni moins tronqué son propre concept de rationalité (tel qu'il apparaissait dans sa discussion sur la différenciation de la sphère culturelle).

Le mouvement de différenciation ou de rupture de la totalité a pu apparaître comme un mouvement de sape du sens donné et des certitudes indiscutables dans la mesure où il n'y a plus moyen de trouver hors du monde humain (dans des légendes, mythes, textes sacrés, etc.) des fondements normatifs globaux. Ce qui est en question, c'est l'arrière-plan d'intelligibilité, c'est-à-dire ce qui fait qu'une chose est sensée, significative. Or ce phénomène est remarquable dans la constitution de soi des individus par l'appel à la responsabilité de chacun, à la construction du sens de sa vie et donc en fin de compte dans le rejet de la tradition comme fondement légitime pour se définir soi-même (par rapport à sa famille, ses ancêtres, par exemple). Cela ne signifie pas cependant, comme le note Taylor (1989, 1992) une absence de fondement normatif mais plutôt la présence de normes fondées autrement. Ainsi la «liberté auto-déterminée», l'«auto-référentialité», pierres angulaires de la constitution du soi moderne, relèvent (ou pourraient relever), selon Taylor, d'un idéal moral élevé qui trouve sa source entre autres chez les philosophes du 18<sup>e</sup> siècle qui revendiquaient pour chacun non seulement le droit mais le devoir de penser par soi-même, autrement dit de devenir des «sujets». Kant écrivait:

«l'*Aufklärung*, c'est pour l'homme la sortie de sa minorité, à laquelle le condamne sa propre faute. La minorité, c'est l'impuissance à se servir de sa raison sans être guidé par autrui. Et cette minorité, il s'y trouve condamné par sa propre faute, parce que la cause de cet état ne réside pas dans un défaut de raison, mais dans un défaut de volonté et de courage à en faire usage sans être guidé par autrui. *Sapere aude*. Aie le courage de te servir de ta propre raison!, tel est le mot d'ordre de l'*Aufklärung*.»<sup>6</sup>

Ce qui était apparu avec Descartes au siècle précédent à l'état assez embryonnaire (douter «une fois dans sa vie», le doute méthodique) commence à s'instaurer lentement comme façon d'être dans la vie et non plus seulement dans la connaissance (que Descartes distinguait de l'action, de la conduite de la vie). Le même phénomène est aussi présent

---

jusque-là.» Et il ajoute: «Mais nous voici dans le domaine des jugements de valeur et de foi (...), ce qui signifie qu'il dépasse, dans ces commentaires, ce que lui permet de dire sa science...

<sup>6</sup> Cité par Denis et Blayau (1970: 57).

dans le rejet de la tradition comme fondement légitime des choix à effectuer face à des situations problématiques (quoi faire dans telle circonstance?). Donc, pour résumer, la référence au passé, à la tradition comme légitimation de l'action (sur soi, les autres ou des objets) n'a pas de valeur. C'est «non entendable». Il a pu en résulter un sentiment de perte de sens.

Le même constat se retrouve chez les autres penseurs de la modernité quant à la différenciation de la sphère culturelle c'est-à-dire à la rupture d'une totalité en termes d'horizon pour le fondement du sens. Si l'on parle d'une rationalisation, c'est bien qu'est appliquée ou qu'il est possible d'appliquer une critique, d'instaurer une distance face à tout ce qui était auparavant tenu pour acquis. Autrement dit, il s'agit de l'instauration de la réflexivité comme principal mode d'être en rapport avec soi, les autres, le monde des objets.

### **1.1.2.3 Les critiques de la modernité et la pénétration des savoirs spécialisés dans la vie quotidienne**

J'ai fait référence plus haut à la place de plus en plus prégnante occupée par les savoirs spécialisés dans la construction d'un horizon de référence suite à la rupture de la totalité culturelle ou à la différenciation de la sphère culturelle. Ces savoirs rendent non valides les savoirs traditionnels, non pas tant dans leur contenu lui-même que dans leur forme. C'est la façon de se positionner ou, autrement dit, les «attitudes fondamentales» qui se seraient modifiées.

On peut constater une tendance à l'autonomisation de chaque sphère (science, droit et morale, arts) depuis déjà longtemps. Les analystes de notre temps cependant insistent sur le caractère particulier ou sur l'exacerbation de ce phénomène actuellement. Pour Habermas, si l'institutionnalisation des savoirs spécialisés a permis le remplacement des savoirs traditionnels dans la vie quotidienne, c'est généralement sur le plan de la forme, la façon de se référer et d'utiliser la connaissance pour agir dans la vie quotidienne entre autres. Ainsi il devient possible d'utiliser divers modes ou façons d'être en rapport avec soi, les autres, les objets, ces modes de rapport ou de compréhension, d'appréhension résultant de cette différenciation. Pour Habermas, en effet, c'est moins l'objet même qui ordonne un mode de rapport que l'attitude à son égard: on peut aussi bien établir un rapport instrumental à soi, aux autres ou aux objets, qu'un rapport sur le mode subjectif; ce qui est central c'est la qualification de l'objet: s'il fait partie des «faits» la prétention à la validité qui sera élevée à son égard sera la «vérité», s'il fait partie du monde social de

l'intersubjectivité, on élèvera une prétention à la «justesse», s'il fait partie de l'expérience subjective, la prétention à la validité sera l'«authenticité».

C'est la différenciation de la sphère culturelle des valeurs qui permet cette rationalisation de la vie quotidienne, c'est-à-dire la possibilité d'élever des prétentions à la validité différenciées selon ce de quoi l'on parle puisque ces sphères se sont relativement autonomisées. Il est sous-entendu qu'il y a bien une forme de réflexivité impliquée dans le processus: la disparition des savoirs traditionnels en tant que forme valide, impliquant la dissolution de ce qui va de soi et rendant par conséquent tout discutable (au sens strict), oblige les sujets à se référer à des explications ou des arguments valides donc rationnels (ceux qui sont maintenant «entendables»). Et parmi ces explications valides, il y a forcément celles issues des savoirs spécialisés (expertise) sans exclure toutefois des interprétations d'autres natures. De ce point de vue, la rationalisation sociale - en général - ne peut pas être interprétée seulement comme l'extension d'un seul type de rationalité (rationalité instrumentale) qui ordonnerait supposément tous les rapports établis par les sujets.<sup>7</sup>

«Il s'agit d'une rationalisation du monde vécu, que Weber a négligée au profit de la rationalisation des systèmes d'action tels que l'économie et l'État. Dans le monde vécu rationalisé, le besoin d'intercompréhension est de moins en moins compensé par la survie d'interprétations conformes à la tradition et résistant à la critique; avec une compréhension du monde pleinement décentrée, le besoin de consensus doit de plus en plus fréquemment être satisfait par un accord risqué, car motivé rationnellement - soit immédiatement, grâce aux interprétations réalisées par les participants, soit avec un savoir d'experts professionnels, intériorisé comme un acquis secondaire.» (Habermas, 1987: 348)

Il faut souligner ici que Habermas part du concept de rationalité de Weber, entre autres, pour construire son propre concept. Sa critique s'applique à la réduction du concept à laquelle Weber aurait lui-même procédé dans ses analyses du capitalisme et de la bureaucratie (la rationalité aurait été réduite à la rationalité en finalité ou instrumentale). On

---

<sup>7</sup> En fait, à travers l'élaboration de ce concept de rationalisation du monde vécu, Habermas procède *de facto* à la critique qu'il a adressée à maintes reprises à la philosophie de la conscience et à ses défenseurs, de même qu'à ceux qui la reprennent en tentant d'en sortir (voir la critique faite à Foucault in *Le discours philosophique de la modernité*). Il s'oppose à une conception réductrice de la rationalité qui prétend que celle-ci ne peut mener qu'à un type de rapport du sujet à lui-même et à ce qui l'entoure, c'est-à-dire à la rationalité instrumentale fondée, théoriquement, dans la subjectivité. Dans cette perspective, selon les auteurs critiqués par Habermas, parce que le sujet instaure avec lui-même un rapport de sujet à objet (il s'observe lui-même de l'extérieur) et que ce rapport est en quelque sorte fondateur pour la modernité, il ne serait pas possible d'établir un autre type de rapport ni avec lui-même, ni avec d'autres. Or, pour Habermas, la société est forcément aussi fondée sur l'intercompréhension, l'intersubjectivité, donc la relation de sujet à sujet «capables de parler et d'agir». Toutefois, dans le cadre de la philosophie de la conscience il ne serait pas possible de penser cette relation comme étant également «rationnelle» (voir Habermas, 1987).

peut en effet noter que c'est encore de la rationalité formelle, d'où partait Weber, qu'il est question chez Habermas: l'argument rationnel est un argument logique et cohérent avec ce que l'interlocuteur reconnaît ou pourrait reconnaître comme vrai, juste ou authentique. Le concept de rationalité n'exclut pas, pour Habermas, la dimension normative ni la dimension subjective ou esthétique (tout comme le concept originel de Weber).

Je me suis avancée un peu plus qu'il n'aurait fallu ici: on constate que l'analyse de Habermas dépasse la seule rationalisation culturelle. Ce détour était nécessaire pour faire ressortir une dimension centrale: la production par la modernité de sa propre critique. Le processus de rationalisation tel que décrit plus haut chez Habermas illustre cela.

Discutant Hegel, Habermas remarque que celui-ci avait vu dans la subjectivité le «principe» de la modernité. La souveraineté du sujet rendrait la modernité supérieure en même temps qu'elle la fragiliserait selon Hegel, progrès donc mais aussi aliénation de soi à travers ce même progrès. Habermas note ainsi que «la première tentative visant à conceptualiser la modernité [qu'il fait remonter à Hegel] est, tout aussi originairement, une critique de la modernité.» (Habermas, 1988: 19). Cette double face de la modernité a aussi été notée par de nombreux autres penseurs. Et la critique de la modernité, utilisant les moyens mêmes que son essor a permis de développer, a été plus fréquente - ou en tout cas plus marquante - que son éloge, surtout depuis le début du 20e siècle mais aussi dès le 18e siècle, à travers les mouvements anti-science et anti-rationaliste, à travers le romantisme, à travers la critique du travail industriel, de la Technique, celle des totalitarismes et l'expérience des guerres, à travers la critique du type de développement des sociétés industrielles maintenant dans une perspective écologique, etc. Weber, Heidegger, Lukacs, Foucault, Horkheimer, Adorno, Marcuse, pour n'en nommer que quelques uns, ont participé à la compréhension de la modernité en en faisant la critique (à mots plus ou moins couverts et à divers degrés).

Giddens, comme je l'ai noté plus haut, a considéré la réflexivité à partir d'une perspective différente de celle de Habermas, mais il la qualifie d'une façon semblable. Dans les sociétés prémodernes ou traditionnelles, la base de savoir légitime comme mode d'orientation de l'action et de position dans le monde est constituée par la tradition. Celle-ci n'exclut pas la réflexivité; c'est-à-dire que dans ces sociétés la tradition est interprétée et clarifiée par chaque génération et c'est en cela que consiste la réflexivité dans ces sociétés où c'est la tradition qui constitue l'horizon, la base de la légitimité. Avec la modernité, «[to] sanction a practice because it is traditional will not do; tradition can be justified, but only in the light of knowledge which is not itself authenticated by tradition.» (Giddens,

1990: 38). La réflexivité se modifie au sens où elle est intégrée au coeur même de la «reproduction du système»: pensée et action se réfractent constamment l'une sur l'autre (Giddens, 1990: 38). C'est bien pourquoi Giddens parle de «la réflexivité de la modernité» (comme s'il n'y avait pas de sujet à la limite): la modernité en soi est réflexive, fonctionne ou se reproduit sur cette base.

Chez Giddens, c'est donc le fondement de la légitimité qui donne son caractère à la réflexivité: dans la société moderne, on ne peut faire valoir la tradition comme argument légitime ou entendable même si son contenu peut être conservé (à condition de pouvoir être soutenu par un autre type de savoir).

En ce sens, il rejoint la distinction faite par Habermas mais que celui-ci fait remonter à la différenciation de la sphère culturelle et à la modification des structures de conscience dans le passage des stades mythique et métaphysico-religieux au stade moderne. Mais dans l'un et l'autre cas, c'est la base de validité qui préside à la distinction de la réflexivité moderne. Par ailleurs, Giddens remarque que dans la modernité avancée<sup>8</sup> les pratiques sociales sont très changeantes parce que constamment examinées à la lumière des nouvelles informations disponibles à tout un chacun et portant sur ces pratiques (le spectre des pratiques qui font l'objet d'un tel examen est sans cesse agrandi et finit par couvrir la plupart des aspects de la vie des individus). Selon Giddens, la réorientation des pratiques en fonction de nouvelles connaissances n'est pas caractéristique de la modernité - on tend à considérer les sociétés traditionnelles comme des entités beaucoup plus statiques qu'elles ne le sont. Par contre, ce qui caractérise notre temps, ce sont l'étendue des pratiques susceptibles d'être examinées et la révision «radicalisée» des conventions relatives à ces pratiques. (Ibid: 39). Là aussi, le constat est le même que chez Habermas: tout est susceptible de faire l'objet d'une discussion.

### **1.1.3 La rationalisation comme extension de la rationalité instrumentale**

Le troisième concept de rationalisation - ou la troisième dimension du concept - correspond à l'acceptation la plus généralisée, c'est-à-dire ce qu'on entend ordinairement dans les écrits sur la rationalisation, à savoir l'institutionnalisation de l'activité rationnelle en finalité principalement dans les systèmes économique et administratif. Selon Habermas, c'est ce que Weber entend par «processus de rationalisation» (in Honneth et al., 1981: 17 et

---

<sup>8</sup> La notion de modernité avancée correspond à notre temps que d'autres qualifient plutôt de postmodernité ou de «seconde modernité». Dans tous les cas, l'idée centrale semble être celle d'une exacerbation des caractères de la modernité (ou, pour employer les termes de Giddens, d'une «radicalisation» de ces caractères).

1987). C'est le troisième sens de la rationalité qu'a identifié Wellmer chez Weber (Wellmer, 1985).

Il s'agit, en fait, à la fois d'un constat sur le développement auquel a mené l'application de la rationalité formelle comme mode de connaissance et le résultat aussi de ce que j'ai appelé plus haut la rationalisation culturelle ou la différenciation des sphères de valeur par la transformation des structures de conscience dans la modernité. Ce concept global de rationalisation, je l'ai distingué jusqu'ici des autres dimensions en me basant sur l'analyse de Habermas en particulier, mais également sur la base des définitions données par Weber de l'activité rationnelle. Pour l'un comme pour l'autre, mais dans des sens différents, la rationalisation globale n'est pas impliquée de façon nécessaire par l'application de la rationalité formelle. C'est dans les sociétés occidentales que le processus de rationalisation globale s'est avéré avoir les conséquences d'une extension d'un type de rationalité particulier à cause des conditions structurelles et matérielles présentes dans ces sociétés-là.

Comme on l'a vu précédemment, la définition donnée par Weber de ce type d'activité comporte l'idée d'une orientation vers l'avenir (et non vers le passé comme dans l'activité traditionnelle). Elle comporte aussi l'idée d'une confrontation des fins entre elles et des conséquences, formellement du moins. Cependant, l'interprétation de l'activité rationnelle en finalité comme rationalité instrumentale a en quelque sorte fait disparaître cette dimension de la définition. Ceci permet, d'une part, de remarquer que les types d'activités de Weber, formellement, ne sont pas connotés historiquement. D'autre part, cependant, la réduction de la rationalité en finalité à la rationalité instrumentale résulte de l'analyse qu'on a faite des sociétés modernes en utilisant ce concept de rationalité en finalité. Il s'agit en effet d'une réduction puisque la rationalité instrumentale est axée sur les moyens et non plus sur le choix de la fin elle-même, ni sur l'évaluation des conséquences de l'activité.

Cette réduction est en un sens justifiée par l'application du concept dans l'analyse du développement des sociétés modernes. Ici, le concept devient une catégorie analytique permettant de qualifier le développement des sociétés modernes comme un processus de rationalisation où la rationalité en finalité devient prééminente, structurante, sur le plan de la logique sociale globale. La disparition, dans le concept, des «fins» et des «conséquences» résulterait de la même façon de l'analyse de la modernisation où, selon les diagnostics posés par Weber mais également par nombre de penseurs de la modernité, les fins ne sont plus discutées mais données une fois pour toutes par la logique même des systèmes économique et administratif. La fin devient strictement l'efficacité, d'où



l'importance du choix des moyens les plus efficaces, évalués selon la connaissance des situations et les prévisions basées sur cette connaissance.

La tendance à l'accroissement de la rationalité instrumentale résulte nécessairement, selon Raynaud, du conflit entre les systèmes de valeur suite à la différenciation de la sphère culturelle (comme on l'a vu plus haut). Cela s'est traduit par l'autonomisation du système bureaucratique et technique «qui a survécu à la mort des valeurs qui ont permis son émergence.»<sup>9</sup> Ce système tend à étendre son empire par delà l'économie. C'est ainsi que le développement du système économique moderne a transformé l'émancipation originelle de l'individu moderne en asservissement (Raynaud, 1987: 185): «le puritain *voulait* être un homme besogneux - et nous sommes *forcés* de l'être»... (Weber, 1985: 223, italiques de l'auteur).

Chez Weber, le processus de modernisation est un processus de rationalisation et le capitalisme moderne est une incarnation du «principe qui est à l'origine de l'expansion universelle de la bureaucratie dans la société: la recherche de l'*efficacité* par l'organisation des activités humaines selon des règles calculables.» (Raynaud, 1987: 194, italiques de l'auteur). Cela aboutit à la réification parce que chercher à rendre calculables les phénomènes sociaux mène à concevoir le monde - y compris les humains - comme totalement manipulable.

C'est Lukacs qui a principalement développé l'idée d'une réification à travers le processus de modernisation dans son texte «La réification et la conscience du prolétariat». Il s'est d'ailleurs fortement inspiré de Weber mais aussi de Marx. Toutefois, contrairement à Weber, Lukacs fait du capitalisme moderne la cause en quelque sorte de la rationalisation des sociétés modernes et, en ce sens, il manifeste son allégeance marxiste. Weber considérait le capitalisme comme une incarnation d'un processus ayant débuté avant l'émergence du capitalisme moderne. La thèse de Lukacs, cependant, ne permet pas de comprendre pourquoi le calcul est devenu prééminent (contrairement à la thèse wéberienne qui, quoique contestée, fait ressortir aussi des dimensions culturelles, religieuses qui sont aussi structurantes pour les sociétés que les dimensions économiques et politiques). Elle reste néanmoins importante puisqu'elle a inspiré, entre autres, Adorno et Horkheimer qui ont repris l'idée marxiste de Lukacs du «fétichisme de la marchandise».

---

<sup>9</sup> Voir la thèse de Weber dans *L'éthique protestante (...)* : les puritains ordonnaient rationnellement leur vie en fonction de valeurs religieuses; une fois ces valeurs disparues, il est resté la part totalement sécularisée de leur comportement économique qui, selon Weber, aurait participé à l'émergence de l'«esprit du capitalisme».

Selon Lukacs, la réification (c'est-à-dire la transformation en «choses» du travail humain et des humains eux-mêmes) est un processus inhérent à la rationalisation du travail qui objective le travail, le produit et le travailleur en les décomposant. Ici, la rationalisation correspond à l'extension de la rationalité formelle dans la sphère de l'économie, d'abord, qui tend ensuite à imprimer sa logique à l'ensemble de la société. Plus spécifiquement, s'il faut le rappeler, il s'agit de la mise en ordre systématique d'un domaine dans un but de contrôle, de planification, de calcul.

C'est dans la structure même du rapport marchand, tel qu'établi dans les sociétés capitalistes modernes, qu'on pourrait trouver le «prototype de toutes les formes d'objectivité et de toutes les formes correspondantes de subjectivité dans la société bourgeoise.» (Lukacs, 1960: 109). Autrement dit, l'ensemble des rapports sociaux seraient calqués en quelque sorte sur le rapport marchand qui fonde la rationalité strictement instrumentale. Le processus de rationalisation équivaldrait donc à l'extension de ce type de rationalité à l'ensemble des rapports sociaux.

Pour les marxistes, l'essence de la structure marchande réside dans l'apparence d'objectivité des rapports entre les personnes, personnes qui deviennent comme des choses (donc réifiées). Les personnes ici sont tout autant les détenteurs de capitaux que les travailleurs libres qui vendent leur force de travail. Personne ne peut échapper à cette forme de rapport qui organise le tout des rapports sociaux. Marx, comme certains de ceux qui l'ont suivi, se donnait ainsi la tâche de dévoiler le caractère non pas objectif mais bien construit de ce type de rapport social, en procédant entre autres à la critique méthodologique et théorique des analyses du capitalisme qui tendaient à prendre comme un donné cette objectivité.

L'élément central ici c'est l'idée selon laquelle, dans le capitalisme, le travail des personnes est construit comme s'il était extérieur à elles; il s'y opposerait par son caractère d'extériorité. Son travail «domine» la personne «par des lois propres, étrangères» à l'humain. Ce phénomène d'objectivation se produit tout autant sur le plan objectif de l'activité de travail que sur le plan subjectif (:113-114). Ce processus d'objectivation du travail jusqu'à sa généralisation à l'échelle de la structure sociale, comme cadre organisateur des rapports sociaux, est un processus de rationalisation. Il est en action depuis l'artisanat jusqu'au travail industriel et se manifeste par la disparition graduelle des «propriétés qualitatives, humaines et individuelles du travailleur.» (:115). Concrètement, cette rationalisation a consisté 1° en une morcellisation du travail en opérations isolables (d'où il résulte que le travailleur n'a pas de relation avec la totalité du produit) et,

conséquemment, en une spécialisation des fonctions et 2° en une transformation du temps de travail nécessaire à la production du produit en un temps calculable en moyenne; ainsi, le processus de travail est transformé en une *quantité* calculable devenant une «objectivité achevée et close» (:115).

Lukacs met donc l'accent, dans cette thèse, sur l'avènement d'un nouveau principe organisateur et non simplement d'un processus technique. Ce principe c'est celui de la rationalisation «basée sur le calcul, sur la *possibilité du calcul.*» Cette possibilité du calcul implique la morcellisation du travail, la spécialisation des fonctions, l'étude des lois partielles régissant la production de la marchandise. C'est ainsi qu'en bout de ligne la valeur marchande de l'objet comme totalité ne correspond plus à la valeur d'usage. Il est transformé en marchandise.

Selon Lukacs, la «décomposition» de l'objet est forcément aussi une dislocation du sujet de la production puisque celui-ci devient une partie du processus du travail rationalisé. La personne du travailleur, ses caractéristiques personnelles «apparaissent de plus en plus comme de *simples sources d'erreurs*, face au fonctionnement calculé rationnellement d'avance de ces lois partielles abstraites.» (:116, italiques de l'auteur). Il n'est pas le porteur du processus mais une partie de celui-ci, le système mécanique n'a pas besoin de sa personne singulière mais d'une force impersonnelle qu'il peut soumettre à ses lois. Le travailleur, dans l'économie capitaliste, développe donc une attitude «contemplative» et non plus active face au travail, puisque sa conscience n'a pas de place dans le processus. Ainsi, la «personnalité devient le spectateur impuissant de tout ce qui arrive à sa propre existence.» (:118) La décomposition du travail a, par là même, un effet d'atomisation sociale puisqu'elle défait les liens qui unissaient chaque sujet du travail à une communauté. La cohésion qui demeure entre les sujets est maintenant seulement médiatisée «par les lois abstraites du mécanisme auquel ils sont intégrés.» (Idem).

Cette forme d'organisation du travail dans l'économie capitaliste, selon Lukacs, a cet effet global sur la société parce qu'elle reproduit la structure même de la société capitaliste. Le travail mécanisé en soi ne pourrait avoir un tel résultat. Lukacs fait référence aux sociétés précapitalistes qui ont pu connaître ce type de travail mais dont la forme générale n'était pas celle des sociétés capitalistes puisque ceux qui y travaillaient n'étaient pas considérés comme des hommes (ils étaient des esclaves). Dans le capitalisme, et c'est fondamental, le «destin de l'ouvrier» qui vend librement sa force de travail, donc qui adopte face à lui-même une attitude objectivante, qui vend sa force de travail comme une marchandise, est «le destin général de toute la société». Il faut nécessairement qu'il y ait d'abord une

réification pour que soit possible l'organisation rationnelle du travail. Donc il est «nécessaire que l'ensemble de la satisfaction des besoins de la société se déroule sous la forme du trafic marchand.» (:119).

Le processus de transformation menant à la réification et à la dissimulation sous une forme objectivée de ses fondements doit couvrir tous les domaines de la vie sociale pour que le capitalisme puisse fonctionner à plein rendement. Lukacs voit donc le droit et l'Etat modernes comme des structures adaptées au capitalisme et, davantage encore, créées par lui. Lukacs nous renvoie à nouveau à Weber qui a noté également la ressemblance structurelle de l'entreprise capitaliste et de l'Etat moderne: dans chacun, on peut noter, d'une part, une non appropriation des moyens d'accomplissement des activités par les travailleurs/fonctionnaires, ces moyens étant concentrés entre les mains de l'entrepreneur ou du chef politique, et d'autre part, une forme objective, rationnelle et calculable de l'activité (*versus* les activités politique et économique traditionnelles régies par la tradition, l'empirie, le cas à cas, l'arbitraire). Cependant, Weber considérait ces analogies structurelles comme des manifestations d'un processus universel de rationalisation (qui a pris une figure spécifique dans les sociétés occidentales), alors que pour Lukacs c'est la forme du rapport marchand, donc le système des échanges capitalistes, qui semble ordonner l'organisation de l'entreprise comme celle du droit et de l'Etat (Habermas, 1987: 365).

La rationalisation formelle implique donc une transformation des structures de conscience qui fait en sorte que tous et chacun, autant le travailleur que l'entrepreneur, le fonctionnaire que le chef d'Etat, considèrent nécessaire de réduire l'arbitraire et les risques d'erreur, inhérents à l'activité du sujet, au profit de mécanismes basés sur des règles stables et donc prévisibles.

Les limites de la rationalisation selon Lukacs se trouvent «dans le caractère formel de la rationalité» elle-même. C'est-à-dire que seuls les systèmes partiels sont rationnels; au plan global, il n'y a pas de système unitaire de lois générales, puisque ce caractère unitaire n'est pas rationnel mais contingent. C'est la rationalisation elle-même qui produit des sous-systèmes qui ne sont pas interdépendants mais autonomisés (la rationalisation produit donc cette irrationalité). En décomposant le processus de travail et de la vie en général, en produisant donc la division et la spécialisation du travail, la rationalisation a pour conséquence une autonomisation des fonctions qui tendent à évoluer selon une logique interne propre à chacune et non en cohérence avec les autres fonctions. Cette tendance va croissante avec l'extension de la division du travail, laquelle est de plus en plus

rationalisée, et ainsi de suite. «Car plus [la division du travail] se développe, plus se renforcent les intérêts professionnels, de caste, etc., des 'spécialistes' qui deviennent les porteurs de telles tendances.» (Lukacs: 132).

Lukacs s'interrompt juste avant de pouvoir analyser les conséquences de cela pour la société globale, c'est-à-dire qu'il ne parle que de l'irrationalité du capitalisme comme système global, au sens de la contingence de la rationalité globale du système qui se manifeste au moment des crises. Il ne pense pas, pour ainsi dire, le retour (et ses effets) dans le système de cette spécialisation en termes de réflexivité. De son point de vue, toutefois, cette réflexivité ne ferait que confirmer le constat de l'irrationalité du système global. Par ailleurs, cela confirmerait la totale réification des consciences dans le système manifestée par l'impossibilité de penser le monde autrement que réifié, les visions du monde considérant ce monde réifié comme «le seul monde possible, le seul qui soit conceptuellement saisissable et compréhensible et qui soit donné à nous, les hommes [sic].» (:140).<sup>10</sup> Pour Lukacs, le sujet étant disloqué à travers la marchandisation des rapports (rapport à lui-même qui vend sa propre force de travail et rapport aux autres aussi médiatisé par la valeur d'échange), il ne peut pas se reconstituer pour prendre conscience de la réification (la connaissance de lui-même - donc la conscience - est elle aussi pervertie). En ce sens, on peut dire, comme le fait remarquer Habermas (1987), qu'il emprunte à Marx en même temps qu'il s'en distancie: Marx voyait dans le capitalisme le moment d'un «dévoilement» de cette réification en fournissant «les présuppositions subjectives» pour l'autolibération du prolétariat (et pas seulement les «conditions objectives» via l'accroissement des forces productives). Lukacs considère que c'est plutôt hors du système scientifique et technique que se trouve la lueur de résistance à la réification. Il est certain que ce n'est pas par la rationalité que le «sujet» de Lukacs pourrait se reconstituer. On peut constater ici une parenté avec les vues de Weber.

La critique de la rationalité instrumentale de Lukacs, qui est une critique de la réification, a été reprise par Horkheimer et Adorno (1974) qui l'ont toutefois «radicalisée» selon Habermas (1987: 377 et sq.). Le problème pour eux consistait à expliquer la stabilité des sociétés capitalistes (qui devaient s'autodétruire selon les théories précédentes) et plus

---

<sup>10</sup> C'est après une discussion sur l'impossibilité des sciences «bourgeoises» de saisir la totalité que Lukacs écrit le passage cité. Il procède, comme Marx, à la critique de la philosophie, du droit et de l'économie qui fonctionnent en quelque sorte sur la base de la même rationalité formelle menant à la réification. Habermas note que pour Lukacs les sciences ont un rôle idéologique (outre leur rôle dans le développement de la productivité - via la technique): la connaissance objectivante devient la connaissance en général. Par là, concevoir la science comme une science positive est une expression de la réification. (Habermas, 1987: 373).

encore à expliquer la croissance des forces productives dans le capitalisme tout en conservant la critique du «fétichisme de la marchandise» et donc à expliquer la «limitation des forces de résistance subjective» (Habermas, 1987: 377).

Alors que Lukacs déduisait les structures de conscience réifiées de la forme marchande spécifique au capitalisme, Horkheimer et Adorno font précéder ces structures de conscience (qu'ils appellent «raison subjective» et «pensée identifiante»), elles seraient préalables à la marchandisation des rapports au lieu d'en découler. Par ailleurs, leur conception de ces structures de conscience réifiées s'étend «à la confrontation dans laquelle le sujet dont l'action est dirigée vers un objectif s'explique avec la nature en général» (Habermas, 1987). Est donc sous-jacente l'idée de la «conservation de soi du sujet» qui ordonnerait en dernière analyse le processus de réification (ou d'autodestruction) du sujet. De là, «penser» signifie «disposer de la nature extérieure» (y inclus les autres) et intérieure (soi-même) et également «s'y adapter de façon informée» puisque la fin est toujours l'autoconservation. Donc ce qui fonde la réification de la conscience, c'est la raison instrumentale. Ainsi, Horkheimer et Adorno «ancrent le mécanisme produisant la réification de la conscience dans la forme d'existence d'une espèce qui doit se reproduire par le travail.» (Habermas, 1987: 383).

Le concept de réification dans cette thèse est développé comme s'il renvoyait à un processus ahistorique et asocial (le fondement se trouve dans la vie même de l'espèce humaine).<sup>11</sup> Les deux auteurs se démarquent donc de Lukacs de plusieurs façons. D'abord, la réification est détachée du développement du capitalisme. Ensuite, comme Habermas le note, le concept est aussi détaché des relations interpersonnelles (qui sont immédiatement pensées comme des «choses» au même titre que la nature extérieure alors que Lukacs voyait une contrainte tendant à assimiler ces relations à des choses). Ainsi le sujet lui-même, ici au centre de l'explication (l'autoconservation exigeant la constitution d'un sujet), est le résultat de la raison instrumentale: il n'y a donc pas de résistance possible d'une nature subjective quelconque. C'est ce sujet qui forcément objective le monde, domine la nature, développe les forces productives, etc. et c'est ce sujet qui se soumet lui-même (domine ses pulsions), qui s'objective lui-même. Par conséquent, l'application de cette raison subjective implique la défaite de ce qui serait une nature subjective intacte (l'autoconservation du sujet comme fin impliquant l'application de la

---

<sup>11</sup> Les auteurs remontent à l'*Odyssée* d'Homère pour repérer des indices de l'émergence de la Raison s'attaquant au mythe sous les traits d'Ulysse présenté comme le précurseur du bourgeois moderne qui se sacrifie (c'est-à-dire maîtrise sa nature) pour sauver sa vie (ou s'autoconserver). Voir «Ulysse, ou mythe et Raison» in Horkheimer et Adorno, 1974.

raison instrumentale, elle implique aussi l'instrumentalisation de soi; ce faisant la fin ultime se perd, les moyens de l'atteindre deviennent les fins). L'autoconservation aboutit à l'autodestruction:

«Dans l'histoire des classes, l'hostilité du soi pour le sacrifice impliquait un sacrifice du moi, dans la mesure où la rançon en était le reniement de la nature dans l'homme, - au nom de la domination sur la nature non humaine et sur les autres hommes. C'est ce reniement, quintessence de toute rationalité civilisatrice, qui est justement le germe à partir duquel l'irrationalité mythique continue à proliférer: le reniement de la nature dans l'homme brouille et obscurcit non seulement le *telos* de la domination extérieure de la nature, mais aussi le *telos* de la vie de l'homme. Aussitôt que l'homme se sépare de la conscience qu'il a d'être lui-même nature, toutes les fins pour lesquelles il se maintient en vie, le progrès social, le développement de toutes les forces matérielles et spirituelles, voire la conscience elle-même, sont réduites à néant et l'intronisation du moyen comme fin qui, dans le capitalisme avancé, apparaît ouvertement comme une insanité, est déjà perceptible dans la préhistoire de la subjectivité. La domination de l'homme sur lui-même, sur laquelle se fonde son soi, signifie chaque fois la destruction virtuelle du sujet au service duquel elle s'accomplit; car la substance dominée, opprimée et dissoute par l'instinct de conservation, n'est rien d'autre que cette part de vie - en fonction de laquelle se définissent uniquement les efforts de conservation de soi -, ce qui doit justement être conservé.» (Horkheimer et Adorno, 1974: 68).

Le processus de rationalisation comme processus de «civilisation» - au sens de la maîtrise des instincts ou de la nature intérieure - est finement analysé par Elias (1975, 1976) dont le point de vue est cependant fort différent de celui de Horkheimer et Adorno: la «civilisation des moeurs» est expliquée ici par la différenciation sociale des fonctions et l'interdépendance qui en résulte entre les couches sociales. Chez Elias, toutefois, la rationalisation renvoie bien à la civilisation comme processus aboutissant à l'intériorisation de l'autocontrainte qu'exerce l'individu sur ses pulsions et à la réflexion (ou calcul) dont font l'objet ses actions et celles des autres.

«On les observe [les processus de civilisation sociaux et individuels] partout où la division des fonctions crée, sous l'impulsion de la pression concurrentielle, des interdépendances étendues, où la monopolisation de la violence physique rend possible et nécessaire une coopération dépassionnée entre les hommes, où s'élaborent des fonctions exigeant une vue rétrospective et prospective des actes et intentions des autres membres de la société.» (1975: 208)

La rationalisation a donc, chez Elias, davantage le sens d'une répression (devenant autorépression) des pulsions et a, à l'échelle de la société, une fonction d'intégration, cette répression étant nécessaire à la vie commune étant donné les nouvelles formes de la structure sociale. Il ne s'agit donc pas en soi d'une extension de la rationalité instrumentale, bien que cette «civilisation des moeurs» y participe également. Mais Elias en voit l'origine dans la restructuration des rapports entre les couches sociales, au début de

l'ère moderne en Europe, due à l'instauration de régimes politiques centralisés (en France).

Si l'explication d'Elias est davantage ancrée dans les structures sociales, et en ce sens se trouve aux antipodes de celle de Horkheimer et Adorno, de part et d'autre on retrouve la même idée d'une perte de soi ou, à tout le moins, d'une répression quasi volontaire de la nature intérieure. Le point de vue d'Elias toutefois est relativement marginal en ce qu'il ne comporte pas la dimension tragique que donne à cette perte le point de vue de Horkheimer et Adorno comme celui, d'ailleurs, de Weber. Elias ancre la rationalisation dans la modification des structures sociales qui «nécessitent» une telle rationalisation: celle-ci ne précède pas celles-là. Aussi, il ne procède pas à une critique de la raison en tant que telle. Horkheimer et Adorno, pour leur part, en analysant le processus de rationalisation comme un processus de réification et de destruction du moi font, par là même, une critique de la raison qui ne peut être qu'instrumentale dans son essence même. Cette critique, qui se situe en quelque sorte hors des paramètres des sociétés historiques réelles (en reposant sur le fait de l'espèce pratiquement), rejoint cependant celle qui ressort des «diagnostics» posés sur les sociétés modernes par les penseurs de la modernité.

## **1.2 Critiques de la raison, critiques des critiques...**

La majeure partie des critiques de la raison (et de la modernité) peuvent être regroupées sous deux grands diagnostics d'abord posés par Weber, à savoir la perte de sens et la perte de liberté découlant de l'extension de la rationalité instrumentale. Certains auteurs, cependant, tout en partageant en partie ces critiques, ont néanmoins dégagé des sorties possibles pour penser le monde moderne sans sacrifier la possibilité d'un certain sujet qui n'est pas autonome, au sens où l'entendaient Weber et ceux qui ont suivi sa piste, mais qui est rationnel ou réflexif. Dans un premier temps, je présenterai les critiques formulées à l'égard de la rationalité instrumentale et, dans un second temps, ces perspectives qui adoptent un point de vue différent, soit en restant dans les paramètres de la rationalité (Habermas avec l'idée d'une rationalisation du monde vécu pensée hors des cadres de la philosophie de la conscience), soit en se situant hors de la discussion sur la raison (Giddens avec son concept de modernité réflexive).

### **1.2.1 Perte de sens et perte de liberté: les conséquences de la rationalisation**

On pourrait s'étendre longuement sur les méfaits de la rationalisation sociale. Je soulignerai ici seulement ce qui apparaît comme les courants de fond dans la littérature: la



disparition des repères fondant le sens de l'existence pour les individus, la réduction ou même la disparition de l'espace de décision (fondé sur une éthique) pour l'orientation de sa vie pour l'individu, l'accroissement de l'individualisme comme une des formes de l'assujettissement de la personne isolée.

La thèse de la perte de sens est fondée sur le processus que Weber a appelé le désenchantement du monde. Il s'agit donc de l'effet de la disparition graduelle des cosmologies anciennes qui avaient une forte capacité d'intégration sociale (Dumas et Toupin, 1989) et, par là, permettaient aux individus de donner du sens à leur existence dans la totalité. La modernité a cherché à remplacer ces cosmologies par l'idée du progrès possible par la connaissance de toute chose. Mais elle produisait en même temps les conditions qui sapient la force même de cette idée directrice en tant que productrice du sens de l'existence. Dans «Le métier et la vocation de savant», Weber consacre de très belles pages à la discussion du sens de la science dans la société de son temps (qui est encore pour une bonne part la nôtre) comparativement aux sociétés antérieures. La science est forcément associée au désenchantement du monde par son projet d'une recherche de la vérité et du bonheur puisque la connaissance permet d'accroître la maîtrise sur l'existence et permet donc de réduire l'insécurité accompagnant l'absence de maîtrise. Cependant, ces idéaux se sont en fait concrétisés sous une forme perversie. Concrètement, les progrès de la science et surtout ses applications techniques ont provoqué des catastrophes (guerres meurtrières à grande échelle, dégradation de l'environnement naturel, pour n'en nommer que deux) ou, plus simplement, des effets pervers ou imprévisibles (les développements actuels des biotechnologies par exemple ou de la génétique sont incertains et suscitent autant d'inquiétude que d'espoir pour la sensibilité contemporaine). Mais plus généralement, et c'est ce à quoi Weber fait référence dans le texte nommé plus haut, l'effet pervers consiste en une disparition des repères éthiques pour l'individu dans l'orientation de sa vie. Dans la mesure où la connaissance, telle qu'elle se développe dans la science - qui tend à devenir la seule forme de connaissance qui vaille étant donné la disparition des savoirs traditionnels -, est un projet, qu'elle est donc inachevée par définition, elle ne peut pas fournir ce fondement éthique ni non plus les certitudes qu'on en attendait. Elle produit plutôt l'incertitude et l'insatisfaction.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Weber écrit: «L'homme civilisé (...), placé dans le mouvement d'une civilisation qui s'enrichit continuellement de pensées, de savoirs et de problèmes, peut se sentir 'las' de la vie et non pas 'comblé' par elle. En effet, il ne peut jamais saisir qu'une infime partie de tout ce que la vie de l'esprit produit sans cesse de nouveau, il ne peut saisir que du provisoire et jamais du définitif. C'est pourquoi la mort est à ses yeux un événement qui n'a pas de sens. Et parce que la mort n'a pas de sens, la vie du civilisé comme telle n'en a pas non plus, puisque du fait de sa 'progressivité' dénuée de signification elle fait également de la vie un événement sans signification.» (1959: 71).

La modernité a cherché en quelque sorte à déloger les cosmologies anciennes à travers un projet de déconstruction et de «désillusion». Certains notent qu'elle n'y a pas totalement réussi comme en témoignent la survivance de croyances et de cosmologies anciennes, la persistance de mouvements antisciences, etc. Toutefois, il n'est pas évident que, dans leurs manifestations actuelles, ces mouvements puissent être pensés comme non modernes (ou prémodernes). La modernité a toujours été accompagnée par des mouvements critiques (romantiques, antiscientifiques ou se réclamant de cultures anciennes) et a longtemps réussi à intégrer ces critiques ou cet «autre». C'est d'ailleurs là quelque chose qui la caractériserait par rapport aux sociétés antérieures et qui participerait justement de l'incertitude qu'elle produit - du fait de son autoréférentialité (Domenach, 1986; Habermas, 1988). De toute façon, on peut noter que ces courants ne constituent pas non plus de nouvelles cosmologies, leur logique propre n'ordonne pas le sens global de l'existence dans la modernité actuelle, contrairement aux courants forts de la rationalisation économique et administrative qui tendraient, eux, à étendre leur logique - éthiquement vide - aux autres sphères.

Néanmoins, dans ce cadre général, l'émancipation éthique résultant de la différenciation de la sphère culturelle et de l'extension de la rationalité instrumentale qui en a découlé, produit en quelque sorte un individu isolé, devant choisir chaque jour sa vie mais ne détenant pas les repères suffisants pour le faire de façon unifiante et de façon «dialogique» (Taylor, 1992) c'est-à-dire par rapport aux autres ou à la société - qui renvoient l'individu à lui-même pour décider. L'individu «narcissique» de notre temps révélerait ainsi dans toute sa force la fin du processus d'émancipation éthique et ne serait donc que le résultat du processus de rationalisation dissociant la rationalité en finalité et la rationalité en valeur (unifiée encore en une «raison pratique» à l'aube de la modernité).<sup>13</sup>

Ce diagnostic de la perte du sens est très fortement associé à celui de la perte de liberté puisque, à partir du moment où les valeurs n'ordonnent plus l'action ou, plus justement, quand les valeurs multiples s'affrontent sans fin et sans que l'on puisse faire valoir des valeurs supérieures qui feraient consensus pour orienter l'action (autrement dit sans critère de hiérarchisation des valeurs), la liberté des individus devient bien relative. Le diagnostic de la perte de liberté constitue le noeud de la critique de la Raison ou, plus couramment, de la raison instrumentale qui régit l'action des systèmes autonomisés de l'économie et de

---

<sup>13</sup> Par exemple, chez les puritains étudiés par Weber dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Sur l'individu narcissique, soucieux de soi, des années 1980, voir Lipovetski (1983), Lasch (1981). Dans une autre perspective, sur la culture de l'authenticité et l'égoïsme qui lui est aujourd'hui associé malgré des fondements moraux valables, voir aussi Taylor (1992). Sur l'individualisme et les multiples courants cherchant à l'interpréter, on peut se référer à la revue de littérature réalisée par G. Renaud (1994).

l'administration, lesquels tendent à ordonner également l'action des autres sphères de la vie.

Toutefois, chez Weber, l'autonomie du sujet repose sur la possibilité de choisir des fins en fonction de valeurs; elle ne correspond pas à une action basée sur des désirs subjectifs ou des calculs utilitaires, donc pas sur la raison comme telle. Dans la mesure où la rationalisation devient simplement l'application et l'extension de la rationalité en finalité (détachée des valeurs) et, surtout, dans la mesure où cette forme de la rationalité ordonne le fonctionnement des systèmes fondamentaux qui dictent les fins à poursuivre - efficacité, choix des moyens pour atteindre cette efficacité -, l'individu peut de moins en moins exercer une autonomie. Au contraire, selon Weber, la rationalité en finalité telle qu'appliquée dans le capitalisme et la bureaucratie modernes tend à faire adopter des comportements mécaniques. Par conséquent, il y aurait une diminution du degré de réflexivité ou de conscience et d'autonomie chez l'individu. Il faut toutefois rappeler ici que, pour Weber, le processus de rationalisation n'est pas inéluctable en ce qu'il peut toujours être détourné à cause de cette part «irrationalisable» dans toute relation sociale. En dissociant l'autonomie de la raison, Weber conçoit que le processus de rationalisation n'équivaut pas à un accroissement de la liberté parce que ce sont là deux phénomènes hétérogènes. C'est plutôt la différenciation de la sphère des valeurs qui, menant à l'extension de la rationalité en finalité dans les sociétés modernes, tend à réduire l'autonomie de l'individu. Mais de la même façon qu'il faille expliquer la rupture permettant la rationalisation dans les sociétés traditionnelles, il faut aussi envisager, dans cette perspective, que la rationalisation puisse connaître des ratés ou être détournée. C'est la présence d'individus pouvant expérimenter l'«anormal» (donc se détacher des normes de leur temps<sup>14</sup>) qui expliquerait la non nécessité (autant de la continuation de la société traditionnelle que de la rationalisation). On retrouve ici encore le thème du charisme (des chefs religieux ou politiques) qui constitue un rempart à la totale rationalisation (ces chefs dont l'action peut être significative dans la mesure évidemment où les conditions extérieures peuvent accepter les innovations proposées) (Raynaud, 1987: 145 sq.). Mais on constate que Weber situe cette possibilité de rupture hors des paramètres de la raison: l'action charismatique est davantage de l'ordre de l'activité «affectuelle» (l'antithèse même de la raison).<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Durkheim explique aussi certains changements sociaux par la capacité d'individus de «dévier» des normes sociales. Voir *Les règles de la méthode sociologique*.

<sup>15</sup> Cette thèse réapparaît chez Weber dans le passage de *L'éthique protestante* (...) déjà cité à la note 5.

On retrouve donc la réification dans la thèse de la perte de liberté chez Weber, réification qui, comme on l'a vu, a été reprise par Lukacs et radicalisée par Horkheimer et Adorno. Chez Lukacs, la dislocation de l'objet de la production (qui perd son «unité organique» en devenant marchandise) est nécessairement aussi liée à la dislocation du sujet qui devient un simple rouage dans le processus de production et, surtout, qui adopte une attitude contemplative face à son travail et à son existence.

Ainsi, la perte de sens et la perte de liberté sont toutes deux des résultantes d'un processus interprété soit comme la dissolution du lien unissant la rationalité en finalité et la rationalité en valeur (disparition de la rationalité pratique) dans les sous-systèmes de l'économie et de la politique (Weber), soit comme inhérent au processus de rationalisation puisque la raison instrumentale fonde elle-même l'action humaine (Adorno et Horkheimer), soit encore comme l'institutionnalisation de la forme marchande comme forme typique des rapports sociaux dans les sociétés capitalistes (Lukacs). Mais dans tous les cas, ce qui est souligné c'est la puissance de ces processus et leur tendance à s'étendre au-delà des sphères de la production et de l'administration. Si la rationalisation produit ces effets à l'échelle des sociétés et que les penseurs ont constaté une perte ou un appauvrissement du sens et de la marge de liberté (décision, choix), c'est qu'elle a pénétré l'ensemble des sphères de la société ou qu'elle tend vers cela. Outre les contraintes évidentes issues de la sphère de la production (par le simple ordonnancement du temps dans la vie, par exemple) qui limitent les possibilités d'action du sujet (qui a moins ou pas du tout d'espace pour exercer sa capacité de choix, si tant est que cette capacité n'a pas rétréci comme peau de chagrin), les penseurs ont également noté l'impossibilité ou la difficulté de maintenir un autre type de rapport ou de penser ces rapports aux autres et à soi hors des cadres de la pensée instrumentale. La réification est aussi, pour partie, un produit de l'invasion d'un mode de pensée qui serait plus ou moins dépassable mais jamais par la raison (chez Weber par le détour du charisme ou de l'affectuel, chez Lukacs par la part non réifiée dans la conscience du prolétariat, chez Adorno et Horkheimer par la *mimésis*). La réduction du sens au produit de la connaissance - objectivante ou théorique ou scientifique ou experte - est un appauvrissement, la connaissance scientifique étant forcément une réduction, et sa force empêcherait d'accorder une validité aux autres formes de savoir.

Foucault et ceux qui l'ont suivi ont insisté particulièrement sur cette dimension de l'assujettissement par l'emprise de la connaissance. Par le concept de «pouvoir-savoir», Foucault (1975, 1976) marque bien le sens qu'il faut donner selon lui à la forme du pouvoir dans les sociétés technologiquement avancées (déjà présente cependant dans les sociétés antérieures depuis l'avènement de la science expérimentale). Les savoirs experts

sur l'humain (les sciences humaines et sociales, la biologie, la médecine, entre autres) n'ont en aucune façon libéré les humains-objets de cette connaissance - comme ils le projetaient - mais les ont plutôt enserrés dans un univers normatif non plus ordonné par la religion mais par la vérité scientifique à laquelle on ne pouvait plus rien opposer de valide. En les prenant comme objets de la connaissance, ils en ont fait des «sujets» (au sens de l'assujettissement) à normaliser sur la base de cette connaissance. C'est en ce sens que les savoirs experts sont partie prenante de ce nouveau dispositif de pouvoir, le «pouvoir-savoir». Chez Foucault, il ne s'agit pas d'une quelconque mauvaise utilisation de la connaissance savante: c'est le principe même de cette connaissance qui produit ces effets de pouvoir. Le projet de Foucault consiste, on le constate par là, en une critique de la rationalité et, de ce point de vue, il rejoint les autres détracteurs de la Raison comme projet émancipateur qui ne peut - intrinsèquement - remplir ses promesses de libération et dont les fondements sont encore métaphysiques (ou «mythiques» selon Horkheimer et Adorno, 1974), en tout cas faussement objectifs.

C'est en somme à une critique de l'«idéologie du progrès» (qui est une rationalisation - au sens psychanalytique cette fois-ci - des formes de domination actuelles) qu'on nous convie à travers ces critiques de la rationalisation et à travers les diagnostics prononcés sur la modernité. Cette idéologie dissimule en quelque sorte, d'une part, la domination de la nature par la technique (comme savoir objectif appliqué) et, d'autre part, surtout, la domination insidieuse des individus là encore par des moyens techniques objectifs et, supposément, émancipatoires puisque appliqués pour le bien ou le bonheur des individus comme des collectivités. La société fondée sur l'idéologie du progrès est en fait une société où le contrôle et la surveillance se raffinent et se dissimulent sous les bonnes intentions. Maffesoli (1979a: 136) a noté cette correspondance entre le contenu prêté au progrès et les caractéristiques de la «société de contrôle et de domination». Par ailleurs, il est de ceux qui ont perçu une constante résistance à l'impérialisme du progrès, aux totalitarismes et au «devoir-être» en général, résistance qui se manifeste entre autres par la ruse (Maffesoli, 1979b).

L'ensemble de ces thèses et de ces diagnostics ont pour trait commun de critiquer le projet utopique des Lumières selon lequel la Raison pourrait fournir les fondements d'une société quasi parfaite. Ce faisant, on a éliminé théoriquement la possibilité de penser un sujet - relativement - autonome et réflexif. Ces thèses en effet ferment la porte à la possibilité de conserver à la fois les analyses de la rationalisation et de ses ratés, les constats sur la modernité - qui manifestement sont fort à propos - *et* un sujet qui ne serait pas seulement tel que par le biais de l'irrationnel ou de la subjectivité donc hors de la société. Autrement

dit, il ne semble pas possible de penser l'existence d'un sujet survivant à la rationalisation et encore moins «produit» par la rationalisation (si ce n'est un sujet au sens de l'individu assujetti). Or, à moins de ne fonder l'explication que sur des caractères personnels des personnes ou sur une quelconque nature humaine hors de portée de la sociologie et, à la limite même, de toute réflexion (sinon métaphysique), l'activité même de ces intellectuels en tant qu'intellectuels est incompréhensible à travers leurs propres schèmes d'explication. Et, de la même façon, une part de l'activité des non intellectuels (les «profanes») est également impensable par ces schèmes. Pour saisir cet ensemble de phénomènes qui laisse poindre non pas une liberté au sens philosophique et total du terme mais bien plutôt ce qui pourrait apparaître comme des effets de retournement de la rationalisation, si je puis dire, il faut probablement aborder la question de la rationalisation et de la modernité à partir d'autres perspectives.

## **1.2.2 Critiques des critiques de la rationalisation**

### **1.2.2.1 Rationalisation du monde vécu et réflexivité chez Habermas**

Habermas, tout en adhérant aux diagnostics posés sur la modernité, a procédé à une critique des thèses de ses prédécesseurs en termes d'explication du processus de rationalisation, avec comme projet d'arrière-fond la «réhabilitation» en quelque sorte de la raison. Son projet est de construire une théorie du modernisme qui soit en fait une «théorie de la pathologie du modernisme, du point de vue de la réalisation - déformée - de la raison dans l'histoire.» (Habermas in Honneth et al., 1981: 7). Le caractère pathologique de la modernité se manifeste entre autres, selon lui, dans les multiples problèmes de socialisation et de désintégration sociale (Habermas, 1979). Ces problèmes résultent d'un autre plus global: la «colonisation du monde vécu» par les systèmes du droit, de l'économie, de l'administration étatique, lesquels, quoique ayant (ou pouvant avoir) des visées d'intégration, tendent en même temps à opérer une rupture avec les normes qui régissaient les relations dans les autres sphères (relations familiales, relations entre collègues, voisins, etc.). Ce faisant, ces sphères perdent leurs moyens propres et traditionnels de régulation (régulation selon des valeurs).

«En se propageant à des domaines d'existence qui obéissaient aux lois propres d'une rationalité pratique d'ordre moral et esthétique, les formes de la rationalité économique et de la rationalité administrative conduisent à une sorte de 'colonisation' du monde vécu. J'entends par là l'appauvrissement des possibilités d'expression et de communication, lesquelles, pour autant que nous puissions en juger, restent encore nécessaires dans des sociétés complexes pour que les individus puissent apprendre à se trouver eux-mêmes, à maîtriser leurs conflits propres et à régler en commun des conflits collectifs.» (Habermas, 1979: 46).

La colonisation du monde vécu est le résultat d'un processus qui a commencé, selon Habermas, avec la rationalisation du monde vécu (suite à la différenciation de la sphère culturelle); celle-ci est une précondition de la rationalisation des systèmes. Ces systèmes sont devenus de plus en plus autonomes par rapport aux contraintes normatives incorporées dans le monde vécu. On peut parler de colonisation à partir du moment où les impératifs systémiques s'imposent au monde vécu et menacent ainsi sa survie (Bernstein, 1985).

Ces diagnostics sur la modernité ne sont cependant pas redevables d'une explication reposant sur la rationalisation comme telle - c'est-à-dire dans son caractère intrinsèque. Habermas se dissocie donc de ses prédécesseurs pour expliquer l'état des sociétés modernes. Il fait l'hypothèse d'une «sélectivité» du processus de rationalisation, sélectivité opérée dans le développement de ces sociétés: on aurait failli à la possibilité de développer et d'institutionnaliser les diverses dimensions de la raison qu'offrait la décentration des structures de conscience moderne et, selon Habermas, c'est là que s'enracine la pathologie de la modernité. McCarthy (1985: 178) expose clairement cette idée de Habermas:

«The basic idea behind Habermas's schema of the structurally possible dimensions of rationalization is that the growing decentering of consciousness in the modern age enables us to adopt different basic attitudes - objectivation, norm-conformative, and expressive - toward the elements of different (formally conceived) worlds - objective, social, and subjective.»

Habermas se dissocie donc de Weber en critiquant la réduction du concept de rationalité que celui-ci aurait opérée au fil de ses analyses pour aboutir au diagnostic sur la modernité. Si, dans sa sociologie des religions, Weber utilisait un concept de rationalité global, le concept de rationalisation ne semble être défini qu'en tant que processus d'extension de la rationalité en finalité, donc rationalité instrumentale. Or, pour Habermas, la rationalisation signifie à la fois un accroissement de la rationalité cognitive-théorique et instrumentale (où la rationalité de l'action est dépendante de l'efficacité empirique des moyens utilisés et donc du succès et de la rationalité des décisions c'est-à-dire exigeant une cohérence dans le choix des moyens pour atteindre les buts) et de la rationalité au sens du caractère raisonnable d'une action ou d'une discussion (où la rationalité est dépendante de la cohérence et de la logique appliquées dans la discussion pour déterminer la vérité d'une assertion et sa justesse en vertu des normes en vigueur dans une société). Weber semble avoir «oublié» la rationalisation du «monde vécu» au sens où il lui serait impossible, en quelque sorte, de penser ce monde vécu en système autonome au même titre que les autres

systèmes (économique et administratif), ceux-ci ayant recouvert celui-là. Au fond, chez Weber, ce qui n'est pas intégré à la rationalité instrumentale n'est pas rationnel.

On retrouve la même idée d'une réduction de la rationalité dans la critique adressée par Habermas à la philosophie de la conscience. C'est même davantage cette critique qui fonde la première: sa théorie de l'activité communicationnelle repose précisément sur une rupture avec cette philosophie qui ne permet pas d'appréhender comme rationnelle l'activité communicationnelle. La philosophie de la conscience (ou du sujet) postule que le sujet peut établir un seul type de relation à lui-même, aux autres et au monde: un rapport de sujet à objet où l'action n'est régulée que par la vérité ou le succès. Il s'agit donc d'une relation cognitive-instrumentale puisque dans ce cadre la connaissance est forcément liée à l'intervention sur l'objet en question (et, plus généralement, à sa domination) (Habermas, 1987: 391). Le seul sujet pensable est donc l'individu «égoïste» d'une philosophie utilitariste, le prototype de l'individu bourgeois moderne qui, isolé par rapport à la totalité et cherchant à s'«autoconserver» (Adorno et Horkheimer), fait des choix sur la seule base de ses intérêts propres, un devoir-être (moral) basé sur l'autoconservation comme fin ultime. L'émancipation éthique de l'individu dans la modernité sonnerait le glas, en somme, de la possibilité d'une rationalité globale, c'est-à-dire intégrant les valeurs partagées dans une société, comme fondement de l'action. Selon Habermas, si le consensus n'est plus donné immédiatement dans la modernité, suite à la différenciation de la sphère des valeurs et de la rationalisation du monde vécu, il n'est pas impossible cependant - théoriquement du moins - d'établir des consensus fondés sur la base d'une discussion rationnelle, précisément du fait de la rationalisation du monde vécu. Or, pour pouvoir penser cette possibilité, il faut pouvoir sortir des paramètres d'une philosophie de la conscience puisque le sujet doit justement pouvoir s'entendre avec d'autres, donc établir un autre type de relation que celui postulé par cette philosophie à savoir une relation de sujet à sujet, une relation dialogique plutôt que monologique (donc qui implique l'adoption d'un paradigme communicationnel ou de l'«entente intersubjective»). Avec cette autre perspective, il devient également possible de penser la socialisation comme un processus permettant l'individuation plutôt que la détruisant; il devient donc possible de sortir de l'association nécessaire rationalisation-réification, association faite par les auteurs présentés plus haut pour lesquels le sujet est un sujet réifié (Raynaud, 1987: 191).

A partir de là, on peut comprendre que la réflexivité chez Habermas soit détachée du sujet qui se prend comme objet de réflexion: le sujet se constitue lui-même et constitue son monde, le reproduit, dans une relation à un autre, c'est-à-dire dans l'intersubjectivité. La réflexivité prend davantage ici figure d'une procédure par laquelle les sujets cherchent à



comprendre ce que disent les autres et sur cette base peuvent trouver un consensus en s'accordant sur la validité des arguments (et ainsi établir la légitimité des normes). La réflexivité n'est donc pas chargée *a priori* d'un contenu déterminé puisque les sujets, se fondant sur le contenu des mondes vécus différenciés, doivent se placer en situation de comprendre ce qui ressort de ces mondes vécus différenciés justement, donc comportant des contenus différenciés. En fait, il ne serait pas possible de comprendre la coopération nécessaire à la vie quotidienne - à partir du moment où l'on reconnaît cette nécessité - si l'on considérait la réflexivité comme simplement subjective: le monde vécu n'étant plus donné simplement mais étant aussi objet de discussion dans la modernité (voir la première partie du chapitre, sur quoi s'entendent les analystes de la modernité), il n'y aurait aucune possibilité de coopération ou d'entente large entre les sujets qui seraient simplement confrontés à leurs propres évaluations subjectives fondées sur leurs seules capacités cognitives (étant donc capables, seuls, d'établir la «vérité» dans la relation sujet/objet - seule possible). En fait, on pourrait observer une telle tendance mais elle n'est pas seule, puisqu'il faut bien admettre, par ailleurs, qu'il y a toujours une coopération, même minimale, pour fonctionner (donc un minimum d'entente est également nécessaire).

Dans un contexte où le monde vécu est objet de discussion, la réflexivité devient donc un processus d'interprétation pouvant aussi viser un accord avec les autres. Il s'agit, autrement dit, d'un processus de connaissance - relativement abstraite - du monde, au sens strict, qui ne se limite pas à l'établissement d'un rapport de sujet à objet et qui passe par le langage.

On peut aisément comprendre que les savoirs experts - résultant de la différenciation des sphères autonomisées et de l'institutionnalisation de ces savoirs experts - deviennent une source d'interprétations et d'arguments valides pour les sujets à partir du moment où le consensus est à instaurer par la discussion rationnelle et n'est plus donné par le monde vécu (qui n'est plus un mais multiple). Les processus de communication et, par là, l'établissement de normes partagées impliquent, dans de nombreux cas, pour établir la validité des normes, la médiation de savoirs experts.

La réflexivité, pour résumer, constitue donc chez Habermas une procédure de production du sens (donc symbolique) par l'interaction de sujets entre eux (il s'agit donc d'intersubjectivité) à un certain niveau d'abstraction. Autrement dit, cette production intersubjective de sens est effectivement une production (éventuellement consciente) à laquelle participent les sujets, de façon presque obligatoire parce que le sens n'est plus donné par avance. Elle est, de plus, une production rationnelle qui implique la

mobilisation d'arguments valides, donc une discussion du type, au fond, de celle pratiquée dans le domaine scientifique (où ce qui vaut c'est le meilleur argument et non ce qui est établi par la force ou la contrainte). Toutefois, l'horizon de cette discussion est toujours l'action (et non la critique ou l'accroissement de la connaissance, comme dans le domaine scientifique).

On peut noter, à partir de là, que la colonisation du monde vécu n'est pas une colonisation au sens où la procédure appliquée serait rationalisée comme telle, mais plutôt au sens où il y a un risque d'appauvrissement du sens si le monde vécu est soumis à la seule rationalité instrumentale, donc si ces interactions productrices de sens ne sont plus que régies par des systèmes régulés par la logique moyens-fins (ce pour quoi un consensus normatif - ou le langage - n'est pas nécessaire).

Habermas constate une tendance à la colonisation du monde vécu mais ce processus n'est pas inéluctable. Pour envisager cela, cependant, il faut croire, en fin de compte, en une possibilité abstraite ou, autrement dit, en une utopie: rendre rationnelle la discussion en vue du maintien d'un monde vécu hétérogène aux sous-systèmes d'action en finalité. En fait, pour adhérer à cette possibilité, il faut en somme considérer importants les procès de la communication quotidienne et accepter de compter avec ce qu'ils comportent de coopération, et non plus seulement tenir compte de ce qui bloque ou peut bloquer ce processus, c'est-à-dire les intérêts particuliers et la force nécessaire pour les faire valoir. Tant que l'on demeure dans une logique du rapport sujet/objet comme seul rapport possible au fondement de l'action et du sens, il n'est tout bonnement pas possible de compter avec la communication. Mais, pour en sortir, avec la théorie de l'agir communicationnel, il faut postuler avec Habermas un processus évolutif d'accroissement et de développement des «dispositions argumentatives et cognitives» dans la modernité (Dumas et Toupin, 1989: 23). Or, cela ne va pas de soi.

Toutefois, ce que l'on peut retenir c'est l'idée d'un sujet capable de parler et d'agir dans le contexte de rationalisation de la modernité et, davantage encore, d'un sujet qui ne peut faire autrement que d'argumenter avec d'autres pour instaurer des normes valides et agir dans la vie quotidienne. C'est en somme l'idée d'une possibilité de résistance, si j'ose dire, fondée non seulement théoriquement ou de façon utopique, mais aussi historiquement suite à la rationalisation du monde vécu et à ce que Habermas appelle la décentration. Ce monde vécu serait donc un espace qui pourrait aussi conserver une relative autonomie *parce qu'il* est aussi rationalisé. Cette résistance ne résiderait pas dans une parcelle de conscience épargnée. On peut la concevoir, à la limite, comme le produit

même de la rationalisation, donc d'un processus historique donnant une forme particulière à ce qui serait peut-être - qui sait, après tout - cette conscience.

Cette lecture de Habermas a quelque parenté avec celle que l'on peut faire aussi de la «réflexivité de la modernité» chez Giddens.

### 1.2.2.2 La modernité réflexive de Giddens

«The modern world does not form the rigid cage of technical reason Weber anticipated; to the contrary, as collective humanity we live in a world which feels as much out of, as within, our control.» (Giddens, 1992: 172)

Giddens parvient à ce constat en analysant la modernité avancée du point de vue du caractère réflexif de la modernité. Comme le note Beck (1992: 166), chez Giddens, la réflexivité consiste en la réflexivité de la connaissance: la modernité est produite par la «détraditionnalisation» à travers la connaissance, c'est-à-dire par une «rétroaction» directe de la connaissance sur l'action.

Comme on l'a vu dans la première partie du chapitre, Giddens adhère à l'analyse classique considérant la modernité comme un ordre post-traditionnel où le savoir traditionnel fournissant un sentiment de sécurité - relatif - est remplacé par un savoir rationnel non univoque et, surtout, constamment révisable à la lumière de nouvelles connaissances. Ce savoir rationnel ne peut pas, conséquemment, offrir de certitudes définitives, sinon justement la certitude qu'il est révisable.

Contrairement cependant aux analystes cherchant à expliquer l'émergence de la société moderne en termes de différenciation, Giddens l'explique plutôt par l'action de mécanismes de *disembedding*. Ces mécanismes participent du dynamisme de la modernité (au même titre que la séparation espace/temps et que la réflexivité institutionnelle: en fait ces trois mécanismes doivent être articulés entre eux pour produire leur effet). Cette notion de *disembedding* et celle de *reembedding* permettent, selon Giddens, de caractériser les éléments essentiels de la nature et de l'impact des institutions modernes c'est-à-dire le «désancrage» des relations sociales des contextes locaux et leur réarticulation à travers des régions indéfinies du temps et de l'espace, ce qui participe de la globalisation comme résultat de la séparation de l'espace et du temps (Giddens, 1991: 18). Il s'agit en somme, en partie du moins, d'un processus d'abstraction (rendant abstrait) qui rappelle l'analyse lukacsienne de la séparation travail/objet où la division du travail, mais surtout le principe organisant le travail, consiste en une objectivation. On peut d'ailleurs noter que Giddens utilise la notion de systèmes abstraits pour parler des mécanismes de *disembedding*. Ces

systèmes abstraits sont en fait les marqueurs symboliques (*symbolic token*), comme l'argent, et les systèmes experts. Les uns comme les autres constituent des systèmes objectifs, standardisés, c'est-à-dire qui valent et fonctionnent peu importe qui les appliquent, sur qui ils s'appliquent et où ils s'appliquent (Idem).

Giddens semble reformuler, mais hors des paramètres d'une problématique de la rationalisation comme telle, avec son concept de *disembedding*, l'idée d'une différenciation qui n'est pas que division et spécialisation des fonctions mais modification du principe organisateur des sociétés, à savoir, dans la modernité, la dissociation ou différenciation de la sphère des valeurs résultant en la validité accordée à ce qui est rationnel (au sens restreint de la logique de la rationalité instrumentale) qui implique une objectivation et qui, en ce sens, s'oppose donc à l'unité ou totalité de l'objet (où il y a prise en considération des particularités de *cette* personne, de *cette* chose). Ce principe d'objectivation - et d'abstraction - reposant sur la validité de la rationalité instrumentale préside à l'organisation ou à l'articulation des rapports autant dans la vie quotidienne que dans les autres sphères.

Giddens montre bien comment, maintenant, on vit dans une sorte d'abstraction presque généralisée au sens où les systèmes abstraits pénètrent pratiquement tous les aspects de la vie (rares sont les domaines vierges de toute intervention de l'expertise ou de l'argent) et deviennent les médiateurs essentiels à l'appréhension de toute chose (soi y compris). L'existence mais aussi la reproduction de ces systèmes dépendent cependant de la confiance en ces systèmes, confiance de l'ordre d'un acte de foi: leur degré d'abstraction est tel que l'«ignorance» à leur égard est plutôt la règle que l'exception (même chez les experts qui ne le sont chacun que pour une infime partie des systèmes) et, par conséquent, on n'a pas le choix de «faire confiance». Cette confiance constitue le plus souvent une attitude quasi automatique plutôt qu'une décision consciente puisqu'elle serait intégrée dans la trame des activités quotidiennes, imposée par les circonstances mêmes de la vie quotidienne (Giddens, 1990).

Toutefois, il est possible de prendre la décision de faire confiance, ce serait même un phénomène assez commun et qui dépendrait en bout de ligne de la réflexivité de la modernité (Giddens, 1991: 19). C'est qu'en effet si la confiance implique l'ignorance (on n'a pas besoin de faire confiance quand on connaît bien les choses), par contre l'ignorance même est un terrain propice au scepticisme ou aux précautions (1990: 89). La réflexivité dans la modernité est double: d'abord elle est inhérente à toute action humaine et en ce sens elle n'est pas spécifique à la modernité; d'un autre côté, à ce premier niveau, s'ajoute

la réintégration constante dans la société de la connaissance produite sur la société (par les sciences sociales particulièrement - auxquelles Giddens prête un rôle fondamental dans les institutions modernes - mais aussi par les autres systèmes experts). Ainsi pensée et action se «réfractent» continuellement l'une sur l'autre. Il s'agit en fait ici de ce Giddens appelle la double herméneutique par laquelle la société se voit en quelque sorte agir et transforme son action par l'appropriation de la connaissance acquise, action à nouveau analysée et reprise, dans un processus sans fin.

Cette réflexivité indépassable montre clairement comment le doute est devenu un principe au fondement même des sociétés modernes, qui les rend mouvantes pour ceux et celles qui les font. Si la confiance est nécessaire pour fonctionner dans la vie quotidienne, en même temps elle peut être ébranlée par la connaissance et l'usage institutionnalisé du doute.

Giddens déplace en quelque sorte la réflexivité de l'individu-sujet à la société. L'individu réflexif (ou le sujet) n'est pas à la base, pourrait-on dire, de la réflexivité. C'est la société moderne qui est réflexive, qui s'instaure sur la réflexivité et qui produit en quelque sorte des acteurs forcément réflexifs. Lash exprime d'une manière assez percutante l'idée de Giddens qui émerge de cette perspective: «Its basis is that along with modernization, structure so to speak forces agency to be free.» (Lash, 1993: 18). Toutefois, cela ne signifie aucunement que se réaliserait le projet des Lumières, les agents ne détenant pas la capacité de maîtriser leur destin ni leur environnement. Il n'est donc pas question ici d'une liberté fondamentale mais plutôt d'une marge d'action dans un cadre favorisant la réflexivité parce que se fondant sur elle.

On peut voir jusqu'ici comment les thèses de Habermas et de Giddens s'entrecourent tout en poursuivant des objectifs hétérogènes. La réflexivité, à un premier niveau, de part et d'autre, est forcément ancrée dans les capacités des sujets mais dans le contexte de la modernité, il y a une presque exigence d'une réflexivité à un second niveau. Celle-ci est déterminée, chez Habermas, par la rationalisation du monde vécu et, chez Giddens, par un processus de désancrage (*disembedding*) donc d'objectivation des relations sociales. En d'autres termes, pour les deux penseurs, cette réflexivité est déterminée par un processus invalidant le savoir traditionnel pour la construction du sens et pour l'action.

De façon plus concrète, Giddens analyse les rapports qui résultent de cette forme de la société moderne entre les acteurs profanes - qui sont en fait «tout le monde» - et les systèmes abstraits. Ceci s'applique de façon évidente aux systèmes experts (sur lesquels d'ailleurs Giddens est plus volubile). Giddens nomme *access points* les lieux de rencontre

des profanes avec ces systèmes. Ces points d'accès constituent des points de vulnérabilité des systèmes (1990: 88) puisque, concrètement, les systèmes - particulièrement les systèmes d'expertise - existent à travers des personnes et ce sont ces personnes qui sont rencontrées. Or, si la confiance est mise dans le système, il faut forcément faire confiance aussi aux personnes. Pour maintenir cette confiance dans l'expertise et le système, les experts (ou ceux qui les représentent) doivent se comporter de la façon à laquelle s'attendent les autres,<sup>16</sup> ils ne doivent pas faire d'erreur, ils doivent aussi afficher publiquement un consensus sur les vérités avancées (et réserver pour les «coulisses» les discussions et les doutes), etc. L'expérience à ces points d'accès est déterminante pour maintenir la confiance, elle peut donc également la miner. Comme on l'a vu plus haut, si la confiance implique l'ignorance et que celle-ci est un terrain propice au scepticisme, l'expérience faite par les profanes d'un système peut aussi bien provoquer un rejet du système (1990: 91). Par ailleurs, la connaissance de la fragilité et des limites des systèmes d'expertise, comme elle n'est pas l'apanage des spécialistes, participe également à la fois de la confiance comme du scepticisme à leur égard. Le rejet d'un système particulier ne signifie aucunement le rejet de l'ensemble des systèmes d'expertise selon Giddens, puisqu'il est impossible de sortir de ce qui encadre totalement, semble-t-il, l'univers social actuel. Une sélection est cependant opérée parmi les possibilités d'action offertes par les divers systèmes. Aussi il peut y avoir divers degrés de confiance à l'égard d'un même système, mais ne pas accorder sa confiance à un système implique presque toujours de faire confiance à un autre système concurrent. Giddens donne en exemple le recours à la médecine curative traditionnelle et le recours aux médecines «alternatives», les deux constituant des systèmes d'expertise (1991: 23).

Le haut degré de confiance exigée envers les systèmes abstraits structurant les sociétés modernes avancées (pour qu'ils puissent fonctionner) est proportionnel en quelque sorte au sentiment du risque dans ces sociétés. Giddens compare la modernité à un «juggernaut» c'est-à-dire à une machine puissante que l'on peut partiellement contrôler mais qui peut à tout moment nous échapper au sens où ses produits sont pour une large part imprévisibles, non conformes aux attentes (1991: 28; 1990: 137 et sq.). Dans la mesure où la connaissance ne permet pas d'accroître les certitudes mais au contraire les ébranle continuellement du fait du caractère circulaire de cette connaissance, du fait de la réintroduction constante de la connaissance dans la société (la réflexivité), du fait également qu'il est largement connu que la connaissance scientifique et technique peut

---

<sup>16</sup> Ici Giddens s'inspire explicitement de l'analyse dramaturgique de Goffman, telle qu'exposée notamment dans *La mise en scène de la vie quotidienne*.

aussi bien créer des monstruosités que des bénéfiques pour l'humanité, non seulement le scepticisme est une attitude largement partagée mais le sentiment d'insécurité l'est également. C'est ce qui lui fait dire, reprenant l'idée de Beck<sup>17</sup>, que la société moderne est une société du risque (*risk society*). Plus précisément, c'est une société où l'on est forcé, par les systèmes abstraits, d'accepter le risque comme un risque au sens où les activités ne peuvent suivre un cours prédéterminé et qu'elles sont donc ouvertes à la contingence. Il ne s'agit donc pas tant des risques ou dangers créés par les formes de vie actuelles (comme le risque de catastrophe écologique, par exemple) que des multiples possibilités constamment ouvertes et auxquelles on est constamment confronté (1991: 28).

En somme, selon Giddens, la vie dans la modernité avancée doit être vue comme une affaire de «routine contemplation of counterfactuals rather than simply implying a switch from an 'orientation to the past', characteristic of traditional cultures, towards an 'orientation to the future'.» (1991: 29). La réflexivité routinière en somme... Curieux paradoxe (en apparence à tout le moins) qui laisse penser que la modernité aurait amorcé un autre virage après la première rupture avec la société traditionnelle: d'une période marquée par le projet et le progrès (orientation vers le futur caractéristique de la rationalité en finalité), on passerait à une période caractérisée par la critique continue.

La réflexivité n'épargne évidemment pas l'identité des individus et leur rapport à leur corps. Une large part de l'analyse de Giddens dans *Modernity and Self-Identity* (1991) est consacrée à cette question. Pour Giddens en effet le «soi» est un projet réflexif et la réflexivité du soi affecte le corps (celui-ci est de moins en moins un donné). Le narcissisme contemporain, de ce point de vue, est plutôt interprété comme l'expression d'une préoccupation plus profonde relative à la construction du corps et à son contrôle. Le corps n'est un donné naturel pour personne, ni les experts médicaux ni les profanes. En fait, dans la modernité, le corps est à construire, à faire; il devient «a phenomenon of choices and options» et montre l'extension d'un processus par lequel la «nature» devient un domaine d'action (1991: 8). L'idée de la réflexivité permet, à mon avis, de distinguer ce qui relève des rapports de pouvoir dans le domaine du corps de ce qui relève d'un rapport à soi «moderne» impliquant toujours une intervention - qu'elle soit concrète ou symbolique. Les rapports de pouvoir vont provoquer l'application de telles interventions au détriment d'autres, leur étude peut permettre d'identifier qui ou qu'est-ce qui dicte ou pousse dans telle direction. Mais ils doivent être distingués, dans l'analyse, de ce qui est

---

<sup>17</sup> Ulrich Beck (1992), *The Risk Society. Towards Another Modernity*, London, Sage.

de l'ordre plus général de la culture moderne, donc des cadres globaux d'ancrage du sens qui ordonnent tout autant l'intervention des experts que celle des profanes.

Le caractère réflexif de la modernité, tel que posé par Giddens, rappelle l'impossibilité de retrouver la «nature» du corps, un corps appréhendé de façon immédiate. Cela n'est pas une idée nouvelle, les perspectives constructivistes ayant depuis longtemps théorisé ce rapport, toujours médiatisé, à une nature inaccessible (que ce soit par le langage ou la technique par exemple).<sup>18</sup> Le corps «naturel» dans la modernité, ou le corps donné, est un corps à distance de soi. Il faut en quelque sorte partir de ce donné (ce qui n'empêche pas d'en faire l'histoire) et s'interroger sur le travail qui y est appliqué dans la modernité avancée. Ce travail est maintenant pratiquement toujours médiatisé par les systèmes experts, les discours experts, qui énoncent des vérités temporaires ou hypothétiques sur ces objets. Leur réintroduction constante, par de multiples biais, dans la vie quotidienne et dans la constitution des institutions modernes, façonne indéniablement les constructions et interventions des «profanes» sur leur corps et leur soi en général. Ainsi, ils participent d'abord à vider ou à désancrer (mécanismes de *disembedding*) les relations à soi (comme aux autres) mais parallèlement ils permettent de les réancrer (*reembedding*) en fournissant des contenus qui permettent de forger de nouveaux sens - relativement instables - et, plus généralement, de réduire l'insécurité.

Dans cette perspective, les systèmes experts apparaissent comme des systèmes à double face. Devenus source de savoir sur elle-même pour la société, source de savoir et d'arguments valides, ils structurent en profondeur la modernité avancée en lui fournissant les contenus et la forme de pensée à appliquer pour connaître, agir et maintenir l'univers de signification (y compris l'identité de l'individu). Si la modernité repose sur la croyance en la possibilité de la maîtrise (possibilité de calculer, de prévoir les risques et donc de maîtriser les phénomènes naturels ou sociaux), donc d'une connaissance des risques, dans ce cadre les systèmes experts deviennent un moyen de réduire l'insécurité produite par la connaissance de ces risques. Par contre, la pénétration de ces contenus comme de leur forme, à divers degrés dans la société, de même que l'utilisation routinière des systèmes abstraits, rendent disponible également la connaissance des limites et du caractère instable de ces savoirs experts. Ainsi, si les systèmes experts nécessitent la confiance pour

---

<sup>18</sup> Mais il importe de le rappeler puisqu'on retrouve encore, en filigrane, cette volonté de retrouver le caractère naturel du corps, féminin en particulier, dans certains écrits sur les femmes et les nouvelles techniques de la reproduction, comme on le verra au Chapitre 3. Par ailleurs, ce désir du retour au «naturel» me semble manifester la même distance à l'égard du corps qu'il devient impossible de franchir: retourner au naturel implique une absence d'intervention qui constitue en soi une forme d'intervention (ou la réflexivité).



fonctionner, ils suscitent aussi l'ambivalence, le scepticisme (particulièrement dans le domaine des sciences et techniques). Selon Giddens, l'«acceptation pragmatique», basée sur un mélange de déférence et de scepticisme, marque le rapport des profanes aux systèmes abstraits en général. La confiance dans ces systèmes serait en fait une attitude d'acceptation tacite des circonstances de la vie quotidienne, pour lesquelles les possibilités sont limitées (Giddens, 1990: 90).

Comme le note Lash (1993), cette analyse de l'introduction des savoirs experts dans la vie sociale quotidienne est évidemment à des lieues de celle de Foucault qui, comme on l'a noté précédemment, y voit davantage une tendance à la normalisation des individus. Si, pour ce dernier, le savoir expert est forcément et intrinsèquement répressif, pour Giddens il peut aussi participer à la constitution positive - c'est-à-dire sécurisante - de soi et de l'univers. Si Foucault a introduit rapidement l'idée d'une possibilité de reprise détournée du discours savant (normalisateur) par ceux qui en sont les objets,<sup>19</sup> il a en quelque sorte lui-même minimisé cette possibilité en radicalisant les effets du pouvoir-savoir: ce n'est pas cette connaissance qui permet à l'individu de se libérer, de se défaire de son joug.<sup>20</sup> On peut noter que Giddens ne cherche pas non plus un espace de liberté pour les individus. Cependant, le caractère réflexif de la modernité peut créer de telles zones puisque la visibilité des conséquences négatives de l'approche instrumentale des savoirs experts - qui répriment les questions d'ordre moral et existentielles surgissant dans la vie quotidienne - ouvre des possibilités de réaction pour des mouvements sociaux en termes justement de morale ou d'éthique.

Par ailleurs, Foucault n'a pas considéré le caractère instable, dans la modernité, de la connaissance en général et de la connaissance savante et, davantage encore, la connaissance de cette instabilité par les acteurs. Il ne peut donc prendre en compte les conséquences de cette situation, à savoir le caractère relativement «mou» en bout de ligne

---

<sup>19</sup> Voir l'exemple du discours savant sur l'homosexualité au 19<sup>e</sup> siècle: il en a résulté une augmentation des contrôles sociaux mais aussi, parallèlement, l'émergence d'un contre-discours: «l'homosexualité s'est mise à parler d'elle-même, à revendiquer sa légitimité (...) et souvent dans le vocabulaire, avec les catégories par lesquelles elle était médicalement disqualifiée.» (Foucault, 1976: 134).

<sup>20</sup> Parce que c'est bien de cela qu'il s'agit chez Foucault: pourchasser le pouvoir dans sa forme pouvoir-savoir - et montrer qu'on ne peut s'en défaire, n'en déplaise aux chantres du progrès et de la raison. Dans *L'usage des plaisirs* (1984), Foucault semble revenir sur ses écrits précédents puisqu'il introduit l'idée que le sujet pourrait se constituer par le processus de subjectivation et donc qu'il y aurait un espace de liberté possible face aux pouvoirs et aux savoirs. Mais cet espace de liberté est intérieur et non plus social, il renvoie à la dimension esthétique et éthique. De plus, il échapperait à la sphère de la connaissance, donc de la rationalité. Comme l'ont noté Deleuze (1989), Ferry et Renaut (1988), le «sujet» de Foucault doit être interprété hors des paramètres habituels qu'on donne à cette expression (sur la subjectivation chez Foucault, voir Deleuze, 1986, 1989, 1990).

des contenus normatifs et les effets pervers en quelque sorte de la présence de multiples tentatives normalisantes contradictoires.

Giddens a constaté ce caractère souvent contradictoire des savoirs experts pénétrant la sphère de la vie quotidienne mais il a peu élaboré sur l'hétérogénéité des orientations normatives qu'ils portent. S'il y a une certaine uniformité des formes, du point de vue des bases de validité des savoirs, il n'en va pas forcément de même pour leur contenu. Il n'est donc pas indifférent de faire confiance à tel système ou à tel autre. Pour reprendre un exemple qu'il utilise lui-même, avoir recours à la médecine curative technique ou aux médecines alternatives ne signifie pas forcément la même chose, même si toutes constituent bel et bien des systèmes avec lesquels on entre en contact de la même façon c'est-à-dire dans un rapport d'experts à profanes. De part et d'autre, le rapport au corps malade ou souffrant est médiatisé par un discours expert, mais le corps n'est pas interprété de la même façon de part et d'autre. Or cela n'est certainement pas indifférent pour repérer le sens donné à ce corps dans la société - une fois établi qu'il est à distance de soi - et cerner le type de construction et d'intervention qu'y feront les profanes.

### **Conclusion**

Deux positions générales se dégagent de ces analyses du processus de rationalisation dans les sociétés occidentales modernes. D'un côté, la rationalisation résulte en une perte de sens et de liberté en réduisant la part «réflexive» (c'est-à-dire rationnelle et raisonnable) de l'action. La rationalisation ici a le sens de l'extension de la rationalité formelle réduite à la rationalité instrumentale qui devient, dans la modernité, la seule forme de raison. D'un autre côté, la rationalisation est conçue comme produisant la réflexivité et celle-ci demeure, dans la modernité: les conditions mêmes de la modernité favorisent ce déploiement de la réflexivité entre autres du fait de la rationalisation du monde vécu. Cette seconde position me semble offrir des possibilités d'ouverture pour une réflexion sur les savoirs de sens commun ou profanes dans le contexte actuel.

Si l'on retient l'idée de Habermas, on peut concevoir que la connaissance englobe une dimension cognitive-instrumentale et des dimensions normative et subjective, contrairement à ce que suggèrent les autres thèses. L'ensemble de ces dimensions sont pensées dans le cadre d'une connaissance qui reste réflexive et qui doit être analysée comme résultant d'un processus de rationalisation (il ne s'agit pas de réminiscences d'un temps passé). Cela permet donc de penser que la réflexivité comme «distance» n'implique pas forcément la réification (la raison ici n'est pas conçue seulement comme rationalité

instrumentale où les rapports du sujet avec lui-même, les autres, les choses, seraient toujours fondés sur la vérité objective ou le succès donc sur la domination).

Par ailleurs, cette connaissance est médiatisée par le langage et les savoirs culturels dont le statut - en termes de validité - est passé de la certitude à l'«hypothèse», qui sont donc discutables et elle est médiatisée aussi par les savoirs experts multiples et - relativement - instables eux aussi du fait de la double réflexivité (réflexivité intrinsèque à ces savoirs et relative à leur pénétration dans l'action, objets de ces savoirs).

Cette dernière remarque appelle deux commentaires par rapport à mon objet. D'une part, du point de vue de la connaissance sociologique de l'objet, elle signifie que les savoirs experts dont il faut tenir compte dans l'analyse de la connaissance de sens commun sont tout autant les savoirs-pratiques médicaux que les savoirs des sciences humaines et sociales, par exemple, sur les objets en question, dans la mesure où ils circulent aussi dans la société. Autrement dit, les sociologues, entre autres, doivent compter en quelque sorte avec l'effet qu'ils produisent et penser la connaissance profane comme étant aussi médiatisée par leurs énoncés qui traversent l'espace public. D'autre part, du point de vue de la connaissance profane comme telle, le caractère réflexif de la modernité signifie que les fondements de cette connaissance sont instables et que l'action (qui constitue l'horizon de cette connaissance) est relativement imprévisible.

En effet, si l'on revient rapidement sur l'analyse que fait Giddens des rapports entre les systèmes experts et les profanes, ces systèmes experts sont compris et utilisés comme des sources de stabilisation dans un contexte de risque ou d'ambivalence. Ils fournissent des contenus, formes de pensée permettant de maintenir l'univers de signification et permettant d'agir, au jour le jour, d'une façon qui soit valide. L'utilisation de ces systèmes implique la confiance en ces systèmes. La confiance a ici pour corollaire l'ignorance, propice au scepticisme, comme on se le rappellera. Parallèlement, la pénétration des contenus de ces systèmes dans la société et leur utilisation rendent accessible la connaissance de l'instabilité des savoirs experts. Ainsi, du fait même de la réflexivité, l'ambivalence qui devait être jugulée par le recours à ces systèmes pénétrerait à nouveau, si l'on peut dire, par la porte d'en arrière. En conséquence, on pourrait penser que la confiance en ces systèmes peut être sinon sapée du moins fortement atteinte à la fois par le caractère ésotérique des savoirs en jeu (scepticisme à l'égard de ce qu'on ne connaît pas) et par le caractère réflexif des savoirs.

Les théories relatives à la rationalisation et à la modernité, comme on l'a vu, expliquent un type particulier de rapport au monde, donc un type de connaissance et d'action dans ces sociétés modernes en même temps qu'elles proposent, par là même, des explications du développement ou de la structuration de ces sociétés. C'est en ce sens que ces jalons d'une problématique de la connaissance dans le contexte de la modernité avancée constituent à la fois un complément à la théorie des représentations sociales et des points d'appui à partir desquels lire et jeter un regard critique sur une partie des écrits portant sur la médicalisation et les NTR. La médicalisation, du point de vue de son explication, ne peut être complètement pensée hors du développement de ces sociétés modernes et les NTR, notamment en ce qu'elles sont une illustration particulière de la médicalisation, n'y échappent pas non plus. De plus, comme je m'attarde plus spécifiquement bien que non exclusivement aux rapports des «profanes» à la médecine et aux NTR, les théories exposées dans ce premier chapitre deviennent en même temps une source d'éclairage de ces rapports, donc de ces aspects particuliers de la médecine et des NTR.

## CHAPITRE 2 LA MEDICALISATION, UN CADRE SOCIAL DE DEFINITION DES PROBLEMES ET D'INTERVENTION

### Introduction

Les nouvelles techniques de la reproduction ne peuvent être abordées hors du cadre de la médecine en général dont elles constituent une forme d'intervention parmi d'autres. L'application de ces techniques par les médecins et le recours à ces techniques par des usagers et surtout des usagères, participent d'un processus de médicalisation qui se présente comme une extension de la médecine à des domaines de plus en plus nombreux et, conséquemment, comme une pénétration de ce qu'on pourrait appeler la «logique médicale» dans la société. Ce chapitre sera donc consacré aux écrits concernant ce processus de médicalisation. La question des nouvelles techniques de la reproduction sera abordée de façon plus directe au prochain chapitre.

Si ce processus peut *a priori* être conçu comme le résultat de la force d'une profession, de l'imposition d'un savoir expert détenu par les médecins, donc comme un processus reposant sur le pouvoir des médecins sur des patients dépossédés et passifs, on constatera que les choses sont infiniment plus complexes. La médicalisation semble plutôt être le résultat de processus plus fondamentaux. D'une part, elle résulterait de la structuration des rapports de force entre des groupes sociaux ayant des intérêts parfois divergents, parfois convergents. D'autre part, elle serait liée aux constructions socioculturelles relatives au monde, à l'individu, à la vérité et liée aux idéaux largement partagés dans les sociétés occidentales. Ces deux grands types d'explication ne peuvent être conçus comme étant indépendants l'un de l'autre. Si, en effet, la médecine, ses catégories et moyens peuvent être mobilisés dans des rapports de force c'est bien, semble-t-il, qu'elle porte cette culture et, d'un autre côté, ces fondements culturels seraient reproduits et renforcés dans les pratiques constituantes de ces rapports de force.

Dans les pages qui suivent, je présenterai dans un premier temps comment on a décrit, en sciences sociales, le processus de médicalisation, ses manifestations et ses conséquences. Je présenterai ensuite les thèses expliquant l'émergence et la persistance de ce processus. Enfin, je dégagerai les conclusions que l'on peut tirer de ces écrits en ce qui concerne la possibilité, pour les «profanes» en particulier, d'une appropriation symbolique sinon pratique des techniques médicales orientée autrement que par une logique technicienne, relevant donc d'une logique échappant à la réduction du sens impliquée par la médicalisation.

## 2.1 La médicalisation et ses conséquences

Dans les écrits sur cette question, les auteurs mettent parfois l'accent sur une dimension ou une autre du processus, sur une conséquence ou une autre. Ici il s'agit d'une synthèse de ces dimensions repérables dans les écrits.

### 2.1.1 Les manifestations de la médicalisation

La médicalisation se manifeste d'abord dans le recours aux catégories médicales pour définir de plus en plus d'états et de situations comme des maladies, appelant donc éventuellement une intervention médicale. Conrad et Schneider (1980) identifient là un premier «niveau» de la médicalisation, le niveau conceptuel.

La médecine crée la maladie. Si cette acception peut être considérée dans son sens le plus strict, c'est-à-dire que la pratique médicale produit parfois des maux réels, rend malade<sup>1</sup>, c'est plus souvent dans son sens sociologique qu'elle est comprise dans les écrits. La maladie est une construction sociale et médicale. La profession médicale crée la maladie, elle la cherche et la trouve: c'est son rôle en tant que profession (Freidson). Chez Freidson, on trouve l'idée que l'extension de leur domaine est inhérente à toutes les professions. La maladie est ainsi le résultat en un certain sens de la médecine du fait de la profession médicale en tant que profession mais également du fait du développement du savoir médical (Freidson, 1970; Bourret, 1985) et des techniques médicales.<sup>2</sup> Les médecins créent la maladie en un autre sens encore: en définissant des problèmes qu'on leur apporte comme des maladies et en les traitant comme telles (Conrad et Schneider). Le niveau conceptuel du vocabulaire utilisé est ainsi couplé à cet autre niveau, interactionnel, identifié par Conrad et Schneider, où *de facto* un état sera conçu comme une maladie par son introduction dans le circuit médical.

La médicalisation, à son niveau conceptuel (l'usage d'un vocabulaire issu de la médecine), est identifiée à la pénétration des catégories médicales non seulement dans le langage des

---

<sup>1</sup> La iatrogenèse (du grec *iatros* - médecin) est décrite avec moult détails - et fougue - par Illich (1975). De nombreuses chercheuses et militantes féministes, critiques de la médecine, ont également décrit et analysé comment des médicaments et, plus souvent, les contraceptifs prescrits aux femmes (stérilet, DepoProvera, D.E.S. etc.) de même que des procédures médicales appliquées aux femmes (épisiotomie, hystérectomie par exemple) étaient inutilement nocifs et mutilants, constatant que le corps des femmes a souvent servi à l'expérimentation. Voir G.R.A.F.S. (1983), Collectif de Boston (1977), Fédération québécoise pour le planning des naissances (1988).

<sup>2</sup> Des «maladies» semblent en effet résulter de la recherche d'usages pour des technologies développées par ailleurs. Le cas de l'infertilité et l'élasticité de la définition de cet état seraient révélateurs de l'origine technologique, si je peux utiliser ce terme, de certaines infertilités: le développement de techniques de pointe trouverait après coup leurs débouchés. Je reviendrai sur ce point au prochain chapitre.

professionnels médicaux mais aussi dans le langage commun pour nommer des états, les expliquer et identifier les remèdes. Par ailleurs, la médicalisation se manifeste dans le recours aux catégories médicales pour définir des comportements ou situations comme étant «à risque» pour la santé. Il s'agit d'un élargissement non seulement sur le plan conceptuel mais aussi sur le plan de l'intervention qui, potentiellement, vise également les individus en santé. La médicalisation est donc également un processus d'extension (potentielle) du champ d'intervention médical à la vie entière (Zola, 1977; Illich, 1975; Arney et Bergen, 1984). La prévention est la manifestation la plus claire de ce processus. Si elle se centre davantage sur la santé à conserver que sur la maladie, la prise en charge médicale fragilise, en un sens, la santé en voyant dans les modes de vie, les comportements, l'environnement, le déroulement de la vie lui-même<sup>3</sup> des risques de maladie. Ici il ne s'agit plus d'une définition médicale de la maladie mais d'une définition de comportements ou d'états normaux pouvant produire la maladie.

A un autre niveau, la médicalisation se manifeste par le recours à la profession médicale comme profession soignante ou aidante (et à ses techniques diagnostiques ou thérapeutiques) pour faire face à des phénomènes se manifestant dans le corps et pour des malaises flous ou sociaux ou comportementaux qui affectent soit les personnes qui en sont l'objet, soit d'autres personnes qui en subissent les inconvénients. Ici la médicalisation est le fait de l'action conjuguée des médecins qui reçoivent une demande pour traiter ces problèmes et celle des non médecins qui leur apportent ces problèmes en tentant d'y trouver une réponse. C'est le cas, par exemple, des parents et professeurs qui réfèrent, en désespoir de cause, des enfants «hyperactifs» à un médecin (Conrad et Schneider, 1980); c'est moins une solution médicale comme telle qui est recherchée qu'une solution tout court à un problème dans la famille ou dans la salle de classe. Riessman (1983), par ailleurs, a montré qu'aux Etats-Unis la médicalisation de phénomènes jusque là «naturels» (malaises menstruels, douleur de l'accouchement, risque de fausse-couche) ou de pratiques ne faisant pas partie de la médecine (contraception, avortement) est le résultat d'une volonté d'extension de son champ par la profession médicale et de la volonté des femmes (des classes moyennes et supérieures) de trouver un soulagement à des malaises et souffrances qui n'étaient pas pris en charge ailleurs.

---

<sup>3</sup> Des phénomènes naturels comme le vieillissement, les menstruations, la grossesse, la ménopause, etc. font partie du domaine d'intervention de la médecine non seulement à cause des désagréments qu'ils comportent pour les individus mais aussi à cause des risques qu'ils présentent pour le maintien de la santé «normale».

Selon Riessman, le recours des femmes à la médecine constituait également un moyen pour faire reconnaître comme «réels» (plutôt que psychologiques ou imaginaires) certaines malaises, pour sortir également de la fatalité de la souffrance où les conceptions traditionnelles les enfermaient. La profession médicale, de ce point de vue, est à la fois soignante (ou aidante) et légitimante. Le recours à la médecine, à ses catégories et techniques peut ainsi s'inscrire dans des stratégies de groupes sociaux, comme ce semble avoir été le cas pour les femmes américaines, mais également d'individus et d'organisations diverses. Les buts visés ne sont pas forcément de l'ordre de la thérapeutique. Ainsi Nelkin et Tancredi (1989) ont analysé la tendance à l'utilisation de tests diagnostiques par les compagnies d'assurance, les entreprises, les institutions scolaires, sociosanitaires ou judiciaires. Les auteures associent cet usage de plus en plus répandu à un souci de gestion de ressources humaines ou financières, de justification d'un refus d'embaucher ou de traiter ou d'assurer, de justification par des données scientifiques des jugements prononcés, etc. Conrad et Schneider (1980) ont appelé ce niveau de la médicalisation le niveau institutionnel. Les acteurs concernés utilisent la médecine comme garantie pour légitimer des pratiques non immédiatement ou pas du tout orientées vers le maintien de la santé ou le soulagement de malaises (peu importe le sens que l'on donne à ces notions floues et élastiques). C'est principalement à ce niveau que les médecins peuvent apparaître comme des «agents doubles» (Nelkin et Tancredi) partagés entre leur loyauté pour l'entreprise ou l'institution qui les embauchent et celle qu'ils doivent aux personnes objets de leur intervention.

Dans les écrits, la médicalisation se présente donc comme un processus d'extension de l'espace qu'occupent les catégories médicales et les moyens techniques médicaux et comme un processus auquel participent à la fois les médecins et un ensemble d'autres acteurs qui voient dans la médecine une source d'aide ou de légitimation pour résoudre des problèmes de divers ordres. Conrad et Schneider (1980), en réplique à Strong (1979), insistent sur la distinction à faire entre la médicalisation et l'impérialisme de la profession médicale pour comprendre ce processus de médicalisation. L'idée d'impérialisme ne permet pas, en effet, de prendre en considération les actions de personnes ou de groupes qui ne visent pas à donner à la médecine une plus grande marge d'intervention mais qui favorisent néanmoins la médicalisation. Cette notion d'impérialisme, par ailleurs, selon Conrad et Schneider, en sous-entendant une intention de dominer et contrôler de la part des médecins, ne correspond pas aux résultats d'études historiques qu'ils ont menées sur la médicalisation de la déviance. Si l'intention de dominer apparaît par ailleurs, comme on



le verra plus loin, elle ne peut être traitée comme le seul élément producteur de la médicalisation.

### **2.1.2 Les conséquences de la médicalisation**

Les conséquences de la médicalisation, dans les écrits portant directement sur ce processus, sont généralement présentées comme des «méfaits», pour reprendre le terme de Zola (1977). On distingue trois grandes conséquences: le réductionnisme et la dépolitisation des problèmes, la création de la déviance et la dépendance.

D'abord, la médicalisation mène à l'adoption de cadres réducteurs de compréhension des phénomènes. Le réductionnisme biologique et le réductionnisme individualiste, où les causes de la maladie se situent soit dans le corps individuel, soit dans le comportement de l'individu vivant dans un environnement déterminé (et éventuellement conçu comme étant «à risque») sont des variantes d'une même tendance réductionniste sur le plan explicatif. L'individualisation des causes des problèmes de santé mène à la négation des conditions sociales ou environnementales favorisant l'apparition de problèmes chez des groupes de la population plutôt que chez d'autres. Par conséquent, les maladies seront traitées au plan de l'individu, dans son corps et ses comportements plutôt que par des actions visant à modifier l'environnement, les conditions de vie, les rapports sociaux morbides. Il en découle une dépolitisation des problèmes de santé, l'adoption de solutions techniques (donc limitées) pour des problèmes qui exigeraient un autre type de solution et un risque de désengagement de la collectivité dans leur prise en charge (Nelkin et Tancredi; Riessman; Conrad et Schneider; Zola; Waitzkin, 1978). La médicalisation, en ce sens, participe à la reproduction des rapports de pouvoir.

Les études portant sur les conceptions profanes de la santé, de la maladie, des causes des maladies confirment et infirment à la fois cette pénétration des explications médicales des maux. On note ainsi que les définitions et modèles explicatifs des maladies ressemblent à ceux des médecins (Blaxter, 1983; Osiek-Parisod, 1991). Cependant, ces modèles explicatifs dépassent également ceux de la médecine parce que les sources d'information sont multiples (médecins, enseignement familial, voisinage, média d'informations), mais aussi parce que la maladie étant davantage conçue comme multicausale, les sources de la maladie dépassent le seul corps. Blaxter note ainsi que les explications psychologiques sont souvent privilégiées aux dépens des explications biologiques puisque les personnes mettent en rapport leur trajectoire propre, leur histoire, les événements de leur vie et les symptômes ressentis pour expliquer leurs maux. Ainsi, selon Blaxter, les explications

médicales d'une maladie sont parfois refusées par les personnes concernées. Par ailleurs, selon Herzlich (1969, 1984), ceux qui souffrent d'une maladie ou leurs proches exigent toujours une explication beaucoup plus vaste que celle que rend disponible la médecine, une explication d'ordre existentiel. Les catégories médicales seraient largement utilisées pour qualifier des états et les expliquer mais en même temps elles seraient par trop limitées. On ne peut pas faire, semble-t-il, d'adéquation entre le fait de qualifier des états de maladies et l'adoption des seules explications médicales. Par ailleurs, si les mots portent un univers de sens, on ne peut pas en déduire qu'ils portent une logique unique, c'est-à-dire la forme de pensée qui a présidé à leur création. Durif-Bruckert (1994) a constaté, en analysant le savoir profane sur les fonctions physiologiques, que l'usage des termes scientifiques (médicaux) n'est absolument pas un critère d'assimilation et d'appropriation de la logique scientifique. Ainsi, l'usage du vocabulaire médical, signe de la médicalisation, ne correspond pas forcément à la disparition d'un mode non médical d'appréhension des maladies et problèmes. Si ces études apportent quelques nuances aux précédentes, il n'en reste pas moins que les méfaits identifiés demeurent quand les problèmes sont effectivement pris en charge par la médecine qui recourt à ses moyens propres pour intervenir.

Ces conséquences sont accentuées du fait du caractère régulateur de la médecine. Freidson (1970) qualifie la médecine d'«entreprise morale» puisqu'elle cherche à réguler et à imposer des normes. La norme médicale permettant d'identifier l'anormalité, on conçoit aisément qu'une extension des normes médicales à des états de plus en plus nombreux puisse avoir comme effet d'étiqueter «malades», donc anormales, des personnes plus nombreuses. Or cette procédure d'étiquetage n'est pas sans effets pour ceux à qui elle s'applique puisqu'elle autorise le traitement de l'individu - même contre son gré, pour son bien - et éventuellement son retrait de la vie productive (pour un laps de temps variable); la production de la norme médicale permet également à des pratiques de discrimination biologique de se faire jour (Nelkin et Tancredi). Par là, la médecine crée des déviants, elle produit de l'exclusion (Freidson; Zola). C'est également en ce sens que la médecine devient une institution de contrôle social. La médecine produit du social (Bourret, 1985).

La médicalisation produit également une plus grande dépendance à l'égard des médecins et des traitements médicaux et donc une lente mais continuelle diminution des capacités des individus ou groupes à prendre en charge de façon autonome leur santé, leurs maux et les problèmes divers qu'ils rencontrent (Zola; Illich).<sup>4</sup> Cette conséquence de la

---

<sup>4</sup> La critique de la médicalisation du point de vue de cette conséquence de la dépendance est généralement liée à une critique plus globale du pouvoir des experts dans les sociétés modernes. Les gens seraient

médicalisation est sans doute celle qui a suscité le plus de controverses chez les chercheurs. Ainsi Calnan (1988) et Gabe et Calnan (1989), dans des études exploratoires, ont voulu vérifier jusqu'à quel point les femmes<sup>5</sup> sont dépendantes des technologies médicales (dans ce cas-ci des médicaments) et des prescriptions des médecins. Leurs résultats montrent que les rapports médecins-patientes sont beaucoup plus complexes que ne le laissent penser certains écrits sur la médicalisation (ceux qui présentent les professionnels comme détenteurs d'un pouvoir presque absolu terrassant toute velléité d'opposition). Ces rapports sont tout autant des rapports de pouvoir que de coopération, où les femmes ont une marge de négociation qu'elles utilisent effectivement soit en présence du médecin, soit une fois retournées chez elles en ne prenant pas les médicaments tels que prescrits par exemple. Ces résultats sont confirmés par d'autres études, notamment par Fellous (1988a), Dagnaud et Mehl (1988) et Quéniart (1987, 1988) qui constatent que la demande de techniques médicales par les femmes (dans ces cas l'échographie) se fait parfois contre l'avis du médecin qui se trouve plus ou moins obligé d'acquiescer (pour ne pas perdre des clientes ou pour écarter le risque de poursuite judiciaire). Dupuy et Karsenty (1977) et Stimson (1974) notent également une propension des patients à «jouer» avec les médicaments, à les utiliser autrement que ne le recommande le médecin. Strong (1979) met en doute l'importance de la médicalisation (exagérée selon lui par les sociologues) en notant que le pouvoir des professionnels médicaux et leur tendance à étendre leur juridiction sont jugulés jusqu'à un certain point par les conditions mêmes de la pratique médicale, par une tendance des médecins à refuser de traiter des cas trop ambigus et des malaises non identifiables dans le corps individuel, etc. Il estime qu'on minimise grandement le scepticisme des gens à l'égard des médecins et de leur traitement ainsi que les pratiques très courantes d'automédication. Pour Strong, la question à poser est donc moins celle de la dépendance des patients que celle de la force de

---

dépossédés de leurs capacités au profit des experts. L'article de Zola, par exemple, a été publié à l'origine dans un ouvrage collectif portant directement sur cette question et ayant pour titre *Disabling Professions*. La critique virulente de I. Illich, dans *Némésis médicale*, porte également sur cette question. Les chercheuses et militantes féministes des groupes autonomes de femmes ont été prolifiques dans l'étude de ce phénomène de «désappropriation», chez les femmes, du savoir sur leur corps et de la dépendance qui en découle. Principalement dans les années 1970 et au début des années 1980, la mise sur pied de centres de santé de femmes, de *self-help groups* répondait à cette préoccupation de redonner aux femmes une part de ce contrôle approprié par les experts en général et les médecins en particulier. Voir G.R.A.F.S. (1983); Corbeil et al. (1983), English et Ehrenreich (1978); Conseil du statut de la femme (1981).

<sup>5</sup> Ils se sont penchés sur les femmes en particulier étant donné qu'elles forment un des groupes les plus vulnérables à la médicalisation. Ce qui est largement confirmé par la médicalisation effective des phénomènes biologiques et modifications naturelles du corps qui jalonnent la vie des femmes (des menstruations à la ménopause en passant, bien sûr, par la conception, la grossesse et l'accouchement) et par la médicalisation de malaises qui seraient plutôt dus à leur condition sociale et à leurs conditions de vie (statut social inférieur, pauvreté, double tâche, menant à plus d'états dépressifs, de fatigue prolongée, etc.). Cette question a été très documentée par les chercheuses féministes (voir la note précédente).

la croyance chez les sociologues et les médecins en cette dépendance des patients. Stimson a aussi noté la tendance de chercheurs et de médecins à concevoir le patient comme passif, simple réceptacle des instructions médicales et que c'est de ce point de vue médical (plutôt que des patients) qu'on pouvait conclure à une déviance des patients qui, dans une large proportion, «désobéissent» aux médecins; ils raisonnent à partir d'autres critères que ceux des médecins mais pas moins rationnellement. Conrad et Schneider (1980) ont admis une partie des arguments de Strong en notant cependant que ce dernier avait tendance à ne prendre en considération qu'un niveau de la médicalisation, celui de l'interaction médecin-patient.

Si la dépendance des patients à l'égard des médecins et des techniques médicales, au plan interactionnel, semble devoir être relativisée (par rapport, entre autres, aux thèses extrémistes comme celle de Illich), l'ampleur de la médicalisation et ses conséquences sont par ailleurs peu remise en question en général.

Certains auteurs ont commencé à tenir compte, toutefois, des mouvements de contestation de la médecine, de ses cadres explicatifs et traitements, remettant en cause la croyance en la valeur de la médecine qui semble sous-tendre le processus de médicalisation. Calnan et Williams (1992) soulignent l'importance de l'ambivalence et du scepticisme chez les profanes, particulièrement ceux des classes moyennes<sup>6</sup>, à l'égard de la médecine moderne scientifique. L'ambivalence et le scepticisme ne s'expliqueraient pas seulement par la survivance de croyances et de valeurs traditionnelles (puisque la médecine ne suscitait pas autant de questions il y a deux décennies) mais aussi par une tendance à la démythification de la science et de la médecine, véhiculée entre autres par les média de masse. La prétention des auteurs à contester la thèse de la médicalisation par cette démonstration achoppe cependant à nouveau puisque la médicalisation, si l'on en croit Conrad et Schneider, n'a aucunement besoin d'une croyance en la valeur réelle de la médecine et de ses techniques pour aller croissante. A travers leur critique de Strong (1979), ils ont noté que le recours à la médecine pour régler des problèmes peut être le fait de gens qui ne sont

---

<sup>6</sup> Cela contredit le résultat d'une étude exploratoire faite précédemment par un des auteurs (Calnan, 1988) où les femmes de la classe ouvrière semblaient plus sceptiques que les autres à l'égard des techniques médicales. L'étude de 1992 (un sondage avec échantillon représentatif, accompagné d'une série de 20 entrevues) montre l'inverse, ce qui, selon les auteurs, contredit les théories selon lesquelles les classes moyennes et supérieures seraient plus enclines à trouver une cohérence entre les idées de la médecine et une idéologie médicale liée à l'idéologie bourgeoise. Par ailleurs, ce qui ressort aussi de cette étude, c'est qu'il faille prendre en considération les distinctions entre les classes qui demeurent significatives dans l'étude des perceptions de la médecine et de ses techniques. La recherche de Osiek-Parisod (1991), sur les représentations de la santé et de la prévention, confirme cela: les définitions de la santé et les moyens utilisés sont cohérents avec les *ethos* et les impératifs existentiels et matériels des différentes classes sociales.

aucunement dupes de la médecine mais par ailleurs sans autres ressources efficaces pour faire face à une situation.

Si Conrad et Schneider ont raison de souligner que la médicalisation peut persister même si la médecine, ses catégories et techniques peuvent faire l'objet de critiques ou d'ambivalence ou de scepticisme, on peut aussi noter que le concept de médicalisation ne permet pas de poser la question des sens sous-jacents - et éventuellement multiples - présents dans les recours effectifs à la médecine et à ses moyens. Les pratiques de recours à la médecine, peu importe dans quelles stratégies elles s'inscrivent pour les individus ou les groupes impliqués, sont toujours ramenées à leurs effets en termes de renforcement du pouvoir médical (et plus souvent du pouvoir des médecins).

Arney et Bergen (1984) développent une thèse parallèle en un sens aux précédentes en ce qu'ils adoptent une conception du pouvoir d'inspiration clairement foucauldienne où le pouvoir est un pouvoir-savoir (plutôt qu'un «pouvoir souverain» qui règnerait par l'interdit et se manifesterait par des conséquences telles que l'exclusion). Ici, les conséquences de la médicalisation ne se pensent ni en termes de réduction, ni en termes d'exclusion ni non plus de dépendance mais plutôt en termes très généraux d'une servitude consentie, tout autant des médecins d'ailleurs que des autres, à un pouvoir médical invisible qui circule par les médecins comme par les patients (et encore par d'autres canaux). Ce pouvoir procède par la surveillance généralisée de soi, par soi et les autres. Cette thèse, sur laquelle je reviendrai plus loin, rejoint en certains points les précédentes, particulièrement celle de Zola qui décrit bien comment la médicalisation opère par le «culte de la santé» et par la prévention (impliquant la surveillance) qui devient la voie royale vers un nouveau paradis sanitaire. Mais Zola part d'une conception du pouvoir à laquelle s'opposent Arney et Bergen, un pouvoir qui serait entre les mains des experts médicaux qui ont la capacité légitime d'énoncer les normes et de les imposer et qui, par là, ont un pouvoir d'exclusion par l'étiquette d'anormalité/maladie, par un processus de détection des différences supposées par rapport aux normes. Arney et Bergen insistent, eux, sur l'*inclusion* qui résulte du pouvoir médical qu'ils décrivent: chacun est appelé à montrer, à dire, à manifester sa «nature» propre et ses caractéristiques propres, qui sont l'objet (le nouvel objet) de l'intervention médicale; les patients ainsi non seulement consentent à défaut d'autres alternatives mais participent activement au processus. La tendance ainsi dessinée ne mène pas à l'exclusion et à la dépendance de groupes particuliers mais à l'inclusion de chacun - peu importe à la limite qu'il recoure effectivement ou non à

l'intervention médicale directe<sup>7</sup> - dans le cadre médical comme un cas spécifique pris en charge par une équipe soignante à laquelle participent médecins et patients. Cette conception très élargie du pouvoir médical peut être conçue comme un processus de médicalisation<sup>8</sup> prenant un autre visage. Les auteurs présentent en fait cette médicalisation comme un piège qui se referme sur les individus quoiqu'ils fassent ou pensent.

Il n'est pas possible ici non plus ou il est inutile de poser la question des contenus, des sens donnés à la recherche de santé, à la surveillance de soi, à la négociation avec le médecin, ni non plus au recours à la médecine et à ses techniques. Toute production symbolique autre est impossible à intégrer dans ce schéma, de la même façon que dans le précédent: l'ensemble des pratiques concrètes, peu importe qui les produit et dans quel sens, ne sont pertinentes que dans leur dimension de participation ou de non participation à un pouvoir (peu importe ici la forme de ce pouvoir).

Deux remarques s'imposent ici. D'une part, les conséquences de la médicalisation prennent à la fois figure de méfaits et de bienfaits<sup>9</sup>, le processus de médicalisation empêche et permet, et pas seulement du point de vue du pouvoir médical. Ces deux pôles sont en effet bien présents dans les écrits. La médicalisation, on l'a vu plus haut, est le fait des médecins et d'individus ou groupes ou institutions qui recourent à la médecine (au sens large de son vocabulaire, de sa pratique et de ses techniques) en poursuivant des fins multiples et, par là, la médecine devient effectivement une ressource, ou une contrainte pour ceux qui en subissent les méfaits (ce sont parfois aussi ceux qui en bénéficient, comme les femmes qui ont participé à la médicalisation dans leurs propres intérêts et qui ont donné aux médecins un pouvoir accru). La perspective foucauldienne ouvre aussi la porte à une prise en considération de ce que «permet» la médecine et pas seulement pour des groupes particuliers qui l'utilisent de façon instrumentale ou stratégique (comme ceux dont traite l'étude de Nelkin et Tancredi, par exemple). Ainsi Armstrong (1986, 1984), en retraçant l'histoire de la médecine holistique ou de la prise en compte de la «perspective du patient» en médecine<sup>10</sup>, a montré qu'elles étaient toutes deux des productions d'une

---

<sup>7</sup> Les pratiques de prévention et la surveillance de soi n'impliquent pas toujours une telle intervention directe.

<sup>8</sup> Arney et Bergen n'utilisent pas le concept de médicalisation. Ils critiquent la notion de «médecine médicalisante» parce qu'elle repose, selon eux, sur une conception «naïve» du pouvoir (un pouvoir qui se partagerait, serait détenu, etc.). Cependant, je prends la liberté ici de considérer leur thèse comme décrivant un processus de médicalisation étant donné l'extension du pouvoir médical qu'ils décrivent.

<sup>9</sup> Je distingue ici, bien sûr, les conséquences de la médicalisation des effets techniques des interventions médicales (l'effet technique des médicaments ou d'autres traitements).

<sup>10</sup> Toutes choses considérées, jusqu'à récemment à tout le moins, comme des signes d'une modification en profondeur de la médecine et, parce qu'aussi mobilisées par des mouvements alternatifs à la médecine,

médecine dite répressive. Si Armstrong montre par là que le pouvoir médical s'étend même là où l'on pourrait penser qu'il s'efface et que, par conséquent, il semble impossible d'y échapper, on peut également y voir plutôt qu'une uniformité destructrice une possibilité d'ouvertures multiformes. Du type, par exemple, de celle à laquelle Strong (1979) fait allusion en rapportant les résultats d'une étude historique montrant que le mouvement pour l'humanisation des naissances et l'accouchement «naturel» n'a pu voir le jour qu'après que la médecine ait remplacé des pratiques bien éloignées de l'accouchement «naturel» auquel aspire ce mouvement d'humanisation; ce dernier dépendrait donc largement de la médicalisation de la naissance. Si cela peut être interprété, dans la perspective d'Armstrong inspirée par Foucault, comme un autre exemple de la puissance médicale, il n'en reste pas moins que cette logique médicale n'est pas uniforme dans ce qu'elle produit, dans ses effets. Or, si cela est pensable dans cette thèse, c'est également généralement négligé.<sup>11</sup>

La seconde remarque que je voudrais faire ici, concernant les conséquences de la médicalisation, est relative au lien qui apparaît plus ou moins en filigrane dans les écrits entre la médicalisation et la rationalisation. Celle-ci, en faisant plus ou moins table rase des modes traditionnels de compréhension et de régulation au profit de modes rationnels, fournit un espace au mode médicotechnique d'interprétation et d'intervention, favorisant ainsi la médicalisation. L'application de solutions techniques à des problèmes psychologiques, sociaux, relationnels, etc. semble en effet relever de l'inexistence d'autres ressources ou d'un jugement négatif quant à la validité et à l'efficacité d'autres ressources. Cependant, on pourrait aussi l'envisager comme un révélateur justement de la rationalisation dans son sens plus global que la seule extension de la rationalité instrumentale, c'est-à-dire comme une reconfiguration de l'espace social permettant entre autres aux solutions médicales d'apparaître «correctes» ou sensées et cela peut-être moins en elles-mêmes que sur le plan des catégories qui les organisent et qui seules sont «pensables» (ou valides). Ainsi, si les auteurs s'inspirant de Foucault montrent que la médecine parvient à intégrer ce qui, apparemment, lui est étranger et que, par là, ils montrent l'extension du pouvoir médical, il n'est pas indifférent de constater qu'il y a bien une promotion de l'individu, du patient, une revendication d'une parole et une prise de

---

comme des signes d'une pénétration d'une nouvelle logique étrangère à la médecine (personnalisation, logique non bureaucratique ou non technicienne).

<sup>11</sup> Dans une critique adressée à Foucault, Turner note cette tendance du penseur à faire comme si les effets des discours étaient uniformes; pourtant, écrit-il, «there is always resistance to discourse - an argument which Foucault recognizes but frequently neglects.» (Turner, 1984: 175). Il ajoute plus loin que Foucault «conflates the question of the logic of discourse with the issue of its social effects. We cannot assume that because, for example, modern advertising is based on a discourse of cosmetics that consumers invariably embrace its rule of production.» (Ibid.).

parole par les usagers. La conscience de soi est bien un produit de la rationalisation. Si elle est toujours interprétée par la perspective foucauldienne comme une nouvelle forme d'enchaînement, une manifestation de la rationalité instrumentale, on peut aussi penser qu'elle est une manifestation d'une réflexivité menant à une possibilité de critique (application d'un jugement). Or le sens de cette critique n'est pas donné *a priori* du simple fait qu'elle serait rationnelle.<sup>12</sup>

Les conséquences de la médicalisation semblent ainsi pouvoir prendre de multiples voies. L'une d'elles reste constante cependant: l'emprise extensive du pouvoir médical.

## **2.2 Des causes de la médicalisation**

Pourquoi en est-on arrivé, dans les sociétés contemporaines, à une réarticulation du sens de nombreux phénomènes en termes médicaux et à l'extension constante du recours à ces catégories, à la profession médicale et à ses moyens techniques? Plusieurs types d'explications ont été fournies dans les écrits en sociologie et en anthropologie de la santé et de la médecine.

### **2.2.1 La question de l'efficacité objective de la médecine**

Il y a presque consensus dans les écrits sur le fait que ce n'est pas parce que la médecine, son savoir et ses techniques sont plus efficaces objectivement que la médecine serait parvenue à une telle extension de son champ de définition et d'action. L'explication ne repose pas sur l'évolution du savoir médical lui-même comme corps de connaissances plus valables objectivement en soi qu'un autre type de connaissance. Ici sont en question le caractère scientifique de la médecine, son objectivité ou sa neutralité et, ce qui y est lié, son efficacité objective dans la réduction de la maladie ou dans l'amélioration de la santé au plan individuel comme au plan des populations.

Il faut d'abord préciser que la médecine est une pratique, un savoir-faire. Son but ne réside pas dans la connaissance théorique mais plutôt dans l'intervention, dans la recherche de solutions à des problèmes concrets. Cette orientation de la médecine n'aurait pas changé en profondeur malgré les changements qui y sont survenus surtout depuis le 19e siècle (mais amorcés plusieurs siècles avant). A partir de ce moment, en effet, on a cherché à donner à la médecine des bases scientifiques, à constituer un corpus théorique fondé sur le modèle de la science. Cette recherche d'assises scientifiques s'est

---

<sup>12</sup> Voir le chapitre précédent sur la rationalisation.



accompagnée de l'association de la médecine avec d'autres disciplines scientifiques (la biologie, la physique, la chimie, notamment) et aurait contribué à une modification du rapport pratique-connaissance dans la médecine (Bourret, 1985). La dimension «connaissance», dorénavant scientifique, serait devenue prioritaire au sens où la pratique devenait fondée sur la connaissance scientifique. Ce qu'on a appelé le passage de la médecine-art à la médecine-science se serait fait surtout, selon Bourret, au plan du paradigme médical et moins au plan de la pratique réelle. D'une part, la médecine utilise les sciences auxquelles elle est associée comme des outils qu'elle intègre à son projet dont la visée est l'intervention et non la connaissance (Freidson, 1970; Bourret). De ce point de vue, cependant, on pourrait concevoir que la médecine a suivi le chemin tracé depuis le 16<sup>e</sup> siècle dans le domaine des sciences et techniques en général: la science et la technique après avoir été longtemps indépendantes l'une de l'autre, sont maintenant plus clairement inséparables (Habermas, 1973; Ladrière, 1977; Miquel et Ménard, 1988; Gehlen, 1990). Le terme «technoscience» rend d'ailleurs mieux les nouveaux rapports entre ces deux entités (Ellul, 1987; Hottois, 1992).<sup>13</sup> Ainsi, aujourd'hui, on ne pourrait pas dire que le caractère scientifique de la médecine serait ébranlé en soi par le fait que la médecine ne vise pas la connaissance en elle-même, pour elle-même, puisque les sciences pures se justifient aussi souvent par des visées techniques, donc pratiques. C'est plutôt que la pratique médicale experte - contrairement à celle des débutants - est largement encore basée sur un savoir intuitif ou issu de l'expérience du médecin (Gordon, 1988a). S'il y a bien un corpus de connaissances théoriques, résultats de multiples sciences participant à la médecine, s'il y a bien des principes généraux et si tous ces éléments servent de base à l'apprentissage du savoir médical normal (Atkinson, 1988), l'expertise est davantage manifestée par la capacité du médecin de se détacher d'un savoir livresque ou théorique pour utiliser davantage son intuition et son expérience (Gordon, 1988a). Le médecin expert se réclame moins de la science que d'un savoir incorporé et souvent indicible ou difficilement énonçable (Idem). La médecine demeurerait, dans la pratique, peu scientifique. Le passage de la médecine-art à la médecine-science serait ainsi réel (au sens où il y a bien un corpus de connaissances constitué selon les critères scientifiques) *et en partie rhétorique*.

Ainsi, la tendance à une scientification de la médecine (au fondement de son savoir formel) ne rend pas la médecine plus objective ou plus scientifique selon les critères habituels des

---

<sup>13</sup> Le terme technoscience, s'il est descriptif, est aussi et surtout un concept critique et analytique: son usage renvoie à l'idée du projet d'«arraisonnement» comme «dévoilement» de la nature (pour reprendre les termes de Heidegger, 1958), donc du projet de forcer le dévoilement de la vérité de la nature en vue de sa maîtrise.

sciences. Ce n'est donc pas ce qui expliquerait l'extension de la médecine, de ses catégories et techniques, la pratique médicale demeurant fondée encore beaucoup sur l'expérience clinique d'une part et, d'autre part, le projet médical lui-même restant orienté vers l'intervention. Ce qui signifie également que, même s'il manque de fondement scientifique pour comprendre un problème particulier, le médecin aura tout de même tendance à intervenir, à chercher une solution (Freidson, 1970). Selon Berg (1992), la recherche d'une solution médicale par le médecin opère par un processus de transformation du problème du patient en problème médical soluble. Berg montre que le médecin n'applique pas de façon automatique un savoir préconstitué. L'activité du médecin ressemble plutôt à un travail de construction à partir d'éléments divers dont certains n'ont rien à voir avec le savoir biomédical formel.<sup>14</sup>

Par ailleurs, l'efficacité réelle ou objective de la pratique médicale, en ce qui concerne l'amélioration de la santé des populations, n'expliquerait pas non plus la médicalisation. La diminution de la mortalité et de la morbidité serait moins due à la pratique médicale qu'à d'autres facteurs, notamment l'amélioration des conditions de salubrité et des conditions de vie en général (Illich, 1975). Par ailleurs, on note qu'il n'y a pas d'adéquation entre l'accroissement des sommes dépensées dans les pays industrialisés pour des médicaments, technologies de pointe et pour la santé en général et une amélioration de la santé des populations (Dupuy et Karsenty, 1977; Waitzkin, 1986). Les effets iatrogènes de la pratique médicale constituent également un révélateur de l'efficacité relative de la médecine sur le plan de l'amélioration de la santé. Sur un autre plan, les technologies médicales (médicaments, appareils diagnostiques ou thérapeutiques, etc.) ne sont pas forcément évaluées selon les règles de la science avant leur utilisation routinière dans la pratique médicale (Illich; Waitzkin); le passage du stade expérimental au stade de traitement standard, dans l'utilisation d'une technologie, est moins marqué par la vérification systématique de l'efficacité que par un processus social de ritualisation dans l'utilisation de la technologie, par l'impératif technologique renforcé par la primauté des buts de recherche visés par les médecins utilisateurs, par la transformation de l'impératif technologique en impératif moral (difficulté de refuser l'accès à une nouvelle thérapie), etc. (Koenig, 1988). L'utilisation des technologies répond souvent à d'autres critères que leur efficacité ou leur utilité techniques et vérifiables pour un cas particulier, critères tels que le prestige accru

---

<sup>14</sup> Par exemple, des facteurs sociaux ou organisationnels comme des éléments de l'histoire du patient ou les délais d'attente en chirurgie font partie de ce qui entre en considération dans la décision médicale et participent à définir le problème du patient en problème médical soluble. Selon Berg, les critères médicaux, dont on pourrait croire qu'ils sont donnés par le savoir constitué et donc appliqués tels quels sont aussi réorganisés.

qu'en tire une spécialité médicale, les modes, la légitimation d'un diagnostic, le maintien de la clientèle, etc. (Fellous, 1988a; Dupuy et Karsenty, 1977; Daly, 1989).

Parallèlement, on souligne que le lieu d'intervention de la médecine est l'individu et non des populations (Freidson): la médecine est moins concernée par la «quantité» de vies que par la «qualité» de vie (Dupuy et Karsenty). Si la médecine clinique n'a en effet pas de prétention au plan social (contrairement à l'épidémiologie et à la médecine préventive), l'efficacité devrait être mesurée au plan individuel. Or, du point de vue des patients, cette efficacité peut résider dans la prise en charge en soi d'un problème par le médecin, dans une intervention qui fait disparaître des symptômes ou qui rassure le patient. Sur ce dernier point, l'efficacité de la médecine demeure relative, particulièrement semble-t-il dans les interventions diagnostiques où parfois non seulement la demande de réduction de l'angoisse n'est pas satisfaite (l'angoisse demeure) mais au contraire l'angoisse est accrue par l'intervention (Quéniart, 1987; Daly, 1989).

Ainsi la médicalisation ne dépend pas de l'efficacité réelle ou technique de la médecine comme domaine de savoir-faire puisqu'on a de multiples preuves que cette efficacité (comme d'ailleurs ses fondements objectifs, scientifiques) est relative ou morbide. On pourrait voir dans ces constats que les sociologues semblent réfuter toute efficacité, même technique, de la médecine pour soigner, soulager, etc.: c'est vrai dans plusieurs cas et on pourrait dire avec raison que c'est un affront non seulement aux médecins mais aussi aux personnes qui y recourent pour trouver des solutions à des problèmes très réels. Mais cette efficacité même réelle ne pourrait pas expliquer pourquoi d'autres types de traitements aussi efficaces des problèmes (biologiques ou non) apportés à la médecine ne sont pas utilisés ou ne sont pas reconnus comme étant légitimes, ni non plus pourquoi des maux ressentis ont besoin de l'étiquette officielle de maladie pour être reconnus comme réels ou sérieux. Autrement dit, la seule efficacité de la médecine, même si elle était vérifiable, ne suffirait pas pour expliquer la dévaluation d'autres pratiques ou connaissances, ni pour expliquer pourquoi les catégories médicales ont délogé les autres dans la façon d'aborder ou de parler de la santé et de la maladie.

Les explications avancées par les sociologues portent plutôt sur l'interdépendance entre la médecine et la structure sociale.

### 2.2.2 Dominance professionnelle, dominance d'un groupe social

La médicalisation s'expliquerait par la position ou le rôle d'un groupe professionnel dans la division du travail des sociétés modernes. Ici ce qui est davantage au centre de l'explication c'est le monopole qu'a acquis la médecine sur la maladie et la santé, pour les définir et pour intervenir sur elles. Freidson (1970) voit dans la médecine une forme de réaction des sociétés à la déviance. La médecine devient le lieu de prise en charge d'un type de déviance, celui où l'individu n'est pas responsable et est «traité», plutôt que responsable et «puni» comme dans le domaine de la justice. Cette prise en charge est donc le résultat d'une division professionnelle du travail. Pour Freidson, cependant, le monopole n'aurait pu être obtenu sans un progrès de la science médicale, sans la découverte de causes de maladies et, conséquemment, sans une certaine standardisation de la pratique. Ces facteurs auraient contribué à attirer une clientèle qui avait encore le choix, au 19<sup>e</sup> siècle, des guérisseurs. Cette explication est cependant contestée: les autres guérisseurs comme les sages-femmes ont été exclus du champ médical par les médecins à travers des batailles juridiques entre autres (English et Ehrenreich, 1982; Laforce, 1987). Le monopole a été gagné par la force d'un groupe socialement dominant qui a mobilisé ses ressources pour conserver ou accroître ses privilèges et son pouvoir. English et Ehrenreich voient dans la médecine la reproduction d'une structure de pouvoir sexiste, manifeste dans la construction du monopole médical contre un savoir et des pratiques qui étaient surtout le fait des femmes et qui ont été dévalués par la rhétorique sur leur caractère non scientifique. Et ce, à un moment où le caractère scientifique de la médecine, comme son efficacité, étaient loin d'être avérés.<sup>15</sup> Rueschemeyer (1983) va dans le même sens en expliquant l'autonomie professionnelle et la force des professionnels, dont les médecins, par la capacité de mobiliser leurs ressources (dont le savoir n'est qu'un élément) étant donné leur position plus élevée dans le système de stratification. Riessman (1983) attribue également à la position dominante qu'ils occupent, en tant que groupe social, la capacité des médecins d'étendre leur juridiction. L'autorité des médecins sur certaines opérations techniques, reconnues leurs par l'Etat à travers leur encadrement juridique, participerait, selon Zola (1977), d'une explication de la médicalisation. La reconnaissance par l'Etat de ce monopole n'est pas due à la valeur intrinsèque de la médecine, elle est plutôt une

---

<sup>15</sup> La pratique des médecins à cette époque n'est pas moins empirique et pas plus scientifique que celle des autres guérisseurs. Sur les pratiques des médecins et d'autres expertes non professionnelles dans les domaines de la grossesse, de la contraception et de l'avortement au Québec, voir Laforce et Saillant, 1993. Sur cette question en général voir English et Ehrenreich, 1976, 1982.

manifestation des capacités de ce groupe de faire valoir ses intérêts et de défendre ses privilèges.

Waitzkin (1986) voit également dans les médecins un groupe dominant, mais ici c'est moins en tant que professionnels, dont le statut dans la division du travail est déterminant, que membres de la classe dominante. La médicalisation s'explique ici davantage par l'insertion de la médecine dans les rapports sociaux capitalistes. L'action des médecins, en tant que représentants de la classe dominante, vise à maintenir les privilèges de cette classe. Cette action se conjugue à celle des industries capitalistes productrices de la technologie médicale et à celle de l'Etat qui finance la recherche pour l'innovation et qui contribue par là, plus ou moins directement, à la consommation excessive de produits qu'il faut coûte que coûte écouler. Illich, dans sa critique de la société contemporaine, voit aussi dans le capitalisme une des causes de la médicalisation; il souligne le rôle des industries capitalistes dans la production de techniques médicales et de médicaments nocifs ou inefficaces et par là dans la création d'une dépendance accrue à l'égard de la médecine. Dans une critique adressée à Illich, Waitzkin (1978) récuse la solution proposée par Illich à la médicalisation, le *self-care*, solution individualiste qui ne résoudrait pas le problème. Pour Waitzkin, en effet, le problème ne réside pas dans la médecine ou les médecins en eux-mêmes comme professionnels mais bien dans le caractère capitaliste de la médecine. C'est cela qui explique l'absurdité de l'extension constante, et infinie semble-t-il, de l'utilisation inutile des technologies médicales. L'explication proposée par Waitzkin, pour intéressante qu'elle soit en montrant les intérêts capitalistes en jeu dans la médicalisation, ne permet pas cependant d'expliquer l'action des patients, leur participation à la médicalisation. Cette remarque s'applique également aux explications précédentes. Sur ce plan, Dupuy et Karsenty dans leur étude sur les médicaments donnent également une large place au rôle de l'industrie capitaliste dans leur développement et, par là, dans la médicalisation. Cependant, si les compagnies pharmaceutiques parviennent à vendre leurs produits ce n'est pas parce que les médecins et les malades sont naïfs ou seulement parce qu'ils ont intérêt à participer au maintien d'un système capitaliste qui a besoin de produire (et donc de faire consommer). C'est plutôt parce que le médicament trouve une utilité réelle, concrètement et symboliquement, parce qu'aussi il est inséré dans une culture où il a du sens (sens technique et non technique).

### 2.2.3 La médecine dans une société technologique

L'insertion de la médecine dans une société technologique et bureaucratique constitue une autre explication de la médicalisation. Selon Zola (1977), la médecine a remplacé la religion d'abord et le droit ensuite en tant que principal «pourvoyeur de vérité et d'autorité»<sup>16</sup> dans un monde de plus en plus sécularisé où la santé devient une valeur importante. Si Freidson (1970) a également souligné cette dimension comme un des facteurs à l'origine du monopole médical, il la fait dépendre pour une large part d'un progrès réel de la médecine et de la plus grande efficacité qui en découle dans la prise en charge de la déviance (définie de plus en plus en termes sanitaires). Le monopole médical est redevable en partie au moins à la perte de légitimité des explications religieuses en ce qui a trait à la santé et à la maladie. La médecine devenant la «pourvoyeuse de vérité», la définition du progrès et du sens de la vie en termes médicaux s'est imposée. La médecine devient ainsi une institution de contrôle social par sa légitimité à énoncer des normes (les paramètres de la santé et de la maladie, donc du normal et de l'anormal) et par l'extension de son champ de compétence à des domaines de la vie de plus en plus nombreux (entre autres du fait de son association avec des disciplines très diversifiées, comme on l'a vu plus haut: biologie surtout mais aussi physique, chimie, psychologie, etc.). La santé, domaine de la médecine, commence à être définie, vers la moitié du 20e siècle de façon très large comme en témoigne la définition de l'Organisation mondiale de la santé: «a state of complete physical, mental, and social being and not merely the absence of disease and infirmity.» (cité par Zola: 51). Un contrôle des experts médicaux sur tous les aspects de la vie pouvant affecter la santé devient ainsi possible. Ce qui ne peut que favoriser la médicalisation (et ses méfaits).

L'attaque menée par Illich contre la médecine professionnalisée est avant tout une attaque de la société technologique et industrielle qui privilégie un mode de production «hétéronome» aux dépens de la production «autonome» et qui, par là, dépossède chacun de ses capacités propres de faire face aux problèmes de la vie (de sa subsistance à sa mort). La dépossession du pouvoir d'agir de façon autonome, donc la dépendance à l'égard des experts, est le noeud de la critique de Illich. La perte de confiance en ses capacités de connaître et d'agir est corollaire de la confiance mise dans le savoir et la pratique des professionnels médicaux et paramédicaux.

---

<sup>16</sup> Si en effet on peut constater que la religion a perdu quelque légitimité pour énoncer la vérité, il ne semble pas qu'il en aille de même pour le droit. La judiciarisation des conflits sociaux et, parallèlement, la revendication de droits, auxquelles on assiste actuellement - et depuis plusieurs années -, seraient plutôt une manifestation de la légitimité du droit.

Chez Zola, comme chez Illich, la médicalisation dépend largement des médecins en tant qu'experts, ayant donc un statut important dans les sociétés technologiquement avancées en tant que pourvoyeurs de vérité. L'explication de la médicalisation par l'insertion de la médecine dans une société technologique et bureaucratique, où l'expert médical a la légitimité pour énoncer le vrai et où, conséquemment, les types de savoir et pratique non experts perdent leur force, mérite d'être approfondie.

D'une part, en effet, il est remarquable que si la vérité médicale est relative et que, par conséquent, ce n'est pas elle réellement qui est à la base de la médicalisation, elle n'en a pas moins de force en tant qu'argument (argument utilisé tout autant par les professionnels médicaux que par ceux et celles qui, pour diverses raisons, recourent à la médecine et à ses techniques). D'autre part, les recherches empiriques (auxquelles j'ai déjà fait référence) en sciences sociales qui, depuis quelques années, s'efforcent de montrer que la médecine n'est pas vraiment (ou pas du tout) scientifique ou objective, révèlent en elles-mêmes la force de l'argument de l'objectivité de la vérité médicale. En clair, le simple fait de prendre comme objet le savoir médical, de l'étudier en tant que contenu et de montrer son caractère non objectif est bien une manifestation de la persistance d'une croyance en l'objectivité médicale puisqu'on ressent le besoin de défaire précisément ce «mythe». Comme le souligne Lock (1988), jusqu'à récemment (environ deux décennies), les sciences sociales ont plutôt eu tendance à étudier les rapports médecine-société en traitant la médecine comme une institution qui reflétait des valeurs sociales, des structures de pouvoir; le savoir médical lui-même ne semblait pas pouvoir constituer un objet pour la sociologie et l'anthropologie, étant réputé neutre et objectif au même titre que la science. Seule l'épistémologie y avait accès (Bourret, 1985). Cette façon de concevoir la médecine était peut-être révélatrice de la force même de la médecine qui parvenait à imposer, même chez ceux et celles qui prétendaient en être les critiques, l'idée de l'objectivité de sa connaissance donc de son indépendance par rapport à la société (Gordon, 1988b). La recherche sur le savoir médical en sciences sociales semble s'être développée à la faveur de l'ouverture créée par la sociologie des sciences. Le savoir biomédical est ainsi devenu un objet de connaissance pour la sociologie et sa prétention même à l'indépendance ou à l'objectivité est devenue, de ce point de vue, le signe même de l'appartenance de la médecine à une culture particulière, celle des sociétés occidentales modernes. En somme, pour les regards sociologique et anthropologique, la médecine est devenue elle aussi une «ethnomédecine» (Koenig, 1988).

Ces nouveaux regards sur la science et la médecine sont peut-être également le résultat d'un mouvement de critique de la culture occidentale; le passage à la postmodernité,

marqué particulièrement par une exacerbation de la réflexivité qui prend la forme du doute et de l'ambivalence, est aussi, comme la modernité (c'est bien pour cela que le terme postmodernité est problématique), un mouvement de déconstruction ou une tentative de déconstruction des institutions ou du sacré (y compris les catégories et les modes de la connaissance). Peut-être fallait-il aussi déboulonner la médecine et la science pour être en mesure d'opérer sur elles le même procédé de mise à distance, d'objectivation en quelque sorte, que celui qui a destitué les rois de leur statut divin et qui a montré la matière crue derrière toutes choses.

Ainsi, l'orientation même des recherches constitue une sorte d'indicateur de la force du type de vérité produit dans la médecine. C'est pourquoi cette force doit trouver une explication d'un autre ordre, relatif à la production de la vérité et, plus globalement, à la construction de la réalité dans les sociétés occidentales contemporaines. Une explication sur ce plan permet de traiter aussi l'action des acteurs non médicaux en tant qu'action plutôt que conditionnement, lequel est plus proche du réflexe que de la réflexivité.

Cette construction de la réalité telle qu'elle apparaît dans la médecine a été abordée par d'autres auteurs qui se sont penchés sur le savoir médical, c'est-à-dire sur le contenu de la médecine qui, à travers la pratique médicale, porte et reproduit des représentations du monde, de la nature, de l'individu de même que des idéaux qui seraient propres aux sociétés modernes.

#### **2.2.4 La médecine porteuse de la culture occidentale ou l'ethnomédecine de l'Occident**

Les thèses qui suivent, relatives à ce que j'appelle la cohérence entre la médecine et la culture, ne traitent pas le savoir médical en soi comme corps de connaissances écrit, formel mais plutôt tel qu'il se révèle, s'enracine et se reproduit dans les pratiques. Il faut également préciser que ces thèses expliquent indirectement la médicalisation: elles comportent des éléments d'explication de la force des catégories médicales et des moyens techniques de la médecine en montrant comment la médecine porte des éléments fondamentaux de la culture dans laquelle tous et chacun baignent.

Deux types de thèses sont présentées qui se distinguent essentiellement par les paradigmes qu'elles considèrent être à la base du savoir médical: le paradigme du dualisme cartésien d'un côté, le paradigme systémique ou holiste de l'autre. De part et d'autre, on met l'accent sur l'individualisme et la liberté par la maîtrise et la dissociation ainsi que sur le type de vérité construite dans la médecine.



Un premier type de thèses conçoit la médecine comme une biomédecine qu'on peut définir, selon Atkinson (1988: 180) comme

«(...) an approach which conceptualizes the task of medicine in the following terms: it is reductionist in form, seeking explanations of dysfunctions in invariant biological structures and processes; it privileges such explanations at the expense of social, cultural and biographical explanations. In its clinical mode, this dominant model of medical reasoning implies: that diseases exist as distinct entities; that those entities are revealed through the inspection of 'signs' and 'symptoms'; that the individual patient is a more or less passive site of disease manifestation; that diseases are to be understood as categorical departures or deviations from 'normality'.»

L'établissement de ce modèle de raisonnement et d'explication a nécessité des ruptures sur le plan conceptuel qui sont parallèles à celles qui marquent le passage à la modernité, comme le montrent la plupart des auteurs.

Gordon (1988b) a identifié les postulats sur lesquels reposent la biomédecine. Selon elle, d'abord, il faut postuler l'autonomie de la nature sur le surnaturel, donc concevoir la nature comme étant dénuée d'âme comme d'essence divine. De là, on peut concevoir le corps dans sa stricte matérialité, sans «âme» donc, et définir la maladie comme un phénomène naturel, comme un phénomène réel ou matériel, indépendant de quelconques forces surnaturelles (la maladie n'est pas une malédiction divine). Cette première rupture équivaudrait à une dissociation - sur le plan formel sinon sur le plan de la pratique concrète - de la sphère médicale de celle de la religion et de la morale: la médecine *se conçoit et se construit* comme autonome par rapport à la moralité.

Un second postulat identifié par Gordon est celui de l'atomisme, c'est-à-dire que la biomédecine comme la société moderne raisonnent non pas en termes de totalité mais en termes de parties indépendantes par rapport à cette totalité et préalables à elle. Gordon note que la biomédecine est bien porteuse d'un tel atomisme en ce qu'elle conçoit l'individu comme un corps divisible en parties. La métaphore de la machine pour parler du corps témoigne de la prégnance de cet atomisme. *A contrario*, la conception un peu plus récente du corps comme un organisme biologique où la maladie est le résultat d'un problème d'ajustement et de développement qui affecte la totalité, révélerait davantage une conception holiste du corps (les parties sont interreliées pour former un système). Ce modèle, selon Foss et Rothenberg (1987), appartient toutefois aussi au paradigme du dualisme cartésien de par la persistance de la division corps-esprit qu'on y trouve. Selon ces auteurs, ce serait le modèle dominant de la biomédecine. Toutefois, on peut douter du règne sans partage de ce modèle si, à la suite de Le Breton (1990), on explore l'imaginaire

qui sous-tend, par exemple, les pratiques de transplantation d'organes: non seulement appartiendraient-elles au même paradigme dualiste mais aussi à une idée du corps constitué de pièces interchangeables donc du corps-machine.

Par ailleurs, la biomédecine reposerait sur le postulat d'une distinction entre le corps et la personne, ces deux entités n'étant pas ici de parfaits synonymes. On «a» un corps plutôt qu'on «est» son corps. Le corps moderne est «appartenu», il devient une propriété dont on peut disposer. Chauvenet (1983) y voit l'extension au corps des catégories du rapport marchand - rapport fondateur, comme dans les thèses marxistes et lukacsienne de la rationalisation -, ce rapport social qui fait de l'être humain une marchandise pour lui-même comme pour les autres. La distinction corps-personne renvoie bien sûr à la dissociation corps-sujet. En médecine, on repère ce nouveau sens du corps dans la dissociation entre le sujet malade et sa maladie: on «a» une maladie (de la même façon qu'on «a» un corps). Selon Gordon, cette conception est sous-tendue plus globalement par le postulat moderne de l'autonomie de la nature par rapport à la conscience humaine: le sens donné à une chose par un sujet ne produit pas cette chose, il est extérieur à elle; la nature est «donnée», existe hors de la volonté ou de la conscience humaine.<sup>17</sup> C'est ce pourquoi elle est «neutre». En médecine, à partir du 16e siècle, l'anatomie et, plus tard, la physiologie, ont fondé l'idée de repérer dans le corps - mort - les traces de la maladie par le regard du médecin. Il s'agissait d'une rupture par rapport à la façon de faire précédente: ce n'est pas que soudainement on aurait connu la vérité dernière des maladies mais plutôt il s'agissait d'une façon nouvelle de produire la vérité de la maladie. Le corps pouvant être observé sans son sujet, si je puis dire, le corps parlant par les signes qu'il donne (que le médecin doit apprendre à voir), rend le sujet, sa parole sur son état, inutiles. La maladie n'est plus définie à partir de l'expérience de la patiente. Cette expérience peut d'ailleurs être «trompeuse» puisque les signes d'une maladie ne sont pas forcément ressentis<sup>18</sup> d'une part et, d'autre part, puisque des symptômes ressentis peuvent être le fruit de l'imagination ou résulter de problèmes émotionnels. La vraie maladie, dans ce paradigme, est repérable dans le corps (Gordon), peu importe la parole du patient.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Le terme «découverte» est révélateur de ce raisonnement: il suggère que la chose est déjà là entière et intacte avant qu'on ne la découvre, comme s'il n'y avait justement qu'à soulever une couverture pour la trouver, sans besoin de la penser donc de la lier avec autre chose pour lui donner sens. Comme si, pour «voir» l'existence de quelque chose, point n'était besoin de l'insérer dans un cadre qui permettrait de voir précisément cette chose (et pas une autre).

<sup>18</sup> La génétique et les techniques diagnostiques de pointe, par exemple, ont un potentiel d'accentuation de la dévaluation de l'expérience dans la définition de maladies: elles permettent de repérer des maladies dont les personnes peuvent être porteuses ou dont elles peuvent «souffrir» sans souffrir et sans en avoir conscience.

<sup>19</sup> Vésale, l'anatomiste du 16e siècle, constitue la figure qui symbolise ce passage d'une médecine forcément fondée sur le dialogue médecin-patient à une médecine-spectacle qui évacue le patient-sujet du

Ce processus implique, selon Le Breton (1990), une tendance graduelle mais tenace à la désymbolisation, il inaugure la préséance du signe sur le symbole. Si la maladie se révèle par les signes - qu'il faut toutefois être capable de voir - dans le corps, le traitement doit aussi s'appliquer sur le corps. L'effet placebo des traitements existe en médecine, il y est reconnu, mais cette efficacité symbolique n'est pas mobilisée en elle-même, pour elle-même, dans la cure par la biomédecine. C'est une «notion étrangère au savoir médical» (Le Breton: 195); cet élément à connotation magique, non quantifiable, non maîtrisable, n'entre pas dans le domaine de pertinence de la médecine. De la même façon, les émotions peuvent causer des maladies psychosomatiques mais pas de «vraies» maladies (Gordon).

Chez Le Breton, le sujet semble être caractérisé par la faculté de symboliser, de transposer ce qu'il voit, ce qu'il sait, dans un univers de compréhension plus vaste en attribuant un sur-sens au donné naturel. La tendance à la désymbolisation annoncerait donc la dissolution du sujet en ce qu'elle serait une tendance à la réduction du sens, tout autant chez le médecin que chez les patients.

Gordon note par ailleurs, qu'un autre des postulats de la culture occidentale consiste en une distinction entre la nature et la culture et entre la nature et la société. La nature existe indépendamment du langage et des représentations, et indépendamment des conflits, du pouvoir, des divisions sociales. Gordon repère ces postulats dans les définitions biomédicales de la maladie et du patient. En s'attachant au corps individuel, en détachant le corps de la personne, de la culture et de la société où ce corps existe et se constitue, elle promeut un individu libre, libre de ce qui passe, dans la culture occidentale, pour être contraignant à l'individualité. L'individu-corps, comme lieu de la maladie et de l'intervention, est donc libre, lisse en quelque sorte, il n'est pas une entité où se tissent l'histoire de la personne, la culture, les rapports sociaux. Cet individu correspond à l'idéal moderne de l'individu et de la liberté conçue comme détachement des traditions, de l'autorité, d'autrui, etc. La médecine promeut cet idéal en traitant le malade comme s'il était un individu libre: la maladie est une affaire individuelle et non le résultat d'un ensemble de facteurs culturels et sociaux. La biomédecine, à travers cette production de la

---

domaine de pertinence pour comprendre la maladie et intervenir sur elle. La fameuse peinture - *La Fabrique* - représentant Vésale montre bien ce processus, comme l'ont remarqué Arney et Bergen (1984): on y voit l'anatomiste qui procède à la dissection d'un cadavre de femme devant un public attentif. Le corps parle de lui-même dans les yeux du médecin.

On pourrait dire que la langue française entretient l'idée d'un corps qui peut être autre chose qu'un corps mort (vidé de sa personne) en n'ayant qu'un mot pour le corps, vivant ou mort. Le mot anglais *corpse*, emprunté au français (à l'origine l'orthographe en était identique), est obsolète quand il est utilisé pour désigner un corps mort et un corps vivant. *Corpse* est percutant pour la sensibilité francophone puisqu'il associe le «corps» au cadavre...

maladie, du malade, du corps, se produit elle aussi comme une entité indépendante, elle se donne à voir comme une sphère d'activité ayant ses règles propres et poursuivant son chemin sans l'interférence de la morale, de la culture, de la société et même de la subjectivité des personnes (médecins et patients) (Gordon).

Les postulats identifiés par Gordon n'informent pas seulement sur le contenu du savoir biomédical mais également sur le mode de production de la vérité privilégié. L'objectivité est seule garante de la vérité dans le modèle biomédical. Elle nécessite l'évacuation de la subjectivité c'est-à-dire tout autant l'expérience du patient que celle du médecin; elle nécessite aussi une élimination du langage, les mots comportant toujours une possibilité d'ambiguïté et d'interprétation (Reiser, 1978). En médecine, cette recherche d'objectivité procède donc également d'une tendance à la quantification et à la standardisation. Le courant, en médecine, de quête d'une scientificité, accélérée au 19<sup>e</sup> siècle dans la foulée scientifique, cherchait à établir des lois générales, des déterminismes, à donner à la médecine une méthode calquée sur le modèle des sciences. Cette recherche participait de la croyance en la possibilité de tout connaître, donc de prévoir et de maîtriser les phénomènes morbides, de libérer l'humanité de ses servitudes (le progrès). Si cette quête participait d'une idéologie scientifique (Ellul, 1987), elle dépassait néanmoins la seule rhétorique (de justification des pratiques).<sup>20</sup> Cependant, un courant empirique résistant à la scientification a toujours accompagné les poussées du courant précédent. La médecine contemporaine fait face, selon Gordon (1988a), à un nouveau courant visant à promouvoir la scientification de la pratique clinique, reconnue comme étant peu scientifique. Cette nouvelle poussée (qui en est une de rationalisation) est en fait une tentative pour rendre la pratique plus transparente, pour rendre la décision médicale explicite quant à ses fondements. La maîtrise recherchée dans cette nouvelle poussée de scientification ne concerne pas seulement les maladies ou la conservation - illimitée - de la vie mais la pratique médicale elle-même. Elle est donc perçue, par nombre de médecins, comme une menace à l'autonomie professionnelle et, selon Gordon, elle pourrait aussi constituer une menace à la survie d'une expertise qui utilise largement l'intuition et l'expérience pour agir (l'expertise serait dévaluée en devenant calquée sur le niveau le plus bas du savoir-faire médical, c'est-à-dire celui des apprentis).

---

<sup>20</sup> Bourret (1985) montre bien que l'effort de scientification de la médecine n'était ni simplement une façade légitimante pour des pratiques contestables ni non plus une tentative manquée à cause d'intérêts multiples qui feraient obstacle au déploiement de la science dans la médecine. Le projet médical lui-même constitue en fait le principal empêchement en ce qu'il est orienté vers la pratique et la résolution de problèmes.

Ces poussées de scientification comme les résistances qu'elles rencontrent, qui réapparaissent régulièrement en médecine, montrent bien que la pratique médicale n'a pas atteint le degré de scientificité et d'objectivité dont rêvaient peut-être les promoteurs de la médecine scientifique tel Cl. Bernard. La pratique médicale observable est peu scientifique, les médecins éminents basent leur pratique sur l'intuition et l'expérience clinique mais également sur les contingences matérielles actuelles; en ce sens le savoir mobilisé ressemble davantage au savoir incorporé de la vie quotidienne, orienté vers l'action, un savoir pratique.<sup>21</sup> Cela ne doit cependant pas faire écran au fait que ce savoir incorporé est aussi constitué d'un savoir formel théorique mais surtout que la forme de vérité produite est effectivement de type scientifique ou, à tout le moins, objectiviste. La base de validité en jeu est de type cognitif-instrumental où la vérité se vérifie par l'efficacité et le succès (on ne mobilise pas d'argument moral ou subjectif pour asseoir la vérité d'un diagnostic, par exemple, même si dans les faits c'est bien ce qui prime parfois). Que les vérités produites soient réellement objectives ou non, cela n'a pas vraiment d'importance pour le présent propos. Ce qui importe, c'est ce qui oriente la production de cette vérité et ce qui apparaît comme étant plus valide.

Dans cette recherche d'objectivité (et donc la production de la vérité médicale), on ne peut éluder l'importance de la technologie médicale. Selon Reiser (1978), elle permet tout autant la scientification de la médecine qu'elle en dépend: elle permet la vérification de théories, l'élaboration de savoir théorique - comme le souligne Koenig (1988) -, en même temps qu'elle est issue d'un savoir théorique. Davantage encore que le savoir théorique (lois, causes), la technique médicale serait garante de l'objectivité médicale. Et ce, d'autant plus si elle permet de voir au plus creux du corps et de ses constituants. Les techniques d'imagerie mais également celles qui permettent de visualiser en produisant des graphiques de processus qui ne sont pas visibles mais sensibles ou audibles (le rythme cardiaque, la température) semblent bien être construites sur la base de cette idée de la vérité: savoir équivaut à voir. La vue devient prééminente dans la biomédecine tout autant pour chercher les causes des pathologies (dans la recherche) que pour poser des diagnostics (dans la clinique). Le Breton écrit de la vue qu'elle est le sens hégémonique de la modernité; la façon dont l'Occident moderne «ritualise» le corps - en le mettant à

---

<sup>21</sup> Berg (1992) insiste sur le fait que le savoir biomédical n'est pas le cadre de référence de l'action médicale, ce seraient plutôt les «routines» locales (celles du médecin, de l'hôpital, etc.) qui orienteraient la décision médicale. Cependant, l'auteur me semble minimiser la place du savoir biomédical: dans les exemples qu'il donne, il est très clair que le cadre de référence est aussi le savoir biomédical (à tout le moins ce type de savoir).

distance - est cohérente avec cette prééminence de la vue.<sup>22</sup> Les instruments médicaux n'auraient pas créé mais participé à renforcer le dualisme cartésien et le réductionnisme biologique, donc auraient facilité l'évacuation de la subjectivité du patient (ces moyens permettent encore davantage de se passer de la parole du patient pour savoir, entre autres parce qu'ils permettent de détecter ce qui n'est pas senti ou su par le patient) (Reiser). La technique médicale accroît donc l'objectivité en permettant une distance entre le médecin et le patient (ce qui rejoint un précepte de la connaissance objective: la distance entre le sujet connaissant et l'objet), en produisant des graphiques, des images (savoir par la vue), en produisant des données chiffrées (plutôt que des mots) et, ce faisant, en introduisant la possibilité de la standardisation. La technicisation dans la médecine tendrait à dévaluer les habiletés et le savoir-faire traditionnels des professionnels médicaux (Reiser; Nelkin et Tancredi) et ce, même si la validité des tests n'est pas absolue.

Il y aurait une croyance très profonde en l'objectivité de la vérité produite par les techniques médicales, du même type que la fascination à l'égard des techniques en général. Le test est réputé pouvoir produire des résultats indiscutables. Les erreurs pouvant survenir dans la manipulation des instruments, dans l'interprétation des résultats (qu'on a tendance à vouloir compenser par plus de technique et moins d'humain) sont les limites de la technique les plus couramment identifiées. Toutefois, outre ce reste d'humain, facteur «polluant» l'utilisation des techniques, un test même parfaitement effectué, lu et interprété, n'a toujours mesuré que ce qu'il pouvait mesurer (Reiser; Nelkin et Tancredi). Il n'est donc aucunement garant d'une vérité entière sur un état; il est toujours soumis autrement dit à l'état de la connaissance qui a présidé à son élaboration (qui oriente donc le regard vers ceci mais pas cela). Ces limites à la vérité et à l'objectivité des tests effectués par la médiation de la technique (plus ou moins sophistiquée) n'entameraient pas la confiance à leur égard, au point où le test deviendrait préséant à toute autre source d'information (Reiser; Nelkin et Tancredi). Des études empiriques sur la pratique médicale viennent mettre quelques bémols à cette affirmation sans néanmoins l'infirmier totalement. Daly (1989), par exemple, a montré que des spécialistes utilisaient souvent la technologie *après* avoir posé leur diagnostic afin de pouvoir brandir le résultat objectif du test comme preuve

---

<sup>22</sup> Elias (1976) note aussi que le processus de «civilisation des moeurs» a signifié la dévaluation des autres sens (toucher et odorat en particulier) au profit de la vue (les manuels de savoir-vivre destinés aux jeunes nobles et bourgeois les enjoignent à regarder sans toucher, sans porter à leur bouche ou sentir comme le feraient un animal ou un être non civilisé). La mise à distance du corps soulignée par Le Breton serait aussi en fait concomitante de la mise à distance du corps des autres: la civilisation des moeurs est également une pacification des moeurs c'est-à-dire une réduction de la violence physique dans les rapports quotidiens qui semble également signifier une réduction des contacts avec le corps des autres en général. Ce qui rejoindrait le propos de Gordon relativement à l'individu moderne «détaché», même au sens physique du terme, des autres, de ce qui n'est pas lui (son propre corps).

de la véracité de leur diagnostic. Si les médecins continuent à procéder par le savoir-faire expert issu de leur expérience, il n'en demeure pas moins que la technique est réputée fournir la vérité puisqu'ils peuvent en utiliser les résultats comme arguments indiscutables. De la même façon, Nelkin et Tancredi peuvent constater une croyance profonde dans les tests biologiques médiatisés par la technique en ce qu'ils sont utilisables à diverses fins par divers acteurs pour fournir des preuves irréfutables.

Les mouvements constants, dans la médecine, de résistance à la technicisation ne mettent pas de l'avant une autre forme de vérité que celle qu'est réputée produire la technique. La résistance des médecins ne porte pas sur le réductionnisme biologique ou sur l'objectivité mais davantage sur les risques de perte d'autonomie et d'une diminution de leur marge de manoeuvre pour faire face à un problème, sur les modifications de la pratique qu'entraînent les technologies. Elle manifeste également des conflits dans la profession médicale, entre les spécialités, pour le partage de ressources limitées (Greer Lennarson, 1984).<sup>23</sup> La résistance, au 19<sup>e</sup> siècle, des médecins à l'introduction d'instruments relevait davantage de la perte de prestige appréhendée pour la profession (les instruments étant utilisés par les chirurgiens c'est-à-dire des artisans et non des scientifiques). Actuellement, cependant, il semble que le prestige d'une spécialité soit accru par l'utilisation des technologies (d'où des luttes entre spécialistes pour le contrôle des pratiques reliées à ces technologies).<sup>24</sup> Même les critiques les plus dures à l'égard de la technique médicale ne mettent pas en doute le caractère objectif des résultats qu'elle fournit: elle est inutile, mutilante, dangereuse, inefficace à résoudre les problèmes mais elle n'est pas source d'erreurs en elle-même.

Si la technique «fonctionne» c'est, semble-t-il, qu'elle donne accès au biologique, donc à la source la plus sûre du vrai. C'est qu'elle «colle» aussi au mythe du progrès dans la modernité, progrès qui s'identifie moins à la science qu'à la technique (Domenach, 1986). Cela signifierait, selon Domenach, que le but de la connaissance n'est pas la connaissance mais l'action efficace; la preuve objective de la vérité résiderait dans l'efficacité plus que dans la vérification intellectuelle. Cette idée serait largement partagée, elle serait une «réalité» dans la culture occidentale moderne.

---

<sup>23</sup> Par exemple, les spécialités utilisant moins ou pas du tout de technologie de pointe coûteuse opposent plus de résistance à l'acquisition des équipements onéreux par les hôpitaux.

<sup>24</sup> Sur l'échographie comme marque de prestige et enjeu de lutte, voir Fellous, 1988a. La gynécologie-obstétrique est un cas particulièrement clair de l'accroissement du prestige d'une spécialité par la technique (les techniques de diagnostic prénatal, les nouvelles techniques de la reproduction, par exemple, auraient contribué à accroître le prestige d'une profession qui semblait en déclin).

Outre les médecins, les patients ou les profanes partageraient cette conception de la vérité en demandant qu'on leur prescrive des tests par la médiation de techniques de pointe éventuellement malgré le désaccord du médecin (Fellous; Koenig). Selon un sondage effectué par Tymstra (1993), les médecins et infirmières considèrent que les «consommateurs» nourrissent trop d'attentes à l'égard des technologies de pointe. Cette opinion de la gent médicale semble cependant devoir être nuancée si l'on en croit Fellous qui remarque que médecins et patientes, dans le cas de l'échographie, ne partagent pas les mêmes conceptions relativement à l'importance de cet examen et de son efficacité: l'échographie est à la fois, pour les patientes, une source de plaisir (elles voient leur enfant) et de confort (elles cherchent à être rassurées sur l'état du fœtus). Par ailleurs, Quéniart a noté que l'offre médicale de technique (techniques de diagnostic prénatal, dans sa recherche) rencontre la demande des femmes puisque, pour elles, seules ces techniques peuvent fournir une réponse valide (quoique insuffisante) à leur angoisse étant donné l'absence d'autres lieux sociaux pour prendre en charge cette angoisse. Gabe et Calnan (1989), Calnan et Williams (1992) ont relevé par contre une certaine ambivalence à l'égard de techniques médicales, montrant par là qu'il faut nuancer l'adhésion des profanes à l'utilisation de certaines techniques qui ne sont pas toutes évaluées selon les mêmes critères. Cependant, leurs études ne montrent pas une méfiance à l'égard de la technique médicale en général comme moyen pour générer une vérité.

Dans les écrits en général sur cette question, ce qui ressort c'est effectivement une sorte de puissance de la technique qui se révèle dans la possibilité de l'utiliser de diverses façons et pour des fins multiples. En ce sens, la technique, en médecine comme ailleurs, devient une sorte d'objet magique ayant une grande efficacité symbolique (Dupuy et Karsenty; Illich; Miquel et Ménard; Le Breton, 1990; Domenach; Heidegger, 1958). Pour plusieurs penseurs, elle est conçue comme une manifestation de la persistance d'une idée du progrès proprement moderne, progrès qui passe par la technique celle-ci étant même une constituante de la modernité.

Les études empiriques sur la technique médicale montrent clairement que la technique est souvent détournée de son sens immédiat technique. Feenberg semble avoir raison de noter qu'on ne peut penser la technique comme si elle était «plus fonctionnelle et moins sociale qu'elle ne l'est» dans les faits (1992: 307).<sup>25</sup> Il semble évident que la technique puisse être sortie de ce pourquoi elle est censée exister, de la logique de sa production, de son

---

<sup>25</sup> «[The technology] can no longer be considered as a collection of devices, nor, more generally, as the sum of rational means. These are tendentious definitions that make technology seem more functional and less social than in fact it is.»



utilité immédiate technique. La plupart des auteurs qui se sont penchés sur la technique moderne cependant, ou sur la technoscience, considèrent que la technique en elle-même tend toujours vers une disparition du langage comme mode de médiation. Si cela est visible dans certains «détournements» (qui, selon cette thèse dite de la désanthropologisation<sup>26</sup>, n'en seraient pas puisque ces détournements seraient en parfaite cohérence avec l'essence même de la technique<sup>27</sup>), il semble par ailleurs que la technique puisse être une occasion, au contraire, de symbolisation - redéplacement du signe vers le symbole (Le Breton). Le détournement constant de la technique a davantage été étudié et montré dans la pratique des médecins que dans celle des patients ou usagers et, souvent, pour montrer l'absurdité de cette utilisation. Cette utilisation non orthodoxe des techniques médicales chez les profanes a cependant aussi été montrée par Fellous, Dupuy et Karsenty, Le Breton, notamment.<sup>28</sup> Si la technique a une dimension magique, si on lui attribue des capacités quasi surnaturelles - fournir la Vérité, un accès au Bonheur (Ellul, 1987) -, les détournements opérés par les acteurs semblent toutefois être plus pragmatiques, ancrés dans les circonstances de la vie quotidienne. Toutefois, le fait d'utiliser la technique montre en effet la charge symbolique de la technique.

L'ensemble des thèses et résultats de recherche présentés ici permettent de comprendre que la vérité médicale ait pu déloger d'autres types de vérité, d'autres conceptualisations et qu'il est possible de mobiliser les catégories médicales et ses techniques parce qu'elles sont cohérentes avec la forme de production du sens et de la vérité, avec l'univers culturel de la modernité c'est-à-dire les représentations et idéaux largement partagés et constituant la réalité. C'est d'ailleurs ce pourquoi Gordon (1988b) note la difficulté sinon l'impossibilité de changer la médecine basée sur le réductionnisme biologique et le dualisme cartésien en une médecine qui serait réellement holiste. On pourrait penser que c'est également ce pourquoi la médicalisation semble être un processus plus ou moins indépassable.

Les thèses considérant la médecine comme étant basée sur le réductionnisme biologique et le dualisme cartésien ne permettent cependant pas d'expliquer l'extension de la médecine à des domaines dépassant le corps individuel. Et surtout, elles ne permettent pas non plus

---

<sup>26</sup> Pour une critique de la thèse de la «désanthropologisation» que porterait la technique moderne, voir Javeau (1990).

<sup>27</sup> Daly (1989) en donne plusieurs exemples dans l'utilisation de l'échocardiographie où le test sert parfois à éviter un conflit avec un collègue ou encore quand le cardiologue se sert du test comme placebo pour rassurer un patient (au lieu de le faire en lui parlant).

<sup>28</sup> Par exemple, Fellous, dans son étude sur l'échographie, montre bien que ce test est désiré par les futurs parents non seulement pour se rassurer sur l'état du fœtus mais également pour le voir. L'échographie semble être un événement social, source d'angoisse, de plaisir, d'échange et non un simple test technique.

de prendre en considération cette nouvelle tendance de la médecine à traiter le patient comme une personne entière, comme un sujet. L'explication de la médicalisation du point de vue de la cohérence entre la médecine et la culture doit être capable aussi de tenir compte de ces éléments qui semblent manifester des modifications importantes au plan culturel. Cette explication serait en effet affaiblie par le constat que le dualisme cartésien, supposé être encore un élément fondamental dans la culture occidentale, tendrait à disparaître de la médecine. Le recours à la médecine, son extension, ne pourraient plus s'expliquer par cette cohérence profonde. Aussi une autre tendance en sociologie de la santé, inspirée de Foucault (et sur laquelle je me suis déjà arrêtée rapidement), est intéressante en ce qu'elle se penche précisément sur ces éléments. On considère ici qu'un nouveau paradigme s'installe dans la médecine: celle-ci serait de moins en moins fondée sur le dualisme et le réductionnisme biologique et davantage sur le systémisme ou le holisme. Notons, d'ores et déjà, que les conclusions que l'on peut tirer des travaux des auteurs soutenant cette thèse vont dans le même sens que les précédentes: la médicalisation persiste parce que la médecine (ses contenus, ses savoirs, ses instruments) porte et reproduit des éléments fondamentaux de la culture (qui sont donc portés très largement).

Dans ce paradigme systémique, la maladie est définie comme le résultat de l'action de divers systèmes. Elle est un «désordre biopsychosociologique» (Foss et Rothenberg, 1987) ou un dysfonctionnement dans une partie du système global (l'individu et son environnement)<sup>29</sup> et repérable chez le patient - et *par* le patient (Arney et Bergen, 1984). Foss et Rothenberg, souligne que cette maladie pourrait être traitée aussi selon le modèle réductionniste de la biomédecine, et l'est encore souvent, mais il y aurait une tendance autre qui tenterait de rendre la cure cohérente avec les causes identifiées aux divers plans. Le malade est, en conséquence, conçu comme corps et esprit, donc pas seulement comme le site matériel de la maladie; il est un être vivant dans un environnement qui l'englobe et l'affecte. Il doit donc être traité comme tel.

Le patient prend donc ici une importance beaucoup plus grande que dans le paradigme dualiste. Le changement ne réside pas tant dans le fait de prendre en considération l'«histoire du patient», les éléments biographiques étant intégrés dans la médecine normale depuis longtemps. Il ne s'agit pas de la même chose parce que le patient y était encore considéré comme passif d'une part et parce que, si l'étiologie de la maladie comportait des aspects biographiques, l'intervention restait limitée au corps biologique. Le changement

---

<sup>29</sup> L'Organisation mondiale de la santé en définissant la santé comme un état de bien-être sur tous les plans, et non seulement comme une absence de maladie, serait en congruence avec cette tendance.

se trouverait plutôt au plan de la production de la vérité sur la maladie et sur la prise en charge du traitement (les décisions et actions) où le patient est actif.

Ainsi, dans le nouveau paradigme, la production de la vérité de la maladie passe non pas par l'exclusion de la subjectivité du patient mais au contraire par son inclusion. Puisque la maladie est dans le «système», le médecin doit faire parler le malade de son problème et c'est *avec lui* qu'il peut décider de ce qu'il faut faire pour le résoudre, peu importe où le problème est situé dans ce système. La subjectivité devient nécessaire à la médecine. Le patient doit apporter son expérience de son problème dans la rencontre médicale; lui seul est en mesure de donner tous les éléments nécessaires au diagnostic et au traitement.<sup>30</sup> S'il faut le préciser, ici le diagnostic et le traitement n'excluent pas la dimension biologique et l'utilisation des technologies, ce sont simplement des dimensions parmi d'autres.

Ce nouveau paradigme, selon Arney et Bergen, aurait vu le jour vers la moitié du 20<sup>e</sup> siècle. Sa naissance est donc contemporaine du développement de l'éthique médicale (vers la fin des années 1950), si l'on en croit Reiser (1993) pour qui la bioéthique aurait contribué à donner au patient une place plus importante dans la médecine en tant que sujet (on s'est penché sur les droits des patients, sur l'importance du consentement éclairé pour la recherche comme pour la pratique clinique, par exemple). Le retour du sujet, en médecine, se présente ainsi comme une tendance vers l'humanisation, comme un rempart contre la violence d'une pratique qui traite le patient comme un corps sans tête et sans âme, donc pas comme une personne particulière ayant besoin d'attention et de soins.

On peut noter que l'intégration du sujet dans la médecine (en fait son retour, après son évacuation par la biomédecine) pourrait indiquer une cohérence culturelle avec une individualisation exacerbée qui se manifeste à travers les thérapies de toutes sortes orientées vers la recherche de soi et l'actualisation du potentiel de la personne, avec la revendication et la promotion de la différence individuelle ou de droits à l'échelle de groupes sociaux de plus en plus spécifiques réclamant la reconnaissance.

C'est ce que semblent soutenir Arney et Bergen à travers leur analyse foucauldienne de la médecine moderne. L'individualisation prendrait sa source dans la forme du pouvoir des

---

<sup>30</sup> Le court article de Reiser (1993), «The Era of the Patient», est une parfaite illustration de cette tendance. Reiser fait ni plus ni moins la promotion de l'utilisation de l'expérience du patient en médecine; il montre comment la médecine peut tirer profit de cette utilisation (de même, bien sûr, que les patients). En fait, Reiser construit le patient comme un éventuel «professionnel» de la santé, qui sait mieux que quiconque comment une maladie peut se vivre, comment les traitements affectent la vie en plus des effets secondaires sur le plan biologique, qui sait aussi comment tel test ou tel autre affecte le malade, etc. Il devient donc potentiellement une source d'information inestimable pour aider d'autres patients et les professionnels à prendre les meilleures décisions sur la marche à suivre pour traiter.

sociétés technologiquement avancées. Ce pouvoir-savoir, auquel j'ai déjà fait référence, aussi bien en médecine que dans d'autres domaines de connaissance de l'humain, est individualisant en ce qu'il permet à l'individualité de prendre corps, d'exister. La médecine et ses techniques, souvent conçues comme répressives, sont en fait celles-là mêmes qui permettent cette production de l'individu, elles en font un objet de conscience (et par là de surveillance, c'est pourquoi on parle de pouvoir). Le retour du sujet en médecine signifie ici que la médecine fait de chacun un cas particulier sur lequel il faut se pencher, un cas particulier à «gérer» en tenant compte de l'ensemble de ses caractéristiques. Si, comme on l'a vu plus haut, la médicalisation dans cette thèse résulte du jeu du pouvoir-savoir qui est un pouvoir normalisateur et donc qui pousse chacun à s'autodiscipliner et à se surveiller, ce pouvoir opère avec la subjectivité, par l'incitation à parler de soi. Il contient donc, si je puis dire, parce qu'il le produit, cet élément fondamental de la modernité. Le savoir médical, en tant que vérité, est un savoir extirpé de l'humain, il est donc en lui-même puissance. Il n'est pas différent en cela des autres savoirs sur l'humain, aussi bien celui de la biologie que celui des sciences humaines; Armstrong (1987) considère que l'ensemble de ces disciplines repose sur la même logique de production de la vérité: elles se pratiquent toutes par une sorte d'extorsion de la vérité de cet humain. La façon de connaître et ses présupposés portent en eux-mêmes les risques d'aliénation contre lesquels ces sciences prétendent lutter: en cherchant à lui donner la maîtrise de son environnement et de lui-même, elles produisent les chaînes avec lesquelles l'humain s'assujettit (la normalisation).

Le point d'aboutissement de cette thèse rejoint, curieusement de prime abord, celui des thèses précédentes mais en passant par d'autres chemins. De part et d'autre, les éléments centraux de la culture occidentale, sa représentation de l'individu libre, l'idéal de liberté procédant par l'individualisation, la maîtrise de la vie, semblent être repérés aussi dans les contenus de la médecine, qu'elle soit une biomédecine ou une médecine systémique. Les premières thèses présentées constatent une cohérence entre la médecine et la culture à travers le réductionnisme biologique et l'objectivité, lesquelles exigent l'évacuation du sujet et l'exclusion des différences (les humains sont tous semblables au fond). Les secondes thèses intègrent les courants apparus plus tardivement où l'on constate plutôt une tendance vers la revendication de l'individualité (chacun est unique) mais en montrant que la réintroduction de la subjectivité est une sorte de miroir aux alouettes; l'individualité dégénère, en médecine, d'une façon que la formule de Arney et Bergen rend bien: «we are all Elephant Men» (: 106). La subjectivité est en fait une «technique», manipulée à la fois par les médecins et les autres, soi y compris. Le retour du sujet en médecine n'indiquerait

pas une modification des postulats fondamentaux et des idéaux qui animent la culture occidentale et la médecine.<sup>31</sup> Il s'agirait simplement d'une exacerbation de ces postulats et idéaux et de leur intégration dans la médecine qui est suffisamment forte pour le faire et qui y trouve un moyen pour se redéployer dans tous les domaines de vie des individus.

Dans ce second point de vue, l'explication de la médicalisation résiderait dans le fait que la médecine porte, en même temps qu'elle produit et reproduit dans sa pratique, ce qui constitue une réalité évidente et pas - ou très peu - remise en question et ce, même par les pratiques opposées à la technicisation: il faut être ce que l'on est supposé être, réaliser sa nature propre et la libérer des contraintes. L'injonction à l'individualisation, à l'autonomie dans la culture contemporaine est donc interprétée ici comme une contrainte en soi. En médecine, cette injonction se traduit par le consentement à la surveillance de soi par une équipe soignante dont on fait soi-même partie pour obtenir/maintenir la santé (un bien-être global). En fait, ici, la médicalisation progresse parce que chacun se surveille lui-même, parce que chacun croit que c'est là ce qu'il doit faire.

On retrouve l'impératif moral qui serait au coeur de la modernité, comme on l'a vu au chapitre précédent. On retrouve aussi la critique de la modernité et de la raison subjective qui produit la forme d'assujettissement caractéristique de la modernité. Comme je l'ai souligné dans la partie relative aux conséquences de la médicalisation, on pourrait y voir un processus qui ferme et qui ouvre en même temps des voies multiples. Sans reprendre la discussion sur la rationalisation présentée au chapitre précédent, on peut rappeler qu'il n'y a pas de fatalité inscrite en soi dans ce processus de rationalisation vers la disparition d'une rationalité non instrumentale; la réflexivité produite par la rationalisation, en tant que mise à distance offrant la possibilité de discussion du donné, en tant qu'institution du doute continu, interdit de fermer la porte à une telle alternative. La perspective foucauldienne ouvre cette porte mais elle la referme le plus souvent aussitôt comme si ce n'était pas significatif.

Il ressort de l'ensemble des explications données à la médicalisation que celle-ci n'est pas seulement liée à la médecine comme profession mais aussi à la configuration des rapports de force entre des groupes sociaux ayant des intérêts particuliers et à la construction des significations et idéaux dans les sociétés contemporaines. Dans ces explications, les logiques sous-jacentes sont donc celle des intérêts - convergents à divers moments - de

---

<sup>31</sup> Atlan (1994) va dans le même sens en soutenant que le souci récent de la réintroduction du sujet dans la médecine et la biologie ne peut qu'être «plaqué» parce que la biologie n'a rien à dire sur «l'homme» (sic).

groupes multiples et celle de la rationalisation conçue comme l'extension de la rationalité instrumentale instaurant un type de vérité comme valide.

## Conclusion

La médicalisation apparaît comme une extension de la médecine à des situations et problèmes auparavant pris en charge par d'autres personnes ou institutions et interprétés autrement que par les catégories médicales. Ce processus est puissant du fait que ses acteurs principaux appartiennent à un groupe social dominant mais également parce que la médecine porte et reproduit ce qui constitue la réalité dans les sociétés occidentales donc pousse à une action médicalisante de la part de ceux et celles qui adhèrent à cette réalité.

La médecine, ses catégories et moyens techniques se présentent en quelque sorte comme un cadre, si je puis dire, dans lequel se font des pratiques multiples (reproduisant ce cadre), pratiques d'énonciation, de jugement, de régulation, etc. Ce cadre délimite les possibles; il empêche des pratiques et en permet d'autres. Dans la mesure où ce cadre n'est pas donné en lui-même par la médecine qui, on l'a vu, n'est pas indépendante de la société où elle se produit, ce cadre reproduit d'une certaine façon les catégories de ce qui peut être vrai et valable ou souhaitable. Ce qui signifie, en conséquence, que d'autres catégories ne valent plus, que d'autres types d'explication et d'intervention sont dévaluées. Cependant, cela ne signifie pas que les pratiques, dans ce cadre, soient toutes identiques et poursuivent toutes les mêmes fins. Le concept de médicalisation dans la plupart des thèses présentées ne permet pas de tenir compte de cela au sens où l'ensemble des pratiques produites dans ce cadre sont en effet toutes identiques du point de vue de leur résultat médicalisant. Si des auteurs qui ont voulu contester cette thèse se sont butés à un mur, plusieurs toutefois ont montré, ce faisant, la multiplicité des contenus et des sens des pratiques faites dans ce cadre. Cette multiplicité semble d'ailleurs se retrouver tout autant chez les médecins («la» pratique médicale comporte en fait des pratiques très diversifiées quant à leurs buts) que chez les acteurs «profanes».

Si cette diversité des contenus semble être de peu d'importance pour la thèse classique de la médicalisation, elle est toutefois très intéressante pour la présente recherche. D'abord, il appert que les acteurs profanes «fonctionnent» dans le cadre médical (utilisent un vocabulaire médical, recourent à la médecine pour soulager ou faire reconnaître un état ou régler un problème) mais qu'on ne puisse pas faire d'adéquation entre cette participation et une adhésion sans ambivalence et sans scepticisme à la médecine. De plus, ce peut être amplifié par l'expérience qu'ils font de la médecine: si celle-ci se présente comme

objective, porteuse d'une vérité vraie, la pratique médicale concrète est beaucoup plus aléatoire et beaucoup moins objective - au sens scientifique du terme. Or on peut penser que les patients font l'expérience de cela, au sens où ils peuvent constater que la pratique est telle.

D'un autre côté, la tendance des profanes à concevoir la maladie comme un phénomène multicausal et à privilégier l'explication psychologique (plutôt que biologique et réductrice) est généralement réputée être différente de l'approche médicale. Or, si l'on en croit Arney et Bergen, la médecine tendrait actuellement à aborder aussi la maladie en des termes plus vastes et englobants que ne le permettait auparavant l'approche biomédicale (c'est-à-dire qu'elle tendrait à prendre en considération la personne en ses multiples dimensions). Ce mouvement pourrait accroître la médicalisation en rendant la médecine et ses explications plus valides et légitimes encore, du point de vue des patients, du fait de la proximité avec leur propre approche de la maladie et du fait de la prise en compte de la subjectivité dans la constitution de la vérité médicale (cette subjectivité ayant la cote dans les sociétés contemporaines). Mais l'expérience des patients dans cette nouvelle médecine peut également résulter en une constatation que l'usage de la subjectivité par cette médecine prend des allures techniques et là encore susciter une certaine ambivalence et du scepticisme quant à l'efficacité et à la vérité médicale. D'un autre côté, si elle ne réduit pas la médicalisation et si elle rend possible une plus grande transparence (et donc une surveillance accrue), la mobilisation de la subjectivité ouvre des possibilités de prises de parole pour les patients et donc de critique - l'autorisation ou même l'obligation de parler ne se limitant pas forcément à une parole sur soi.

Dans le prochain chapitre, j'explorerai le processus de médicalisation de l'infécondité involontaire et les explications qu'on a données au recours aux nouvelles techniques de la reproduction, techniques médicales offertes comme traitement à ce problème - devenu - médical. On constatera que s'il s'agit en effet d'un processus de médicalisation, les explications ne sont pas, là non plus, limitées à l'action de la seule médecine mais ont trait également, là aussi, à des dimensions socioculturelles (relatives donc à la réalité dans la culture occidentale) et à des dimensions normatives et idéologiques reliées à la procréation.

## **CHAPITRE 3 DES ELEMENTS D'EXPLICATION DU RECOURS AUX NOUVELLES TECHNIQUES DE LA REPRODUCTION PAR LES FEMMES**

### **Introduction**

Les nouvelles techniques de la reproduction (NTR)<sup>1</sup> ont donné lieu, surtout depuis le début des années 1980, à une masse d'interventions publiques, à de nombreux colloques, à des commissions d'enquête, dans plusieurs pays industrialisés. Parce qu'elles impliquent la manipulation des gamètes et embryons humains - et de par leur proximité avec la génétique -, elles ouvrent la porte à des pratiques qui, encore récemment, appartenaient à la science-fiction; elles ont donc soulevé des questions d'ordre social, éthique, juridique - et même existentiel. Ainsi, les débats publics, la plupart du temps, se sont faits dans une optique de régulation des pratiques médicales, scientifiques et commerciales liées aux NTR (la régulation privilégiée, selon les groupes en présence, allant d'un arrêt total des pratiques et recherches à l'autorégulation par le corps médical en passant par l'interdiction de certaines pratiques et une grande permissivité à l'égard d'autres pratiques).

Il n'est donc pas surprenant que les savoirs produits sur les NTR en sciences sociales et humaines soient insérés dans le débat social entourant ces techniques. Pour une bonne partie d'entre eux, les écrits sont en fait des dialogues, des réponses à des arguments adverses et, de ce point de vue, on peut dire qu'ils sont largement rhétoriques. C'est, au sens strict, une production du savoir qui est extrêmement dynamique. On doit aux chercheuses et militantes féministes beaucoup des écrits sur la question mais, il faut le préciser, il n'y a pas de consensus non plus entre elles sur les NTR.

Les écrits en sciences sociales et humaines sur les nouvelles techniques de la reproduction sont non seulement nombreux mais aussi très marqués par l'analyse critique de la médecine, de la technique et des normes sociales relatives à la procréation. Loin de

---

<sup>1</sup> Par «nouvelles techniques de la reproduction» j'entends les procédés d'assistance à la procréation impliquant l'engendrement sans rapport sexuel et, donc, un transfert de gamètes ou d'embryon (la conception elle-même est médiatisée par la technique). Je parle donc de la fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE ou FIV) et des techniques dérivées comme la microinjection du spermatozoïde dans l'ovocyte (ICSI), du transfert intratubaire de gamètes (GIFT), du transfert intratubaire de zygote (ZIFT), etc., de l'insémination artificielle (IA) avec sperme de donneur (IAD) ou non, y inclus l'autoinsémination. Si l'IA est une technique «ancienne», elle est souvent, actuellement, accompagnée de procédés nouveaux (comme les inducteurs de l'ovulation) et a fait l'objet de modifications (insémination intrautérine). Par ailleurs, l'IA est difficilement dissociable des autres techniques plus récentes et, pratiquée avec du sperme de donneur, elle continue de susciter des controverses et des problèmes sur les plans social, éthique, juridique.



couvrir l'ensemble de ces écrits, je m'en tiens ici à ceux fournissant des éléments d'explication pour comprendre le recours aux techniques par des femmes et dégager des éléments relatifs à la possibilité d'une appropriation - ou d'une intégration - des techniques par les femmes. Les thèses présentées abordent parfois directement, parfois implicitement, la question du recours aux NTR.

Ces thèses ont généralement comme point de départ la médicalisation de la procréation et plus spécifiquement de l'infécondité involontaire parce que c'est la médecine qui a développé les NTR, parce qu'elle les propose comme traitement de l'infertilité et parce qu'elle a pratiquement le monopole sur ces pratiques.<sup>2</sup> Le recours aux NTR par les femmes est donc partie intégrante d'un processus de médicalisation, sauf exception, et l'explication de ce recours ne peut, en conséquence, en faire abstraction. Dans un premier temps, je présenterai donc comment on a analysé les pratiques - discursives et concrètes - relatives à l'infertilité et aux NTR et comment, de ce point de vue, le recours aux NTR peut être expliqué.

Les explications cependant ne se limitent pas à la dimension strictement médicale au sens où la médecine et les sciences impliquées dans le domaine de la reproduction sont envisagées comme des entités sociales et culturelles, porteuses donc d'intérêts multiples, de valeurs et de normes. Ainsi, on a analysé les NTR comme des techniques développées principalement par des hommes, porteuses des intérêts des hommes et donc opposés à ceux des femmes. Par ailleurs, on verra dans un troisième temps, que les NTR sont aussi envisagées du point de vue de leur insertion dans l'imaginaire de la modernité, participant à la continuation de la rationalisation ou, autrement dit, à la pénétration plus avant de la rationalité instrumentale - et économique - dans la sphère de la reproduction. Enfin, dans la littérature sur la question des NTR, on a également beaucoup discuté du pronatalisme et des normes sociales relatives à la procréation comme contexte de développement des NTR et comme facteurs favorisant leur diffusion et leur utilisation. Pour chacune de ces parties je montrerai comment, de ces points de vue, on explique le recours aux techniques par les femmes et j'exposerai quelles sont, de mon point de vue, les limites de ces explications.

Par souci d'honnêteté, je dois souligner que plusieurs auteures, dans un même texte, proposent des explications diverses. Cependant, afin de clarifier la présentation, j'ai

---

<sup>2</sup> Quoiqu'il soit impossible de mesurer le recours à l'autoinsémination hors du cadre médical, on peut penser que ces pratiques sont peu fréquentes comparativement à celles qui se font dans le cadre médical étant donné les difficultés reliées au contrôle de la qualité du sperme des donneurs quand ceux-ci ne sont pas recrutés par des banques de sperme. Sauf exception, ces banques sont reliées au système médical; n'y a donc pas accès qui veut.

séparé les explications «complexes» en leurs différents éléments. Il faut ainsi garder à l'esprit qu'il n'y a pas un seul type d'explication possible à un phénomène aussi complexe que celui dont il est question ici et que plusieurs auteures l'ont bien marqué dans leurs écrits même si, à première vue dans ce qui suit, il pourrait en paraître autrement.

### **3.1 La médicalisation de l'infécondité involontaire**

L'infécondité involontaire a été happée dans le giron de la médecine où on l'a définie comme un problème médical, où on l'a rebaptisée «infertilité» et soumise à un nouveau type de traitement visant moins à la guérir qu'à la contourner. C'est ce processus de médicalisation de l'infécondité involontaire qui fera l'objet de cette première partie. Dans la littérature, on a abordé cette question en montrant l'action des médecins et scientifiques dans la prise en charge et dans la définition de ce problème. On met ainsi en évidence comment la définition même de l'«infertilité» semble se modifier avec le développement des techniques et de la médecine de la reproduction. D'un autre côté, on montre comment la construction médicale de l'infécondité involontaire a impliqué une modification de l'interprétation de ce phénomène: d'un problème social ou moral, il est devenu un problème essentiellement biologique justifiant sa prise en charge par la médecine et l'application de traitements comme les NTR. Le recours aux NTR par les femmes, tel qu'on peut le déduire de ces thèses, semble relever d'une adhésion à la médecine et à ses définitions de l'infertilité, adhésion semble-t-il résultant de la seule action de la médecine. On verra cependant, à travers les critiques directement adressées à ces analyses et à travers les résultats d'études menées auprès des femmes, que des nuances importantes doivent être apportées à cette explication.

#### **3.1.1 Définition médicale et prévalence de l'infertilité**

La médicalisation de l'infécondité involontaire se traduit d'abord par l'abandon de ce terme pour celui d'infertilité - y compris dans le vocabulaire des sciences sociales, ce qui montrerait l'emprise des définitions médicales, selon Becker et Nachtigall (1992). L'infertilité est définie actuellement en médecine comme l'absence de conception après un an de rapports sexuels sans contraception (Rochon, 1986). Le délai, au centre de la définition, est toutefois variable: au lieu d'un an, il peut être de deux ans; il peut aussi être jugé plus ou moins pertinent selon l'âge de la femme ou si un problème physiologique a déjà été identifié. Formellement, l'infertilité n'est pas synonyme de «stérilité» qui signifie une incapacité totale de procréer et qui ne peut souvent être constatée qu'à la fin de la vie reproductive des individus. Cependant, les deux termes ont souvent été confondus autant

dans le vocabulaire et les ouvrages médicaux que non médicaux pour signifier une incapacité à procréer<sup>3</sup>.

Cette définition de l'infertilité a fait l'objet de critiques, principalement à cause de l'identification de l'infertilité à la stérilité. Après un an de tentatives de conception sans succès, on ne peut pas dire de façon certaine des individus qu'ils soient stériles ni même qu'ils aient un problème physiologique. Cependant, l'infertilité, définie sur la base de ce délai, peut signifier une fertilité moindre ou hypofertilité (Léridon, 1982). La définition de l'infertilité est basée sur une norme selon laquelle un couple aura normalement conçu après un délai fixé selon des paramètres épidémiologiques; le taux de fécondabilité, c'est-à-dire la probabilité de conception par cycle, est de 25% chez un couple jeune (et normal). Il semble toutefois que dans toutes les sociétés, un certain pourcentage de couples ne parviendraient pas à procréer dans ce délai d'un an mais réussiraient pour la très grande majorité d'entre eux dans les années subséquentes (Rochon, 1986; Gavarini, 1988).

Or, dans les dernières années, on a parlé d'une augmentation ou d'un risque d'augmentation de la stérilité ou de l'infertilité. Dans nombre de documents, de rapports officiels de comités et commissions qui se penchaient sur la régulation des nouvelles techniques de la reproduction, dans les média de masse, on parlait d'un taux d'infertilité de 15%, pour les pays industrialisés.<sup>4</sup> Ce taux était généralement présenté comme un signe d'une augmentation du problème d'infertilité ou, à tout le moins, comme un signe de la gravité de la situation. Or les données épidémiologiques montrent qu'il n'y a pas eu d'accroissement notable de la stérilité dans les dernières décennies (Rochon 1986; Scritchfield 1989; Greil, 1991b; Athéa, 1990). En fait, selon les données rapportées par Greil, il n'y aurait pas plus de gens stériles (ou infertiles) mais plus de gens souffrant

---

3 La confusion des termes a été à l'origine de débats dans les années 1980, les critiques voyant dans cette confusion une façon pour la médecine d'amplifier les problèmes réels et de justifier des interventions lourdes et inutiles. On peut noter ici que le domaine de l'infertilité et des nouvelles techniques de la reproduction a donné lieu (encore maintenant d'ailleurs) à ce qu'on pourrait appeler une guerre des mots et des sigles et à des modifications continuelles de l'appellation des phénomènes et des procédures utilisées. La recherche de légitimité, chez les médecins comme chez leurs critiques, a trouvé là un terrain fertile en arguments. Outre le concept flou d'infertilité, d'autres notions et termes ont fait l'objet de discussion ou de modification. On n'a qu'à penser aux termes multiples utilisés pour la même pratique mais qui ne connotent pas la même chose: mères porteuses, location d'utérus, maternité de substitution, contrat de grossesse, etc. Le sigle NTR a été déclassé par PMA (procréation médicalement assistée) et dernièrement est apparu le sigle TRP (technologies reproductives de pointe). Les termes «insémination artificielle» tendent à être remplacés par «insémination assistée», le même sigle - IA - ne recouvrant pas les mêmes mots. La tendance, dans ces modifications, semble aller vers la disparition ou à tout le moins la réduction des connotations trop techniques ou «artificielles».

4 Ce taux d'infertilité était présenté comme un taux de stérilité généralement. Par exemple, le Comité du Barreau du Québec sur les nouvelles technologies de reproduction entamait son rapport ainsi: «L'infertilité fait qu'entre 10 et 15% des couples canadiens *ne peuvent pas* avoir d'enfant.» (1988: 9, mes italiques).

d'une infertilité primaire. Greil note ainsi que le problème peut sembler plus grave parce que le fait de n'avoir pas déjà d'enfant rend l'infertilité plus difficile à supporter et, peut-on penser, également plus visible. Toutefois, il reste que les taux de *stérilité* seraient stables. On évalue à moins de 5% le taux de stérilité (constatée à la fin de la vie reproductive des femmes), dont 3% de stérilité primaire (Rochon, 1986). On a soutenu que ces taux mêmes pourraient être surévalués puisqu'ils s'appliqueraient à toutes les femmes qui n'auraient pas procréé (volontairement ou non). Les taux de stérilité calculés seraient donc en fait des taux d'infécondité et non de stérilité (Dunnigan, 1989; Vandelac, 1988b). D'après les données rapportées par Rochon (1989) cependant, en 1987, le taux d'infécondité des Québécoises mariées âgées de 35 à 39 ans était d'environ 8%. Il n'est donc pas improbable que la stérilité concerne de 3% à 5% des personnes, ce qui concorde avec les taux obtenus en France (Rochon, 1986).

Le taux de 15% avancé couramment serait donc loin des taux de stérilité. Mais il ne correspond pas non plus au taux d'infertilité calculé selon la définition médicale officielle (en termes de délai). En fait, il semble qu'il soit issu d'une des façons de calculer la prévalence de l'infertilité dans certaines études américaines: ce taux correspondrait à la proportion de couples infertiles dans une population de laquelle on aurait exclu les couples dont l'un des membres aurait subi une stérilisation chirurgicale<sup>5</sup> et non la proportion des couples infertiles dans la population totale des couples (Dulberg et Stephens, 1993). Tenant compte de ce facteur, actuellement on évalue à environ 8,5% le pourcentage de couples infertiles au Canada c'est-à-dire de couples cohabitant depuis au moins deux ans et ayant cherché à concevoir sans obtenir de grossesse pendant au moins un an et à 7% la proportion des couples ayant cherché à procréer depuis au moins deux ans (Dulberg et Stephens, 1993).<sup>6</sup> L'écart entre les taux de stérilité et d'infertilité serait dû essentiellement à la définition retenue pour effectuer les calculs. L'allongement des délais de conception au-delà d'un an ou de deux ans et les risques d'un allongement accru de ces délais (pouvant résulter en stérilité) sont attribués entre autres aux infections pelviennes suite à

---

5 Comme la stérilisation est une méthode de contraception très courante au Canada et aux Etats-Unis, l'exclusion des personnes stérilisées dans le dénominateur fait monter en flèche la proportion des personnes infertiles. Au Canada et aux Etats-Unis, les taux de stérilisation sont semblables et s'élèvent à environ 40% des couples où la femme est âgée de 18 à 44 ans. On peut souligner que les taux s'accroissent avec le nombre d'enfants et grimpent rapidement chez les femmes de plus de 30 ans alors qu'ils diminuent avec l'augmentation du niveau de scolarité (Balakrishnan et Fernando, 1993). Au Québec, la tendance est la même (voir Marcil-Gratton, 1987).

6 Ainsi les personnes qui n'étaient pas en couple au moment des enquêtes sont exclues du calcul. Or, selon ces enquêtes, environ 40% des femmes canadiennes âgées de 18 à 44 ans ne vivent pas avec un homme. Par ailleurs, le fait de ne pas obtenir de grossesse est le critère retenu pour l'infertilité plutôt que le fait de ne pas mener à terme une grossesse. Il semble cependant que même en tenant compte de cette autre variable, les taux d'infertilité ne différeraient pas de façon notable (voir Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993).

des maladies transmissibles sexuellement, à l'usage de contraceptifs - particulièrement les anovulants et le stérilet<sup>7</sup> -, au report des grossesses à un moment où les femmes seraient moins fertiles<sup>8</sup>, à la prévalence de maladies pouvant causer des problèmes de fertilité (comme l'endométriose), à des facteurs environnementaux, aux conditions de travail, à des comportements ou habitudes comme le tabagisme, à des facteurs médicaux (iatrogénèse: médicaments, erreurs chirurgicales et même certaines pratiques médicales reliées au traitement de l'infertilité).<sup>9</sup> Si les médecins spécialistes comme les critiques reconnaissent que les pratiques contraceptives, de report des grossesses et la prévalence d'autres facteurs de risque peuvent accroître les délais de conception, les critiques soutiennent que cela ne signifie pas un accroissement de la stérilité et que cette distinction est rarement soulignée par les médecins (Vandelac, 1988b; Athéa, 1990). La multiplication des discours sur l'importance des problèmes de fertilité et sur les nouvelles techniques de la reproduction aurait produit une impression d'une augmentation de la stérilité (Gavarini, 1988). Un sondage effectué auprès de la population canadienne montre en effet que la majorité des gens surestiment les taux d'infertilité actuels dans la population (de Groh, 1993a).

La définition médicale de l'infertilité n'est pas substantive, au sens où elle ne décrit pas la maladie; elle est plutôt opérationnelle (Rochon, 1986). En fait l'infertilité est davantage une probabilité qu'un état que l'on pourrait diagnostiquer, comme le souligne Vandelac (1988b: 53-54).

Le flou entourant cette «maladie» est encore renforcé par l'utilisation d'autres concepts comme «infertilité de couple» ou «infertilité idiopathique». La notion d'infertilité de couple repose sur des arguments sensés en ce que l'infertilité (l'infécondité) dans un couple dépend souvent moins d'un individu que des deux individus formant le couple. Ainsi une personne hypofertile pourrait procréer sans se rendre compte qu'elle est hypofertile si son ou sa partenaire est très fertile et, inversement, deux personnes hypofertiles pourraient prendre plus de temps à procréer ensemble; la fécondabilité

---

7 Si les anovulants peuvent être à l'origine de délais allongés plutôt que de stérilité (Delaisi de Parseval et Janaud, 1985; Rochon, 1986), il semble que le stérilet porte parfois trop bien son nom puisque le désir de procréer éventuellement fait partie des contre-indications nommément signalées par un ouvrage de référence américain sur la contraception s'adressant aux gynécologues (le stérilet peut être à l'origine notamment d'infections pelviennes pouvant causer la stérilité) (Vandelac, 1988b: 154).

8 La relation entre l'âge de la femme et la fécondabilité a fait l'objet de controverses: la diminution de la fécondabilité s'accélérerait à partir de 30 ans ou vers 35 ans ou vers 40 ans, selon les études (Rochon, 1986; Commission royale, 1993). Le vieillissement biologique et la durée plus longue d'exposition à des facteurs de risque expliqueraient cette diminution de la fécondabilité.

9 Sur les facteurs de risque pour la fertilité, voir Vandelac, 1988b, 1989b (particulièrement pour la iatrogénèse); Commission royale, 1993.

dépendrait de la relation des deux personnes ou de *ces deux personnes-là* (Delaisi de Parseval et Janaud, 1985). Cependant, le fait de parler d'infertilité de couple laisse penser que les deux personnes sont malades et sont traitées comme telles et ce, même si une des deux a un problème clairement identifié, ce qui ouvre la porte au traitement des femmes fertiles pour l'infertilité ou la stérilité du conjoint. De la même façon, l'infertilité idiopathique (sans cause connue) est un diagnostic relativement fréquent - 7,5% des diagnostics (Corbeil, 1994) - mais il n'a d'autre contenu que celui de l'infécondité.<sup>10</sup> Pourtant il constitue une indication médicale pour la fécondation *in vitro*.

Compte tenu de ces caractéristiques de la définition médicale de l'infertilité, dans les écrits en sciences sociales sur ces questions on a cherché à comprendre les sources de telles définitions et leurs effets sur la médicalisation de l'infécondité involontaire.

### **3.1.2 Une définition «technologique»: quand la technique précède le problème**

On associe la pénétration accrue de la médecine dans les problèmes de fertilité et donc la construction médicale de l'infertilité à l'action de la médecine, c'est-à-dire, d'une part, à l'ouverture de nouveaux débouchés pour les effectifs médicaux en gynécologie (Scritchfield, 1989; Greil, 1991b)<sup>11</sup> et, d'autre part, au développement de techniques de diagnostic et de traitement, surtout les nouvelles techniques de la reproduction, qui doivent trouver emploi (Vandelac, 1988b)<sup>12</sup>. La définition floue de l'infertilité semble être ainsi constituée pour cerner le bassin potentiel des personnes susceptibles de recourir à la médecine et à ses techniques (Rochon, 1986). Cette idée est répandue chez plusieurs auteurs. On a constaté, dans les études sur le développement des NTR et de la médecine de la reproduction, que les problèmes de fertilité ne sont pas à l'origine de ces développements; autrement dit, les NTR n'avaient pas pour but au départ de résoudre des problèmes de fertilité. C'est après coup qu'on a cherché à les appliquer chez les humains. Ainsi, la médecine créerait la demande pour ses services et techniques (Scritchfield, 1989); il y aurait «offre de demande» (Gavarini, 1988) c'est-à-dire constitution du désir d'enfant en demande à laquelle la médecine offre de répondre par des techniques, plutôt que

---

<sup>10</sup> Le fait de ne trouver aucune cause à une infertilité peut être due à l'insuffisance des connaissances et des moyens de diagnostic ou encore à l'absence de problème physiologique comme le souligne Vandelac, 1988b.

<sup>11</sup> La chute du taux de natalité, continue depuis la moitié du 19<sup>e</sup> siècle aux Etats-Unis et au Canada (si l'on exclut la parenthèse du *baby boom*), aurait favorisé une réorientation vers l'infertilité chez les gynécologues-obstétriciens. Voir Mitchinson, 1993. (Sur la diminution du taux de natalité pour le Québec, voir Lavigne, 1983.)

<sup>12</sup> Voir aussi Mitchinson (1993) qui voit dans le développement des connaissances et moyens de diagnostic un des facteurs de l'intérêt porté à l'infertilité par les médecins canadiens au début du 20<sup>e</sup> siècle.

réponse à une demande qui aurait déjà été là. Selon Vandelac, l'infertilité (définie de façon floue par les médecins et davantage résultat d'une impatience à procréer chez les personnes qui consultent) est un «alibi» au développement des techniques de la reproduction, un moyen de pousser plus avant la recherche en sciences de la reproduction. Les moyens médicaux mis en place pour traiter l'infertilité (là même où il n'y a que lenteur à procréer pour diverses raisons) ne relèveraient pas d'une volonté d'aider les personnes infertiles (notamment Vandelac, 1988a,b, 1989a; Scritchfield, 1989; Corea, 1985; Steinberg, 1990; Solomon, 1989). La bienveillance médicale relèverait plutôt de la rhétorique médicale de légitimation des techniques. Si l'infertilité était la réelle préoccupation de la médecine, selon ces auteures, les nouvelles techniques de la reproduction ne seraient pas les principaux moyens mis de l'avant; on chercherait à réduire les causes de l'infertilité par la prévention, on axerait la recherche sur des cures et non des palliatifs. En fait, le développement des techniques, particulièrement la FIV et les techniques dérivées, serait davantage, pour les praticiens du domaine, un moyen d'atteindre des objectifs économiques (revenus accrus entre autres par la pratique privée et l'augmentation de la clientèle), professionnels (satisfaction accrue au travail, prestige associé aux techniques de pointe), scientifiques (développement du champ scientifique dans le domaine de la reproduction et plus spécifiquement dans la maîtrise de la vie) (Pfeffer, 1987; Scritchfield, 1989; Gavarini, 1988; Vandelac, 1988a,b, 1989a,b, 1990; Testart, 1986). Cette création de la demande et de la base de légitimité des développements de ce secteur de la médecine se manifesterait également dans la tendance des cliniques à gonfler les taux de succès des techniques ou à les présenter d'une façon qui porte à confusion (Marcus-Steiff 1986, 1990).<sup>13</sup> Scritchfield note cependant que les modes de calcul des taux de succès ne doivent pas être seulement considérés comme des manoeuvres de manipulation pour légitimer les techniques et attirer la clientèle; ils reflèteraient les normes et valeurs de la science biomédicale et en ce sens il serait compréhensible que le «succès» ne soit pas évalué de la même façon par les médecins d'un côté et par les patientes de l'autre.<sup>14</sup> Dans

---

13 Les taux de succès des techniques ont été l'objet de controverses à l'intérieur même de la profession médicale, ce qui indique assez bien comment la concurrence est forte dans le domaine. Au Canada, en 1991, l'Association canadienne volontaire de réglementation des techniques de procréation médicalement assistée a annoncé la mise en place d'un registre national informatisé sur les techniques de la reproduction qui permettrait de connaître les taux de succès des techniques de façon à faire «[cesser] les exagérations» dans le calcul des taux de succès annoncés par certains médecins. Cependant, on prévoyait garder confidentielles les statistiques de chacune des cliniques participantes. (Artère, novembre 1991: 9). Cette association a cependant été abolie pour des raisons financières (Commission royale: 613).

14 Un «succès» peut signifier une grossesse clinique, une naissance vivante ou encore un accouchement - le nombre de naissances vivantes n'équivalant pas au nombre de femmes qui ont accouché (les grossesses multiples étant fréquentes suite à la FIV quand on implante plus d'un embryon dans l'utérus de la femme). Les taux de succès, eux, sont calculés selon des paramètres variables: soit les naissances par rapport au total des femmes ayant entamé un traitement, soit les naissances par rapport au total des femmes pour qui

le processus de création de la demande, la médecine aurait obtenu la collaboration d'une presse davantage séduite par les exploits techniques que critique devant les taux de succès, les enjeux de ces développements scientifiques et les risques qu'ils présentent pour les femmes traitées (Marcus-Steiff, 1987; Vandelac, 1988a, b).

Selon Greil (1991b), l'expansion récente des services d'infertilité ne serait pas due principalement au développement des NTR et de la FIV, puisqu'elle aurait commencé bien avant la première tentative de FIV réussie (en 1978 en Angleterre); la FIV serait une continuation et une accélération d'un mouvement déjà amorcé plutôt qu'une rupture brutale par rapport à ce mouvement. L'étude de Clarke (1990) sur le développement des sciences de la reproduction aux Etats-Unis tendrait cependant à donner raison aux thèses précédentes: la multiplication des centres médicaux spécialisés en sciences de la reproduction et centrés sur l'infertilité depuis les années 1980 serait la dernière stratégie en date des scientifiques du domaine pour obtenir les fonds nécessaires à la recherche, ces sciences faisant face (depuis leurs débuts et encore maintenant, selon l'auteure) à des problèmes de légitimité de leur pratique et conséquemment à des difficultés financières. Clarke ajoute que cette «retraite dans l'infertilité» a des conséquences à la fois positives et négatives en ce qu'elle permet en effet de disposer de fonds de recherche (par le biais des frais exigés pour les services offerts) mais que par ailleurs les scientifiques et praticiens du domaine ont été confrontés à nouveau aux controverses entourant l'application des NTR comme traitement de l'infertilité.<sup>15</sup>

Il serait cependant abusif d'associer à la seule apparition des NTR la construction médicale de l'infertilité. La médecine a commencé à prendre en charge les problèmes de fertilité depuis fort longtemps. Ce qui s'est transformé toutefois c'est la définition de l'infertilité et l'attention portée à ce problème à la faveur du développement des techniques de pointe et de la valorisation de la spécialité qui y est associée. En fait, il serait plus juste de parler d'une construction de l'infertilité comme problème médical concomitante au développement du secteur de la médecine de la reproduction. La disponibilité des

---

la fécondation a réussi (ce qui est moindre que le total des femmes ayant commencé le traitement), soit les grossesses par rapport au total des femmes ayant entamé le traitement, etc. (voir Marcus-Steiff; Commission royale, 1993).

<sup>15</sup> Dans le même sens, Pfeffer (1993) démontre qu'en Grande-Bretagne l'infertilité (et ses traitements) a pratiquement toujours été enserrée dans des réseaux d'intérêts contradictoires ou temporairement congruents, objet de controverses entre divers groupes professionnels et idéologiques, objet délicat à manier pour les gouvernements qui se sont succédés du 19<sup>e</sup> siècle à aujourd'hui. Les Drs Steptoe et Edwards (des pionniers de la FIV en Grande-Bretagne) ont réalisé leurs travaux dans les années 1960-1970 sans l'appui financier du Medical Research Council qui refusait de leur accorder des subventions et ils se sont vu refuser la publication d'un article sur leurs travaux par une revue scientifique. Dans les deux cas, des doutes sur l'éthique des pratiques étaient invoqués pour justifier les refus (Pfeffer: 165).



traitements ou des moyens médicaux semble cependant organiser la définition médicale actuelle de l'infertilité (ce qui ne veut pas dire que la définition de l'infertilité soit faite «pour» attirer la clientèle). La définition tendrait ainsi à devenir plus «technologique» que biologique (Gavarini, 1989). Ce qui apparaît ici c'est l'importance de distinguer la définition médicale de l'infertilité de la construction de l'infertilité comme un problème médical. La façon de définir participe de cette construction mais on ne peut pas limiter celle-ci à la seule vertu de la première.

On soutient que cette définition permet le traitement précoce de l'infécondité, l'application des techniques entre autres à des personnes qui ne sont pas incapables de procréer mais qui prennent plus de temps à procréer, donc à des personnes fertiles ou hypofertiles. Cette définition peut donc avoir un effet de pathologisation d'états normaux et d'élargissement des indications pour les techniques de la reproduction dont la FIV (Athéa, 1990; Vandelac, 1988b). Des études ont d'ailleurs montré qu'un certain pourcentage des grossesses qui surviennent chez des femmes pendant ou après les traitements ne seraient pas dues aux traitements médicaux (Rochon, 1986).<sup>16</sup> Par ailleurs, dans une clinique de fertilité québécoise, en 1984-1985, une grossesse serait survenue au cours de l'investigation des causes d'infertilité chez 26,1% des couples (Perron, 1986). Les résultats de ces études confirmeraient qu'un certain nombre des personnes soumises aux examens de diagnostic (parfois très invasifs pour les femmes) et aux traitements (y compris les plus lourds comme la FIV) ne sont pas incapables de procréer mais prennent plus de temps que la majorité à procréer.

La définition médicale faisant de l'infertilité une maladie après un délai d'un an aurait un effet immédiat chez les personnes tentant de procréer. C'est ce qu'on suggère dans certains textes (notamment St.Peter, 1989; Bouchard, 1990; Delaisi de Parseval, 1988). Les personnes infertiles (qui n'ont pas réussi à procréer après un an) se croiraient elles-mêmes infertiles après ce délai et se verraient également comme des malades ayant besoin de traitements (puisque les cliniques acceptent d'investiguer et de traiter après ce laps de temps). Or j'ai pu constater dans une recherche antérieure (Daudelin, 1991) que le délai officiel ou normal donné par la médecine n'était pas connu par les femmes interviewées et une fois informées de ce délai elles ont répondu presque unanimement que c'était là un laps de temps beaucoup trop court pour parler de «stérilité». Pfeffer (1987) note par ailleurs que le délai normal n'est pas fixé aussi clairement par tous les médecins (surtout s'ils ne sont pas spécialisés dans le domaine) et que, conséquemment, ce sont les gens en

---

<sup>16</sup> Dans le même sens, une étude australienne aurait montré que 9% des couples traités en FIV auraient procréé après avoir abandonné les traitements (in Vandelac et de Koninck, 1989).

bout de ligne qui ressentent le moment où il y a frustration et qui définissent donc le délai avant consultation et traitement. Ce délai peut être plus court qu'un an ou plus long, et ce délai peut être allongé par le médecin consulté (Greil, 1991b).<sup>17</sup> Il semble donc qu'il faille éviter de déduire trop rapidement des définitions médicales les comportements des personnes concernées.

Par ailleurs, les gens n'ont pas attendu les récents développements des sciences de la reproduction pour s'inquiéter d'un délai, jugé indu, de conception. Si la médecine intervient dans ce domaine depuis longtemps, c'est aussi que des femmes consultaient parfois les médecins à ce sujet.<sup>18</sup> On ne peut donc pas attribuer seulement à la médecine la «demande» de soins en ce domaine. Par contre, la tendance accrue à percevoir l'infécondité involontaire comme un problème biologique et, partant, comme un problème essentiellement médical montre bien le changement qui s'est opéré vers une plus grande médicalisation. Sans doute, le développement des techniques n'est pas étranger à ce changement mais, comme on l'a vu au chapitre précédent, il est aussi attribuable à des facteurs socioculturels qui dépassent la seule médecine (même si elle y contribue). Ces éléments seront développés au point 3.3 de ce chapitre. Dans ce qui suit, je vais plutôt me pencher brièvement sur la dimension biomédicale du traitement de l'infertilité. La médicalisation de l'infertilité ne se réduit pas, comme on s'en doute, à la définition de l'infertilité mais concerne également le traitement et, plus globalement, le mode d'appréhension du problème.

### **3.1.3 L'application du modèle biomédical à l'infécondité involontaire**

L'infécondité involontaire est interprétée de diverses façons selon les époques et les cultures comme en témoignent les travaux en anthropologie (Héritier, 1978, 1984).<sup>19</sup> En Occident, on a recouru depuis longtemps à la médecine et à d'autres ressources pour des problèmes de fertilité (Bologne, 1988) mais, selon Sandelowski (1990), jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, et même après, l'infécondité involontaire était définie davantage comme une condition sociale ou comme un problème relevant de la volonté des femmes d'enfanter

---

<sup>17</sup> Greil note d'ailleurs que c'est là l'occasion d'une négociation entre la femme et le médecin, celui-ci pouvant jouer de son autorité pour refuser l'accès à des examens ou traitements à une femme qui pense avoir un problème et qui demande ces examens.

<sup>18</sup> Pfeffer (1993) souligne qu'en Grande-Bretagne, au début du siècle, c'est sans doute davantage l'incapacité de payer le médecin qui empêchait des femmes de consulter (pour des problèmes de fertilité ou autres d'ailleurs) plutôt qu'un refus de consulter ou l'adoption d'une attitude fataliste face à l'infécondité involontaire.

<sup>19</sup> Voir aussi les études rapportées par Delaisi de Parseval et Janaud, 1985 et Greil, 1991b.

donc comme un problème d'ordre moral<sup>20</sup> et non comme un problème médical. Cette interprétation, par les médecins, de l'infécondité involontaire servait en partie à camoufler leur impuissance à prendre en charge ce problème (Idem). A partir du moment où ils ont disposé davantage de moyens, la définition du problème est devenue de plus en plus fondée sur la biomédecine.

Le traitement médical (j'inclus ici les procédures de diagnostic) de l'infécondité involontaire ou de l'infertilité se base sur l'approche traditionnelle de la biomédecine. Dans la littérature, on a mis en évidence principalement le réductionnisme biologique et l'objectivation de la «patiente» caractéristiques de cette approche (ce second point sera abordé dans les parties 3.2 et 3.3, les auteures mettant l'accent davantage sur le fait que la patiente soit une femme ou sur le fait qu'il y ait une réification produite par le processus technique).

L'infertilité, c'est une prémisses, a une base physiologique et sa résolution passe par la naissance d'un enfant (et si possible d'un enfant lié génétiquement à l'un des parents au moins<sup>21</sup>). L'infécondité n'est pas conçue par la médecine comme un symptôme (Gavarini, 1989) mais comme une maladie, un problème dans le corps. Les facteurs psychologiques, relationnels, sexuels, etc. ne sont pas pris en considération en eux-mêmes dans la formulation du problème et dans sa résolution (Delaisi de Parseval et Janaud, 1985; Vandelac, 1988b). L'infécondité n'est pas plus interprétée comme un problème social que comme une punition divine: si on reconnaît qu'elle est parfois causée par des comportements individuels répandus dans une société (tel que l'usage de moyens de contraception ou des pratiques sexuelles dites «à risque» par exemple) donc attribuables à une société, la solution ne sera cependant pas sociale, donc pas de nature à modifier ce qui organise ces comportements individuels au plan des structures sociales.

Rapportant les résultats de travaux en psychologie sur l'impact de l'infertilité, Lecours (1988) note qu'il n'y a pas de «rite funéraire» pour aider les personnes à faire le deuil des

---

20 Le problème de la «volonté» réelle des femmes d'enfanter a été retraduit plus tard en problème psychologique. Selon Sandelowski, ce schème d'explication de l'infécondité persisterait d'ailleurs de nos jours, même dans l'interprétation médicale de l'infécondité involontaire: les causes de ce problème sont reliées à des comportements volontaires des femmes (report des grossesses, habitudes nocives comme le tabagisme, pratiques sexuelles et contraceptives, etc.), toutes choses pouvant fonder un soupçon sur le désir réel de procréer.

21 Plusieurs combinaisons sont en effet possibles où il n'y a pas d'équivalence forcément entre la naissance d'un enfant dont une femme accouche et le lien génétique entre cette femme et l'enfant. Par exemple, on peut implanter un embryon, issu de la fécondation *in vitro* des gamètes des gens qui élèveront l'enfant, chez une femme qui accouchera de l'enfant sans avoir de lien génétique avec lui. On peut aussi implanter un embryon chez une femme qui élèvera l'enfant sans que celle-ci ait de lien génétique avec l'enfant (dans le cas d'un don d'ovule).

pertes vécues dans l'infertilité, dont celle d'un être qui n'a jamais existé mais qui a été rêvé, imaginé. En fait, le seul rite social qui existe pour faire face à ce problème serait médical; or le passage par la médecine comme rituel social ne permet nullement de faire le deuil puisque l'infertilité, du point de vue médical, n'est pas un «destin» à subir mais un état qui peut être traité, pour lequel il existe (presque) toujours une solution. Greil (1991a, b) souligne avec force d'ailleurs que la médicalisation de l'infertilité lui donne un caractère «ouvert» (*open-ended*); les personnes infertiles, dans ce contexte, sont dans un état transitoire chronique: ni parents, ni stériles.<sup>22</sup> En fait, la perspective médicale sur l'infertilité non seulement ne permet pas de faire le deuil de la fertilité, mais elle réduit le problème à un problème de l'ordre de la biologie et ce faisant elle le met «à plat» comme l'écrit Vandelac (1987: 99):

«Les lenteurs à procréer, les refus psychiques, la parole du corps trahissant l'ambiguïté d'une relation ou les douleurs de la filiation, sont mises à plat et assimilées à des incapacités physiologiques sommées de passer le test ultime de la 'puissance médicale'. Trop souvent, quelle qu'en soit la cause, toute défaillance du corps est considérée dans sa vision la plus mécaniste appelant aussitôt une réponse médicale.»

La fertilité est conçue comme une fonction dans un corps pensé comme une machine (Greil, 1991b), une fonction détachable de la totalité de la personne (Vandelac, 1988b) et que l'on pourrait contrôler selon sa volonté. Cette vision est partagée largement par les femmes qui ont eu accès à des moyens de contraception et qui les ont utilisés avant d'avoir eu un enfant, donc avant d'avoir mis à l'épreuve leur fertilité. Si les moyens de contraception permettent d'exercer un contrôle sur la fertilité en la bloquant, ils donneraient aussi l'impression que la fertilité peut être rétablie aussi facilement si le désir d'enfant apparaît et au moment choisi pour sa réalisation. Cette conception de la fertilité contrôlable de façon presque absolue devient une source d'inquiétude pour les femmes quand le corps ne répond pas à la volonté et une des causes attribuée au recours précoce à la médecine (Athéa, 1990; Scritchfield, 1989). Greil (1991b) soutient que les personnes croyant que le processus de procréation puisse être soumis au contrôle humain sont plus susceptibles de recourir à des traitements que celles qui doutent de leur capacité à exercer un tel contrôle. Or les femmes recourant actuellement aux cliniques de fertilité font partie des générations qui ont eu accès aisément à la contraception et, surtout, qui l'ont utilisée pour reculer la première grossesse, contrairement aux générations précédentes - qui ont eu accès à la contraception mais qui l'ont davantage utilisée pour espacer les grossesses ou mettre un terme à l'élargissement de la famille (Henripin et al., 1981; Léridon et al., 1987). On ne

---

<sup>22</sup> Les femmes interviewées par Greil se disaient «pas encore enceintes» (not yet pregnant), ce qui illustre avec éloquence cette caractéristique très actuelle de l'infertilité.

pourrait pas attribuer le recours à la médecine au simple fait que les générations ayant ce comportement contraceptif soient également celles qui ont accès aux traitements médicaux de pointe. Mais la perte de contrôle sur leur fonction de reproduction et, plus généralement, sur leur vie, ressentie très durement par les femmes infertiles, a été notée dans nombre d'études portant sur cette population (notamment Greil, 1991; Ouellette, 1987; Daudelin, 1991; Lecours, 1988; Delaisi de Parseval et Janaud, 1985). Le recours à la médecine apparaît ainsi aux femmes comme un moyen de reprendre le contrôle sur la situation (Denny, 1994; Greil, 1991b; Becker et Nachtigall, 1994; Fleisher, 1990; Strickler, 1992; Koch, 1990).

L'analyse par Gavarini (1989b) de l'approche médicale dans le domaine de l'infécondité involontaire laisserait entrevoir que la médecine change d'orientation, passe d'une biomédecine curative à une médecine «orthopédique». En effet, l'auteure souligne que l'infertilité n'est pas définie par des lésions particulières dans le corps mais bien par un dérèglement par rapport à un temps normal de procréation et par rapport aux normes de maîtrise de la procréation. Si l'on explique l'infertilité par des défauts physiques (les facteurs de l'infertilité) qui sont, comme le notent Becker et Nachtigall (1992), des «différences» par rapport à une norme médicale, ce ne sont pas ces défauts en eux-mêmes qui définissent la maladie. Dans le même sens, Delaisi de Parseval (1988) constate que l'infertilité semble être définie socialement et traitée médicalement comme s'il s'agissait d'une maladie incurable, comme un handicap. D'ailleurs, les personnes infertiles comparent souvent elles-mêmes leur problème à un handicap en ce qu'il est constitué par un manque. Le handicap n'est pas attribué à l'incapacité de procréer dans un délai préfixé et court mais au fait de ne pas pouvoir concevoir ou au fait de ne pas pouvoir choisir de procréer ou encore de ne pas pouvoir choisir quand procréer (Delaisi de Parseval et Janaud, 1985; Daudelin, 1991). La médecine répond de façon cohérente en traitant l'infertilité comme un handicap par rapport à un état normal. Cette intervention repose sur l'idée que la santé ou la normalité impliquent forcément la capacité de procréer (Delaisi de Parseval, 1988; Becker et Nachtigall, 1992) et que l'absence de cette capacité doit trouver une réponse médicale puisque la médecine est chargée de garantir la santé - définie de plus en plus en termes de normalité. C'est parce que certains traitements offerts par la médecine ne visent pas la suppression du problème à l'origine de l'infertilité mais le contournent que les auteures parlent d'une médecine orthopédique plutôt que thérapeutique (les NTR sont palliatives, structurées pour remplacer des fonctions du corps sans les rétablir). Les normes dont parlent Gavarini et Delaisi de Parseval ne sont apparemment pas du même ordre. Dans le premier cas, le temps normal de procréation (en termes de

délai et en termes de période normale privilégiée pour former la famille) et la maîtrise normale de la procréation (impliquée par l'idée d'une période normale puisque pour procréer dans cette période donnée il faut pouvoir maîtriser la fertilité) relèvent de normes fondées en partie sur l'épidémiologie et les études de population où ce qui est normal est défini en termes de probabilités et de fréquences. Dans le second cas, la norme relative à la capacité de procréer est basée également sur la fréquence plus élevée de cette capacité, ce caractère étant en soi défini comme préférable ou souhaitable. Si ici la norme est plus immédiatement retraduite dans l'ordre des valeurs, elle ne l'est pas moins dans le premier cas mais il appert qu'elle soit issue d'une scientification de la médecine au sens où cette fois la norme est fondée sur l'épidémiologie, sur un calcul de la probabilité de procréation dans une période donnée. Cependant, on ne peut pas dire que cela provoque un changement sur le plan du paradigme organisateur du savoir utilisé pour traiter l'infertilité. Il s'agit encore du paradigme de la biomédecine selon lequel la maladie est d'abord et avant tout repérable dans le corps individuel et la façon de la traiter consiste à intervenir sur l'individu.

On pourrait penser que l'introduction de la notion d'infertilité de couple occasionnerait un changement dans la façon d'appréhender et de traiter l'infertilité. Mais il n'en est rien au sens où la maladie se trouve encore dans un corps, ici dédoublé, et seulement là. L'explication de la maladie reste de type biologique, l'infertilité ne devient pas un problème social ni même relationnel si par là on entend quelque chose qui dépasse la relation de deux entités biologiques. Dans les faits, on intervient sur chaque individu et, principalement, sur la femme. Le fait que, dans certains cas, dans son corps à elle il n'y ait pas de problème repérable ne change rien puisqu'elle est, tout autant que son conjoint, porteuse du handicap et, en fait, c'est par son corps que le problème se manifeste le plus souvent (l'absence de grossesse).

#### **3.1.4 Le recours aux NTR comme signe d'adhésion à la biomédecine: critiques et limites des explications**

Les analyses présentées jusqu'ici mettent en évidence plusieurs facteurs qui expliqueraient, au moins partiellement, comment le recours aux NTR peut être envisagé par des femmes. L'explication selon laquelle la définition de l'infertilité comme une maladie (ou comme une anomalie affectant la santé) entraînerait le recours quasi automatique à la médecine *et* aux traitements médicaux, y compris les NTR, semble être déduite de la logique attribuée à la médecine, comme je l'ai déjà souligné. On met, en effet, davantage en lumière l'action de la médecine dans la production (discursive et concrète) de l'infertilité et dans la promotion

des traitements de pointe (surtout les NTR) que celle des personnes infertiles qui semblent simplement céder à une «offre de demande».

Les critiques adressées à la construction médicale de l'infertilité et particulièrement à la façon dont la médecine définit l'infertilité ont l'effet pervers, comme le remarque avec justesse Ouellette (1993), de «dissoudre» les problèmes de fertilité, de les minimiser au point de faire comme s'il s'agissait de faux problèmes. Conséquemment, elles ont l'effet de ne faire aucun droit à l'existence sociale des personnes infertiles, particulièrement des femmes, niant qu'il puisse exister une différence entre elles et les personnes fertiles. Si la stérilité est un état rare et si les délais de conception d'un an ou deux sont jugés trop courts, il reste une partie de la population qui met trop de temps à son gré pour concevoir et qui en souffre (puisque plus le temps passe, plus les chances de conception s'amenuisent). Les critiques féministes ont été actives dans cette «dissolution» (comme le notent Ouellette, 1993; Dunnigan, 1988; Solomon, 1989). Assez curieusement en fait, des auteures comme Scritchfield et Vandelac, entre autres, en cherchant à montrer que la médecine vise d'autres buts que l'aide aux personnes infertiles, minimisent les problèmes des personnes infertiles (en donnant des pourcentages bas de *stérilité*) tout en semblant reconnaître leur existence puisqu'un des arguments à l'appui de leurs thèses consiste à dire que la médecine n'est pas préoccupée de la prévention des problèmes de fertilité. En somme, il appert que la définition même du problème est un enjeu important d'une lutte entre des groupes (dont les médecins et les féministes ne représentent qu'une partie). En même temps, d'un côté ou de l'autre, on donne l'impression que les personnes infertiles sont toutes désespérées et que le recours à la médecine est une sorte d'indicateur de ce désespoir, étant sous-entendu que toutes les personnes infertiles recourent à la médecine et aux traitements médicaux. Or, d'une part, les «désespérés» constituent une caricature des personnes infertiles selon Pfeffer (1987) qui y voit une façon pour les médecins de légitimer leurs pratiques et, d'autre part, toutes les personnes infertiles ne recourent pas à la médecine.

En effet, si la médecine est le lieu principal de prise en charge des problèmes de fertilité, il existe encore d'autres solutions que celles de la médecine. Des études en psychologie ont montré que le déni était une réaction courante à un problème de fertilité (Lecours, 1988). Par ailleurs, parce que l'infertilité est une condition stigmatisée, des personnes se refusent à consulter un médecin pour garder leur état secret (Whiteford et Gonzalez, 1995). Adopter un enfant, se séparer de son conjoint, prendre des vacances, déménager, etc. seraient encore des alternatives à la médecine en cas d'infécondité involontaire (Pfeffer, 1987). D'après Greil (1991b), aux Etats-Unis, la médicalisation de l'infertilité toucherait

essentiellement la classe moyenne (alors même que les problèmes de fertilité seraient plus répandus dans les groupes sociaux défavorisés). On ne peut pas déduire cependant (surtout aux Etats-Unis) du non recours à la médecine pour résoudre le problème ou même pour obtenir un diagnostic que l'infécondité involontaire n'est pas définie comme un problème biologique ou médical.

Toutefois, pour les personnes qui recourent à la médecine quand le délai de conception est jugé trop long (comme je l'ai déjà mentionné, ce délai «trop long» peut être moins long ou plus long que celui donné par la définition officielle de l'infertilité) ou quand on soupçonne (ou qu'on sait) qu'il y a un problème (dans les cas par exemple de stérilité résultant d'un traitement pour le cancer), on peut penser que le problème est défini principalement comme un problème médical, comme un problème physiologique. On peut penser, en somme, qu'il y a une adhésion au modèle biomédical.

Dans des études empiriques auprès des personnes infertiles, on rapporte qu'une critique fréquemment adressée par les femmes aux médecins concerne le peu d'attention portée aux dimensions non physiologiques de l'infertilité (émotionnelles, psychologiques, relationnelles) et à elles-mêmes en tant que personnes entières. Les femmes attendent du médecin à la fois des compétences techniques et de la compassion, de l'empathie (Greil, 1991b; Modell, 1989). L'infertilité n'est donc pas seulement définie comme un problème physiologique (on pourra le constater davantage au point 3.4). Miall (1994) a observé que, dans la population en général, si l'on considère que l'infertilité est un problème physique, on lui attribue des causes psychologiques et sexuelles. Cela ne signifie aucunement, cependant, que l'infertilité ne soit pas vue comme un problème relevant de la médecine, dont la résolution passe en bonne partie par la médecine.

Par ailleurs, on ne peut déduire du recours à la médecine pour obtenir un diagnostic une acceptation automatique des solutions médicales ou de toutes les solutions médicales qu'on proposera, comme l'ont montré des recherches auprès des personnes infertiles (Greil; Ouellette, 1987; Daudelin). Pfeffer souligne que les personnes infertiles formulent souvent des critiques - parfois sévères - à l'égard du système médical, mais que ces critiques sont rarement prises en compte par la médecine; elle insiste ainsi sur le fait que les médecins et les personnes infertiles ne vont pas «main dans la main».<sup>23</sup> La tendance à attribuer aux femmes infertiles une même adhésion à la biomédecine et une même

---

<sup>23</sup> J'ai noté la même tendance dans une recherche précédente (1991). Voir aussi Becker et Nachtigall, 1991; Greil, 1991. Pour une analyse des intérêts divergents des médecins, des personnes infertiles et des féministes, dans le domaine des NTR, voir Strickler (1992) qui a constaté que les intérêts des deux premiers groupes se recourent en certains points sans pour autant concorder parfaitement.



dépendance aux solutions médicales est critiquée par Ouellette (1987, 1993) qui, dans ses recherches, n'a pas constaté cette uniformité. Ouellette (1993), qui traite des analyses féministes portant sur l'infertilité et les NTR, souligne que le plus souvent ces analyses se sont limitées aux cas des femmes ayant recouru aux technologies les plus invasives et controversées et aux cas des femmes y ayant recouru à répétition (qui sont donc réputées s'«acharner»). Dans les dernières années, plusieurs études auprès des femmes engagées dans un traitement médical, surtout les NTR, ont montré (entre autres parce que les auteurs adoptaient des problématiques théoriques permettant de le montrer ou parce qu'elles adoptaient une démarche de recherche davantage inductive) que ces femmes étaient très rarement passives dans la démarche médicale (Denny, 1994; Modell, 1989; Greil, 1991b; Becker et Nachtigall, 1991). Généralement, on a constaté que ce sont les femmes qui entreprennent les démarches médicales, qu'elles s'informent (par des lectures diverses, entre autres), qu'elles prennent des décisions à de multiples étapes, qu'elles ont même tendance à vouloir orienter les traitements, à décider du nombre d'essais<sup>24</sup>, qu'il y a clairement une négociation avec le médecin même si dans la relation de pouvoir elles occupent une position dominée.<sup>25</sup> Greil (1991b: 80) d'ailleurs utilise les termes *fertility contractors* pour qualifier ses répondantes. Ces constatations rejoignent en plusieurs points les études réalisées auprès des «profanes» recourant à la médecine pour d'autres motifs que l'infertilité (voir le chapitre 2). Si l'on peut voir dans le recours répété à certaines techniques (comme la FIV ou l'IAD) une dépendance à la médecine, on a aussi noté que l'attitude active des femmes tend à s'amplifier quand elles acquièrent de l'expérience; leurs capacités et ressources de négociation s'accroissent avec le temps (Becker et Nachtigall, 1991). Elles deviennent en somme des expertes (Testart, 1986; Greil, 1991b; Becker et Nachtigall, 1991). Il semble donc qu'il faille distinguer entre une forme de dépendance à la technique et la passivité ou l'activité des femmes dans les traitements. On a noté aussi dans des études que même s'il en résulte un échec, les femmes seraient satisfaites de leur expérience de FIV parce qu'elles auraient exercé un contrôle, le plus qu'elles le pouvaient, sur leur vie pour atteindre leur but (Strickler, 1992; Koch, 1990). L'importance de cette notion de contrôle à exercer sur sa fertilité (et sur sa vie), comme on l'a vu plus haut, semblerait expliquer à la fois le recours à la médecine

---

24 Ce qui est parfois l'objet d'une lutte avec les médecins. Ceci pourrait s'expliquer entre autres par le fait que des femmes, selon Modell (1989), recourent moins à la médecine (parce qu'elles ne sont pas malades) qu'à la technologie; ce faisant elles se soumettent toutefois d'une certaine façon à la médecine.

25 Entre autres du fait que les femmes peuvent changer de médecin - et le font effectivement - quand leurs attentes (en termes de compétence, de confiance par exemple) ne sont pas satisfaites. Plusieurs auteurs ont noté ce type d'action des femmes (notamment Becker et Nachtigall, 1991; Greil, 1991b; Denny, 1994).

(qui constitue aussi une certaine perte de contrôle<sup>26</sup>) et l'attitude active des femmes engagées dans les traitements.

Ouellette (1993) note par ailleurs que la majorité des femmes qui consultent les spécialistes ne recourent pas aux NTR; en fait, les technologies de la reproduction sont placées à la fin d'un continuum d'interventions médicales comportant à la fois l'investigation (au cours de laquelle une grossesse peut survenir comme on l'a vu plus haut) et divers traitements. La FIV, d'ailleurs, est généralement qualifiée de «dernière chance»<sup>27</sup>, ce qui implique qu'elle soit précédée d'autres types de traitements ou d'interventions (qu'on considère généralement moins extrêmes). D'autant plus, s'il faut le préciser, que dans les cas où les régimes collectifs d'assurance-maladie ne couvrent pas les frais de techniques comme la FIV et davantage encore quand les compagnies d'assurance privées refusent de couvrir la totalité ou une partie du traitement<sup>28</sup>, les personnes infertiles doivent payer. Cela signifie que les technologies de la reproduction ne sont pas accessibles à toutes.<sup>29</sup> On peut penser que c'est là une partie de l'explication au constat fait par Greil relativement à la médicalisation de l'infertilité comme un phénomène touchant essentiellement la classe moyenne aux États-Unis. Mais cela signifie également qu'on ne peut déduire du fait de ne pas recourir à ces techniques un refus de ces techniques fondé sur une critique des techniques et de l'approche biomédicale.

Quoi qu'il en soit, il demeure que le recours à la médecine est un indicateur de l'adhésion (au moins partielle) à la conception biomédicale de l'infécondité selon laquelle il s'agit d'un problème médical parce qu'il est principalement physiologique. Il est possible qu'il en aille de même chez les personnes appartenant aux classes défavorisées mais il semble qu'on manque de données sur elles (les personnes ne recourant pas aux cliniques sont peu étudiées parce qu'elles sont difficiles à rejoindre d'une part et, d'autre part, parce que la plupart des recherches des dernières années ont porté sur les personnes recourant aux

26 Voir Fleisher, 1990; Greil, 1991b; Becker et Nachtigall, 1992.

27 Comme en témoignent des titres d'articles, notamment: Modell (1989) «Last chance Babies (...»;

Corbeil (1994) «Fécondation in vitro. La tentation de la dernière chance».

28 C'est le cas au Québec où la fécondation *in vitro* n'est pratiquée qu'au Centre hospitalier de l'Université Laval (où certains frais seulement sont couverts par le régime public d'assurance-maladie) et à l'Institut de médecine de la reproduction de Montréal (une clinique privée où la totalité des frais d'exams et de traitements sont déboursés par les clientes; une tentative de FIV s'y élève à environ 6000\$ si l'on inclut les médicaments). Peu de compagnies d'assurance privée par ailleurs sont disposées à payer les frais liés à la FIV ou les médicaments utilisés dans les traitements de l'infertilité. Quant aux autres techniques comme l'insémination artificielle avec ou sans donneur, si elles sont pratiquées dans les hôpitaux offrant ces services, une partie des frais seulement est couverte par le régime public d'assurance-maladie. Ailleurs au Canada, la situation est semblable. Dans certains pays européens, les régimes publics couvrent les frais des techniques (le nombre d'essais couverts est toutefois limité).

29 Outre le facteur financier, les critères de sélection des candidates aux traitements limitent également l'accès. Je reviendrai sur ce point plus loin.

techniques de pointe, surtout la FIV, peu abordables pour les personnes à revenus modestes). La médecine se présente donc comme un cadre important (sinon le principal) à partir duquel on interprète l'infécondité involontaire et à partir duquel on agit en recourant ou non aux traitements, dont les NTR.

J'ai présenté, dans cette première partie, un type d'explication du recours aux NTR par des femmes, celui qui est relatif à la construction de l'infécondité involontaire comme un problème relevant de la médecine. Le recours aux NTR comme «traitement» de l'infertilité découle ici en somme de l'adhésion au modèle biomédical explicatif de l'infécondité. Mais la médicalisation de l'infécondité involontaire ou, plus généralement, de la conception est également expliquée d'autres façons.<sup>30</sup> La construction de la procréation comme domaine de la médecine est en quelque sorte nécessaire ou préalable aux autres explications dont on verra qu'elles recourent en partie cette première explication.

### **3.2 Les nouvelles techniques de la reproduction porteuses des rapports de sexes**

Dans une large partie des écrits féministes sur les NTR<sup>31</sup>, on a analysé ces techniques du point de vue des risques qu'elles font courir aux femmes en tant qu'individus et surtout en tant que groupe social. On a cherché à montrer comment les visées de contrôle des femmes ou du domaine des femmes - la reproduction - s'accomplissent à travers une médecine, une science et des techniques supposées être libératrices ou, à tout le moins, aidantes. Les explications du recours aux NTR par les femmes se présentent ainsi sur deux plans, soit celui de la structure sociale patriarcale et celui de la poursuite du projet moderne rationnel pensé ici entre autres comme un projet «mâle» fondé sur une exclusion

---

30 On ne pourrait en effet appliquer cette explication comme telle entre autres aux femmes célibataires et lesbiennes recourant à l'IAD pour éviter les rapports sexuels avec un homme.

31 Behuniak-Long (1990) a comparé les deux grands courants féministes qui s'affrontent dans le domaine des NTR, les courants radical et libéral. Les chercheuses du premier courant ont été beaucoup plus prolifiques sur la question des NTR et nettement plus visibles. Elles s'opposent au développement des NTR et ce sont elles, principalement, qui ont mis sur pied FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering). Ce sont surtout leurs thèses qui sont présentées ici. Les libérales, plus légalistes, luttent surtout pour les droits des femmes de choisir de recourir aux NTR, pour l'accès sans discrimination à ces techniques. Ouellette (1993) identifie deux autres courants: le courant culturaliste et le courant matérialiste, le premier défendant une culture féminine, basant son argumentation sur la spécificité des femmes (qui repose largement sur la maternité), le second voyant dans les pressions à la maternité l'«arraisonnement» des femmes vécu comme une liberté. Cependant, elle ajoute que les prises de position, dans les textes entre autres, empruntent à plusieurs types d'argumentation et que les courants sont plus ou moins repérables concrètement. Ouellette note par ailleurs, avec justesse, que les féministes sont des agents actifs dans le champ des NTR. J'ajouterais cependant qu'elles analysent rarement leur propre action en tant qu'agents. Sur l'action des féministes dans le champ des NTR au Québec, particulièrement du Conseil du statut de la femme, voir Brillon (1994). Pour une recension des prises de position féministes sur la question des NTR voir Dunnigan et Barnard (1986) et Williams (1986); pour une analyse des courants féministes sur la maternité, voir aussi Descarries (1988).

des femmes ou du féminin. Dans ce qui suit, je présenterai seulement le premier type d'explications, réservant les autres à la partie suivante qui porte essentiellement sur la rationalisation et la pénétration de la logique marchande dans la sphère de la procréation.<sup>32</sup>

### 3.2.1 La saturation des NTR par le masculin

La réflexion féministe sur les NTR est exemplaire, en un sens, des analyses de la médecine et de la science qui considèrent leurs contenus mêmes comme des produits culturels et sociaux plutôt que comme des données neutres et objectives.<sup>33</sup> Les NTR ne sont pas neutres: selon diverses auteures, elles reflètent et, davantage encore, portent intrinsèquement les valeurs et intérêts particuliers de leurs producteurs. De ce point de vue, les NTR sont donc saturées sur le plan de leur sens.

On note d'abord que les NTR sont développées essentiellement par des hommes (largement majoritaires chez les scientifiques et médecins du domaine) et s'appliquent sur des femmes principalement (Steinberg, 1990).

Ensuite, et ce sont là les éléments les plus couramment développés, elles sont structurées de façon telle qu'elles réduisent les femmes à leurs fonctions biologiques de reproduction plutôt que de les traiter comme des êtres humains (Scratchfield, 1989); elles opèrent un dénigrement du féminin et même tendent à éliminer les femmes en tant que principales actrices dans la procréation (Williams, 1986). Dans le même sens, mais avec un point de vue de type psychanalytique, on avance qu'elles seraient une manifestation d'un désir de maternité chez les hommes et d'une peur fondamentale de la femme (de Vilaine, 1991), ce qui expliquerait une sorte de volonté d'élimination du féminin. Ces thèses sont développées surtout à partir d'une analyse de la FIV (qui constitue la technique la plus complexe et la plus invasive pour les femmes) en tant que technique (en soi) et en tant que solution proposée à des problèmes de plus en plus diversifiés.<sup>34</sup>

D'abord, sur le strict plan du langage, on note avec raison que la fécondation *in vitro* est mal nommée à la fois en ce que les termes mêmes ne réfèrent qu'à une partie seulement de la procédure et en ce qu'ils éludent la présence des femmes comme totalité (Steinberg, 1990; Kirejczik et Van der Ploeg, 1992). On peut comprendre que des auteures aient noté

---

32 Les analyses féministes comportent aussi des explications relatives aux normes sociales et au pronatalisme qui sont l'objet du point 3.4.

33 Voir Lock (1988) au Chapitre 2.

34 Les indications médicales pour la FIV se sont beaucoup élargies: au départ appliquée en cas d'obturation des trompes de Fallope, la FIV est maintenant utilisée dans certains cas d'infertilité masculine, d'infertilité idiopathique, d'absence d'ovules ou d'ovaires (et éventuellement en cas de risque de transmission par la mère de maladies héréditaires).

le caractère réducteur du nom FIVETE étant donné la multiplicité des procédures et interventions impliquées qui dépassent largement les seuls fécondation et transfert des embryons.<sup>35</sup> Le langage médical utilisé pour parler de la FIV comporte des références à l'action des médecins et à l'action des organes (ovaires, utérus), des gamètes et embryons comme s'ils étaient détachés des personnes. On note par exemple que la stimulation ovarienne ne produit pas seulement un effet sur les ovaires mais sur la femme entière, à la fois aux plans physiologique et psychologique (Kirejczyk et Van der Ploeg, 1992; Steinberg, 1990). Par ailleurs, la procédure de la FIV oblige à des déplacements multiples à la clinique (quotidiens pendant une période plus ou moins longue) ce qui a un effet direct sur l'organisation de la vie des femmes pendant le traitement (Steinberg, 1990), sans compter les fréquents effets secondaires immédiats des hormones absorbées (fatigue, maux de tête, étourdissement, chaleur, etc., parfois aussi le syndrome de l'hyperstimulation ovarienne<sup>36</sup>).

La procédure de la FIV, telle qu'elle est appliquée et telle que les médecins en parlent, éluderait la présence des femmes comme sujets entiers non limités à des ovaires, ovules et utérus.

C'est également sur le plan de la structure même de la FIV que celle-ci est analysée comme une négation du féminin. Parce qu'elle sépare en multiples étapes le processus qui normalement se produit de façon continue dans le corps féminin, elle rend le processus discontinu. Or cette discontinuité même est le signe de l'approche masculine structurant la FIV. La FIV est calquée sur l'expérience masculine de la procréation; elle dénature la procréation en tant que celle-ci est normalement caractérisée par la continuité plutôt que par la rupture dans l'expérience des femmes.<sup>37</sup> L'expérience de la maternité est ainsi morcellée (de Vilaine, 1988; Gavarini, 1990), le corps des femmes comme site de la reproduction perd de son importance (Kirejczyk et Van der Ploeg, 1992). En fait, la FIV placerait les femmes dans la même position que les hommes par rapport à la procréation, c'est-à-dire dans une position marquée par l'extériorité.

«[Le] protocole de la FIV met les femmes, à l'égard de la procréation, dans une position symétrique à celle ordinairement occupée par les hommes: un en-dehors du corps qui a toujours entaché leur rapport à la reproduction du sceau du doute, allant

35 Voir l'annexe 1 «Description du protocole de fécondation *in vitro*».

36 Cet effet secondaire se produit chez des femmes ayant subi une stimulation ovarienne (dans le cadre d'une FIV ou non, les inducteurs de l'ovulation sont parfois utilisés seuls ou avec l'IA). Il se manifeste par une hypertrophie des ovaires, un gain de poids rapide, des difficultés respiratoires, etc. Dans certains cas graves, les femmes doivent être hospitalisées. On estime que, dans les programmes de FIV, l'incidence de ce syndrome irait de 0,6% à 14%... (Leader, 1994).

37 On se réfère généralement, dans ces analyses, à la thèse développée par Mary O'Brien (1981).

souvent jusqu'à provoquer le détachement envers leur propre filiation.» (Gavarini, 1989a: 208).

On peut noter ici que la procréation semble être réduite à ses premières étapes qui, quand elles se produisent dans leur corps, ne sont pas senties par les femmes. La grossesse et l'accouchement qui suivent la FIV (en cas de succès) se passent à peu près chez ces femmes comme chez les autres femmes.<sup>38</sup>

Ainsi, outre la dénaturation de l'expérience féminine, c'est aussi à la symétrie des hommes et des femmes produite à travers la technique et, davantage encore, au renversement des rôles dans l'engendrement (Vandelac, 1989a) que les auteures s'attaquent. Si la FIV en effet divise le processus de procréation et l'objective en le sortant du corps féminin, donc en le séparant de la femme comme totalité, elle serait également porteuse d'une «biologisation» de la paternité dans les cas par exemple de FIV pour «indication masculine». Or la paternité a plutôt été jusqu'ici une réalité instituée par le langage, par la parole de la mère (Vandelac, 1989b, 1988c). La négation des femmes apparaît aussi d'une part dans le fait qu'il serait plus simple, moins dangereux pour la santé des femmes de procéder par insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) que par FIV pour «traiter» l'infertilité masculine. C'est au nom d'un désir de paternité biologique de l'homme qu'est justifiée la FIV dans ces cas (Gavarini, 1990; Vandelac, 1989a; Kirejczyk et Van der Ploeg, 1992). Le fait que la FIV soit considérée comme étant moins problématique que l'IAD sur les plans éthique et social, alors qu'elle comporte beaucoup plus de risques pour les femmes, manifeste clairement qu'on ne tient pas compte des femmes (Scratchfield, 1989), qu'on cherche plutôt à préserver la paternité biologique au détriment de la santé des femmes. D'autre part, la même négation du féminin apparaît, pour les mêmes motifs, dans les cas de maternité de substitution (où le père virtuel fournit du sperme pour l'insémination d'une femme qui accouchera d'un enfant qu'elle cédera à la naissance). Dans ce dernier cas, on distinguera entre la mère biologique et la mère sociale. Cette autre dimension du morcellement de la maternité est également une négation du féminin puisque cette division est calquée elle aussi sur un modèle masculin (dans ce point de vue, le père est «normalement» social puisqu'il est père par un acte de langage alors que la mère est «normalement» celle qui accouche de l'enfant) (Gavarini, 1990; Vandelac, 1989b). Par ailleurs, autre signe de la négation de l'expérience féminine, on traite dans la

---

38 Quoique les accouchements par césarienne soient notablement plus fréquents et que les grossesses multiples et les complications qui s'ensuivent à l'accouchement soient également plus fréquentes. Sur l'ensemble des accouchements suivant une FIV, on évalue qu'environ 30% sont des accouchements multiples, généralement de jumeaux mais parfois de triplés et même de quadruplés. Voir Commission royale (1993: 595).

FIV les gamètes mâles et femelles comme s'ils étaient équivalents. Or, d'abord, les femmes dès leur naissance ont une quantité limitée d'ovules (non matures, bien sûr) alors que les hommes renouvellent constamment leur réserve de spermatozoïdes (de Vilaine, 1988). Ensuite, plus important, le mode de recueil des gamètes mâles et femelles est totalement différent, impliquant pour les femmes une intervention invasive précédée d'injections d'hormone. Ainsi, si l'on tend à parler des gamètes mâles et femelles comme de choses semblables dans le langage médical de la FIV, on tend également à oblitérer l'asymétrie des expériences des hommes et des femmes dans la procédure concrète. La façon de nommer les personnes, de parler de «couples FIV», d'«infertilité de couple» illustre le camouflage de l'asymétrie (Steinberg, 1990; Kirejczyk et Van der Ploeg, 1992; Gavarini, 1990).<sup>39</sup>

Certaines auteures voient dans les NTR en général et plus particulièrement dans une technique comme l'ectogenèse (l'utérus artificiel, qui n'existe pas encore), non seulement une négation de l'expérience féminine mais surtout une tentative d'exclusion des femmes de la procréation.<sup>40</sup> Le cas d'une femme cliniquement morte, qui a été maintenue en vie artificiellement pour que l'enfant qu'elle portait puisse survivre, est présenté comme un exemple troublant d'une utilisation d'une femme comme d'un incubateur (Klein, 1989; Oakley, 1987), manifestant clairement que pour la médecine de la reproduction ce n'est pas la femme comme totalité, comme sujet ayant une conscience, qui participe à la procréation mais bien une partie de celle-ci, l'utérus, détaché de la femme-sujet. Ce qui fait dire à Oakley (1987) que l'avènement des technologies médicales actuelles permet à la médecine d'ignorer que les femmes ont une conscience et ne sont pas que des utérus.

Cette analyse est partagée par une large partie des auteures féministes de cette tendance opposée aux NTR qui considèrent la FIV comme une technique expérimentale mais présentée comme un traitement par ses promoteurs. Testart (1986), un biologiste qui a

---

39 Cette symétrie opérée par le langage médical donne parfois des résultats troublants comme dans cet extrait cité par Kirejczyk et Van der Ploeg (1992: 119) «The results of IVF treatment for this category of couples who underwent tube surgery, as well adhaesiology or salpingotomy in particular, appeared to be identical to couples without tube surgery in the anamnesis.» (tiré de Haan, G. et al. 1989, Evaluatie van in-vitro-fertilisatie, Maastricht, Netherlands, Rijksuniversiteit Limburg, p. 24).

40 Et d'une élimination tout court, possible théoriquement par l'avènement de l'utérus artificiel et de la présélection du sexe des embryons (on donne l'exemple de pays comme la Chine et l'Inde où il y a déjà un déséquilibre démographique qui ne pourrait que s'accroître si la prédétermination du sexe devenait une technique répandue - la tendance étant à opter pour un garçon). On parle en effet de «guerre contre les femmes» (Spallone et Steinberg, eds, 1987). Les NTR accentueraient cette tendance déjà présente (Hanmer, 1987; Klein, 1989; Rowland, 1984, 1985; Corea, 1985). Il semble que la préférence pour les garçons ne soit pas universelle actuellement cependant (au Canada, par exemple, voir Commission royale, 1993: 1008-1011). Par ailleurs, cette thèse a été critiquée par plusieurs auteures féministes (Delphy, 1990; Denny, 1994; Rose, 1987; Longino, 1992) comme étant tout à fait irréaliste (les femmes ne «servant» pas qu'à la reproduction) et accordant trop de crédit à la science.

contribué à la première FIV ayant permis la naissance d'un enfant en France, a admis d'ailleurs que les pratiques de FIV, à tout le moins à leurs débuts, étaient encore expérimentales quand elles ont été proposées et appliquées comme traitements. Le caractère expérimental de la FIV, manifeste selon les auteures par ses taux de succès peu élevés, ferait des femmes des instruments de recherche, des «laboratoires vivants», sur lesquelles on teste des instruments, des techniques, des médicaments; les femmes dans la FIV sont une source de matières premières (ovules et embryons) pour la recherche dans le domaine de la reproduction et de la génétique (Laborie, 1990; Steinberg, 1990; Klein, 1988, 1989; Scritchfield, 1989; Vandelac, 1990; Corea, 1985). Les risques excessifs des procédures (pour les femmes et pour les enfants à naître)<sup>41</sup>, minimisés ou tus par les praticiens, sont également un signe du caractère expérimental de la FIV et un signe que la santé des femmes n'est pas une priorité.

### **3.2.2 Le recours aux NTR comme signe d'aliénation et d'appropriation des femmes: effets pervers et limites de l'explication**

Les explications de la possibilité du recours aux NTR par les femmes sont prévisibles. Si les NTR sont porteuses d'une vision mâle de la procréation, si les mots mêmes, sans parler des procédures, nient les femmes en tant que sujets, en tant que totalités, les femmes ne peuvent recourir à ces techniques par conséquent qu'à la condition de ne pas voir, de ne pas savoir cette vérité imprimée dans les NTR. Ainsi, les femmes y recourent, entre autres, parce qu'elles sont mal informées des risques possibles et des «véritables» enjeux de ces techniques (Klein, 1989, 1990; Vandelac, 1989b) ou encore parce qu'elles sont aliénées.<sup>42</sup> Ce qu'on entend par là c'est que, au sens strict, les femmes sont socialement niées, elles sont appropriées. L'aliénation résulte des interventions des hommes (sur tous les plans: sociaux, légaux, médicaux, politiques, économiques, etc.) qui ont transformé ou effacé la conscience des femmes (Hanmer, 1987). Cette aliénation ou appropriation seraient manifestes dans l'acceptation par les femmes de la FIV pour infertilité masculine, que les auteures généralement retraduisent comme une acceptation d'un traitement pour satisfaire le désir de paternité biologique de leur conjoint (on prend pour acquis que ce

---

41 Le risque de cancer des ovaires chez les femmes, relié à l'absorption du citrate de clomiphène (Clomid) ou d'autres inducteurs de l'ovulation, est l'objet de controverse depuis plusieurs décennies en médecine (Klein, 1989; ce que confirment par l'exemple Del Priore et al., 1995). Le citrate de clomiphène est encore utilisé mais tend cependant à être remplacé par d'autres médicaments qui ont aussi des effets secondaires (Klein, 1989). Les problèmes reliés aux naissances gémellaires sont nombreux pour les femmes et les enfants. Sur les risques associés à la FIV, voir Mullen, 1993; Klein, 1989; Commission royale, 1993: 594 à 602.

42 Un exemple parmi d'autres: «What is the real meaning of a woman's "consent" to in vitro fertilization in a society in which men as a social group control not just the choices open to women but also women's *motivation* to choose?» (Corea, 1985: 3; italiques de l'auteure).



désir est celui de l'homme) (Gavarini, 1990; Vandelac, 1989b). Leurs intérêts propres leur seraient inconnus, ou irréalisables du fait de leur position de dominées dans les rapports de sexes (Vandelac, Ibid.), au point où elles accepteraient de subir des traitements douloureux au détriment d'elles-mêmes, de leur santé. Certaines auteures parlent de complicité ou de collaboration de ces femmes avec la médecine qui s'accompagne, en même temps, d'une passivité en tant que victimes du pouvoir médical masculin (Klein, 1988, 1989; Rowland, 1987).<sup>43</sup> Si donc les techniques sont porteuses des intérêts des hommes, de la conscience des hommes, du sens et des valeurs que les hommes y ont insérés, il est impossible que les femmes puissent y donner un autre sens et puissent y recourir sur d'autres bases, pour leurs propres intérêts.

Les thèses présentées prêtent flan à la critique sur plusieurs plans. D'abord, l'orientation androcentriste des NTR est repérée, comme on l'a vu, dans le traitement qu'elles impliquent pour les femmes qui les réduit à leurs organes de reproduction. Si, généralement, on souligne le fait que la FIV n'est qu'un exemple parmi d'autres dans la longue liste de procédures invasives et dangereuses que la médecine pratique sur les femmes depuis déjà longtemps, on semble négliger aussi en général que la biomédecine fonctionne depuis ses débuts par l'objectivation du-de la «malade», comme on l'a vu au chapitre précédent. La biomédecine ne traite pas intrinsèquement les femmes autrement que les hommes de ce point de vue, bien qu'en effet on intervienne nettement plus souvent sur elles. Ce trait général de la biomédecine est rarement souligné (sauf Steinberg, 1990).

Ensuite, les analyses qui décortiquent les NTR, surtout la FIV, en leur prêtant un contenu masculin, calqué sur des représentations et expériences masculines sont fascinantes, parce que poussées fort loin, mais posent des problèmes au plan de leurs prémisses. Il y a en effet une incongruité dans le retour à l'essentialisme qu'on y opère: on soutient que les techniques ne sont pas neutres au sens où elles sont des produits sociaux mais elles contiendraient quand même une vérité objective qui serait intrinsèquement masculine et elles auraient pour effet objectif d'accroître la domination masculine sur les femmes (sur le plan des représentations entre autres, de la pénétration qu'elles provoqueraient de «leurs» catégories dans la conscience des femmes).<sup>44</sup> Or on peut aussi considérer que les techniques, parce qu'elles portent sur le corps des femmes, confirment la centralité du rôle

---

43 Riessman, comme on l'a vu au Chapitre 2, a montré que les femmes avaient contribué activement à la médicalisation de leurs états. Toutefois, Riessman n'associe pas cette activité à une «complicité» des femmes avec la médecine dont l'effet direct aurait été nocif pour les femmes; elles agissaient dans leur propre intérêt. Il n'en va pas de même chez les auteures auxquelles je fais référence ici.

44 Pour une critique de l'essentialisme qui persiste dans des analyses «anti-essentialistes», dont celles de féministes, voir Grint et Woolgar (1995).

des femmes dans la procréation (plutôt que de le nier). C'est d'ailleurs là l'objet d'une autre critique féministe adressée aux techniques qui n'est, cependant, pas moins critiquable en ce qu'elle aussi réifie la technique en lui prêtant une vérité définitive et des effets toujours identiques.

Par ailleurs, si les techniques sont «mâles» c'est qu'il existerait une essence masculine et, forcément, une essence féminine. La conception essentialiste ou naturaliste de la féminité et de la maternité qui est sous-jacente aux thèses présentées a été soulignée par Delphy (1990) qui critique la position voulant, d'une part, que le rôle biologique des femmes dans la procréation soit plus important que celui des hommes (au point où celui-ci est sinon nié au moins très minimisé) et que, d'autre part, de ce fait, le lien mère-enfant serait plus naturel et moins social que le lien père-enfant: il découlerait automatiquement de la maternité biologique contrairement à la paternité. Il est en effet assez curieux, chez des auteures qui, le plus souvent, dénoncent le «biologisme» des approches médicales, de voir attribuer l'attachement aux enfants à une expérience biologique et, plus largement, de rapporter la différence sexuelle à un déterminant biologique. Pour Delphy, les tenants de ces positions voient une occasion, dans le débat sur les NTR, pour exprimer ce que devrait être la filiation, comme le font également les autres intervenants, mais elles le font en se référant à ce qui serait un ordre naturel.

Ces analyses reposent également sur la prémisse que les femmes constituent un groupe social homogène qui partage les mêmes intérêts. D'autres auteures féministes ont critiqué cette homogénéisation du groupe des femmes qui ne tient pas compte du fait qu'elles aient ou non des problèmes de fertilité (Ouellette, 1993), qu'elles appartiennent à diverses classes sociales et cultures (Denny, 1994), qui sous-entend qu'il n'y a qu'une seule maternité (Dhavernas, 1991) et plus globalement une seule interprétation possible (vraie) de la réalité chez les femmes (Denny; Koch, 1990). Ces prémisses, outre leur caractère contestable<sup>45</sup>, posent certains problèmes de cohérence dans les analyses. Par exemple, Steinberg (1990) parle du «sens de la FIV pour les femmes» (comme Williams, 1986) et distingue ce «sens de la FIV» de l'expérience des femmes dans la FIV. Il faut comprendre que l'un et l'autre ne se recoupent pas forcément. Le «sens de la FIV pour les femmes» renvoie aux femmes comme groupe social - pour lequel ce sens serait un, identique - alors que l'expérience de la FIV renverrait aux femmes comme individus concrets qui vivraient donc différemment cette expérience et qui y donneraient donc des sens différents. La reconnaissance des expériences multiples est difficilement réconciliable avec les catégories

---

45 Même du point de vue des femmes comme groupe social à la limite puisque, comme le souligne Delphy, les arguments naturalistes ont souvent desservi les femmes.

rigides qui ordonneraient le sens des techniques pour les femmes comme groupe social (qui finit par apparaître très abstrait).

Par ailleurs, l'aliénation, qui suppose un aveuglement par rapport à ses propres intérêts, donc une fausse conscience, implique qu'il existerait une vraie conscience identifiable, qu'elle pourrait être identifiée par quelqu'un d'autre que les femmes elles-mêmes et, davantage encore, qu'elle devrait se manifester par la prise en compte des intérêts collectifs (ceux qu'on attribue au groupe social des femmes). Parce que les NTR seraient déjà définies d'une certaine façon par leurs producteurs, le fait d'y recourir (particulièrement, encore une fois, à la FIV) serait un indicateur d'un aveuglement par rapport aux véritables enjeux de ces techniques (les NTR ne visent pas à aider les personnes, elles ne sont pas *woman-centered*) et à leur efficacité et, de ce fait, les femmes collaboreraient, à leur insu, à leur perte (puisque'un des enjeux est l'appropriation de la reproduction). Prise au pied de la lettre, cette thèse n'est vérifiable ni dans un sens ni dans l'autre puisqu'elle repose sur l'existence d'une conscience des femmes qui n'aurait jamais vraiment pu se révéler et qui serait largement à construire. Dans un tel cadre, peu importe ce que disent et font les femmes, leur conscience serait toujours «masculine» ou pervertie. Par conséquent, même si une telle conscience féminine existait, elle ne pourrait être repérée qu'à la condition d'être uniforme et opposée à ou différente de celle des hommes (réputés, forcément, eux aussi partager les mêmes intérêts). Cette façon de poser les choses a l'effet pervers de dénier toute individualité aux femmes, de définir la féminité de façon rigide (en traitant certaines femmes comme des hommes) mais surtout de disqualifier leur expérience et leur parole sur cette expérience en les traitant comme des «non sujets».<sup>46</sup> Comme le souligne Denny (1994), l'expérience est traitée en somme comme une version erronée de la théorie.

Si j'insiste sur cette thèse, c'est qu'elle est - curieusement - encore répandue et qu'elle a fait l'objet de débats, entre des féministes, sur la question des NTR. Klein (1990) s'est défendue d'attribuer une fausse conscience aux femmes qui recouraient à la FIV comme ses critiques le prétendaient: selon elle, ces femmes auraient tendance au déni des risques et inconvénients de la FIV pour conserver la détermination nécessaire à la FIV; les femmes en traitement ne voudraient pas critiquer ni entendre critiquer la FIV. Des recherches empiriques, de même que des témoignages de femmes publiés, montrent pourtant que les femmes s'attendent à prendre des risques. On a observé que les femmes voient plus de risques que leur conjoint dans les traitements mais qu'elles sont aussi plus enclines qu'eux à prendre des risques; les conjoints exercent peu de pression pour les

---

46 Identifier un effet réifiant à l'action de la médecine est une chose mais pour en faire le constat il n'est pas nécessaire de reproduire cette réification dans l'analyse.

traitements à cause précisément des risques courus par leur conjointe (Becker et Nachtigall, 1994; Williams, 1990). Becker et Nachtigall ont noté que leurs répondantes, bien que préoccupées par les risques (surtout ceux associés aux hormones et à la FIV), y voient rarement un facteur d'abandon de la FIV; les risques associés à l'abandon du traitement sont davantage émotionnels (et financiers) que physiques. Si les femmes savent qu'elles courent des risques, elles s'attendent cependant à être bien informées. Le témoignage de M. O'Keefe (1992) est d'ailleurs révélateur: cette femme a souffert d'un cancer du sein probablement attribuable au traitement hormonal qu'elle avait suivi, mais ce qu'elle critique ce sont moins les risques inhérents à la technique que le peu d'attention des médecins, leur incompétence et le fait de n'avoir pas été informée de cet effet secondaire possible.<sup>47</sup> Les résultats des recherches, en somme, montrent que même si les femmes savent qu'il y a des risques et que les chances de réussite sont peu élevées, elles recourent - certaines d'entre elles à tout le moins - aux traitements. Il devient donc difficile de soutenir que les femmes recourent à la FIV parce qu'elles ne «savent» pas, surtout dans les cas d'essais répétés (Fleisher, 1990). Par ailleurs, Koch (1990) a noté que, parmi ses répondantes qui avaient le sentiment d'avoir été mal informées, en bout de ligne la qualité et la quantité d'information ne semblaient pas être déterminantes dans leur décision de recourir à la FIV ou de répéter le traitement.

Dans certaines études empiriques auxquelles j'ai fait référence déjà et qui critiquent directement les thèses de la «fausse conscience» ou du manque d'information, les auteures mettent en évidence la multiplicité des visions du monde chez les femmes et les risques de dénigrement des femmes inhérents à l'imposition d'une seule vision réputée vraie. Certaines auteures empruntent des cadres d'interprétation qui s'éloignent des théories féministes sur le plan conceptuel.

Koch (1990) identifie chez les femmes en FIV un autre type de rationalité que celui porté par la médecine et les thèses féministes classiques dans le domaine des NTR, la rationalité instrumentale-cognitive dont les critères de validité sont la vérité et le succès. L'action des femmes ne serait pas moins rationnelle du point de vue des intérêts des femmes dans le contexte social actuel, mais elle serait fondée sur une rationalité subjective-expressive. Ouellette et Fleisher ont également adopté des points de vue qui permettent d'expliquer le recours aux techniques par les femmes comme une action volontaire et sensée dans le

---

47 «Undergoing IVF treatment was a decision I made out of a strong desire for a child. I understand and accept that things can go wrong. I do not expect doctors to be infallible. However, I do expect doctors to be honest and open-minded. I expected to be informed of the risks and I expected to be given competent medical attention if something did go wrong. I expected follow-up care whether the IVF attempt was "successful" or not. These expectations were not met.» (O'Keefe, 1992: 140).

contexte où elles se trouvent. Ouellette (1993) développe (peu) son argumentation en insistant moins sur la question du choix que feraient les femmes que sur la possibilité pour elles de trouver dans le traitement médical une réponse adéquate sur le plan symbolique entre autres à leur problème (entre autres parce que la médecine de la reproduction reproduit et confirme la réalité des femmes). Fleisher (1990) explique le recours aux techniques à partir de l'utilisation stratégique de leur corps par les femmes (depuis longtemps) pour atteindre certains buts et résister à des situations qu'elles jugent indésirables. Fleisher - comme Koch et Ouellette - ne prétend pas qu'il s'agisse là de stratégies idéales et forcément émancipatrices (puisque l'autodétermination semble procéder dans ce cas par une perte de contrôle au profit des médecins). Le contexte social où se font ces pratiques est traversé par des pressions diverses, il n'est pas vide de pouvoir. L'intérêt de ces thèses cependant, à mon avis, réside dans la prémisse que les femmes sont des actrices dans leur démarche vers les NTR d'une part et que les techniques n'ont pas un contenu prédéterminé qui ordonnerait le sens à leur donner de façon univoque. Ces auteures n'en font pas moins référence à la régulation sociale (aux normes) entourant la procréation comme un fondement organisateur de l'activité des femmes.

Avant d'aborder la question des normes sociales (qui traverse la plupart des écrits sur le recours aux NTR), je m'attarderai cependant à une autre dimension des explications du recours aux techniques, celle de la rationalisation, du projet moderne de maîtrise et de la logique marchande qui l'accompagne.

### **3.3 Les nouvelles techniques de la reproduction, une nouvelle poussée de la rationalisation**

Les NTR sont analysées également comme une nouvelle manifestation du processus de rationalisation sociale et plus précisément de la pénétration plus avant de la rationalité instrumentale dans la sphère de la procréation. Si les analystes féministes mettent surtout en évidence l'impact de ce processus sur les femmes, principalement en ce qu'il est objectivant et tend à éliminer le sujet femme, comme on l'a vu au point précédent, c'est aussi d'un point de vue plus général qu'on aborde la question. L'accent ici se déplace un peu, chez les féministes, de la seule dimension des rapports de sexes ou de la différence sexuelle, à une critique plus globale du projet moderne. La rationalisation de l'engendrement est abordée sur deux plans par les auteures (féministes et autres): 1° celui de la transformation des représentations de la procréation comme phénomène pouvant être maîtrisé au même titre que les autres phénomènes naturels et 2° celui de la pénétration de la

rationalité économique, des catégories marchandes (donc de l'argent comme médiation produisant l'abstraction) dans un domaine qui était encore privé il y a peu de temps.

### **3.3.1 Modification des représentations de la procréation et réification conséquente**

La maîtrise possible de la procréation est le point nodal des analyses. La réduction de la procréation (et de l'infertilité) à un phénomène biologique est un préalable à la maîtrise. En un sens, on peut constater que les analyses sur les NTR rejoignent celles des auteurs qui se sont penchés sur la biomédecine et qui y ont vu un des lieux où se sont déployées les catégories modernes (voir le Chapitre 2).

En soi, la maîtrise des processus physiologiques est une valeur importante en médecine. Ce serait un des motifs pour accroître l'usage de la FIV (qui est, encore une fois, la technique exemplaire) et expliquerait la façon dont les taux de succès de cette technique sont calculés: la fécondation des gamètes et l'implantation réussie sont signes de succès, c'est-à-dire de maîtrise du processus (Scratchfield, 1989).

Par ailleurs, la recherche de maîtrise de la reproduction humaine a pour corollaire d'opérer une rupture avec le destin biologique, avec un ordre naturel: l'infertilité comme la conception ne sont plus une fatalité. Les NTR sont marquées par la dissociation sexualité/procréation; déjà opérée en fait par la contraception, cette dissociation est poussée plus loin encore puisque si on pouvait avoir des rapports sexuels sans procréer on ne pouvait pas, il y a encore relativement peu de temps, procréer sans rapport sexuel. Les NTR, à travers cette première dissociation, permettent également de séparer les rôles de géniteur/génitrice et de parent, séparation particulièrement visible et nouvelle du point de vue des femmes où la maternité se multiplie (donneuse d'ovule ou d'embryon, mère «porteuse»<sup>48</sup>, mère sociale ou adoptive). Selon Latour (1985) toutefois, les NTR ne marqueraient pas une rupture sur ce plan mais serait la suite d'une rupture plus importante produite au 19<sup>e</sup> siècle avec la séparation famille/unité de production qui aurait inauguré un nouveau type de rapport entre les individus, plus marqué par l'élection (volontaire) que l'obligation ou la fatalité. Les multiples possibilités de rapports (biologiques et sociaux) dans la procréation - au sens large - ouvertes par les NTR se retrouveraient également dans

---

48 Bien mal nommée par ce terme qui est le plus souvent utilisé dans le langage courant: généralement la «mère porteuse» ne fait pas que «porter» l'enfant, non seulement elle est souvent la mère génétique mais la grossesse elle-même implique un rapport avec le fœtus qui ne peut être réduit à la fonction de «porter». Pour une critique de la réduction du rôle de ces femmes dans la procréation opérée dans le langage, voir Vandelaer (1987; 1988c).

d'autres sociétés où le lien familial est moins dépendant de la biologie que dans les cultures occidentales (Héritier, 1985). La différence cependant réside dans la médiation de la technique qui remplacerait la médiation sociale dans la formation des liens entre les personnes, différence minimisée selon Gavarini (1990) pour qui la technique ne serait pas sociale, ne pourrait faire l'objet d'une symbolisation. Ainsi, un premier niveau de maîtrise de la procréation résiderait dans l'accentuation de la rupture avec la nature, dans le passage de la production de liens par le biais de la technique (reproduisant des formes de rapports déjà existantes ou rompant avec le social, selon les interprétations).

Avec la contraception médicalisée et les NTR, le désir d'enfant prend l'allure d'un projet rationnel. La mise en oeuvre de ce désir répond à une volonté de «produire» un enfant. Les représentations de l'enfantement se sont modifiées pour devenir calquées en quelque sorte sur une vision mécaniste et cartésienne propre à la culture occidentale (Gavarini, 1988). L'enfantement est dorénavant planifié et programmé, impliquant une volonté de maîtrise de la fertilité et du corps; cela expliquerait l'inquiétude devant un délai jugé excessif pour concevoir et expliquerait, conséquemment, le recours aux NTR (Vandelac, 1989b). La fertilité et le corps en général devraient répondre à la volonté et les ratés donnent lieu à la souffrance et même à la colère (Delaisi de Parseval et Janaud, 1985) non seulement de ne pas procréer mais de voir le corps s'échapper, ne pas répondre à la volonté. La fertilité est ainsi réduite à une fonction instrumentale, détachée de la totalité de la personne (Vandelac, 1988b). Fleisher (1990), dans le même sens, constate qu'en effet l'infertilité, comme manifestation du corps qui résiste, appelle à réagir en reprenant le contrôle sur ce corps, quitte à ce que ce contrôle soit temporairement remis dans les mains de la médecine. En Occident, l'autodétermination implique l'exercice d'un contrôle sur son corps. Le recours à la médecine devient une façon pour les femmes de reprendre un contrôle comme on l'a vu précédemment. Les femmes ne seraient donc pas passives mais actives, l'inaction serait impensable (Becker et Nachtigall, 1994).<sup>49</sup> Fleisher insiste sur ce rapport des femmes à leur corps qui a longtemps organisé leur façon de jouer de leur corps pour accéder à l'autodétermination. Elle note par ailleurs que le mouvement des femmes a renforcé ce rapport instrumental à leur corps pour les femmes en revendiquant l'usage de la contraception et l'avortement.

---

49 Evidemment, on peut concevoir cette «action» comme une forme d'inaction puisqu'elle serait ordonnée par la culture et les normes sociales qui «contraignent» en quelque sorte à l'action et, principalement, à cette action en particulier (recourir à la médecine et aux NTR). Cette question est au coeur du débat sur le «choix» ou le «non choix» des NTR par les femmes. J'y reviendrai plus loin.

Cette vision du corps, du soi en général, et de la fertilité en particulier, répandue dans les représentations culturelles occidentales y compris en médecine qui traite l'individu comme un individu séparé en corps et esprit et comme une entité autonome<sup>50</sup>, est en somme un préalable à la production de techniques comme les NTR. De ce point de vue, l'application des NTR et le recours aux NTR apparaissent comme une suite logique aux ruptures déjà opérées.

La recherche de la maîtrise est également repérée dans le projet d'amélioration de l'humain portée par les sciences et la médecine de la reproduction et la génétique. L'imaginaire eugéniste alimenterait le développement des NTR. Il ne s'agirait plus seulement d'un fantasme de maîtrise des processus physiologiques (la fécondation, l'implantation) mais d'un contrôle de la reproduction et de la production d'êtres humains (Klein, 1989). On analyse ainsi les NTR à partir du fait qu'elles ont été d'abord développées dans l'industrie agroalimentaire et transférées ensuite vers les humains; or les NTR, dans l'industrie agroalimentaire, sont utilisées entre autres pour sélectionner (et reproduire) les bêtes les plus productives (Corea, 1985; Dufresne, 1986). On déduit donc la logique présidant au développement des techniques pour les humains de celle qui régit leur utilisation dans ce secteur économique. D'autres analyses ne procèdent pas par le détour «vétérinaire» cependant.<sup>51</sup> Les visées eugénistes, de production d'humains et de production d'humains améliorés, sont particulièrement observées dans les extensions des NTR, et plus spécialement de la FIV. En rendant disponibles des gamètes et embryons (qui sont sortis désormais des corps), elles permettent la sélection. Ainsi la programmation de l'enfantement à un moment déterminé pourrait être associée à la programmation de l'enfant. Le risque lié à la détermination de la nature des enfants est le principal problème pour certains analystes (comme Latour, 1985 qui y voit un enjeu pour la démocratie). Le fait qu'on puisse reconnaître comme indication médicale pour la FIV le risque de transmission de maladie génétique, comme c'est le cas en France (Testart, 1993), est également perçu, généralement par les analystes féministes, comme un risque d'une perte de liberté pour les femmes de se soumettre ou non aux dépistages de maladies génétiques et un risque de routinisation de la FIV qui pourrait s'ensuivre<sup>52</sup> (Rose, 1987; Steinberg,

---

50 Voir Gordon, au Chapitre 2.

51 L'analyse psychanalytique de Vacquin (1990), par exemple, qui voit entre autres dans l'imaginaire eugéniste qui habite les NTR les fantasmes infantiles d'une origine aseptisée (sans sexe), d'une négation des différences sexuelles et générationnelles. «Tout se passe au fond comme si, derrière l'alibi de la découverte ou de l'accomplissement techno-scientifique, un enfant tout puissant agissait son fantasme (...)» (:205).

52 L'utilisation à plus grande échelle de la FIV résulterait de l'application du diagnostic préimplantatoire (DPI) de maladies génétiques chez les embryons (donc avant le transfert des embryons). Cependant, comme le DPI implique une FIV, il est très invasif pour les femmes et très coûteux; le DPI diminue les chances de survie des embryons transférés et il est trop peu efficace pour éviter les tests de diagnostic prénatal



1990). Le risque de la production d'humains en série (sur le modèle animal) ou d'humains prévisibles et contrôlables (comme dans *Le meilleur des mondes* de A. Huxley) relèverait cependant d'une conception biologisante de l'humain (Dhavernas, 1986).<sup>53</sup> En résumé, les NTR seraient donc porteuses d'une idée d'une maîtrise possible, associée à la sélection eugéniste comme on la pratique chez les animaux. Leur existence manifesterait ce projet chez les producteurs et promoteurs et leur application permettrait la diffusion de cette possibilité de maîtrise dans les représentations collectives à défaut de sa réalisation concrète et totale.

En effet, on note l'absence de maîtrise à la fois au plan de l'amélioration de l'humain et au plan des interventions sur les processus physiologiques impliqués dans la procréation. Si, en génétique, il est reconnu que les savoirs sont encore limités, la diffusion de la FIV laisserait penser qu'on a atteint un niveau élevé de savoir et de savoir-faire. Or les ratés sont nombreux et sont gérés par un surcroît de technique (Vandelac, 1989a; Testart, 1993)<sup>54</sup>; le savoir théorique est également incomplet selon Testart qui note que la FIV réussit dans certains cas sans qu'on sache pourquoi. Les dérives succédant aux ratés de la technique et à l'insuffisance du savoir, dérives qui prennent la forme d'interventions multipliées créant de nouveaux problèmes, démontreraient que ce qui est recherché c'est l'efficacité avant toute autre considération (Testart, 1993). Ainsi, si l'imaginaire des techniques est empreint d'une volonté de maîtrise de la procréation, leur application montre que cette maîtrise est non seulement factice mais qu'elle se réduit à sa dimension technique plutôt que cognitive. Ce qui n'est pas sans rappeler la remarque de Domenach (1986) sur le type de vérité privilégiée dans la modernité, davantage technique (est vrai ce qui est efficace).<sup>55</sup>

Le projet sous-jacent à la possible maîtrise de la nature en général et de la procréation en particulier consiste bien sûr en une liberté accrue. La technicisation, élément du processus de modernisation, est parfois analysée comme un processus à double face et, plus souvent encore, comme un processus intrinsèquement pervers menant non pas à une plus grande

---

habituels (en cours de grossesse). On doit donc s'interroger sur les possibilités réelles d'une utilisation routinière de cette technique (voir Serre, 1993; Commission royale, 1993: 930).

<sup>53</sup> Dhavernas note que dans les écrits d'opposants aux NTR, on semble parfois considérer possible cette production d'humains alors même qu'est généralement contestés, par ces mêmes personnes, le réductionnisme biologique et l'importance de l'inné dans le comportement humain.

<sup>54</sup> Réduction embryonnaire pour gérer le problème des grossesses multiples créé par le transfert de multiples embryons qui sont le résultat de la stimulation ovarienne; celle-ci peut provoquer le syndrome de l'hyperstimulation et réduit les chances de survie des embryons. Ces problèmes sont dus en partie au fait qu'on ne parvient pas - encore - à obtenir des résultats probants en procédant à la FIV à partir du cycle naturel. Des équipes de recherche se penchent apparemment sur ce problème (voir Seibel et al., 1995).

<sup>55</sup> Voir le Chapitre 2.

liberté mais à une oppression accrue. Conçues comme libératrices quand elles apparaissent, les techniques se révèlent invariablement par la suite trompeuses, leur implantation impliquant généralement la perte d'alternatives. Beck-Gernsheim (1989) a ainsi analysé le processus d'implantation des techniques et conclu que si, au départ, elles sont présentées comme des possibilités parmi d'autres, elles tendent à s'imposer comme les seules options acceptables socialement et prennent figure de contraintes. L'impératif technologique se construit non seulement par la disparition de ce que les techniques remplacent, mais également par la transformation des normes et des structures sociales, transformation qui exclut des possibles. Comme le remarque Rothman (1984), la contraception rend inacceptable la non planification; la multiplication des petites familles, effet de la contraception, rend plus difficile pour les individus le choix d'avoir une famille nombreuse, à la fois sur le plan normatif et sur le plan pratique (logements et automobiles plus petits, manque de services adaptés, etc.); le diagnostic prénatal en permettant de contrôler la santé du fœtus et d'avorter en cas de problème rend plus difficile le choix de ne pas contrôler et de ne pas avorter. Les exemples sont nombreux. La technologie ouvre et ferme des possibilités, mais il n'y aurait pas de «retour» possible aux solutions non techniques (Beck-Gernsheim; Rothman).<sup>56</sup>

En tant que techniques se présentant comme des choix et comme un progrès, les NTR auraient les mêmes effets de fermeture. La possibilité, même infime, d'avoir des enfants liés génétiquement aux parents, dévalue d'autres possibilités comme l'adoption.<sup>57</sup> L'existence des techniques empêche d'envisager de rester sans enfant, renforce l'exclusivité sexuelle dans le couple bloquant des solutions proprement sociales en cas d'infécondité involontaire (Gavarini, 1990; Delaisi de Parseval et Janaud, 1985; Vandelac, 1989a, 1990; Pappert, 1989; Corea et al., 1987). Les techniques produisent une demande de technique, modifient le désir d'enfant en une demande d'enfant lié biologiquement aux parents, en une demande d'engendrement (Vandelac, 1990). Le

---

56 Ce qui ne signifie pas forcément des solutions plus invasives. La technique est le plus souvent conçue comme étant invasive (et donc nocive) et provoquant une multiplication d'interventions problématiques. Ainsi, selon certaines, l'IA ne serait pas une technique parce qu'elle peut se pratiquer facilement sans recourir à un médecin (Williams, 1986: 17). De même, on conçoit l'accouchement par voie vaginale après césarienne (AVAC) comme étant «naturel»; or l'AVAC ne constitue pas moins une technique que la césarienne. On aurait peut-être avantage à concevoir la technique comme une mise à distance de ce qui est «naturel» (au sens de «ce qui va de soi»). De ce point de vue, on pourrait concevoir que la (quasi) fatalité de l'avancée de la technique est réelle mais pas univoque.

57 Cependant, selon une enquête canadienne, l'adoption demeure la solution le plus souvent privilégiée (54% contre 31% pour des techniques comme la FIV). Toutefois, les personnes interrogées ne faisaient pas face à un problème de fertilité et seulement 55% connaissaient les techniques (de Groh, 1993: 236-237). Il est possible que les pourcentages des «pro-technique» augmenteraient si plus de gens étaient au courant de l'existence de ces techniques et s'ils souffraient d'un problème de fertilité mais on n'en a pas la certitude.

raisonnement ici est juste en même temps que tendancieux puisque dans un contexte où il n'existe pas de moyens pour avoir des enfants liés biologiquement aux parents en cas d'infertilité, la demande ne peut aller en ce sens ce qui n'implique pas qu'il n'y aurait pas un tel désir qui serait davantage de l'ordre du rêve ou du fantasme. Il demeure cependant qu'en effet les NTR permettent d'éviter d'autres types de solutions considérées inacceptables (comme les relations sexuelles extraconjugales), non désirables (des relations sexuelles avec un homme dans le cas de femmes célibataires ou lesbiennes) et pourraient limiter la recherche ou la création d'autres solutions (comme le parentage collectif ou d'autres formes de rapports aux enfants courantes dans d'autres cultures). Au gain de liberté se joignent de nouvelles contraintes, inhérentes à l'implantation des techniques, qui finissent par être plus prégnantes que la liberté promise en ce qu'elles ferment définitivement certaines portes.

Sur un autre plan, la liberté promise par les techniques est une liberté par rapport au destin en général et biologique en particulier. Les NTR sortiraient la procréation de la nature et la ferait entrer dans l'ordre de la culture, elles seraient donc garantes d'une plus grande humanisation (considérée ici par rapport à l'animalité). Les écrits relatifs à cette question sont plutôt unanimes dans leur critique de cette représentation de la procréation qu'il faudrait faire accéder à la maîtrise (signe de la culture). En prétendant libérer les femmes de leur biologie, la médecine de la reproduction procède à une négation du féminin, à l'éclatement de la maternité (dans le sens d'une imitation du modèle masculin comme on l'a vu précédemment). Plutôt que libératrices, les NTR réduisent les problèmes à leur dimension biologique, éludant les dimensions relationnelle et psychologique impliquées dans la procréation (Vandelac, 1988b). Elles mènent donc plutôt à la réification, sur le plan des représentations impliquées (des personnes particulièrement, réduites à des matières, à des organes). Dans cette critique, la question du transfert des techniques des animaux aux personnes est souvent utilisée comme signe ou preuve du caractère réificateur des techniques. Le corps des femmes deviendrait comme celui des animaux, il serait «animalisé» (Gavarini, 1990: 223). La supposée «désanimalisation» (par l'accession à l'ordre de la culture via l'éventuelle ectogenèse) serait en bout de ligne une «déshumanisation» (Rostand, 1966: 131, cité par Gavarini, 1990).

En termes plus concrets, cette réification est repérée dans l'IAD où le donneur de sperme, anonyme<sup>58</sup>, est réduit à son sperme et, davantage encore, nié comme personne à la fois

---

58 Dans le cas d'IAD pour infertilité masculine, l'anonymat du donneur est souvent «nécessaire» pour que le secret de l'IAD puisse être conservé de façon à préserver aussi le secret de l'homme stérile (Achilles, 1992) mais également pour éviter que le géniteur puisse être reconnu comme père de l'enfant et pour éviter

par le système de conservation et distribution du sperme (les «banques de sperme») et par les personnes receveuses (femmes célibataires, couples hétérosexuels ou homosexuels) (Vandelac, 1989a). Beaudoin et Ouellet (1992) ont en effet observé que les parents d'enfants nés suite à une IAD ont tendance à réduire ou à nier la part du donneur dans la conception de l'enfant; le sperme ne représente souvent pour eux qu'une «petite graine». Les auteures notent qu'il y a une négation du don du bagage génétique. Il semble que les gamètes en soi n'aient pas vraiment de sens. Les auteures notent que la facilité avec laquelle les donneurs donnent leur sperme montre qu'on a encore peu réfléchi socialement au sens de ce don du bagage génétique, comme si l'espace culturel n'était pas là pour penser ce type de don, contrairement au patronyme (alors même que l'identité familiale devrait encore socialement comporter les deux dimensions: biologique et sociale). Le don de sperme est largement associé au don de sang.<sup>59</sup> Il n'en va pas de même cependant pour le don d'ovule qui présente beaucoup de différences avec le don de sperme, dont la souffrance possible impliquée par le processus médical (stimulation ovarienne et recueil des ovocytes) et l'absence plus fréquente d'anonymat qui établit un rapport entre deux femmes (Achilles, 1992).

Les contrats d'enfantement ou la maternité de substitution (qui ne sont pas des techniques médicales à proprement parler mais qui procèdent par la médiation de l'insémination artificielle ou le transfert d'embryon, etc.) provoquent aussi une réification puisqu'il y a «vente» du corps, transformation du travail procréatif en un travail social et échange du «produit» (l'enfant) contre de l'argent, ce qui implique une aliénation de la personne par rapport à son «travail» (Russell, 1994); le corps de la femme devient un «traitement», comme une chose donc (Corea, 1989). A cette mise à disposition ou mise en marché du corps, s'ajoute une réification sur le plan du langage qui réduit la part de ces femmes dans l'enfantement à quelque chose qui équivaldrait à un éjaculat (Vandelac, 1988c).<sup>60</sup>

---

qu'il n'intervienne dans la famille (Beaudoin et Ouellet, 1992). Dans les cas de femmes célibataires et lesbiennes, il semble que ce soit ce second facteur qui favorise l'anonymat (Commission royale, 1993: 517).

59 Novaes (1991) a noté que l'identification du sang et du sperme à des «liquides de vie» justifie leur circulation chez les répondants à son étude (des donneurs de sang), mais le sperme n'est pas toujours associé au sang; il peut être conçu, par exemple, comme une partie irremplaçable de soi, comme sa descendance et, dans ces cas, sa circulation est inacceptable.

60 Le contrat prévoyant que la femme doive rendre l'enfant au père biologique (qui a fourni le sperme). Selon Vandelac, il y a une réduction dans le sens d'une équivalence entre la grossesse et l'accouchement (sans compter la surveillance médicale à laquelle la femme doit se soumettre durant la grossesse, pour assurer la qualité de l'enfant) et le sperme fourni par le père biologique. On pourrait retourner l'argument et y voir une réduction de la part de l'homme dans la procréation (réduit à son «éjaculat») pour éviter de réduire celle de la mère.

La réification concerne aussi, bien entendu, l'enfant qui pourrait naître ou qui est né à l'issue du procédé. Dans le système d'IAD, selon Testart, l'enfant est réduit à un moyen pour maintenir le système de gestion du sperme. Par ailleurs, Beaudoin et Ouellet (1992) ont observé que certains parents d'enfants nés à la suite d'une IAD parlent de leur enfant comme de «l'enfant de la clinique». Cette forme de réification serait le résultat des difficultés à la fois psychologiques, sociales et culturelles (liées à l'infertilité masculine et à l'identité familiale dans notre culture) qui ne sont pas produites par la technique mais qui se révèlent par elle. La réification montre l'échec des tentatives d'appropriation par ces parents du procédé technique qui ne résoud pas entièrement le problème à l'origine du recours à l'IAD.<sup>61</sup> Cet échec se manifeste aussi quand la mère, pour permettre à son conjoint d'établir un lien avec l'enfant, minimise son propre lien génétique à l'enfant et son expérience de la grossesse et de l'accouchement. De tels cas ont été observés par Beaudoin et Ouellet.

L'enfant né suite à la FIV serait également réifié, associé pour certaines auteures à la créature du Dr Frankenstein (Lasvergnas, 1990); l'enfant serait «monstrueux» et non plus tout à fait humain parce qu'issu d'une science qui a transgressé tous les interdits, qui a remplacé la sexualité et la complexité du désir par la technique.<sup>62</sup> Ici l'analyse rejoint la critique globale de la modernité et du règne technique (dans lequel nous serions entrés).

La critique de la réification opérée par la FIV risque toutefois de devenir elle-même réifiante pour les femmes quand l'enfant qui en naît n'est considéré que du point de vue des sciences qui ont mis au point la technique qui a permis sa naissance. Le travail de la femme (du point de vue du corps et de l'esprit) pendant la grossesse est nié, effacé par la procédure technique (et les scientifiques) à l'étape précédente du processus de

---

61 L'IAD est la plus ancienne des «nouvelles» techniques de la reproduction et a été pratiquée depuis les années 1950 (au moins) au Canada (et vers la fin du 19<sup>e</sup> siècle aux Etats-Unis) sans trop soulever de controverses... entre autres parce qu'elle était entourée du plus grand secret (Achilles, 1992). Avec l'avènement de la FIV et les débats qu'elle a provoqués cependant, l'IAD a été remise sur le tapis et sa légitimité semble un peu chancelante. Sur le plan culturel, il semble que ce soit la technique qui soulève le plus de problèmes (Achilles). On peut penser que la plus grande part des problèmes reliés à l'IAD est relative au tabou qui entoure encore la stérilité masculine (associée souvent à l'impuissance sexuelle et touchant donc à une part centrale de l'identité sociale des hommes).

62 Mary Shelley, auteure du roman *Frankenstein*, y dénonçait la science qui prétendait se faire créatrice de la vie. En ce sens, l'association faite par Vacquin (1989) et reprise par Lasvergnas entre le «monstre» et l'enfant né suite à une FIV est pertinente, mais il y a une large part de rhétorique dans leur façon de parler de l'enfant qui n'est plus tout à fait humain, rhétorique qui produit son effet mais qui est également violente à l'égard de cet enfant et de sa mère. «Assimilés dans le cycle du productif les enfants-machine ont quitté l'ère de l'humain. Avec eux nous avons quitté l'ère de la nature. Nous ne sommes même plus dans celui de l'animal. Avec eux nous sommes entrés définitivement, je crois, dans le cycle de l'inhumain.» (Lasvergnas: 241)

procréation.<sup>63</sup> En un sens, la critique reconduit l'espèce de mythe d'une «paternité scientifique», entretenu par des scientifiques et médecins qui pratiquent les NTR et par les médias. Si la critique de Lasvergnas, comme celle de Vacquin (1990) et Gavarini (1990), porte entre autres sur la science et la disparition de la sexualité dans la procréation artificielle (dont on ne connaît pas l'impact sur les enfants nés et à naître), et s'il y a lieu en effet d'y réfléchir, il n'empêche qu'elle procède par la négation de la mère (sans parler du père).

Comme on l'a vu au point 3.2, la réification des femmes elles-mêmes à travers la FIV est abondamment analysée. Pour résumer rapidement, le langage de la FIV aussi bien que son procédé oblitérent la présence des femmes et l'impact de la technique sur la totalité de leur être. L'expérience féminine de la procréation, dans la procédure FIV telle qu'elle est structurée, est éclatée, les femmes sont clivées, limitées à leurs organes reproducteurs. De plus, les femmes «servent» à l'expérimentation de techniques, instruments, médicaments, etc.

La réification de l'humain en général et des femmes, hommes et enfants concrets par les NTR ne se limite pas, dans les écrits, au seul plan des représentations d'une culture orientée vers la maîtrise de la nature pour la faire passer dans l'ordre de la culture. La réification et la technicisation accrues de la procréation s'opéreraient également dans la retraduction de ce passage à la culture en un passage de la procréation dans la sphère de la production.

### **3.3.2 La pénétration de la logique marchande dans la procréation**

La pénétration du marché et de la logique marchande dans la procréation, à travers les NTR, est considérée sur deux plans, dans les écrits. D'abord, on met en évidence la rationalité économique qui oriente le développement des NTR et les intérêts économiques en jeu qui attirent irrésistiblement la procréation dans la sphère marchande. Ensuite, on fait ressortir, de façon plus globale, l'envahissement de la sphère de la reproduction par la logique qui anime la sphère de la production, ce qui favoriserait l'application et le recours aux NTR.

Les intérêts économiques en jeu dans le domaine de la reproduction sont importants et sont considérés comme un des principaux facteurs de diffusion de la FIV (donc de la multiplication des indications médicales pour cette technique) et de la construction médicale

---

63 S'il faut le rappeler, la FIV n'implique nullement que le fœtus se développe hors du corps de la mère, contrairement à ce que laisserait penser, par exemple, l'expression «bébé-éprouvette».

de l'infertilité. D'une part, les investissements importants dans la recherche et la production (d'instruments, de médicaments, etc.) doivent être rentabilisés (Klein, 1989; Vandelac, 1990) et, d'autre part, les NTR et particulièrement la FIV sont aussi une source de «produits» commercialisables, ayant une valeur sur le marché, comme les embryons.<sup>64</sup> Par ailleurs, la compétition entre les cliniques de fertilité pour accroître leur clientèle et donc les sources de revenus (y compris des sources de financement de la recherche<sup>65</sup>) expliquerait, entre autres facteurs, le gonflement des taux de succès de la FIV (Scritchfield, 1989). D'autres acteurs ont également des intérêts économiques dans le domaine.<sup>66</sup>

Parce que de tels intérêts économiques sont en jeu, la rationalité économique orienterait donc le développement des NTR et, par là, pénétrerait dans la procréation humaine en la modelant de plus en plus sur l'industrialisation dans le domaine animal. On soutient que les techniques, parce que d'abord développées chez les animaux avec des visées de productivité et d'efficacité, sont appliquées dans le même sens chez les humains (Vandelac, 1988a, c; Gavarini, 1990):

«[Par] leur histoire même ces techniques sont déjà porteuses de sens et elles impriment à la procréation humaine certaines des orientations profondes ayant présidé à leur développement en procréation animale, notamment en termes de programmation de la procréation et d'eugénisme.» (Vandelac, 1988c: 268).

Selon Vandelac, c'est moins d'un transfert en soi des techniques - des animaux aux humains - qu'il s'agit que d'un transfert de «technologies», lesquelles comportent plus que des procédés techniques mais une logique et des enjeux toujours identiques. Cette logique économique produit une réification de la procréation puisque celle-ci devient une «production d'enfants imprégnée par la même volonté d'absolu contrôle et de performance.» (Vandelac, 1990: 119). Les NTR sont conçues ici comme porteuses de la rationalité instrumentale qui organise leur production et leur diffusion.

La pénétration de la logique marchande dans la procréation est également repérée dans les modifications de la sphère privée provoquées par l'emprise de la sphère de production. Les NTR apparaissent ici moins comme productrices de cette «colonisation» de la sphère de la reproduction que comme un «remède» à cette colonisation. On soutient que la

64 Aux Etats-Unis, une compagnie qui vend des embryons est cotée en bourse (Vacquin, 1990).

65 Voir 3.1 supra.

66 Les intérêts commerciaux dans le domaine des NTR sont ceux des compagnies pharmaceutiques, biotechnologiques et d'équipement médical, des laboratoires, des cliniques privées à but lucratif, des banques de sperme, des cliniques de sélection du sexe, des agences de «mères porteuses», des avocats qui s'occupent des contrats d'enfantement.

logique marchande, fondée sur une conception du monde androcentriste, ordonne la sphère privée donc celle de la reproduction, entre autres par une structuration du marché du travail défavorable aux femmes. Celles-ci sont contraintes à une gymnastique impossible pour concilier travail et procréation, elles doivent modeler leur projet procréatif à partir des possibilités du marché du travail pour elles-mêmes et leur conjoint (Vandelac et al., 1989; Vandelac, 1988b, 1989b). De là les risques de problèmes de fertilité sont accrus et les délais de conception sont vécus d'autant plus durement que le temps de procréation est réduit.<sup>67</sup> Les chances de recours aux NTR, comme «remèdes» à ces contraintes, sont ainsi accrues. Les NTR en fait se présentent, dans ce contexte, comme une conséquence presque nécessaire de la pénétration de plus en plus importante des règles de la sphère marchande dans la sphère de la reproduction.

Il ressort donc des analyses que la logique marchande, introduite plus avant dans la procréation avec les NTR, participe de la configuration des représentations (techniciennes) de l'enfantement en même temps qu'elle est alimentée par cette culture technicienne.

### **3.3.3 Le recours aux NTR comme résultat d'une rationalisation univoque: critique des thèses**

Dans ces thèses sur la rationalisation, les éléments qui ordonneraient le recours par des femmes aux NTR sont multiples. Si les NTR sont porteuses en elles-mêmes d'un imaginaire de maîtrise, c'est par la participation à la culture des sociétés occidentales que s'expliquerait la possibilité du recours. Dans les thèses présentées, cette participation est implicite, les mécanismes sociaux qui l'organiseraient ne sont pas explicités. En fait, il y aurait un «inconscient collectif» (Vandelac) qui structurerait de façon relativement uniforme le mode d'appréhension et les contenus donnés au corps, à la fertilité, à la procréation et aux NTR par les individus. Comme on l'a vu, la conception du corps voulant qu'il soit contrôlable par la volonté est répandue et semble imprégner largement les comportements reproducteurs. Les NTR pourraient donc être envisagées à la fois parce qu'elles sont un moyen de rétablir le contrôle sur ce corps, ce qui s'est avéré dans plusieurs recherches comme on l'a vu, mais également parce que la dissociation du corps (réitérée dans les procédures techniques qui séparent la procréation en étapes, qui sortent

---

<sup>67</sup> Vandelac (1989b) voit dans la construction sociale des calendriers de grossesse une source de production d'«infertilité». La période réputée idéale socialement pour les femmes, pour procréer, aurait connu une réduction de huit années depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle, passant de 20 à 12 années (Langevin, 1984, 1986). La période idéale de procréation coïncide avec celle où les femmes s'installent sur le marché du travail et par conséquent avec une période où il est plus difficile pour elles de quitter, les pertes pouvant être importantes (sur le plan des promotions et des salaires).



des éléments corporels du corps, etc.) est déjà introduite comme un possible dans l'imaginaire moderne. Cependant, on ne peut déduire de cela que, du point de vue des usagères, le recours à la technique s'accompagne nécessairement d'une réification de soi et de l'enfant, à moins de considérer que cette mise à distance impliquée par la rationalisation (ou que cette sortie partielle de la procréation du corps, passage médiatisé par la technique et la rationalité) soit forcément réifiante.

Dhavernas (1991) a critiqué le peu d'explication fournie dans les analyses sur le lien entre la technique et la réification. La technique elle-même ne crée pas la réification. Plutôt «[il] n'y a réification que si les personnes sont *réellement* considérées et traitées *concrètement* comme des biens appropriables, et passent de la catégorie juridique des personnes à celle des choses.» (:153, italiques de l'auteure). Si cette vision de la réification est quelque peu légaliste, il n'en reste pas moins qu'il est loin d'être évident, comme Dhavernas le souligne, que les usagères des NTR puissent être considérées sur le même pied que des personnes concrètement appropriées comme le seraient par exemple des esclaves. Les usagères des techniques peuvent être objectivées dans le processus des NTR (comme dans d'autres traitements médicaux) par ceux qui les traitent, peuvent être vues comme une source de «matières premières» (ovules et embryons) mais elles peuvent décider de se retirer du processus ou accepter ce traitement pour atteindre un but jugé supérieur. Et les recherches faites auprès de ces personnes montrent clairement cela (on l'a vu dans les parties 3.1 et 3.2).

Par ailleurs, comme on l'a vu, les NTR sont réputées ne comporter que le sens fourni à travers la structuration des NTR dans le domaine agroalimentaire. Il faudrait donc en déduire que le recours aux NTR serait un indicateur de l'introduction des catégories de la rationalité économique dans les représentations de la procréation. Or ce qui est présenté ainsi comme une évidence ne me semble pas aller de soi.

Les thèses précédentes, qui expliquent - généralement indirectement soulignons-le - la possibilité du recours aux NTR, fonctionnent me semble-t-il 1° par la réduction de la rationalité à la seule rationalité instrumentale (réifiante) et 2° par la confusion entre la logique des producteurs et celles des usagères (alors que les premiers ont des intérêts qui ne sont pas forcément ceux des secondes), la première étant plaquée sur l'autre. Cette confusion relève en fait de la réduction identifiée puisque, si toute position impliquant une mise à distance participe de la rationalité instrumentale, il ne peut en émerger qu'une seule et même logique. De plus, cette mise à distance n'étant pas construite comme réflexivité mais seulement comme réification dans les analyses, il devient impossible pour les

usagères de penser leur propre rapport aux NTR. Ce mode d'analyse, appliqué à la FIV entre autres, repose sur la négation de l'implication des femmes (corps et «âme») dans le processus de procréation médiatisé par la technique. En fait, quand la réflexion dans l'analyse porte sur la Technique, les producteurs eux-mêmes sont dépouillés de réflexivité, sont eux-mêmes réifiés par leur technique (Lasvergnas, 1990).<sup>68</sup> Généralement, cependant, quand sont mis en évidence les intérêts économiques en jeu, les producteurs semblent imposer leur logique.

A ma connaissance, peu d'auteurs ont critiqué directement cette approche des NTR qui les conçoit de façon univoque comme étant porteuse d'une seule rationalité (la rationalité instrumentale et économique).<sup>69</sup> Au point 3.2.2, j'ai cependant fait référence à certaines études où les auteurs montrent que les techniques n'ont pas un sens unique (masculin) inscrit définitivement en elles et que les femmes y recourent sur d'autres bases. L'analyse de Koch (en termes du type de rationalité impliquée) s'applique également ici puisqu'elle met en évidence justement que la rationalité ne se limite pas à la seule rationalité instrumentale. Ouellette (1993: 381) semble aller dans le même sens lorsqu'elle écrit:

«Le hiatus est énorme entre la technicisation de la procréation selon une logique productiviste et le désir humain de faire un enfant et de fonder une famille, le tout en conformité avec nos conceptions culturelles de l'amour, de la parentalité et de la vie familiale. Si de plus en plus de femmes finissent par négocier le passage à la technique, à leurs risques et périls, c'est parce que le suivi médical ne porte pas que sur le corps instrumentalisé et ne véhicule pas que les catégories technoscientifiques.»

De ces points de vue, le recours à la technique n'impliquerait pas forcément, comme préalable ou comme résultat nécessaires, l'adoption d'une logique réputée être celle des producteurs et qui serait strictement technicienne. Cependant, Ouellette semble suggérer que les femmes qui recourent à la FIV ou à l'IAD souscriraient, elles, à l'«approche technoscientifique».<sup>70</sup> L'étude de Koch (faite exclusivement auprès de femmes en FIV), autant que l'on puisse en juger, contredit cela.

Par ailleurs, certaines auteurs ont avancé que les techniques pouvaient ouvrir des possibilités ordonnées par une logique du don plutôt que celle de la rationalité

---

68 On retrouve ici une analyse se rapprochant de celle qu'a faite Luckacs du processus de rationalisation (voir le Chapitre 1).

69 En fait, plusieurs études empiriques montrent qu'il n'en va pas ainsi nécessairement, mais les auteurs ne se placent pas forcément sur le terrain de la rationalité (n'adoptent pas un cadre théorique permettant d'aborder de cette façon la question).

70 «D'ailleurs, la majorité [des femmes suivies en clinique de fertilité] ne souscriront pas à l'approche technoscientifique *au point* de se lancer dans les fécondations *in vitro* ou les inséminations artificielles avec sperme de donneur après une investigation en infertilité.» (:381, mes italiques).

instrumentale (et réifiante). Formellement, les NTR peuvent permettre la reproduction en «collaboration» (Delaisi de Parseval, 1988) par la participation de donneurs, de donneuses, de «mères porteuses». Ces dernières, selon Laborie (1988), peuvent opposer à la rationalité scientifique et à la logique marchande l'échange symbolique à travers le don d'un enfant. La possibilité de se concevoir comme pouvant disposer de soi et de ses gamètes, introduite par les NTR, ouvre la possibilité de l'échange et du don. La conception de la fertilité comme «détachée» introduit aussi la possibilité de voir la fertilité comme une «richesse». Delaisi de Parseval note que les personnes stériles ou infertiles ouvrent la porte au don et à l'échange de la part des «riches». Ces avenues sont peu développées dans les écrits et, si ces pratiques existent réellement, comme elles sont généralement produites dans la sphère privée, elles restent peu visibles. On peut penser par ailleurs que des pratiques de ce genre auraient peu de chances de s'institutionnaliser (à cause du contrôle exercé par les médecins et les comités d'éthique plutôt enclins à favoriser les modèles traditionnels, comme on le verra plus loin). Néanmoins, cela montre que les techniques ne sont pas en elles-mêmes univoques, qu'elles peuvent être pensées hors de la rationalité économique. On voit mal, ainsi, pourquoi il en irait autrement du recours aux techniques dans les cadres habituels. L'introduction de l'argent en soi ne produit pas de réification et on ne pourrait pas déduire un tel effet du seul échange d'argent puisque, comme le souligne Dhavernas (1991), des allocations d'argent diverses sont liées à la procréation mais ne sont pas réputées la réifier. Cependant, les personnes infertiles sont souvent vues comme participant à la marchandisation de l'enfantement, comme ayant un rapport de consommation à l'enfant, entre autres du simple fait qu'elles payent pour obtenir des traitements ou des services selon Pfeffer (1987).<sup>71</sup> Pfeffer montre plutôt que l'enfant, loin d'être un simple produit obtenu par l'argent, est le plus souvent conçu comme un «cadeau de la providence». Cette remarque de Pfeffer montre bien l'écart entre ce rapport à l'enfant ordonné par une pensée quasi religieuse et celui ordonné par la rationalité économique où l'enfant est un produit. Cette constatation irait dans le sens des analyses de Koch et Ouellette.

Outre les explications du recours reliées à la pénétration, dans les représentations de l'enfantement, de la rationalité instrumentale, d'autres explications sont avancées, implicitement ou explicitement. Ainsi, la pénétration du marché dans la procréation

---

71 L'adoption est souvent conçue comme une solution plus «altruiste» que les NTR, mais outre le fait qu'elle soit rarement gratuite, selon Ouellette (1993) elle comporte les mêmes problèmes - éthiques et juridiques - que les NTR du point de vue des intérêts des enfants et de la filiation. D'un autre côté, le «don à l'enfant» dans l'adoption ne protège nullement cette sphère de l'introduction de catégories étrangères à la logique traditionnelle du don (où le don est créateur de liens), ni non plus de catégories sinon mercantiles à tout le moins «bureaucratiques». Voir Ouellette, 1995.

créerait une pression à la production et à la diffusion des techniques; conséquemment, on produirait une demande pour ces techniques (à travers la construction de l'infertilité comme un problème à résoudre par les NTR), demande à laquelle il y aurait une réponse entre autres due à la réduction des choix possibles pour les couples infertiles, réduction produite par le développement des NTR. En fait, de ce point de vue, ce ne serait pas l'adhésion à la logique économique qui expliquerait le recours mais des contraintes structurelles (disparition ou réduction des possibilités concrètes d'action). Cette explication est fondée dans une large mesure: les NTR en permettant - en cas de succès - d'avoir un nourrisson et un nourrisson lié génétiquement aux parents dévaluent des alternatives comme l'adoption. Mais il serait abusif d'attribuer aux seules techniques la dévaluation de l'adoption. Elle demeure encore une possibilité envisagée par des couples infertiles nombreux (voir le point 3.1) mais il y a beaucoup moins de nourrissons ou de très petits enfants à adopter de nos jours dans les pays industrialisés, ce qui implique soit plusieurs années d'attente (pour l'adoption locale), soit des coûts élevés (pour l'adoption internationale).<sup>72</sup>

Enfin, les pressions exercées par la sphère de production sur la sphère privée expliqueraient, indirectement, que le recours aux NTR soit envisagé; ici, les femmes sont coincées à l'intersection de logiques opposées, ce qui les contraindrait plus ou moins à recourir aux NTR. Cette explication, comme la précédente d'ailleurs, est largement dépendante d'autres explications, principalement celles qui sont relatives aux normes sociales parce que le recours aux techniques - à moins de concevoir que la seule rhétorique médicale sur le succès des techniques soit suffisante et s'impose en elle-même - est privilégié par rapport à d'autres possibilités, non seulement l'adoption d'enfants plus vieux mais aussi la décision de rester sans enfant. Ainsi, s'il y a une pression exercée par la sphère économique c'est à cause du délai de conception qu'elle peut produire; la relation avec le recours est donc indirecte.

---

<sup>72</sup> La réduction du nombre de nourrissons à adopter serait due principalement à l'augmentation du nombre de femmes célibataires enceintes qui choisissent de garder leur enfant (Daly et Sobol, 1993: 235-236). Par ailleurs, le désir d'adopter un enfant en très bas âge pourrait s'expliquer par les transformations des représentations et du rôle de l'enfant, investi d'une valeur affective plutôt qu'économique (Greil, 1991b; Gauvreau, 1994; Dandurand, 1987).

### **3.4 Les nouvelles techniques de la reproduction dans un contexte normatif favorable à la procréation**

Les auteurs qui se sont penchés sur les NTR et l'infertilité sont volubiles sur la question des normes sociales comme éléments d'explication du recours à la médecine et aux NTR. Cette question est traitée de deux façons: 1° on fait ressortir les normes sociales entourant la procréation, la féminité et la famille et les pressions exercées, sur les femmes principalement, pour qu'elles se plient à ces normes sociales; 2° on met en évidence comment les NTR elles-mêmes et leur application sont porteuses de ces mêmes normes. Dans ce qui suit, je présenterai d'abord ces analyses et, ensuite, les nuances et critiques à leur apporter, entre autres du point de vue des fondements de ces analyses.

#### **3.4.1 Pronatalisme et normes sociales: les incitatifs à la procréation**

La procréation est un objet de régulation dans toutes les sociétés humaines. Les sociétés canadiennes et américaines sont marquées par ce qu'on appelle le pronatalisme c'est-à-dire une idéologie qui valorise le rôle de parent en présentant le fait d'avoir un enfant comme une chose nécessaire à l'accomplissement et comme une chose qui est bonne en elle-même. Dans un contexte pronataliste où la possibilité de rester sans enfant est cependant reconnue, l'infertilité devient une condition sociale stigmatisée non pas à cause du défaut physique mais de par l'association des personnes infertiles à des personnes infécondes volontairement (Greil, 1991a, b). Dans ces sociétés cependant, remarque Greil, l'infertilité est un stigmate caché contrairement aux sociétés où il n'est pas envisageable de rester sans enfant et où, conséquemment, l'infécondité rend visible l'infertilité. Ce caractère particulier de l'infertilité actuellement déplace la stigmatisation de l'incapacité (à procréer) à l'adoption de valeurs matérialistes, à l'égoïsme (Greil; Miall, 1994). La souffrance des personnes infertiles par rapport à leur condition est due pour une large part au fait qu'elles ne correspondent pas aux normes et valeurs auxquelles elles adhèrent et qu'on puisse leur attribuer un comportement à l'encontre de leur désir et de leurs convictions. Cette souffrance est également due au sentiment d'isolement et d'incompréhension de leur souffrance de la part des «fertiles» (Crowe, 1985; Greil). Le contexte pronataliste constitue un des principaux moteurs de la médicalisation de l'infertilité et du recours aux NTR selon plusieurs auteurs (Becker et Nachtigall, 1992; Whiteford et Gonzalez, 1995; Corea et al., 1987). Selon Koch (1990), le recours aux NTR est un moyen pour obtenir l'identité d'infertile difficilement accessible dans un contexte pronataliste. S'il faut le préciser, le pronatalisme ambiant n'équivaut pas

forcément, par ailleurs, à la valorisation d'une natalité élevée. Concrètement, en termes économiques, il y a peu d'avantages associés à la procréation. Comme le note Gauvreau (1994: 113), nous sommes dans une «situation où la logique économique, au niveau individuel et familial, commande ultimement de n'avoir aucun enfant.»

A ce contexte, où l'enfant et la parentalité sont valorisés, s'ajoutent d'autres sources potentielles de pressions favorisant le recours aux NTR (qui renforcent ce pronatalisme) relatives aux définitions sociales de l'adulte, de la féminité, de la masculinité et de la famille.

Le statut d'adulte mature est généralement associé à la parentalité (Greil, 1991a, b). Selon Fortin (1987), les distinctions entre les «jeunes» et les «adultes» devraient moins reposer sur les groupes d'âge que sur la position générationnelle des individus; les partitions sociales entre jeunes et adultes sont davantage dues en effet, selon l'auteure, à la responsabilité parentale qu'à l'âge. L'infertilité, du point de vue des personnes qui en souffrent, est ainsi vécue comme un obstacle à l'obtention d'un statut d'adulte (Matthews et Martin Matthews, 1986).

Les femmes sont plus affectées que les hommes par cette norme associant le statut d'adulte à la parentalité, d'une part parce qu'elles sont encore largement responsables, dans le couple, de mettre en oeuvre le projet de parentalité (Becker et Nachtigall, 1992)<sup>73</sup> et, d'autre part, bien sûr, parce que l'identité féminine est encore largement définie par la maternité. L'étude de Miall (1994), auprès de la population en général, montre que les gens tendent à associer la maternité à sa base biologique alors que la paternité serait moins innée qu'apprise. Cette association, selon Miall, accroîtrait le risque de susciter un sentiment d'inaptitude chez les femmes infertiles et découragerait les alternatives à la maternité biologique. L'étude de Williams (1990) irait dans le même sens puisque l'auteure a observé que si les raisons de vouloir des enfants varient peu selon le sexe, le désir d'enfant est considéré plus fort chez les femmes que chez les hommes (par les femmes et les hommes interviewés). Cependant, Williams a aussi observé que les répondantes qui ont associé la maternité à une part essentielle de la féminité disaient que c'était là une idée «irrationnelle». Dans le même sens, Crowe (1985) a aussi noté une hésitation chez ses répondantes à établir un lien de nécessité entre maternité et féminité. Ces constats laissent penser que la définition de la féminité est un peu ébranlée dans le sens d'une tendance à la dissociation des deux pôles. Dans une recherche antérieure, j'ai

---

<sup>73</sup> Ce qui explique qu'elles sont les premières à percevoir un problème et à amorcer les démarches pour le résoudre (Becker et Nachtigall, 1992; Greil, 1991).

observé que les répondantes se définissaient à la fois comme des mères (potentielles, pour celles qui espéraient encore) et des travailleuses; le choc de l'infertilité leur montrait que leur identité de femme comportait - au moins - ces deux dimensions, dont une était menacée (Daudelin, 1991). Par ailleurs, selon une étude faite à partir des données obtenues dans l'enquête sur la fécondité au Canada (1984), on a étudié les attitudes relatives au couple, au travail et à la famille chez les Québécoises de 18 à 34 ans. Les facteurs jugés «très importants pour avoir une vie personnelle heureuse» étaient, en ordre décroissant d'importance: 1° une vie de couple durable, 2° agir selon sa volonté, 3° avoir un enfant, 4° travailler hors du foyer, 5° le mariage (Lapierre-Adamcyk et al., 1987). Dans la même étude, on a mesuré également l'importance accordée aux enfants par les femmes; 26,8% des femmes considéraient les enfants assez importants, 28,1% importants et 27,5% très importants (Ibid: 32). L'ensemble de ces constats et données ne montrent pas une perte d'importance de la maternité, mais une certaine diversité des paramètres structurant l'identité et les aspirations des femmes. Cependant, l'importance de la maternité et des enfants pour définir la féminité demeure et est suffisamment grande pour que les difficultés de procréation affectent l'identité des femmes du point de vue de leur féminité.<sup>74</sup> Les femmes infertiles compensent beaucoup moins aisément que les hommes l'absence d'enfant par l'investissement dans le travail, la paternité n'étant pas considérée (ni par les hommes touchés par l'infertilité, ni par la société) comme une part essentielle de la masculinité (Williams, 1990). Pour les femmes infertiles, la carrière n'est pas conçue comme une alternative à la maternité (Ouellette, 1987; Lecours, 1988; Daudelin, 1991). L'infertilité est ainsi vécue durement par les femmes, peu importe qu'elles-mêmes aient ou non un problème physiologique (Greil, 1991a, b). D'ailleurs, les pressions extérieures pour avoir un enfant, quand le couple est formé depuis un certain temps, ont plus souvent les femmes pour cibles, même si c'est l'homme qui a le problème de fertilité (Williams, 1990; Crowe, 1985; Daudelin, 1991). Cela confirme que les femmes sont considérées responsables du projet parental plus que les hommes.<sup>75</sup> Par ailleurs, on note que quand les hommes ont le problème, leur conjointe a tendance à vouloir cacher ce fait (Ouellette, 1987; Greil, 1991), entre autres parce que la stérilité masculine est plus stigmatisée socialement que l'infertilité féminine (Miall, 1994); les hommes attirent davantage les sarcasmes que la sympathie à cause de l'association entre la stérilité et l'impuissance

<sup>74</sup> Les «désirs d'enfant» des femmes sont également des désirs de vivre la grossesse et l'accouchement, entre autres. Faire le deuil de la fertilité impliquerait donc aussi généralement de faire le deuil d'une expérience proprement féminine, unique, dont le potentiel est rappelé constamment aux femmes par leur propre corps (le cycle menstruel). Voir Ouellette, 1987; Daudelin, 1991.

<sup>75</sup> L'attribution plus courante de l'infertilité aux femmes (plutôt qu'aux hommes) explique peut-être aussi ces pressions (Houghton, 1984; Daudelin, 1991). L'étude de Miall (1994) cependant ne confirme pas cette tendance.

sexuelle (Greil, 1991)<sup>76</sup>. Dans ce cadre de représentations, les pressions à avoir un enfant lié biologiquement à l'un des parents au moins, manifesté par la grossesse de la conjointe, sont fortes et le secret entourant la conception - par IAD, par exemple - doit être conservé (Miall, 1994; Achilles, 1992).

Par ailleurs, Vandelac (1988b) note que la fécondité elle-même semble être devenue une norme, c'est-à-dire qu'il y aurait une tendance à la généralisation de la fécondité. Avoir au moins un enfant serait presque une nécessité sociale. La baisse draconienne du taux de natalité est moins due à un accroissement du nombre de femmes sans enfant qu'à la diminution du nombre d'enfants par femme, c'est-à-dire à une «généralisation des petites familles» (Dandurand, 1987: 13). En effet, au Québec, il y avait moins de femmes mariées sans enfant dans les années 1980 que dans les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle où l'on trouvait entre 25% et 30% de femmes infécondes; du 25%, 14% étaient célibataires laïques ou religieuses et 11% étaient mariées (Lavigne, 1983; Mathews, 1987). En 1987, on estimait à 20% la proportion de femmes âgées de 35 à 39 ans sans enfant dont 8% de femmes mariées légalement (Rochon, 1989). Si ces données montrent qu'en effet les femmes mariées étaient moins nombreuses à rester infécondes, dans les années 1980, il restait une bonne portion de femmes (12%) sans enfant dont on ne sait pas si elles vivaient ou non en couple. Cela ne signifie pas que ces femmes ne voudraient pas (ou n'auraient pas voulu procréer), mais vient nuancer quelque peu la généralisation de la fécondité pour l'ensemble des femmes.

La famille idéale est définie socialement comme un couple hétérosexuel avec des enfants, enfants liés biologiquement aux parents. L'absence d'enfant chez un couple est ressentie comme une déviance parce que du point de vue statistique cette situation est relativement rare et parce que du point de vue social elle n'est pas acceptable (Miall, 1985). Toutefois, dans son étude auprès de personnes infertiles, Williams (1990) a noté qu'une partie seulement des répondants (6 couples sur 20) associait fortement la parentalité au mariage. Les désirs d'enfants tels qu'exprimés par les personnes infertiles sont souvent des désirs d'avoir une famille, ce qui signifie souvent avoir plus d'un enfant. Ainsi Williams a noté que le recours à la FIV chez ses répondantes qui avaient déjà un enfant, adopté ou non, s'expliquait à la fois par un désir de grossesse chez certaines femmes mais également par

---

<sup>76</sup> Dans une recherche précédente, j'ai noté que seules deux répondantes sur 11 ont associé les trois termes sexualité-fertilité-féminité (Daudelin, 1991) et je n'ai trouvé trace nulle part ailleurs dans la littérature d'une telle association chez les femmes, alors qu'elle est récurrente chez les hommes (puissance sexuelle-fertilité-masculinité).



le désir d'avoir plus d'un enfant; dans ces cas c'était moins un lien biologique qui était recherché.

Par ailleurs, Crowe (1985) rapporte que ses répondantes n'associent pas forcément la sexualité et la procréation, conséquemment le recours aux NTR n'est pas conçu comme devant être réservé aux couples hétérosexuels mais devrait être ouvert aux femmes célibataires. Toutefois, la monoparentalité n'est pas conçue comme idéale ou désirable par ses répondantes (l'enfant aurait besoin de modèles masculin et féminin). Des études portant sur les personnes infertiles rapportent la présence d'un modèle de formation de la famille: les femmes attendent de trouver un conjoint qui pourrait être un père, le couple se marie (ou cohabite), stabilise sa situation sur le marché du travail, achète une propriété dans plusieurs cas et cesse ensuite l'usage de contraceptifs pour se préparer à avoir des enfants (Ouellette, 1987; Delaisi de Parseval et Janaud, 1985; Daudelin, 1991). J'ai noté dans la recherche précédente que cette planification reposait sur une recherche d'une stabilité à la fois affective et financière. On peut penser que le refus, *a priori* à tout le moins, de la monoparentalité est lié à l'importance accordée à la stabilité (comme idéal).

La planification de la parentalité serait elle-même devenue une norme. Beck-Gernsheim (1989) constate qu'une nouvelle moralité s'est installée selon laquelle le citoyen éclairé doit adopter une attitude planificatrice à l'endroit de la procréation. Les femmes qui ne contrôlent pas leur fertilité sont considérées irrationnelles et irresponsables. Lacourse (1993), dans une étude sur les femmes ayant avorté plus d'une fois, souligne qu'elles sont, elles aussi, critiquées et considérées comme irresponsables. Or Lacourse constate plutôt que, du point de vue de ces femmes, le recours répété à l'avortement est plutôt un signe qu'elles sont responsables puisqu'il serait irresponsable de mettre un enfant au monde dans telle ou telle circonstances défavorables. Ces deux situations, à première vue divergentes, et leur réception sociale semblent ainsi révéler que ce qui est «normal» c'est à la fois d'avoir des enfants et de les planifier.

On présente souvent le recours aux NTR comme une recherche d'un enfant lié biologiquement aux parents ou à l'un des parents, la famille idéale étant encore celle où le lien génétique est présent. Ainsi, les personnes infertiles recourraient aux NTR non pour avoir un enfant mais «leur» enfant, cette demande étant essentiellement construite par l'avènement des techniques elles-mêmes selon Vandelac (1989a). Si les études sur les personnes infertiles montrent qu'en effet avoir «son» enfant est généralement jugé idéal, elles montrent également que l'adoption est très souvent envisagée. Les démarches d'adoption se font souvent parallèlement aux démarches médicales (Greil, 1991). Crowe

(1985) a souligné que, pour ses répondantes, la maternité biologique n'était pas une priorité et qu'elles étaient plus enclines que les hommes à envisager rapidement l'adoption, cette différence étant due, selon Crowe, à la difficulté des hommes de créer des liens avec un enfant en l'absence du lien biologique. Ce constat se retrouve aussi chez Ouellette (1987) et dans ma recherche précédente (Daudelin, 1991). Toutefois, Greil (1991) et Denny (1994) n'ont pas constaté une telle différence. Ces deux études sèment le doute sur l'extrapolation souvent faite selon laquelle les hommes, recherchant le lien biologique, auraient tendance à exercer des pressions sur leur conjointe pour recourir aux NTR. Williams (1990), dans sa recherche, s'attendait à trouver de telles pressions mais a plutôt constaté l'inverse<sup>77</sup>, ce qui est cohérent en fait avec l'idée, fréquente chez ses répondants, que le désir d'enfant des femmes est plus fort que celui des hommes. En fait, les recherches montrent que les femmes infertiles (ou dont le conjoint est infertile) n'ont aucunement besoin de subir des pressions de la part de leur conjoint pour recourir aux NTR. D'une part, elles savent que le projet de parentalité repose sur elles, ce qui peut donner lieu à un sentiment de culpabilité si elles ne font rien (Klein, 1988; Crowe, 1985; Ouellette 1987; Daudelin, 1991) et, d'autre part, la plupart du temps elles partagent entièrement le désir d'enfant, si ce n'est même que leur désir d'enfant est plus fort que celui de leur conjoint (Greil, 1991; Daudelin, 1991; Ouellette, 1987).

En ce qui a trait à l'importance du lien biologique dans la famille, si c'est encore une dimension jugée majeure, il semble cependant qu'il puisse être déplacé au second plan par rapport au maintien de la relation conjugale et à la préservation de l'exclusivité sexuelle.<sup>78</sup> Les études portant sur l'IAD sont à ce titre révélatrices. Achilles (1992) souligne que les études d'opinion auprès de populations de divers pays montrent que les NTR les moins bien acceptées sont celles impliquant un don de gamètes donc l'absence de lien biologique d'un côté. Les mêmes études montrent toutefois que l'adoption est, elle, bien acceptée.<sup>79</sup> Ce qui laisse penser, selon l'auteure, que la préservation du couple est jugée plus importante que le maintien du lien biologique. On note par ailleurs que pendant longtemps

---

<sup>77</sup> Williams semble être à ce point surprise de ce résultat qu'elle insiste sur le fait que son échantillon n'est pas représentatif des couples en FIV. Elle soutient qu'on devrait procéder à d'autres recherches en portant attention aux facteurs culturels. Des études suggèrent en effet que des pressions sont exercées sur les femmes par le conjoint ou d'autres membres des familles pour procréer en recourant aux techniques, entre autres pour mettre au monde des garçons (voir la brève revue de Coward, 1993 sur les facteurs religieux et culturels pouvant favoriser ou non le recours aux techniques). Williams montre cependant que ces pressions ne sont pas universelles.

<sup>78</sup> On se souviendra d'ailleurs que la «vie de couple durable» était le premier facteur identifié par les femmes pour «avoir une vie personnelle heureuse» selon l'enquête sur la fécondité au Canada.

<sup>79</sup> Un sondage canadien montre qu'environ 65% des personnes sont d'accord avec l'IAD comparativement à 84% pour la FIV effectuée avec les gamètes des conjoints et à 97% pour l'adoption dans le cas d'un couple hétérosexuel (de Groh, 1993b).

L'IAD était rejetée socialement parce que vue comme subversive (Pfeffer, 1987), associée à l'adultère (Corea, 1985). Toutefois, selon Corea, l'association à l'adultère concerne moins la dimension strictement sexuelle (il n'y a pas de rapport sexuel avec un tiers dans l'IAD, même si symboliquement on pourrait faire un tel rapprochement) que celle de la mise au monde éventuelle d'un enfant «illégitime». En fait, il semblerait que ce ne soit pas si contradictoire avec les études précédentes. Les couples interviewés par Beaudoin et Ouellet (1992) ont choisi l'IAD parce qu'elle permettait le maintien de la relation conjugale. Cependant, ces auteures notent l'importance *a contrario* du lien biologique pour établir l'identité de l'enfant.<sup>80</sup> Les pôles «relation conjugale préservée» et «lien biologique» semblent être également nécessaires à la constitution de la famille.

L'ensemble de ces définitions sociales de la féminité, de l'adulte mature, de la famille, constituées en normes, et les pressions qui leur sont associées, constitueraient des moteurs puissants favorisant la médicalisation de l'infertilité et le recours aux NTR. Dans la mesure où la féminité est encore associée à la maternité (même si pas seulement à la maternité), où le statut d'adulte mature - pour les femmes principalement - est accordé surtout à travers la parentalité, il est assez clair que les femmes peuvent souffrir de l'infertilité et chercher à obtenir ce statut à travers les moyens socialement disponibles dont les NTR. Si l'on ajoute à ces facteurs constitutifs de l'identité le contexte pronataliste et l'association entre l'infécondité et l'égoïsme, la pression à correspondre aux normes sociales est plus grande encore. Certaines nuances doivent cependant être apportées. Les femmes infertiles recourant aux NTR ont déjà dans plusieurs cas des enfants, adoptés ou non. Si des auteures (Rose, 1987; Vandelac, 1989b) soulignent ce fait pour disqualifier le discours médical présentant les personnes infertiles comme étant désespérées de n'avoir pas d'enfant, il n'en reste pas moins que le recours aux NTR, au moins pour ces femmes, ne peut pas être attribué seulement aux normes et pressions énoncées ci-haut. Pfeffer (1987), relevant également ce fait, souligne qu'il faut éviter de voir les personnes infertiles comme un groupe homogène. Ouellette (1987, 1993) insiste sur le fait que les femmes infertiles recourant à la médecine ne sont pas toutes également incapables de prendre une distance face aux normes sociales. Ces remarques sont d'autant plus pertinentes que les profils familiaux sont de fait très diversifiés (Dandurand, 1987; Franklin, 1990; Gauvreau, 1994) et que les normes et contrôles sociaux sont moins rigides qu'auparavant. Plusieurs études auprès des femmes infertiles montrent clairement qu'elles ont conscience

---

<sup>80</sup> En effet, si l'IAD permet le maintien de la relation conjugale, elle permet moins facilement d'établir l'identité familiale de l'enfant; or cette difficulté apparaît après coup révélant que les problèmes devant être résolus par ce moyen ne le sont que partiellement.

des normes et pressions mais qu'elles ne considèrent pas leur désir d'enfant uniquement constitué par ces facteurs. Je reviendrai sur ce point.

### 3.4.2 Les NTR porteuses des normes

Si les normes sociales sont réputées stimuler le recours aux NTR, de l'autre côté on a souligné dans la littérature que les NTR elles-mêmes et leur application étaient porteuses de ces normes, montrant par là que les techniques ne sont pas neutres sur le plan normatif.

Selon Becker et Nachtigall (1992), la simple prise en charge médicale de l'infertilité et l'existence en soi des NTR deviennent, dans un contexte pronataliste, des symboles des attitudes culturelles défavorables à l'infécondité. Selon les auteurs, c'est entre autres pour cette raison que les personnes infertiles cherchant une aide médicale pour recouvrer la «normalité» n'y parviennent pas, la médecine reproduisant dans ses traitements les normes sociales et traitant l'infécondité comme une déviance. Dans un sens un peu différent, Greil (1991a, b) souligne que le traitement médical de l'infertilité rappelle constamment le problème et, davantage encore, mène à centrer les préoccupations et la vie quotidienne (des femmes surtout) sur le problème de fertilité et la recherche d'enfant. Ce trait est également caractéristique de la période d'investigation des causes de l'infertilité (Ouellette, 1987; Daudelin, 1991). Par là, selon Greil, le sentiment d'être différente par rapport aux «fertiles» est davantage accentué.

Par ailleurs, on a souvent indiqué la difficulté pour les femmes de ne pas recourir aux NTR ou de se retirer du traitement. L'impératif technologique impliqué ici se traduit par le fait que même des femmes ayant peu de foi dans les techniques y recourront pour ne pas regretter de n'avoir pas tout fait, de n'avoir pas tout essayé pour avoir un enfant (Pappert, 1989; Crowe, 1985; Klein, 1988; Ouellette, 1987; Athéa, 1990; Rothman, 1984; Rose, 1987). Tymstra (1989) a noté ce phénomène par rapport à la FIV et à d'autres techniques médicales comme des greffes du foie qui présentent de hauts risques et des chances de succès relativement réduites. L'explication par la seule existence de la technique, cependant, tend à traiter la technique comme si elle était autonome. Beck-Gernsheim (1989) montre que la technique ne joue pas seule en la reliant au contexte socioculturel; les pressions à la maternité sont bien présentes d'une part et d'autre part l'infertilité n'est pas conçue comme un destin, conséquemment elle peut être vaincue (à tout le moins, il faut tenter de la vaincre). Greil (1991a, b) va aussi dans ce sens en montrant que l'infertilité, avec sa médicalisation, a pris un caractère *open-ended* qui accroît donc le sentiment d'obligation à l'égard des techniques; les changements technologiques

rendent possible pour les personnes infertiles d'espérer avoir des enfants, ils rendent infiniment plus difficile l'acceptation de l'infertilité.

Les NTR, d'un autre côté, contiendraient en un sens et renforceraient la norme selon laquelle la parentalité est «naturellement» liée à la conception d'un enfant (Pappert, 1989). Les NTR étant axées sur la grossesse et la maternité biologique, elles fermeraient les autres voies d'accès à la parentalité et à la maternité d'une part et d'autre part encourageraient la persistance de l'idée que le rôle premier des femmes dans la société doit se résumer à la maternité (Williams, 1989; Rose, 1987; Crowe, 1985). Si les NTR peuvent opérer une fermeture temporaire des autres possibles chez les individus (comme on l'a vu, l'adoption est très souvent envisagée aussi par les personnes recourant aux NTR mais aussi très souvent comme la dernière solution), il ne va pas de soi que les NTR en elles-mêmes puissent valoriser le rôle maternel comme premier rôle social des femmes. Ce serait davantage le contexte social qui pourraient orienter les aspirations des femmes en ce sens, les techniques se présentant comme une possibilité pour les réaliser. Si Ouellette (1993) a noté que les procédures médicales déployées dans l'investigation et les traitements de l'infertilité opèrent comme une façon de renouveler et de confirmer le lien entre la féminité et la maternité, cela ne signifie pas un enfermement des femmes dans la maternité. Ce constat permet en fait à Ouellette d'observer que le suivi médical ne comporte pas que des dimensions technicistes et ce serait un biais par lequel les femmes qui recourent à la médecine peuvent intégrer les techniques comme une possibilité (il n'y aurait pas de rupture aussi profonde qu'il n'y paraît de prime abord entre ce qui est, pour elles, «naturel» et la technique).

Si les NTR «contiennent» des normes sociales, le plus souvent, dans la littérature, ce sont les règles d'accès aux techniques et les discours tenus sur ces techniques qui sont réputées constituer des moyens de perpétuation des normes sociales. Les pratiques d'IAD et de FIV pour infertilité masculine sont une manifestation d'une tendance de la médecine à s'ingérer dans la création de liens sociaux considérés normaux; ce faisant, il y a dévaluation ou impossibilité du recours à d'autres pratiques, moins risquées pour les femmes et moins déshumanisantes comme les relations extraconjugales par exemple. En ce sens, la médecine promouvrait un «hyperconjugalisme» (Gavarini, 1990), l'IAD et la FIV dans ces cas devenant des instruments pour assurer la paix des ménages. La maternité de substitution va dans le même sens, impliquant la réification de la mère et la conservation de l'exclusivité sexuelle (Corea, 1989).<sup>81</sup> Kirejczyk et Van der Ploeg (1992)

---

<sup>81</sup> Le fait que la maternité de substitution ne soit pas au sens strict une technique médicale et que l'IAD pratiquée puisse se faire hors du circuit médical indique que la médecine, dans cette régulation de la

ont noté comment la tendance en médecine à définir l'infertilité comme un problème de couple permet à la fois le traitement par FIV des femmes dont le conjoint est infertile et l'exclusion des femmes célibataires et lesbiennes. Le problème de ces femmes est qualifié de psychosocial et celui du couple de médical alors même que le désir du couple d'avoir un enfant lié biologiquement relève lui aussi de raisons psychosociales. Le contrôle de l'IAD par les médecins, alors qu'il s'agit d'une technique simple, ne relève pas non plus de motifs médicaux mais répond à une volonté de restreindre l'accès à des couples hétérosexuels sains considérés comme la seule base valide préalable à la constitution d'une famille. Steinberg (1987), dans une étude sur les cliniques offrant l'IAD en Grande-Bretagne, a montré comment les médecins devenaient des «ingénieurs sociaux» qui décident, à partir de critères subjectifs, qui est apte ou non à fonder une famille; l'intérêt de l'enfant sert de base à l'exclusion de personnes handicapées, célibataires, homosexuelles, etc. Des études canadiennes montrent aussi que les critères d'éligibilité à la FIV et à l'IAD sont souvent non médicaux et discriminatoires pour certaines catégories de personnes (Stephens et McLean, 1993; Ikonomidis et Lowy, 1994), et ce en dépit des recommandations plutôt libérales des associations professionnelles (Comité de la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada, 1992).

Par ailleurs, l'analyse des discours médicaux sur les personnes infertiles montre la tendance à construire les «histoires» des couples infertiles comme des histoires acceptables moralement. Il s'agit toujours de couples hétérosexuels, souvent mariés et désespérés d'être sans enfant. La constitution de telles histoires et leur diffusion large dans les média d'information permettraient aux médecins de légitimer leurs pratiques; ce faisant, ils ont tendance à reproduire les normes sociales relatives à la parentalité et au couple (Rose, 1987). L'analyse réalisée par Franklin (1990) du traitement, par les média et par diverses instances sociales (dont les commissions d'enquête sur les NTR), des histoires des couples et des discours sur l'infertilité et les NTR va dans le même sens. Franklin cependant n'attribue pas seulement à la médecine ces constructions; elle les traite comme les «représentations sociales» de l'infertilité et des NTR. Elle note que même si la réalité est beaucoup plus diversifiée, la construction des histoires et des discours tend à cacher cette hétérogénéité et à promouvoir une norme idéale. Selon Franklin, c'est d'ailleurs pour tenter de contrer la multiplication des comportements «anormaux» (comme la monoparentalité par exemple) que ces discours sont ainsi constitués.

---

conjugalité, ne précède pas le social ni ne le construit, mais le confirme. Cependant, le fait que généralement l'IAD soit pratiquée dans le cadre médical lui donnerait une caution médicale et par là la rendrait (un peu) plus légitime.

Franklin ouvre la porte, par cette analyse, à une dimension rarement soulignée: loin de ne contenir en elles-mêmes que des normes traditionnelles, les NTR ouvrent des possibilités de transgression nombreuses, comme celle du lien nécessaire entre hétérosexualité et procréation et celle de l'association de la procréation à la «nature» par exemple. Les discours à saveur conservatrice seraient nécessaires pour cacher non seulement la réalité concrète de la diversité des familles mais aussi pour cacher le caractère «artificiel» de la procréation (qui serait rebutant). Ces discours seraient aussi nécessaires pour empêcher les transgressions incontrôlées que permettent les NTR.

Les analyses sur le rôle régulateur des NTR (en elles-mêmes, dans leur application et les discours sur elles) montrent finalement que des pressions à recourir aux NTR sont aussi présentes dans la médecine de la reproduction en ce qu'elle confirme les modèles sociaux idéaux.

En ce qui a trait aux normes sociales actuelles, les analystes soulignent en général qu'elles favorisent le recours aux NTR en ce que celles-ci permettent théoriquement l'accès à un enfant lié biologiquement aux parents (ou à l'un d'eux), ce qui implique également la possibilité de l'accès à un statut d'adulte et à la maternité comme part essentielle de la féminité. De l'autre côté, par leur seule existence, les NTR sont une manifestation de l'anormalité de l'infertilité puisqu'elles se présentent comme des traitements de cette condition, réitérant la déviance qui lui est associée. Leur application, les règles d'accès aux NTR, contrôlées par la médecine qui doit assurer la légitimité des techniques, tendent à reproduire les normes sociales. Dans ces cadres, les personnes infertiles sont réputées subir une contrainte forte à recourir aux NTR. Si des pressions sont en effet repérables, certaines nuances, importantes, doivent toutefois être apportées à la fois sur le plan des faits et sur le plan du type d'analyse qui est faite pour expliquer le recours sur la base des normes sociales.

### **3.4.3 Des désirs d'enfant suspects ou les méfaits et limites des analyses du recours aux NTR en termes de normes sociales**

Si nombre d'auteurs soulignent l'existence de pressions diverses pour procréer et recourir aux NTR, il est plus rarement noté que des pressions inverses existent également. En effet, des personnes infertiles ressentent également que l'infertilité n'est pas considérée socialement comme un problème grave; les «autres» semblent insensibles à leur situation (Greil, 1991; Daudelin, 1991) ou incitent les femmes à relativiser leur problème (Ouellette, 1987).

Crowe (1985), quant à elle, a souligné que l'entourage des femmes infertiles qu'elle a interviewées poussait ces femmes à recourir aux traitements et à persister; selon Crowe, le rôle des média dans ces pressions serait important en ce qu'ils présentent les techniques comme ayant des taux de succès élevés. Toutefois, dans ma recherche précédente, j'ai plutôt noté qu'il y avait deux tendances opposées dans l'entourage des femmes, d'un côté une tendance pro-NTR, de l'autre une tendance anti-NTR qui considère ces traitements comme excessifs, dangereux, artificiels, etc. (Daudelin, 1991). Ouellette (1987) a également constaté que l'entourage de ses répondantes les poussait dans un premier temps à recourir aux traitements, mais dans un second temps avait plutôt tendance à exercer des pressions pour qu'elles cessent les traitements. Selon Miall (1994), le recours aux traitements comme les NTR serait une source de stigmatisation pour les personnes infertiles; les couples sont vus comme névrotiques, leur désir d'enfant est jugé excessif.

Ces analyses sont assez cohérentes avec des remarques faites par plusieurs auteures sur la suspicion qui entoure le désir d'enfant des personnes infertiles mais aussi sur celui des femmes célibataires et des lesbiennes, dans les discours médicaux et de la bioéthique, dans les discours de féministes, de psychologues, etc.

Comme on l'a vu, le discours médical sur ce qui constitue une raison médicale ou psychosociale de recourir aux NTR justifie la mise à l'écart des célibataires et lesbiennes, entre autres, des cliniques de fertilité, sauf exception. Le désir d'enfant des couples hétérosexuels serait plus naturel que celui des autres catégories de la population qui serait «égoïste». Mais comme le note Dhavernas (1987), une même distinction entre les «bons» désirs (normaux, altruistes) et les «mauvais» désirs d'enfant est aussi appliquée aux personnes infertiles par rapport aux personnes fertiles. Les personnes infertiles devraient considérer qu'il y a déjà beaucoup d'enfants sans parent ou vivant dans des conditions difficiles et adopter ou prendre soin, par divers moyens, de ces enfants déjà là. Le recours aux NTR, vu seulement comme un moyen d'avoir un enfant lié biologiquement aux parents, devient ainsi un signe de l'inconscience ou de l'égoïsme des personnes infertiles (Houghton, 1984). On ne questionne pas le désir d'enfant des personnes fertiles, alors que celui des infertiles est passé au crible. Dhavernas (1987) note qu'il est plutôt curieux de voir de l'égoïsme, chez les personnes infertiles recourant aux NTR, alors même que ces traitements exigent généralement des sacrifices de divers ordres.

Par ailleurs, les personnes recourant aux NTR (qu'elles soient ou non infertiles) sont l'objet de critique de la part de la bioéthique et même de la médecine quand leur demande de traitement (type de traitement et nombre de tentatives) est jugé excessive, déraisonnable.



La bioéthique, selon Marange (1990), entend protéger les gens d'eux-mêmes en promouvant des normes relatives au respect de son corps. Ce respect serait supérieur, pour la bioéthique, à la liberté des personnes de disposer d'elles-mêmes. Marange note que la bioéthique voit davantage le danger dans la liberté des personnes que dans la liberté de la science ou dans la liberté d'entreprendre (des entreprises qui tirent profit des traitements médicaux). Si, pour l'auteure, certains traitements sont des formes d'assujettissement volontaire, et qu'ils sont éminemment critiquables de ce point de vue, ce n'est toutefois pas à la bioéthique ou à d'autres «sages» d'énoncer les normes. Elle appelle à une réelle liberté des sujets, à une plus grande autonomie qui ne serait pas fondée sur une morale d'expert.

Les féministes de la tendance radicale sont également la cible de critiques en ce qu'elles aussi tendent à faire du désir d'enfant des femmes infertiles un objet de suspicion. Si ce désir se traduit par le recours aux NTR, il est excessif et un signe de l'oppression des femmes; davantage encore, il devient une source de péril pour l'ensemble des femmes (les NTR étant réputées menacer les femmes comme groupe social). Sandelowski (1990) note que la «volonté» des femmes est interprétée par des féministes comme étant mal orientée et en ce sens celles-ci reconduisent la suspicion à l'égard des femmes infertiles qu'avaient déjà la médecine et la psychologie à leur égard. De ce point de vue, du fait que le désir d'enfant est un construit social, il deviendrait en quelque sorte moins «réel» (Koch, 1990; Sandelowski, 1990) et les femmes infertiles auraient moins besoin de moyens (médicaux) pour procréer que de prendre conscience de cette construction et de prendre conscience des autres façons de se réaliser comme femmes (Pappert, 1989). Comme le souligne Pappert, il s'agit d'une minimisation du problème vécu par les femmes, comme s'il s'agissait simplement pour elles de passer outre à leur désir et le traumatisme émotionnel de l'infertilité. En effet, l'infertilité est expérimentée comme une crise à la fois identitaire et cognitive qui exige toujours une reconstruction de la réalité, peu importe que des moyens médicaux soient ou non utilisés pour y répondre (Matthews et Martin Matthews, 1986; Greil, 1991a, b; Fleisher, 1990; Daudelin, 1991; Solomon, 1989). Comme le souligne Solomon entre autres, l'infertilité n'est pas seulement un problème social créé par les traitements médicaux bien que les motivations des femmes à devenir mères soient accentuées par la médecine et certaines conditions sociales (comme le pronatalisme, par exemple). Selon elle, cependant, le fait que l'infertilité soit une crise rend les femmes plus vulnérables et, par conséquent, les risques d'être manipulées par les médecins sont plus élevés. Toutefois, si l'infertilité menace la stabilité de la réalité (à la fois de l'identité et du sens de l'existence en ce que celle-ci est supposée suivre une voie plus ou moins

clairement tracée qui, généralement pour les personnes souffrant de l'infertilité, comportait la venue d'enfants), elle n'est pas vécue de la même façon par toutes les personnes; les gens qui recourent aux NTR ne vivent pas forcément une crise plus profonde que ceux n'y recourant pas (Pfeffer, 1987).

En somme, les personnes infertiles seraient prises entre un contexte pronataliste, valorisant la parentalité, et un courant social assez puissant condamnant les NTR pour des raisons éthiques, morales, féministes, etc. (Miall, 1994). Il appert qu'une certaine ambivalence sociale règne en ce domaine, provoquant la diffusion de discours et de pressions contradictoires. Les analyses considérant le recours aux NTR comme le résultat des normes sociales dites traditionnelles semblent faire abstraction de l'émergence de nouveaux modèles culturels et familiaux, des possibilités de transgression de ces normes traditionnelles qu'offrent les NTR, du manque de légitimité relative des NTR dans la société. Si ces derniers éléments semblent mineurs par rapport à la force des normes traditionnelles (encore jugées idéales), il n'en reste pas moins que d'autres possibles existent et qu'ils sont relativement peu stigmatisés concrètement (quoiqu'ils le soient dans les discours qui, selon Franklin, cherchent à les «effacer» constamment... sans cependant les faire disparaître dans les faits, ce qui met quelques bémols à la force de ces discours). Si les normes sociales (encore) actuelles jouent dans le recours aux NTR en faisant de celles-ci des moyens d'actualisation de ces normes, il est cependant hasardeux d'attribuer le recours aux seules pressions à correspondre à ces normes. A ce titre, l'analyse de Greil (1991) me semble tout à fait pertinente et, étonnamment, assez peu fréquente: comme les personnes infertiles peuvent passer pour des personnes fertiles, le stigmate est le résultat de la perception qu'elles ont de ne pas pouvoir actualiser des normes auxquelles elles adhèrent ardemment; être mère, être parent n'est pas seulement normal mais désirable. Crowe (1985) va un peu dans le même sens en notant que la maternité est vue comme désirable par les femmes et que cela constitue un préalable à la participation à la FIV; cependant, Crowe interprète cela comme une adhésion à une idéologie dominante nocive pour les femmes, qui leur est imposée, alors que l'analyse de Greil porte davantage à concevoir ces normes sociales comme productrices de lien social, comme des attentes communes qui sont aussi partagées par les femmes. Cela expliquerait que les femmes infertiles puissent être conscientes des normes *et* considérer que leur désir n'est pas que le résultat des pressions.<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> L'infécondité involontaire ne peut être analysée comme certaines autres situations jugées déviantes au sens où les personnes concernées ne jugent pas leur état désirable (contrairement, par exemple, aux personnes sans enfant volontairement) et peuvent effectivement agir pour le modifier. D'ailleurs, s'il faut le préciser, c'est souvent en cherchant à concevoir que les personnes se rendent compte de leur problème: le

L'analyse de Greil met en évidence que la plupart du temps les normes entourant la procréation et l'identité féminine, dans les analyses, sont vues essentiellement comme des contraintes et moins comme suscitant une adhésion sincère, donc une participation active à leur reproduction fondée sur une réalité partagée (qui a du sens pour les personnes).

D'ailleurs, il est assez remarquable que les auteures qui critiquent la conception du désir d'enfant comme étant simplement un construit social ou comme le résultat des normes sociales tendent elles aussi à reproduire une distinction entre ce qui est «construit» socialement et ce qui est «réel» puisqu'elles insistent sur le fait que le désir des femmes infertiles est bien réel (entendre qu'il n'est pas un produit social).<sup>83</sup> Une certaine confusion règne assez souvent dans les explications relatives aux normes sociales en ce qu'on confond justement ce qui est social (les normes comme manifestation d'un travail de la société, construit social) avec des contraintes. Williams (1990) illustre cette confusion en distinguant les «motivations personnelles» au désir d'enfant des «motivations sociales», comme si les premières n'avaient rien de social. Ce qui n'a rien d'évident, qu'on en juge: les motivations personnelles identifiées dans sa recherche concernent l'amour des enfants, le désir de voir l'enfant grandir et de contribuer à son développement, le désir de donner de l'amour et des soins à un enfant, le désir de laisser quelque chose de soi dans le futur, le désir de se recréer dans un enfant, donner un sens à sa propre vie, recevoir un support affectif et concret dans la vieillesse, etc.; quant aux motivations sociales, elles ont trait à la parentalité comme part essentielle du mariage, à la formation d'une famille (un couple n'est pas une famille), à la féminité (la maternité comme part essentielle du rôle féminin). Il appert en fait que cette distinction porte une conception assez statique des rapports individus-société, conception par ailleurs très individualisante: l'individu est bon, la société ne l'est pas, il faut pouvoir se libérer de sa société (ce qui n'est pas sans rappeler les postulats de la culture et de la médecine occidentales identifiés par Gordon et rapportés au Chapitre 2). De là, on peut comprendre que des motivations qui apparaissent positives soient reléguées dans la section «personnelle» et que celles qui apparaissent comme étant (ou ayant souvent été) contraignantes le soient dans la catégorie

---

désir d'enfant est déjà là avant l'infertilité et ce désir n'est pas forcément accru quand le problème apparaît (il peut être fluctuant, néanmoins, surtout s'il y a de nombreux obstacles à franchir pour le réaliser).

<sup>83</sup> Par exemple: «Like the mid-twentieth-century medical clinicians who equated reproductive outcome with reproductive desire, some feminist writers equate women's desire for children with their oppression as women, viewing this desire and the anguish women feel when it remains unfulfilled *as socially constructed rather than authentically experienced.*» (Sandelowski, 1990: 498, mes italiques). Koch (1990) n'oppose pas cependant «socialement construit» à «réel»: elle soutient que le désir d'enfant des femmes n'est pas moins réel du fait qu'il soit un «construit».

«sociale».<sup>84</sup> On peut noter également qu'il semble insupportable, dans ce cadre de pensée, qu'on puisse *vouloir* être «dans la norme», «ordinaire». Ainsi, si généralement les analyses en termes de normes sociales servent à la critique des institutions normalisantes et contrôlantes (comme la médecine, les comités de bioéthique par exemple), elles ont pour effet de promouvoir en quelque sorte un sujet libre (les femmes infertiles recourant aux NTR sont contraintes à ce recours et devraient, idéalement, se libérer des contraintes et un signe de cette liberté serait de ne pas recourir aux NTR) sans reconnaître qu'il puisse y avoir une réflexivité dans l'adhésion à des normes sociales; la liberté apparaît ainsi absolument illusoire (et, tout compte fait, peu souhaitable) puisque, suivant cette ligne de pensée jusqu'au bout, elle signifierait un détachement total de l'individu par rapport aux «autres».

Les explications du recours aux NTR en termes de normes sociales, dans la mesure où elles montrent que le désir d'enfant est largement construit socialement, sont pertinentes évidemment. Il y a consensus, dans les écrits, sur le fait que le pronatalisme et la définition sociale de l'identité féminine accroissent les possibilités du recours au NTR. Cependant, comme toutes les personnes infertiles ne recourent pas aux NTR, comme plusieurs d'entre elles ont déjà des enfants - dans plusieurs cas même des enfants liés biologiquement au couple - il est hasardeux d'attribuer aux seules pressions à correspondre à ces normes le recours aux NTR pour toutes les femmes.

## Conclusion

L'ensemble des analyses portant sur le recours aux NTR mettent en évidence une structuration sociale de ce recours. D'abord, l'infertilité est un construit médical et social, à la fois produit des techniques et des sciences de la reproduction et produit de conditions sociales et façons de faire insérées dans la culture qui mènent à concevoir la fertilité et la procréation comme étant maîtrisables et programmables et, conséquemment, à concevoir les échecs à cette planification comme un problème relevant de la médecine. La médicalisation a transformé la façon d'appréhender l'infécondité involontaire en la définissant comme un problème principalement biologique et en la traitant comme telle, même dans les cas où le corps de la femme ne porte pas de lésions visibles. La prise en charge médicale et l'avènement des NTR ont modifié l'expérience de l'infertilité en

---

<sup>84</sup> Des chercheuses féministes ont noté une tendance, chez d'autres auteures féministes, à disqualifier le désir d'enfant des femmes en couple hétérosexuel en l'attribuant essentiellement au pronatalisme ambiant alors que les mêmes auteures semblent accorder plus de légitimité au désir d'enfant (non ou moins reconnu socialement) des femmes célibataires et lesbiennes, ce désir ne semblant pas, lui, être attribuable au pronatalisme et à des normes sociales (voir Denny, 1994).

accentuant son caractère «anormal» (du simple fait de sa prise en charge médicale) mais aussi en en faisant une condition potentiellement dépassable; l'infertilité équivaut de moins en moins à la stérilité si celle-ci signifie l'impossibilité d'avoir un enfant lié génétiquement aux parents. Le fait que l'infertilité soit un construit n'empêche nullement par ailleurs qu'elle soit «réelle» pour les personnes qui la vivent, souvent de façon souffrante à cause entre autres de la crise identitaire et cognitive qu'elle provoque.

Sur un autre plan, difficilement dissociable du premier, la structuration des NTR comme du recours à ces techniques est relative à l'imaginaire de maîtrise qui nourrit le monde moderne, cette maîtrise étant considérée comme un gage de liberté. La prégnance de l'idée du contrôle à exercer sur le corps, la fertilité, la vie est frappante dans la littérature. On la retrouve du côté de la médecine comme du côté des femmes infertiles. Le destin biologique disparaît lentement, il n'y a rien d'inscrit définitivement dans la nature des choses qui serait incontournable, *a priori* à tout le moins. Agir pour tenter de modifier un état indésirable semble être devenu une norme. La technique se présente comme un moyen pour ce faire en même temps qu'elle-même alimenterait le feu qui consume les limites.

Les désirs d'enfant, généralement préalables à tout recours à la médecine et aux NTR, sont formulés dans un contexte idéologique promouvant la parentalité et sont encadrés socialement par des normes. Celles-ci valorisent certaines formes d'engagement dans la parentalité tout en leur mettant des balises: il est préférable de procréer dans un couple hétérosexuel, de planifier le moment de la procréation, de limiter le nombre d'enfants. L'actualisation de ces désirs de fécondité se complexifie davantage quand la sphère de la production exerce des pressions en limitant pour les femmes le temps disponible pour procréer. Les délais de conception resserrés s'ajoutent à la forme rationalisée des projets procréatifs pour accentuer davantage le besoin de maîtrise et favoriser ainsi le recours à la technique dans un contexte où la famille idéale est constituée par la médiation du lien biologique. Si les difficultés d'actualisation des désirs d'enfant sont dues entre autres à la pression de la sphère de la production, c'est que les femmes par ailleurs ne sont plus seulement vouées à la maternité. Cependant, celle-ci demeure une dimension majeure de l'identité féminine.

Ces normes sociales entourant la procréation et favorisant la procréation - au moins pour les femmes en couple hétérosexuel - participent de la souffrance de l'infertilité parce que les personnes qui souffrent de leur état considèrent précisément ces normes comme légitimes. Ces normes mêmes ne constituent pas des contraintes pour elles, c'est l'infertilité qui constitue la contrainte, la barrière à abattre. Or la bataille menée pour

contrer l'infertilité est parfois elle-même considérée plus ou moins légitime quand elle requiert des moyens comme les NTR. Les personnes infertiles font face à des discours sociaux contradictoires à travers lesquels il semble difficile de faire comprendre leur situation et de faire valoir la légitimité des démarches entreprises. Et ce, particulièrement quand les normes sociales elles-mêmes et les contrôles sociaux qui leur sont associés se relâchent et que les formes familiales se diversifient.

Par ailleurs, les NTR seraient structurées intrinsèquement par des normes et valeurs promues par leurs producteurs dans un contexte androcentriste et pronataliste. Leur application est cohérente avec ces normes et valeurs en ce qu'on «traite» essentiellement des femmes - plutôt que des hommes -et certaines femmes, celles réputées être aptes à devenir mères. De la même façon, elles sont structurées et appliquées à partir des intérêts et objectifs particuliers de leurs producteurs (intérêts économiques, politiques, professionnels, visée de production et d'amélioration de l'espèce, visée d'exclusion des femmes de la procréation). De ces points de vue, les NTR sont déjà «remplies» sur le plan de leur sens.

Cette structuration sociale du recours aux NTR est souvent interprétée comme une preuve de l'absence de choix pour les individus qui recourent aux techniques. Ainsi, le contexte culturel, économique, médical, social dans lequel sont produites les NTR est présenté comme étant presque exclusivement contraignant, empêchant (de faire d'autres choix) plutôt que permettant (de faire des choix). Il semble n'avoir qu'une face, comme s'il était plat. Il n'y a pas de visions du monde qui s'affrontent, pas de résistance, pas de négociation, bref pas de *rappports* de pouvoir. Le recours aux techniques par les femmes semble ainsi être ordonné par une logique qui leur est intrinsèquement étrangère (au sens où elle ne pourrait pas aussi être partagée réellement par les femmes étant donné que leurs véritables intérêts ne peuvent s'y exprimer) ou bien par une logique uniforme et invisible qui leur est nuisible mais qu'elles reproduisent. Dans ce type d'explication, on semble promouvoir, implicitement, un idéal de liberté où l'individu serait détaché du social, l'absence de choix étant directement associée au fait même de la structuration sociale des choix. Or s'il n'y a pas de choix, il n'y a pas non plus d'actrices possibles.

D'un autre côté, la structuration sociale du recours aux NTR est plutôt vue comme étant constituée de représentations souvent partagées mais parfois contradictoires, d'intérêts divers, de rapports de force. De ce point de vue, il y a une activité possible; ce cadre d'interprétation permet de faire apparaître que des décisions sont prises par les femmes concernées à de multiples étapes du processus médical. Le fait que cette activité ne se

fasse pas dans un vacuum, dans un vide social, ne signifie pas, ici, qu'il n'y ait pas de choix d'effectué.

Toutefois, même chez les auteures qui considèrent que les femmes font effectivement des choix, on considère que le recours aux techniques, particulièrement la FIV, n'est sensé ou rationnel que parce que le calcul est rationnel étant donné la situation (pas idéale) où se trouvent les femmes. Les NTR, la FIV surtout, ne peuvent être investies d'un sens qui justifierait aussi le recours. Koch, qui raisonne à partir des divers types de rationalité, limite l'analyse au calcul effectué par les femmes, sans considérer les contenus de la FIV: les femmes mobilisent une rationalité subjective-émotive c'est-à-dire que le calcul n'est pas effectué sur la base des chances de succès réelles (au sens objectif ou technique du terme) mais plutôt il s'agit d'un calcul pour accéder au statut d'infertile (il leur faut faire la preuve de leur infertilité). De ce point de vue, le recours est considéré comme une action stratégique, le succès se mesurant à la réalisation de l'objectif. Ainsi, la FIV n'a de sens que par rapport à ce calcul. Ses contenus ne sont pas explorés ou sont considérés *a priori* comme non pertinents. On peut noter au passage que le but poursuivi par les femmes en FIV est (parfois) aussi la grossesse et de ce point de vue leur action semble irrationnelle, ne peut être incluse dans les catégories de la rationalité. Ouellette fait exception, jusqu'à un certain point, en voyant dans le suivi médical et certaines techniques (dont semblent exclues cependant l'IAD et la FIV) des contenus compatibles avec la réalité des femmes. De ce point de vue, il serait possible d'envisager que les femmes sont des actrices, font des usages divers des techniques pour atteindre des buts multiples *et* qu'il y a une possibilité d'appropriation des techniques également sur le plan symbolique (donc pas seulement pour atteindre un but dont le contenu est étranger aux techniques comme l'obtention du statut d'infertile).

On pourrait penser qu'il n'y a donc aucune différence entre cette approche et les précédentes. En effet, on pourrait penser que les contenus des techniques sont compatibles avec la réalité des femmes parce que les femmes ont intériorisé la culture technicienne, les normes sociales les vouant à la maternité et une vision androcentriste du monde. Il y aurait donc une évidence telle dans ce constat que le raisonnement semblerait circulaire et que le recours aux techniques irait de soi. Mais pour ce faire, il faudrait que ces éléments, structurant les techniques et le recours aux techniques, aillent tous dans le même sens, qu'il n'y ait pas de contradiction entre eux. Or si les techniques, par exemple, confirment que la procréation est le domaine des femmes du fait qu'on intervienne sur elles plutôt que sur les hommes - et en ce sens elles confirmeraient les normes sociales selon lesquelles la féminité est définie entre autres par la maternité - elles peuvent aussi modifier

la représentation habituelle ou traditionnelle de la maternité (en la faisant éclater en multiples dimensions, comme on l'a vu au point 3.2). Autre exemple: si la technique favorise le maintien du lien génétique comme base idéale de formation de la famille, d'un autre côté elle abolit ce lien nécessaire en permettant la circulation des gamètes et embryons. De la même façon, si l'application de l'approche biomédicale à l'infécondité modifie l'engendrement en en faisant un phénomène essentiellement biologique et ainsi est un signe de la réduction de la procréation à sa concrétude, les techniques utilisant des gamètes de tierces personnes ne doivent poser aucun problème; or ces techniques posent des problèmes dans certains cas parce qu'il n'est pas forcément indifférent que les gamètes proviennent d'une personne ou d'une autre; les gamètes ne sont donc pas que des choses objectives, ils sont encore chargés symboliquement et il semble qu'il puisse être difficile de les concilier avec les façons de faire traditionnelles ou habituelles. Autrement dit, les NTR dans leurs dimensions «techniques» sont une source de remise en question du caractère naturel ou habituel de la procréation, elles ne sont donc pas forcément compatibles avec les normes sociales traditionnelles ni avec ce qui constitue la réalité ou l'ordre naturel. Elles ne comportent donc pas en elles-mêmes de contenus arrêtés et définitifs et, en conséquence, elles exigent une activité d'interprétation permettant de les constituer comme des possibles. D'autant plus, d'un autre côté, qu'il n'est pas si clair que les éléments formant le cadre structurant le recours ne sont pas eux-mêmes objets de discussion et de débat dans la société.

Sur un autre plan, le cadre social comporte également une orientation vers l'action et l'idée que les individus décident, peuvent choisir et, plus encore, l'idée qu'ils *doivent* choisir. La résignation, le stoïcisme ou l'inaction sont des attitudes inacceptables. On pourrait ainsi se demander si l'activité déployée par les femmes dans les démarches entreprises n'est pas elle-même une sorte d'exigence. Si l'action peut consister à recourir aux techniques, elle peut également se traduire par l'adoption ou le renoncement à avoir des enfants. Etant donné le contexte pronataliste, l'importance des enfants du point de vue de l'affectivité et l'impératif technologique (qui joue avec le pronatalisme et la nécessité d'agir pour reprendre un contrôle sur sa vie), le recours aux techniques pourra se présenter, pour plusieurs femmes, comme une décision logique. On pourrait en fait concevoir cette action comme une inaction du fait de son encadrement social et du fait que les autres impératifs socioculturels et la représentation de l'infertilité comme un problème médical favorisent le recours à la médecine comme forme d'action, celle-ci devenant pratiquement un «réflexe» ou une simple habitude. Sur ce plan cependant il faut rappeler deux choses importantes:



1° l'infertilité est souvent vécue comme une crise identitaire et cognitive et 2° les NTR, comme l'adoption d'ailleurs, ne vont pas sans problème.

Ainsi, l'infertilité est vécue comme une déstructuration des évidences, si je puis dire, à partir desquelles les personnes fonctionnaient jusque là (l'évidence de la fertilité - sauf exception -, l'évidence d'avoir des enfants, d'avoir une famille, bref d'avoir une vie «normale»). Dans la mesure où la plupart de ces personnes voulaient avoir des enfants, il ne serait pas surprenant que la plupart s'organiserait pour conserver au moins cet élément de base de leur vie (telle qu'imaginée et planifiée) en adoptant ou en recourant aux techniques. La rupture du couple survient parfois mais, encore une fois, on peut penser qu'il y aura une tentative de conserver aussi cette base. On peut penser, pour résumer, qu'il y aura une tentative pour maintenir la réalité. Mais les moyens pour ce faire, si le recours à la médecine est l'action entreprise, ne vont pas forcément de soi.

Les «évidences» comportaient aussi une façon de faire des enfants. Dans les générations actuellement en âge de procréer, cette façon de faire équivaut à cesser la contraception et à avoir des rapports sexuels avec son conjoint (et généralement pas dans un lit d'une clinique médicale...). Les traitements médicaux traditionnels (chirurgie, hormones) modifient cette façon de faire mais pas dans sa nature même si je puis dire; il y a toujours un rapport sexuel, il n'y a pas de transfert de gamètes ou d'embryons, l'intervention médicale se produit en amont de la procréation. Les NTR sont, de ce point de vue, des techniques extraordinaires: non seulement sont-elles peu banales, méconnues, risquées, coûteuses, exigeantes, etc., mais, de plus, l'enfant est «fait», en partie, par la médiation de la technique, de médecins, de biologistes, dans une clinique, parfois en utilisant des gamètes d'autres personnes. Il ne va donc pas de soi de recourir aux NTR, si ce n'est que parce qu'elles impliquent des procédés qui ne sont pas naturels (au sens d'habituels). La planification de l'enfantement qu'elles comportent et qui constituerait un élément permettant de les concevoir comme «possibles» n'est justement qu'un aspect des techniques.

Ces constatations doivent être reliées à la question de l'exigence d'activité et de décision. S'il n'y a pas d'évidence, il faut construire le recours aux NTR comme un «possible», il faut qu'il puisse être inséré dans la réalité; ensuite, dans un contexte où il faut montrer qu'on agit et qu'on maîtrise (ou qu'on cherche à maîtriser) sa vie, il faut pouvoir aussi montrer aux autres que ce recours est sensé, il faut pouvoir mobiliser des arguments valables, compréhensibles (qui soient tels pour soi et pour les autres). Or les NTR n'emportent pas une totale adhésion, elles ont fait l'objet de débats publics rapportés par

les média de toutes sortes (journaux quotidiens, magazines populaires, magazines de vulgarisation scientifique, revues spécialisées, télévision), elles ont fait l'objet de romans, de films (documentaires et fictions). Curieusement, dans la littérature, je n'ai vu nulle part de références à ces éléments qui pourraient jouer dans la structuration du recours, mises à part les analyses de Vandelac et Franklin qui ont plutôt mis l'accent sur les dimensions peu critiques du traitement médiatique des NTR. Mais ces auteures n'ont pas analysé les interventions publiques critiques des NTR<sup>85</sup> qui ont pourtant été nombreuses dans les dernières années, à la faveur entre autres des commissions d'enquête (dont la Commission royale sur les nouvelles techniques de la reproduction au Canada) ou de colloques internationaux (dont celui organisé par le Conseil du statut de la femme et tenu à Montréal en 1987). De plus, des romans populaires (tels que *Le meilleur des mondes* de Aldous Huxley, *Naissance sur ordonnance*, de Robin Cook) ou le film du Québécois Robert Favreau *Portion d'éternité*, sorti en 1989 (dont l'actrice principale a remporté le prix d'interprétation au Festival des films du monde de Montréal), sont très loin de constituer des éloges de la médecine de la reproduction; bien au contraire, les NTR y sont présentées comme des techniques dangereuses, pratiquées par des médecins délirants ou comme des instruments dans les mains de despotes.<sup>86</sup> Or si des personnes ont pu être attentives à ces débats et publications, on peut penser que ce sont précisément les personnes ayant des problèmes de fertilité. Par ailleurs, la vogue du «naturel» et des médecines «douces», les critiques adressées à la médecine (aussi présentes dans la sphère publique que son éloge) pourraient également faire partie du cadre social qui structure le recours aux techniques. L'ensemble de ces éléments pourrait rendre plus compliquée la justification du recours aux NTR. A tout le moins, peut-on penser, ils peuvent rendre d'autant plus nécessaire l'activité réflexive.

En bout de ligne, ce qui me semble important de faire ressortir des écrits consultés c'est d'abord la structuration sociale du recours aux techniques principalement caractérisée par les éléments suivants: l'approche biomédicale comme cadre d'interprétation de l'infécondité involontaire, la forte orientation vers l'action plutôt que l'inaction et, ce qui y est lié, la prégnance de la maîtrise à exercer sur la fertilité, sur son corps et sa vie en général, l'importance majeure de la maternité comme dimension de l'identité féminine et le pronatalisme valorisant l'enfant et la parentalité. Ensuite, il faut retenir que toutes les

<sup>85</sup> Celles de militantes et chercheuses féministes, de leaders religieux, d'éthiciens, de biologistes et autres scientifiques, etc.

<sup>86</sup> Dans son roman *Naissances*, la populaire auteure de *best-sellers*, Danielle Steel, ne procède pas à une critique des NTR mais ne les présente pas non plus comme une panacée et les place sur le même pied que l'adoption. Si le point de vue général est plutôt traditionnel, en ce qui concerne la maternité entre autres, la façon dont elle «parle» des techniques ne constitue nullement une propagande en leur faveur.

personnes infertiles ne recourent pas aux NTR, soit parce qu'elles parviennent finalement à procréer sans avoir à recourir à ces moyens, soit parce qu'elles n'ont pas accès aux techniques qui seraient appropriées pour leur problème, soit parce qu'elles préfèrent adopter ou, plus rarement, rester sans enfant ou rompre l'union conjugale inféconde. Les personnes qui recourent aux NTR, surtout les femmes, sont généralement actives dans le processus médical et cette activité se traduit par une cueillette d'information avant et pendant les traitements, par des négociations avec les médecins quant au traitement et au nombre d'essais, etc. Il semble difficile de soutenir qu'elles recourent aux techniques à cause de pressions de leur conjoint (à tout le moins pour les femmes sur qui portent le plus souvent les recherches, c'est-à-dire des femmes de classe moyenne, blanches, scolarisées). Les femmes peuvent rencontrer des pressions pour ne pas recourir aux traitements ou pour les interrompre.

L'analyse des explications données au recours aux NTR montre que celles qui appréhendent la question en considérant la structuration sociale du recours comme étant unilatéralement contraignante ne sont pas satisfaisantes. D'abord, elles ne parviennent pas à prendre en considération l'activité - constatée - des femmes et donc leur statut d'actrices, les traitant comme si leur activité était un signe de leur aliénation ou de leur oppression et comme si une seule vision du monde était valide. Ensuite, elles considèrent les NTR comme étant univoques sur le plan de leur contenu (renouvelant l'essentialisme qu'elles voulaient éviter) et traitent la rationalisation - constatée entre autres dans la volonté ferme de maîtrise - comme étant forcément réifiante, réduisant la rationalité ou la réflexivité à la rationalité instrumentale. Enfin, elles minimisent l'assouplissement des normes sociales et des contrôles et la diffusion de discours opposés aux NTR tout en créant une suspicion à l'endroit des désirs d'enfant des personnes infertiles (qui seraient seulement dépendants des normes et pressions).

Les paramètres sociaux entourant le recours aux NTR devraient plutôt être conçus comme constitutifs d'un cadre dans lequel et à partir duquel les acteurs circulent et dans lequel les NTR sont construites comme pouvant constituer des possibles légitimes ou illégitimes, comme des objets servant des fins multiples tout autant pour leurs producteurs que pour les utilisatrices, des fins par ailleurs pouvant être non directement inscrites dans les techniques. Ce point de vue permet de tenir compte des femmes en tant qu'actrices et de reconnaître la validité de leur expérience sans faire abstraction des contraintes entourant leur activité mais sans non plus faire abstraction des ressources que peuvent constituer, sur une autre face, ces contraintes. Il permet aussi, ce qui y est lié, de tenir compte des conditions actuelles des sociétés modernes où les savoirs produits - ce qui inclut les

savoirs médicaux sur les phénomènes, les techniques et les savoirs critiques sur la médecine et les techniques entre autres - circulent et font eux-mêmes partie de la société c'est-à-dire de la réalité des femmes.

## CHAPITRE 4 CADRE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

### Introduction

L'intérêt général qui guide la recherche concerne la rationalisation du savoir de sens commun ou profane portant sur des objets construits dans le cadre de systèmes de connaissance experte. La recherche elle-même porte sur la connaissance des nouvelles techniques de la reproduction chez des femmes faisant face à des difficultés relatives à la procréation. L'objectif ne consiste pas à expliquer le recours aux techniques en soi. Il s'agit plutôt de cerner la connaissance des techniques et, par là, la «possibilité» du recours, donc les sens qui sont donnés aux techniques permettant de rendre le recours possible ou sensé ou, à l'inverse, empêchant cette intégration, et de qualifier cette connaissance ou ces sens en termes de rationalisation.

Ce point de vue implique de poser *a priori* les NTR comme des objets relativement indéfinis, comme des objets encore à construire ou, autrement dit, comme des objets «problème». Il s'agit donc d'une posture opposée à celle qui considère *a priori* les NTR comme des objets appartenant à la médecine et ne pouvant être sortis de leur univers de référence d'origine.

La théorie des représentations sociales élaborée par S. Moscovici - reprise et enrichie par d'autres chercheurs qui ont travaillé dans son sillage - est appropriée pour cette recherche. Comme on le constatera rapidement, elle est en congruence avec d'autres théories sociologiques (ou psychosociologiques) de la connaissance. L'intérêt qu'elle présente tient surtout au fait qu'elle vise précisément à appréhender les processus par lesquels des objets «ésotériques» (souvent issus de la sphère technoscientifique) sont intégrés dans ce qu'on pourrait appeler le sens commun ou, pour reprendre un terme de Maffesoli (1985), la «connaissance ordinaire».

Dans ce qui suit, je présenterai d'abord les éléments de la théorie pertinents pour la présente recherche. Ensuite, j'exposerai brièvement comment cette théorie peut être en cohérence avec la problématique générale de la thèse présentée au Chapitre 1 (sur la rationalisation). Enfin, je préciserai les hypothèses de la recherche.

## 4.1 Une théorie de la connaissance commune dans le contexte de la modernité

### 4.1.1 Préalable de la connaissance: la pertinence ou l'objet-problème

La connaissance implique un «qui» (sujet de connaissance), un «quoi» (objet de connaissance) et une médiation, un rapport, un mouvement du qui au quoi. Le «qui» renvoie à un sujet individuel ou collectif dont la position sociale définit une zone de «pertinence» (Schutz, 1987) à partir de laquelle des objets ou parties d'objets (le «quoi») seront appréhendés et d'autres non. «[Only] phenomena and events which concern us, and actually require us to develop a theory about them, can become an object of social representation.» Galli et Nigro (1987: 547) reprennent par là la première condition de l'émergence des représentations sociales telle qu'énoncée par Moscovici: le besoin de former une représentation se fait sentir devant un objet non seulement étranger mais un objet «ésotérique» (comme la science), dérangeant ou menaçant au sens où il y a risque de «court-circuit» dans la communication, au sens où la connaissance du monde que l'on a est perturbée (Moscovici, 1976a; 1988a: 235). On connaît à partir de là où l'on est. Cela n'est pas caractéristique de la connaissance profane, ce l'est de la connaissance tout court; le rapport aux valeurs chez Weber (1965) a également ce sens: tout n'est pas intéressant à connaître, il y a une sélection à partir d'un point de vue. On peut noter ici la proximité de la théorie de Moscovici de celle de Berger et Luckmann (1966) et de Schutz en tant que théories de la connaissance de sens commun.<sup>1</sup>

La zone de pertinence ne doit cependant pas être conçue de façon trop restrictive. Ce n'est pas parce qu'on n'a pas affaire directement à une chose qu'on ne la connaîtra pas, qu'on ne constituera pas une représentation de cette chose. Si une théorie (ou une technique) est l'objet de controverses sociales, le fait d'être l'objet de questions pour divers groupes sociaux rend la chose connue à divers degrés, la rend objet possible de représentations par sa seule présence dans la zone du *hic et nunc* (pour reprendre l'expression de Berger et Luckmann) des membres d'une société. Il faut, en d'autres termes, que l'objet pose un problème pour lequel une explication est exigée.

---

<sup>1</sup> Si Moscovici a élaboré sa théorie dans les cadres disciplinaires de la psychologie, il n'est pas du tout abusif de voir dans cette théorie une sociologie de la connaissance comme l'ont noté plusieurs auteurs qui y ont vu une parenté certaine avec celle de Berger et Luckmann (Jodelet, 1991; Jahoda, 1988; Farr, 1987). De plus, Moscovici s'est inspiré des écrits de Durkheim sur les représentations collectives; si la ressemblance des concepts rend évidente cette source d'inspiration, on verra plus loin que Moscovici, tout en reconnaissant sa dette à l'endroit de Durkheim, s'en dissocie relativement.

Si chaque pôle du rapport impliqué dans la connaissance (le qui et le quoi) est essentiel, si le système de pertinences est un préalable à ce rapport, ce qui est plus important ici c'est le rapport justement, le processus par lequel ce rapport est établi. Le processus de représentation constitue cette liaison ou cette médiation.

#### **4.1.2 La représentation sociale: processus d'appropriation d'objets et résultat**

D. Jodelet définit la représentation sociale comme «une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.» (Jodelet, 1991: 36). Je reviendrai plus loin sur ce qu'il faut entendre par «socialement élaborée et partagée» et par «réalité commune à un ensemble social». Si l'on suit Jodelet plus loin, elle ajoute que les représentations sont à la fois une forme de connaissance et un contenu, un processus et le produit «d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychologique et sociale de cette réalité.» (Idem: 37).

Se représenter renvoie au processus, à une action. Jodelet parle d'une «activité d'appropriation». L'idée d'appropriation indique une action faite sur une chose extérieure à soi, qui ne nous appartient pas *a priori* en propre, naturellement. La notion d'appropriation peut également connoter le «vol» ou, en tout cas, l'illégitimité. C'est bien là, d'ailleurs, l'idée développée par M. de Certeau (1979, 1980) lorsqu'il utilise la métaphore du braconnage pour expliquer comment les profanes produisent du sens *sur* (un sur-sens en quelque sorte) des objets existants, produits par les producteurs légitimes qui ont leur «lieu propre».<sup>2</sup> S'approprier, c'est faire sien un objet. Au-delà de la métaphore, l'appropriation me semble être le terme adéquat pour bien rendre l'idée de la «distance», pour reprendre la notion de Dumont (1968), distance construite éventuellement entre les sphères d'expertise et la sphère dite sociale par les profanes<sup>3</sup>, pour rendre l'idée de l'action

---

<sup>2</sup> Les écrits de M. de Certeau auxquels je réfère ont une connotation politique, si je puis dire, en ce que l'auteur présente les pratiques de «braconnage» comme les actions (tactiques) des dominés leur permettant de résister à l'envahissement de la logique technocratique des dominants et en ce que la préoccupation de montrer ces actions, de rendre visible ce qui est plus souvent rendu invisible (au profit des actions des dominants) renvoie à une action dans le champ de la part même de l'auteur. Ma démarche, de ce dernier point de vue, pourrait également être qualifiée de «politique» en ce qu'elle s'inspire de préoccupations semblables.

<sup>3</sup> A première vue, on pourrait penser que la connaissance est davantage distance franchie que distance produite (c'est ce que l'on perçoit généralement de l'apprentissage vu comme l'acquisition de connaissances déjà constituées). Mais de la même façon que la connaissance savante produit ses objets à travers une mise à distance du donné, la connaissance profane se produit également à travers une mise à distance de ce donné que constituent les objets de la connaissance savante. C'est du moins une hypothèse que l'on peut déduire de la théorie des représentations sociales. Voir le point 4.1.5, *infra*.

des profanes sur les productions des experts. Aussi on peut, à la suite de Jodelet, considérer l'appropriation comme synonyme, en quelque sorte, du processus de représentation.

En quoi consiste ce processus de représentation? Moscovici a placé au centre de sa théorie l'explication de deux processus présidant à la formation des représentations: l'objectivation et l'ancrage.

L'objectivation consiste à donner un caractère presque concret à une chose abstraite (une théorie scientifique, un concept, une notion, etc.). Moscovici (1976a) a décortiqué l'objectivation en trois sous-processus: la sélection ou «construction sélective» (Jodelet, 1989; 1991), la schématisation et la naturalisation. La sélection renvoie à la première étape de la connaissance comme je l'ai décrite plus haut. Il s'agit du procédé par lequel on retiendra une partie seulement de l'objet à représenter, une partie de ses propriétés selon ce qu'on a appelé le système de pertinences (selon la position sociale du sujet, son *hic et nunc*, le degré d'implication face à l'objet, etc.). Herzlich (1972) a noté qu'à cette étape, on assiste à une «décontextualisation» des éléments choisis, ce qui permet de les «refondre librement», autrement qu'ils ne l'étaient dans le référent (l'objet à représenter). La schématisation consiste à lier les éléments retenus en une structure qui leur donne une cohérence. La structure ainsi constituée est appelée schéma figuratif ou noyau de la représentation (Flament, 1991). Elle comprend les éléments sélectionnés et surtout leurs relations; elle est donc la «théorie imagée», ce qui est censé être organisateur, explicatif. Enfin, la naturalisation achève justement l'objectivation. Le nouvel objet constitué à partir de la sélection à travers l'articulation des éléments retenus est rendu objectif, rendu à un état de presque «nature»: telle chose *est* cela.<sup>4</sup> A cette étape, l'objet devient en quelque sorte autonome de son référent.

Le second processus de formation d'une représentation, l'ancrage, opère en deux temps. En «amont», comme le mot l'indique, l'ancrage est ce par quoi l'objet représenté est «enraciné» dans un «déjà-là pensé» (Jodelet, 1991), dans un système de pensée préexistant. Par l'ancrage, on met le nouvel objet en rapport avec les valeurs existantes, avec un ordre déjà présent. Il acquiert ainsi un sens, c'est-à-dire par le fait qu'il soit mis en rapport justement avec ce qui est déjà connu, expérimenté et avec ce qui est accepté comme pouvant être «réel» (ou ce qui est institué). Dans un second temps, en «aval», l'ancrage joue dans le sens d'une modification de ce qui est déjà là. Reprenant un exemple

---

<sup>4</sup> Le sens d'«objectivation» ici se rapproche du sens donné au même terme par Berger et Luckmann (1966), c'est-à-dire le processus par lequel on rend un objet «réel», par lequel on construit la réalité.



tiré de l'étude de Moscovici sur la psychanalyse (1976a), Jodelet (1984: 375-376) explique:

«Quand, pour comprendre ce qu'est la cure psychanalytique, on la compare à la confession, on la déforme pour l'intégrer dans un univers de référence connu, mais la confession n'en est pas moins modifiée. S. Moscovici parle de 'conversions' d'expériences, de perceptions qui vont conduire à une vision nouvelle. Les concepts analytiques vont oeuvrer en tant que catégories de langage, introduisant un autre ordre dans l'environnement, devenant des instruments naturels de compréhension qui rendent les autres caducs.»

Aussi note Jodelet (1991: 56), en aval, l'ancrage est «en continuité avec l'objectivation» en ce sens qu'il donne au savoir constitué une valeur fonctionnelle pour comprendre et agir. L'ancrage est une «instrumentalisation du savoir». La représentation sociale est en effet une connaissance pratique; ses modes de constitution (objectivation et ancrage) le rappellent mais cela signifie aussi qu'elle est sous-tendue par une intention, un pourquoi auquel répondre (Dumas et Gendron, 1991). Les deux processus ne se conçoivent pas indépendamment l'un de l'autre ni non plus sans la considération d'un «qui» placé dans une situation qui exige la formation d'une représentation. Ce «qui» *en situation* est déterminant de la sélection et par suite de la schématisation des éléments centraux de la représentation; or cette procédure menant à la constitution d'un noyau central ne peut être détachée d'une finalité ou intention du «qui» placé dans telle situation (Abric, 1988 in Gendron, 1996). On peut mieux comprendre que la représentation sociale soit un processus ayant une fonction cognitive mais également une fonction expressive. Jodelet, dans une critique adressée à la psychologie cognitive, exprime bien ce trait: «[l'isolationnisme cognitif de la psychologie cognitive] focalisé sur *ce qui est connu et comment c'est connu*, ne dit rien de *celui qui sait* et *d'où il sait*.» (1989: 43, italiques de l'auteure).

D'un autre côté, les processus de formation des représentations permettent de comprendre en quoi le processus de représentation en est un d'«appropriation de la réalité extérieure», pour reprendre les mots de Jodelet. Il y a appropriation dans le sens de l'établissement d'un rapport à un objet et d'une transformation de l'objet à partir d'éléments de ce qu'on pourrait appeler une «culture première» (Dumont, 1968), de l'expérience passée, etc. Il y a appropriation également au sens où, en rendant réel l'objet créé, on le fait jouer (l'ancrage dans sa seconde étape) comme une chose à soi dans un cadre qui n'était pas nécessairement le sien au départ, ce qui se produit, par exemple, dans les transferts de concepts et d'images d'un domaine à un autre (Moscovici 1988a: 235). Par ailleurs, on peut comprendre par là en quoi, par la représentation, on assiste à une production d'une

distance (ou pourquoi la représentation se fait dans la distance), de la même façon que la connaissance scientifique et technique, comme l'explique Dumont (1968), se forme en rupture, en créant une distance avec la culture première. L'objectivation crée cette distance.

#### 4.1.3 Des représentations «sociales»

Dans sa définition des représentations, Jodelet (1991) souligne qu'il s'agit d'une connaissance «socialement élaborée et partagée» qui concourt à la «construction d'une réalité commune à un ensemble social». Qu'est-ce que cela veut dire précisément? Dans la littérature sur la théorie des représentations sociales de Moscovici, la question du caractère social des représentations a suscité des critiques. Celles-ci ont souvent été faites sur la base du refus de Moscovici de conserver l'appellation «représentation collective» qu'avait donnée Durkheim aux phénomènes d'idéation collective.

Moscovici, je l'ai déjà noté, reconnaît dès ses premiers écrits sa dette envers Durkheim dont il s'est inspiré pour construire sa notion de représentation sociale. Si, néanmoins, il rejette l'appellation «collective» c'est, écrit-il (1988a: 218-219), que le concept durkheimien est trop statique. Il s'appliquerait aux sociétés «primitives» mais non aux sociétés modernes, les premières étant marquées par l'uniformité et les secondes par le pluralisme; les représentations dans les premières seraient constituées par des autorités et s'imposeraient - presque au sens politique du terme - à tous les individus alors que, dans les secondes, les représentations seraient générées et se transformeraient à travers les interactions donc seraient le résultat d'un processus créatif plutôt que d'une imposition.<sup>5</sup> Par ailleurs, Moscovici rappelle que la notion de représentations collectives chez Durkheim s'oppose à celle de représentations individuelles et se rapporte donc à l'opposition individu/société de laquelle a tellement discuté Durkheim pour établir la discipline et la distinguer de la psychologie.<sup>6</sup> On peut penser d'ailleurs que ce projet de Durkheim n'était pas indifférent à Moscovici, lui qui semble chercher plutôt à penser «l'interdépendance et l'interfécondation entre individu et société» (Dumas et Gendron, 1991: 164) à travers son approche des représentations sociales.<sup>7</sup> On peut ainsi comprendre pourquoi, selon

---

<sup>5</sup> En attribuant au sens commun des sociétés modernes un caractère différent de celui des sociétés anciennes, Moscovici évite de poser les choses au plan de l'«essence»; il marque le caractère historique (et donc social) des modes de connaissance, de la pensée.

<sup>6</sup> Voir Durkheim (1967/1898) «Représentations individuelles et représentations collectives».

<sup>7</sup> Dans *La machine à faire des dieux* (1988b), il expose les bases psychologiques de théories sociologiques chez Durkheim et Weber. En fait, l'insistance de Durkheim sur les distinctions entre individu et société et entre la psychologie et la sociologie rend opaque ce qui semble être la visée durkheimienne selon Moscovici, à savoir la recherche de fondements pour ce qui serait une psychologie sociale. Moscovici cite

Moscovici, l'opposition entre représentations individuelle et collective ne serait pas la plus pertinente pour classer les types de représentations. Selon lui, la distinction représentation collective/représentation sociale est plus importante. Outre leurs processus de formation, elles se distinguent sur le plan de leur fondement, le sens commun moderne - les représentations sociales - se formant à partir de la science au lieu de l'inverse comme c'était le cas auparavant. C'est ce d'ailleurs pourquoi la psychologie sociale serait «l'anthropologie du monde moderne» (Moscovici, 1987). Je reviendrai plus loin sur cet aspect de la théorie.

Bien que Moscovici se soit expliqué sur les motifs qui l'ont poussé à modifier le concept de représentation collective, certains critiques n'ont pas semblé convaincus par ses arguments. Pour plusieurs, c'est l'esprit plus que la lettre de l'idée durkheimienne qui n'est pas respecté et, du même coup, la notion de représentation sociale perdrait son caractère sociologique, du point de vue de la tradition durkheimienne en tout cas. Sa théorie relèverait d'une conception davantage individualiste que holiste de la société. Markova et Wilkie (1987), Parker (1987), Harré (1984) ont tous reproché à Moscovici sa tendance individualiste (d'autant qu'il entend dépasser le réductionnisme individualiste en psychologie). Harré voit dans les représentations dites sociales de Moscovici des représentations individuelles qui sont partagées et non des représentations produites par un groupe social. Selon Harré, ce sens donné à «social» renvoie à une *distributive plurality* plutôt qu'à une *collective plurality* (où le groupe serait autre chose que la somme des individus qui le forment).

En fait, dans les écrits de Moscovici, on peut constater une certaine confusion en ce qui a trait au caractère social des représentations. Malgré ce qu'en disent ses critiques, et malgré son propre aveu d'une plus grande proximité avec Weber et Simmel qu'avec Durkheim chez qui les rapports individu/société sont trop mécaniques de son point de vue (Moscovici, 1987), il penche parfois vers une conception du social que l'on pourrait qualifier de holiste (tradition durkheimienne), parfois - et il est vrai plus souvent - davantage interactionniste. Ainsi, il écrit (1976a: 72) qu'au niveau «superficiel», les représentations sont sociales parce qu'elles sont des représentations de groupes sociaux, que ce sont des propositions émises par l'«opinion publique» (on ne peut pas dire qu'il

---

un extrait d'une lettre de Durkheim à Bouglé (1895): «Encore une fois, je n'ai jamais songé à dire qu'on pouvait faire de la sociologie sans culture psychologique, ni que la sociologie fût autre chose qu'une psychologie... Un phénomène de psychologie individuelle a pour substrat une conscience individuelle, un phénomène de psychologie collective un groupe de consciences collectives.» Et Moscovici d'ajouter: «Voilà une proposition extraordinaire, compte tenu des opinions qui ont cours aujourd'hui.» (1988b: 134)...

pêche par excès de précision...). Dans un article de 1988, qui constitue une longue réplique à Jahoda (1988), Moscovici explique encore que les représentations sont sociales parce qu'elles ont une autonomie, une autorité et s'imposent ainsi aux individus. Ce dernier argument est apparemment plus proche de la conception durkheimienne du social, mais en même temps on peut constater qu'il semble contradictoire avec la distinction faite par Moscovici entre les représentations collectives et sociales; il faut cependant rappeler que c'est au plan des processus de formation qu'elles se distinguent. Néanmoins, le fait d'attribuer le caractère social à l'existence d'une contrainte laisse penser que pour Moscovici le social n'est pas réductible à la somme des individus. Ailleurs encore, Moscovici écrit que les représentations sont sociales parce qu'elles sont produites et acquises par la communication, les interactions, élaborées dans des processus d'échange (Moscovici, 1991). Cette explication relève plus clairement d'une perspective sociologique interactionniste. Ainsi, on pourrait comprendre que les représentations sont sociales parce qu'elles ne sont pas constituées de façon isolée par des individus mais plutôt dans les interactions, qu'elles soient conflictuelles ou consensuelles comme l'a montré Windisch (1991).<sup>8</sup> En fait, si l'on fait un bilan, il appert que le caractère social des représentations dépend à la fois de la communication qui détermine la représentation et qui permet d'agir par la suite sur cette base (Dumas et Gendron, 1991) *et* du fait que la représentation se forme en recourant à ce qui est «déjà là». Or ce «déjà là» n'est pas autre chose que ces évidences partagées avec d'autres, ce que Berger et Luckmann appellent la réalité qui prend sa source dans l'intersubjectivité. De plus, une fois formées, les représentations contribuent elles-mêmes à la constitution de la réalité. Ce dernier point est sans doute ce qu'il faut comprendre quand Moscovici explique que les représentations sont sociales parce qu'elles ont une autonomie: elles deviennent autonomes au bout du processus de formation (objectivation), elles deviennent ce qui est (donc la réalité) et par là acquièrent une force contraignante pour les individus à qui elles apparaissent comme une chose aussi réelle que la réalité physique.

On peut noter cependant que la façon dont on parle du «social», dans des écrits sur les représentations sociales, est parfois irritante pour le regard sociologique. Ainsi Jodelet par exemple écrit que les processus d'objectivation et d'ancrage «donnent le moyen de penser *l'intervention du social* dans l'élaboration cognitive (...).» (1989: 47, mes italiques). On retrouve ailleurs encore (1984: 360) ce type de formulations (où le social «intervient») qui

---

<sup>8</sup> Coser (1956) a exploré ce phénomène de la fécondité des conflits du point de vue social et, avant lui, son inspirateur Simmel avait déjà observé que le conflit était au fondement même de la société. L'ouvrage de Coser montre clairement qu'une sociologie interactionnelle n'est pas forcément consensuelle (si par là on entend une sociologie postulant le consensus au fondement des rapports).

laissent supposer que la société constitue une entité extérieure agissant sur une surface qui existe de façon autonome. Je ne veux nullement laisser entendre que l'individu n'«existe» pas, ni non plus qu'il est entièrement déterminé par la «société» et est en quelque sorte une espèce d'automate guidé par une invisible main sociale. Ne pas adhérer à une telle conception ne signifie pourtant pas qu'il faille voir l'individu comme une entité cernable en dehors d'un temps et d'un espace donnés, comme une «nature» que l'on pourrait, en cherchant bien, trouver encore «intouchée» en quelques zones par son inscription dans des relations avec d'autres. De même que cela ne signifie pas qu'il faille voir la société comme une «chose» qui pourrait exister sans l'action des individus.

Or, si chez Jodelet les choses semblent être présentées de façon quelque peu mécanique, chez Moscovici on ne perçoit pas une telle tendance, une telle rupture entre individu et société. Aussi son regard serait en un sens plus sociologique que celui d'autres auteurs ayant discuté des représentations sociales. En fait, le point de vue est plus clairement psychosociologique (en un mot, signifiant bien l'interrelation entre deux domaines généralement distingués). J'écris «plus clairement»... bien que le point de vue psychosociologique semble encore devoir être élaboré et clarifié. C'est l'adoption d'un tel point de vue qui sème une sorte de confusion entre ce qui apparaît encore comme des genres distincts (individu/société).

Un dernier point mérite qu'on s'y arrête avant de clore cette discussion sur le caractère social des représentations. J'ai fait référence ci-haut aux propos de Windisch selon qui les interactions impliquées dans la formation des représentations pouvaient être tout autant conflictuelles que consensuelles. Cependant, Moscovici nomme «univers consensuel» l'univers du sens commun auquel contribuent les représentations sociales et Jodelet, comme on l'a vu, utilise les termes «réalité commune à un ensemble social» (ce qui sous-entend un consensus). Il y a donc une certaine confusion qu'il faut tâcher de dissiper, en autant que c'est possible, sur le lien qui semble être établi entre social et consensus dans la théorie des représentations sociales.

Potter et Litton (1985) remarquent une tendance à mettre un accent particulier sur le consensus dans quelques études empiriques sur les représentations sociales, peut-être moins à l'échelle d'une société entière qu'à celle de groupes sociaux. Les deux auteurs notent, suite à l'examen de ces recherches, que les groupes y sont traités comme des phénomènes naturels (un donné) et que leur existence y est validée par le consensus, une représentation partagée. En fait, dans ces études on présupposerait le consensus, ce qui mènerait à «déguiser» la diversité à travers les procédures d'analyse. Si cette tendance est

en effet observable, il n'est cependant pas si clair qu'elle soit inhérente à la théorie; en fait, le flou entourant certains aspects de la théorie<sup>9</sup> laisse une marge de manoeuvre sur ce plan.

Néanmoins, l'appellation «univers consensuel» laisse penser que chez Moscovici il y a une tendance intégratrice - de la même façon d'ailleurs mais peut-être moins accentuée que chez Berger et Luckmann (et Durkheim). L'univers consensuel cependant s'oppose ici à l'«univers réifié»; la distinction oppose des types de savoir, elle n'oppose pas consensus à diversité ou à conflit. Il y aurait d'un côté le sens commun et, de l'autre, la connaissance technoscientifique (l'univers réifié). Si l'on peut admettre que, grossièrement, cette division est observable, il n'en reste pas moins que «le» sens commun peut sembler inaccessible (inexistant) dans un univers complexe et hyperdifférencié d'une part et dans un univers largement connu - et probablement vécu - comme un ensemble de ruptures et de conflits (autant sur le plan matériel que sur celui du sens, en autant qu'on puisse dissocier les deux). Ce ne serait cependant pas rendre justice à Moscovici de lui prêter une vision aussi unitaire du sens commun; il ne prétend pas que l'univers consensuel n'est pas lui-même constitué de multiples représentations d'un même objet, autrement dit que le sens commun n'est pas, du point de vue de son contenu, pluriel.<sup>10</sup> Des représentations sociales d'un même objet partagent les caractères de ce qu'il définit comme des représentations sociales *en termes formels*, c'est-à-dire que les représentations sociales seraient toutes du même type en tant que forme de savoir.

Si, parmi ces caractéristiques de l'univers consensuel, on retrouve ce qui fait des représentations des représentations «sociales» et si ceci implique en effet, dans la théorie, un certain consensus (ce qui donne son caractère de réalité à une chose, c'est-à-dire le fait que d'autres que soi-même la partagent et agissent de façon à la maintenir, ce par quoi la représentation sociale constitue un lien), il ne s'ensuit pas forcément une uniformité des représentations. A ce titre, Doise (1985: 249) souligne que Moscovici ne considère pas «le consensus comme une caractéristique essentielle du fonctionnement ou du produit des représentations sociales. Si la *propagation* peut résulter dans une pression vers

---

<sup>9</sup> Théorie qui, soit dit en passant, me semble parfois davantage appartenir à la catégorie «approche» que «théorie» si on entend par là un ensemble de concepts clairement définis et articulés entre eux de façon à fournir les bases d'une explication. Que Doise (1985) qualifie le concept de représentation sociale de «notion carrefour» me semble confirmer ce trait, de la même façon d'ailleurs que la diversité des types de recherches recourant à la notion. Cependant, depuis la première grande esquisse de sa théorie par Moscovici (1961/1976a), des efforts notables de précision ont été fournis, de sa part comme de celles d'autres chercheurs, notamment à propos des processus de formation.

<sup>10</sup> Les processus de formation des représentations sociales, tels que décrits précédemment, impliquent presque nécessairement des différences dans les représentations selon les groupes ou individus.

l'uniformité, 'il n'y a pas là une *exigence* d'uniformité'.»<sup>11</sup> Doise ajoute plus loin: «Il est entendu que sens commun n'égal nullement consensus, tout comme l'adhésion à une idéologie commune n'entraîne pas nécessairement une uniformité au niveau des opinions.» (Ibid.: 250). Cependant, si dans la théorie des représentations sociales il n'y a rien qui oblige à constater un consensus, sinon minimal en fait, il faut sans doute dans l'étude des représentations éviter de considérer *a priori* les groupes sociaux comme «donnés» pour conserver la latitude nécessaire au constat des différences et des dimensions consensuelles à l'intérieur de ce qu'on a l'habitude de considérer comme des groupes sociaux (dont on attend une uniformité). Jodelet, en parlant de «réalité commune à un ensemble social», ne ferme aucune possibilité sur ce plan (le terme «ensemble» étant on ne peut plus flou).

#### 4.1.4 La représentation sociale, une forme de connaissance

La formation des représentations sociales implique, comme on l'a vu, une transformation de l'objet original de la représentation de façon à traduire l'objet en des termes et images compréhensibles (connus) afin de l'intégrer dans la sphère de sens et d'action. Se représenter est donc un processus de création d'un objet sur la base d'un référent donné, d'un «déjà là pensé», de l'expérience et d'une situation concrète à laquelle il faut faire face. Les représentations sont une forme de connaissance ayant une visée pratique. Cette orientation pratique organise la structure et le processus représentationnels:

«[Le fait de servir une connaissance pratique] suppose une activité cognitive qui, faute de pouvoir appliquer un modèle d'interprétation prédéfini, fasse feu de tous les matériaux recélés dans le patrimoine collectif de savoirs, valeurs et images dont la destination est de gérer le rapport quotidien à l'environnement. Par quoi cette activité cognitive ne fait que déplacer sur un objet nouveau les procédures généralement employées dans la connaissance courante pour laquelle tous les éléments du capital culturel sont souvent équivalents et interchangeable.» (Jodelet, 1989: 374)

Il semble d'emblée évident que cette forme de connaissance n'est pas du même type que la connaissance scientifique ou formelle. Moscovici (1976a) et Grize (1991), entre autres, ont comparé les deux types de connaissance de façon à faire ressortir les traits caractéristiques des représentations.

Avant d'exposer ces éléments, une remarque s'impose. On tend parfois à associer les représentations sociales à la méconnaissance, à l'idéologie, à une connaissance qui ne serait pas aussi vraie que la connaissance scientifique. Comme on le verra, les

---

<sup>11</sup> Les italiques sont de l'auteur. La citation dans l'extrait cité est tirée par Doise de Moscovici, 1976a: 371.

caractéristiques des représentations ont d'ailleurs souvent pour référent la connaissance scientifique ou formelle, même si les auteurs insistent sur l'impossibilité ou l'inanité d'une comparaison (en termes qualitatifs ou normatifs) entre ces types de connaissance et sur le fait que la comparaison devrait surtout être comprise comme une analogie permettant de faire comprendre mieux ce type de connaissance (Grize et al., 1988; Moscovici, 1976a).<sup>12</sup> Traiter ces constructions comme de l'ignorance ce serait restreindre *a priori* la connaissance et les fondements de ce qui fait la société (ou ce qui devrait, idéalement, semble-t-il) aux paramètres de la seule connaissance de type scientifique avec les critères de vérité objective et d'efficacité technique comme seule base de validité. C'est ce pourquoi ces comparaisons sont quelque peu agaçantes puisque sont comparés des types de rapport au monde incomparables ou des modes d'appréhension du monde incomparables. Il ne viendrait à l'idée de personne aujourd'hui d'affirmer qu'un artiste s'est «trompé», que les personnages des cubistes sont des représentations erronées des humains, pour prendre un exemple parmi des milliers. Si l'on ne peut comparer vraiment les représentations à l'art, on pourrait dire qu'ils ont en commun de prendre une distance par rapport au donné de façon à mettre en évidence certains aspects de ce donné, de façon à faire quelque chose avec ce donné et par là d'en dire quelque chose qui ne serait pas forcément accessible à une connaissance objective ou à un regard objectif. A ce titre, la connaissance scientifique ou formelle typique n'en est pas absolument différente: un phénomène n'y est jamais appréhendé dans la totalité de ses dimensions et, plus encore, il est construit à travers une réduction nécessaire à cette connaissance et souvent ordonnée par un point de vue disciplinaire entre autres.<sup>13</sup> Dans la façon de comparer les représentations sociales à la connaissance scientifique et, surtout, la façon d'en parler (en usant de termes à connotation péjorative du point de vue de la connaissance - comme méconnaissance ou idéologie), on semble ni plus ni moins promouvoir un type de connaissance pourtant reconnue comme réductrice - par ceux et celles qui la produisent. Par la même occasion, ce qui est promu c'est un type de rapport au monde: celui qui est ordonné par les bases de validité propres à ce type de connaissance. Affirmer que les représentations sociales sont une forme de connaissance et refuser d'en parler comme d'une méconnaissance ce n'est ni faire l'éloge de l'ignorance, ni non plus celui du sens

<sup>12</sup> On peut noter au passage qu'il semble être difficile, y compris pour ceux qui en font leur objet d'étude, de concevoir le type de connaissance que constituent les représentations sociales hors des paramètres de ce qui constitue «la» connaissance (on pourrait dire plutôt: la construction sociale de cette réalité «connaissance» objectivée de telle façon qu'il ne puisse s'agir que de la connaissance formelle).

<sup>13</sup> Dumont (1968) considère les arts et la science comme constituantes de ce qu'il appelle la «culture seconde» (seconde par rapport à la «culture première», laquelle est, en somme, le donné, le déjà là avant qu'on y soit soi-même). Les objets de la culture seconde sont construits dans la distance par rapport à la culture première. Dumont parle, bellement, de «décrochage» dans le cas de la stylisation (les arts) et de «réduction» de la signification dans le cas de la connaissance technoscientifique.



commun pour dénigrer la connaissance technoscientifique. C'est simplement reconnaître l'efficace de cette forme de connaissance dans la constitution des sociétés.

En tant que connaissance pratique, la représentation montre sa validité dans le fait qu'elle «fonctionne», c'est-à-dire qu'elle explique, qu'elle rend compte d'un événement, d'un comportement, de façon généralement cohérente. Ce qui importe n'est pas d'établir la vérité (au sens formel scientifique) d'un phénomène mais de pouvoir y faire face de façon «efficace». La représentation persiste tant qu'elle rencontre les preuves de sa validité en confrontation au réel (le noyau de la représentation change plus ou moins graduellement en cas de désaccord avec la réalité<sup>14</sup>) mais aussi d'une autre façon: par la confirmation des autres. Moscovici distingue ainsi la science et les représentations entre autres sur la base du type de vérité établie. La science construit une «vérité légale», c'est-à-dire basée sur des règles, les représentations une «vérité fiduciaire», basée sur la confiance en l'émetteur (Moscovici 1987; 1988a). On a ainsi affaire, dans le second cas, à quelque chose de proprement social au sens où cette vérité est produite, partagée par des individus et des groupes en interaction qui doivent vivre ensemble.

Moscovici a identifié trois principales caractéristiques de la constitution des représentations qui les distinguent, en principe, de la science: dispersion de l'information (ou décalage), focalisation et pression à l'inférence. La dispersion de l'information concerne la quantité et la qualité de l'information qu'a le sujet sur l'objet; il ne s'agit pas d'un manque de données: celles-ci, écrit Moscovici, seraient «à la fois insuffisantes et surabondantes» s'il s'agissait de connaître l'objet du point de vue de sa vérité objective. Le terme dispersion évoque bien un des résultats de la sélection opérée en fonction de zones d'intérêts et d'action. La deuxième caractéristique, la focalisation, renvoie à la tendance des sujets à accorder une importance particulière à certains aspects au détriment d'autres en fonction de leurs intérêts, finalités, etc. de façon à éclairer des zones et, par là, à faire valoir leurs orientations par rapport à l'objet. Grize (1991) distingue lui aussi représentations et science à partir, entre autres, de cette dimension qu'il qualifie d'affective, dimension indissociable de la dimension cognitive dans l'univers des représentations mais qui doit s'effacer dans l'univers scientifique; sans affect, il n'y a pas de prise de position et sans cela il n'y a pas de représentation. Cette caractéristique renvoie à une des dimensions structurales des représentations, l'attitude, qui est génétiquement première dans la constitution des représentations, selon Moscovici. La troisième caractéristique, enfin, la pression à l'inférence, rappelle les circonstances dans lesquelles le savoir est utilisé et, par

---

<sup>14</sup> Voir Flament, 1991.

suite, la finalité des représentations: on est continuellement confronté à la nécessité d'agir, de prendre position, de manifester son adhésion à une idée du groupe, etc; la pression à appliquer le savoir rapidement conduit à prendre des raccourcis, à «lier des prémisses à des conclusions qui ne sont pas (...) directes.» (Moscovici, 1976a: 251). Etant donné ses buts, on peut comprendre dès lors que la connaissance d'un objet, dans l'univers des représentations, n'a pas besoin d'être «complète» ni même très précise pour être efficace. Ainsi, Moscovici (1988a) souligne que, dans le sens commun, on tolère l'incertitude, on tolère de ne pas comprendre parfaitement une notion si l'on peut néanmoins l'utiliser.

Grize (1991) note par ailleurs que la représentation, en tant que forme de connaissance, comporte deux autres caractéristiques que ne lui partage pas la science: la non-homogénéité et une organisation lacunaire. Par «non-homogénéité», l'auteur veut signaler que le processus représentatif en est un de «bricolage», c'est-à-dire qu'on recourt pour constituer les représentations à de multiples éléments issus de disciplines très diverses (1991: 160-161). La seconde caractéristique fait référence à la cohésion entre les éléments, c'est-à-dire au raisonnement qui, chez les non scientifiques, serait «créateur de faits non directement observables» (contrairement aux scientifiques dont le raisonnement aurait pour fonction d'établir la vérité). Ces différences entre représentations et science, identifiées par Grize, me semblent relever de l'énoncé de principe plutôt que des pratiques réelles.<sup>15</sup> Chacun sait bien que les acteurs de l'univers scientifique ne deviennent pas soudainement des êtres non sociaux dès qu'ils traversent la frontière entre les univers. De plus, les recherches en sciences sociales sur le savoir scientifique ont déjà beaucoup entamé ce qui a fini par apparaître comme le «mythe» d'une science parfaitement autonome du social.<sup>16</sup> La distinction entre les deux types de connaissance vaut néanmoins du point de vue théorique, en autant qu'on les considère comme des idéaltypes (des concepts ayant donc une valeur heuristique).

---

<sup>15</sup> En pratique, il n'est pas certain non plus que, dans nos sciences, l'incertitude - dont traite Moscovici - ne soit pas tolérée; des notions existent et circulent malgré leur caractère flou ou «trop» polysémique. L'observation des pratiques concrètes de recherche mène d'ailleurs à se demander si les différences entre la science et les représentations (sur l'incertitude, la dimension affective, le bricolage, etc.) ne sont pas, pour une bonne part, conventionnelles. A ce titre, on peut rappeler que la médecine experte dans sa structuration a beaucoup en commun avec le savoir quotidien, entre autres peut-être parce que la médecine est aussi une connaissance pratique (voir le Chapitre 2). On peut dire que l'exposé des différences entre représentations et science est en fait un exposé de l'idéaltype de la représentation et de celui de la science. Par ailleurs, on peut se demander si, sans affect, le travail scientifique même est possible. Weber ne voyait-il pas la passion comme une condition préalable à l'inspiration, celle-ci constituant une dimension nécessaire (quoique insuffisante) de la production de la connaissance scientifique? (1959: 63 et sq.).

<sup>16</sup> Voir le Chapitre 2.

#### 4.1.5 Les représentations sociales: une forme de connaissance «moderne»

Il n'est pas abusif de voir chez Moscovici une théorisation du sens commun fondée sur une analyse en certains points semblables à celle à laquelle ont procédé les auteurs qui se sont penchés sur la rationalisation.<sup>17</sup> Comme je l'ai mentionné, son point de départ consiste à poser que le sens commun (ou l'univers consensuel) des sociétés modernes est constitué largement sur la base des objets de ce qu'il appelle l'univers réifié (la sphère de la connaissance technoscientifique) qui produit constamment des objets nouveaux à appréhender et qui, ce faisant, procède constamment à une déconstruction du donné rendant étranger le familier. Suite à la rupture de la totalité, à la séparation en sphères distinctes, la science se distingue du savoir commun mais, dans un premier temps, en se fondant sur lui, en reformulant ses idées et théories dans un langage autre. Ce savoir commun se présente comme «un corpus de connaissances fondé sur des traditions partagées et enrichi par des milliers d'"observations", d'"expériences", sanctionnées par la pratique.» (Moscovici et Hewstone, 1984: 542). Le sens commun actuel, contrairement au précédent, serait bouleversé par le travail de déconstruction opéré par les sciences. La science

«détruit pierre par pierre au bulldozer la maison de pensée dans laquelle les hommes [sic] ont rangé, génération après génération, le fruit de leurs observations et de leurs réflexions. Et leur vie et leur entourage changent à mesure que change leur esprit.» (1984: 543).

Ainsi, la relation entre savoir commun et science se serait inversée: au lieu que le savoir commun serve de «tremplin» à la science, c'est la science qui fournit de plus en plus sa substance au sens commun.<sup>18</sup> En rompant avec le sens commun, la science le modifie, lui donne à voir et à comprendre des objets nouveaux (théories, notions, techniques et procédés, etc.) diffusés largement par les livres, journaux, média électroniques, par le cinéma, etc.

De ce point de vue, le sens commun actuel constituerait un «savoir de seconde main», «dérivé de la science et marqué par la raison» (1984: 544). Ce disant, Moscovici ne parle pas d'autre chose que de la pénétration du sens commun par les savoirs spécialisés sur le plan de leur contenu aussi bien que de leur forme. Le raisonnement rappelle ceux de Habermas et de Giddens: on pose l'hypothèse d'une médiation des savoirs spécialisés

---

<sup>17</sup> Voir le Chapitre 1.

<sup>18</sup> Il faut évidemment entendre par là qu'il s'agit d'une tendance plutôt que d'un procédé généralisé et mené à son terme.

pour la production du sens en même temps qu'on reconnaît la part d'autres savoirs (ce qui est déjà là, offert comme source d'interprétation possible<sup>19</sup>). On trouve une reconnaissance, de part et d'autre, d'autres bases de validité de la connaissance et de l'action que celles de la technoscience (vérité objective, efficacité technique). Si chez Moscovici on ne perçoit pas de doute sur leur persistance, il n'en va pas de même chez Habermas qui craint - avec les autres penseurs de la rationalisation - une colonisation du monde vécu par les règles régissant les sous-systèmes d'action en finalité. Cette différence est suffisamment importante pour qu'on s'y arrête un instant.

Moscovici et Hewstone écrivent que la théorie des représentations sociales «a d'emblée été conçue pour étudier comment le jeu de la science devient en partie le jeu du sens commun.» (1984: 540). Il faut donc comprendre que la transformation du sens commun n'a pas résulté en un calque (ni même un calque pâli, d'une qualité moindre) du savoir de type scientifique. On l'a vu dans les points précédents: dans le passage au sens commun, les objets sont transformés aussi bien qu'ils transforment la pensée qui les accueille. Ainsi, selon Moscovici, la transformation du sens commun n'aurait pas mené à l'adoption d'un mode de pensée de type scientifique; on ne pense ni n'agit, dans l'univers consensuel, selon une méthode logique et rationnelle. On est en droit de se demander ce que signifie alors l'affirmation selon laquelle le sens commun serait non seulement pénétré par les objets de la science mais aussi «marqué par la raison». Est-ce que ce trait serait à relier au caractère créateur du processus de formation des représentations sociales? Il semble que non, du moins c'est loin d'être aussi clair.

Moscovici et Hewstone soutiennent que «le recyclage de la science en tant que sens commun» (1984: 545) est un processus à deux faces: d'un côté, il implique la socialisation de la science et, de l'autre, la rationalisation par la science de la société, y compris bien entendu du sens commun. L'étude de la socialisation de la science relèverait de la sociologie, celle de la rationalisation de la psychologie; la psychologie sociale serait concernée par les deux faces, c'est-à-dire devrait les étudier ensemble. Si l'on peut imaginer assez aisément en quoi consiste la socialisation de la science, il n'en va pas de même de la rationalisation du sens commun par la science. Les auteurs affirment que le sens commun est «marqué par la raison», donc qu'il est au moins un peu rationalisé mais que ce processus n'est pas achevé (et peut-être même pas très avancé) *puisque* on ne raisonne pas selon le «modèle rationnel de l'enquête scientifique» (Idem). Ils ne fournissent ainsi pas d'explication sur la rationalisation qui affecte le sens commun. Si la

---

<sup>19</sup> Que l'on se souvienne des processus d'objectivation et d'ancrage tels que théorisés par Moscovici et précisés par Jodelet.

rationalisation signifie raisonner sur les mêmes bases que les scientifiques dans leur travail typiquement scientifique, il n'y a pas de rationalisation. En même temps, en attribuant à la psychologie la tâche de réfléchir à la rationalisation, ils semblent rapporter ce processus à des modifications chez les individus dans leur façon d'aborder mentalement le monde. Il s'agirait donc d'une modification des personnalités. En fait, il n'est pas certain que les auteurs aient mené à son terme leur analyse de la modification sociohistorique du sens commun, y compris dans ses dimensions psychologiques. A l'inverse de Marcuse, par exemple: dans *Eros et civilisation*, celui-ci a en quelque sorte dramatisé, en relisant Freud, les conséquences de la rationalisation sur la personnalité individuelle et, par suite, sur les possibilités de libération de l'individu (ou plus précisément sur les possibilités d'une individuation qui serait une actualisation d'une nature individuelle); il a, par là, mené au bout son raisonnement; on peut très bien voir les conséquences de ce processus en termes sociopolitiques aussi bien qu'en termes du type de sens susceptible d'être produit dans ces conditions. On peut n'être pas d'accord avec l'analyse de Marcuse, mais les conséquences de ses analyses sont claires. Moscovici et Hewstone reconnaissent apparemment les modifications psychologiques induites par la rationalisation mais ne semblent pas en tirer les conséquences du point de vue sociologique ou même psychosociologique. Ils prennent le parti de conserver aux aspects psychologiques leur importance dans la constitution des sociétés actuelles (c'est très clair dans les réflexions de Moscovici sur les théories sociologiques, 1988b) mais sans expliciter en quoi ils sont touchés par la rationalisation et, par là, sans qu'on en puisse saisir les implications au plan de la connaissance commune. La pénétration de la science ou de la raison semble ainsi avoir affecté essentiellement les contenus du sens commun. En fait, le concept de rationalisation est apparemment (implicitement) rapporté à l'extension de la rationalité cognitive-instrumentale. Ainsi, pour soutenir que le sens commun repose, pour sa validité, sur la vérité fiduciaire, Moscovici doit opérer une coupure nette entre la rationalité et le modèle de raisonnement présent dans les représentations sociales. Ce faisant, néanmoins, il empêche de mener à son terme son analyse de la pénétration du sens commun par la science à la fois dans ses contenus et dans ses formes. En dernière analyse, la vérité fiduciaire trouverait son efficace dans un besoin (d'ordre psychologique) de l'«être ensemble» pour reprendre une expression de Maffesoli, fondement des sociétés. Or, si Moscovici reconnaît les modifications qu'a connues la personnalité, on se demande pourquoi ces modifications seraient sans conséquence sur le type de validité, même si l'on admet que la vérité fiduciaire (la confiance en l'émetteur) puisse fonctionner. En d'autres termes, la vérité fiduciaire ou la confiance en l'émetteur pourraient avoir des dimensions rationnelles non au sens d'un «calcul» mais plutôt (ou aussi) au sens où cette vérité pourrait résulter d'une

entente qui n'est pas donnée une fois pour toutes. En fait, on pourrait peut-être dire que la rationalité (dans ses diverses dimensions) comporte une part d'affectivité si l'on tient compte du caractère normatif associé à l'adoption d'une attitude rationnelle et si l'on tient compte également des dimensions identitaires reliées à une telle attitude.<sup>20</sup> Ces remarques n'ont aucunement pour conséquence d'occulter totalement la passion et les aspects plus strictement associés à l'affectivité dans la formation de la connaissance commune (irais-je jusqu'à ajouter «et de la connaissance savante»?); plus modestement, je veux simplement montrer que la distinction radicale faite par Moscovici et d'autres penseurs entre ces différents aspects doit être repensée en fonction des caractéristiques (supposées mais sur lesquelles ils s'accordent) de notre temps. Moscovici reconnaît en quelque sorte qu'il y a davantage que des contenus d'impliqués dans l'inversion du sens des sources de la connaissance puisqu'il donne comme caractéristique des représentations sociales mais non des représentations collectives d'être formées par un processus de création plutôt que d'imposition. Le processus de création implique des contenus mais surtout une attitude, une posture pourrait-on dire. Cependant, le fait de ne pas tirer les conséquences de cela jusqu'au bout me fait me demander si ce processus dit créatif est vraiment différent de celui qui préside à la formation des représentations collectives... En fin de compte, la définition restrictive de la rationalité utilisée apparemment par Moscovici empêche de reconnaître comme rationnelles - au sens large du terme - les bases de validité de la connaissance autres que celles de la rationalité cognitive-instrumentale. Pourtant, on peut dire que les principaux éléments pouvant permettre cette reconnaissance sont déjà dans la théorie. Je pense ici à l'insistance sur la communication pour la constitution des représentations sociales et, parallèlement, au fait de ne pas l'associer avec une uniformité nécessaire. En fait, tout se passe comme si Moscovici avait oublié de tenir compte du doute, de la méfiance, l'autre face de la confiance.

La façon dont Moscovici présente la théorie des représentations sociales n'empêche ainsi nullement d'y insérer une conception élargie de la réflexivité et d'étudier les représentations sociales en cherchant à examiner cette dimension. L'étude des représentations sociales sous cet angle permet de faire apparaître, s'il y a lieu de le faire, l'incertitude et l'ambivalence qui peuvent résulter d'une application de la réflexivité; chose moins aisée si l'on utilise un autre angle. Il faut maintenant tirer les conséquences de tout cela.

---

<sup>20</sup> C'est bien là d'ailleurs ce qui semble animer la passion de Marcuse à dénoncer radicalement les méfaits de la «civilisation».

A ce titre, j'ai noté, en début de chapitre (au point 4.1.2), m'inspirant de Dumont, que la connaissance dite profane se forme dans la distance par rapport au donné constitué (entre autres) par les productions de la connaissance technoscientifique. Cette affirmation doit être considérée comme une hypothèse, et ce à deux titres. D'abord, comme une hypothèse que l'on peut énoncer à partir de la théorie des représentations sociales, à la condition d'y insérer une conception élargie de la réflexivité. Ensuite comme une hypothèse, donc comme une affirmation susceptible d'être infirmée si l'on considère les analyses du processus de rationalisation et, surtout, les constats sur les risques de colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale (qui ne semblent pas être reconnus par Moscovici). En effet, une condition nécessaire de la formation de cette connaissance par la distance consiste en l'application d'une réflexivité. Si l'on entend celle-ci au sens large, elle n'est pas réductible à l'application de la raison instrumentale mais elle l'inclut. Cependant, en son sens extrême, la rationalité instrumentale finit par exclure en quelque sorte la réflexivité (ou à la réduire à l'extrême: c'est le cas exposé par Weber de la rationalisation devenant pervertie en une perte de conscience, donc devenant moins réflexivité que «réflexe»). Autrement dit, il s'agit d'une hypothèse parce qu'on ne peut exclure *a priori* la possibilité d'une absence de distance ou de réflexivité (ou plutôt la possibilité d'une distance réduite) dans la connaissance d'un objet. Cette connaissance pourrait être relativement calquée sur celle qui produit l'objet et être validée sur la base de l'«évidente» vérité produite par la connaissance de type scientifique. Une telle connaissance constituerait formellement une «représentation sociale» formée à partir de savoirs empruntant au type de savoir ayant donné naissance à l'objet et lui reconnaissant une validité. Or la validité accordée aux éléments empruntés peut reposer sur un accord, produit dans les processus de communication, quant à sa pertinence *ou bien* reposer sur l'«évidence» de sa pertinence découlant de l'autorité de ce savoir. Dans le premier cas, on pourrait parler de l'application de la réflexivité, dans le second cas d'une réflexivité réduite ou absente. Quant à la colonisation, on pourrait en voir des signes si la connaissance commune de l'objet ne comporte pas aussi un recours à d'autres types de savoirs; il y aurait ainsi un signe d'appauvrissement des sources de sens qui s'accompagnerait d'une reconnaissance (*de facto* ou résultant d'une réflexion/communication) de la seule validité qui préside à la connaissance technoscientifique, à savoir la vérité objective et l'efficacité.

Ces dernières remarques empiètent déjà sur le prochain point à aborder dans ce chapitre. Avant de m'y avancer pour de bon, je conclurai cette partie en soulignant que, malgré sa part de flou, la théorie des représentations sociales, telle que présentée dans les pages précédentes, permet d'appréhender le phénomène de l'introduction d'objets «étrangers»

dans la sphère de la connaissance commune et ce, en cohérence avec une problématique sur la rationalisation permettant de replacer cette connaissance commune dans un cadre sociologique plus large qui tient compte des rapports de force, si l'on peut dire, existant entre l'univers réifié et l'univers consensuel.

## **4.2 Les hypothèses de la recherche et leur contexte**

Dans la conclusion du Chapitre 3 sur les nouvelles techniques de la reproduction, je fais mention de la construction des NTR en des «possibles», les techniques de reproduction étant des objets dont le sens ne peut pas être cerné que du point de vue de la médecine. A la lumière de la théorie des représentations sociales, il devient plus clair que cette construction puisse se faire et qu'on puisse la concevoir comme un processus social de connaissance. Dans cette thèse, je soutiens que les NTR puissent être appropriées par les usagères et que 1° cette appropriation ne soit pas un calque d'un savoir étranger qui se serait imprimé sur les usagères comme sur une surface lisse et que 2° cette appropriation n'équivaille pas à une colonisation du point de vue des usagères par la rationalité cognitive-instrumentale. Avant de formuler plus clairement les hypothèses et les critères permettant de les étudier, un bref rappel d'éléments des écrits sur la médicalisation s'impose de façon à montrer comment les propositions énoncées ci-haut (et, par suite, les hypothèses) peuvent être maintenues et de façon à mieux contextualiser les hypothèses.

### **4.2.1 Rappel d'éléments des écrits sur la médicalisation et les NTR en lien avec la problématique théorique**

Le recours aux NTR s'inscrit dans un processus plus global de médicalisation et dans un processus de structuration de l'identité où sont en jeu des normes, des définitions, des paramètres de l'identité sociale des individus. Le processus de médicalisation est également, dans certains de ses aspects, un processus de rationalisation. On peut dire que les dimensions sociales identitaires sont elles aussi marquées par ce processus.

La médicalisation est une forme de la rationalisation sur plusieurs plans. D'abord, l'approche biomédicale équivaut à une réduction du sens des phénomènes concernés. La technicisation accentue cette réduction dans le sens de l'objectivation. La médecine de la reproduction est mieux décrite par le paradigme du dualisme cartésien que par le paradigme holiste ou systémique parce qu'elle est très clairement marquée par l'idée du corps-machine constitué de diverses constituantes dissociables les unes des autres. Ainsi la médicalisation est une forme de rationalisation quant au sens des phénomènes en ce qu'elle



opère un désancrage par rapport au sens traditionnel et un réancrage dans des catégories de la connaissance objective.

Sur un autre plan, la médecine se présente comme une sphère autonome de la société. Si elle ne l'est pas vraiment en ce qu'elle est un produit de cette société, en ce qu'elle est insérée dans des rapports de pouvoir où des intérêts sont promus, sont en conflit, elle fonctionne «comme si» et crée de nouvelles formes de «social». Elle produit autant des aspects de la réalité que des rapports, des liens sociaux. Dans le domaine des NTR et de l'infertilité, cela signifie que l'infécondité involontaire est de plus en plus définie comme un problème relevant de la médecine, un problème situé dans le/les corps, dont la solution est d'ordre technique, c'est-à-dire un traitement allant du traitement conventionnel (la chirurgie, l'hormonothérapie) à des traitements de pointe (comme les NTR) et que les NTR modifient ou peuvent modifier le rapport à soi comme le rapport aux autres (rapports avec les donneurs et donneuses de gamètes, avec les conjoints, avec les enfants virtuels). Le sens de cette modification peut être de l'ordre de la réification où il y a mise à disposition des corps/parties des corps (cellules germinales, embryons, organes) comme des choses échangeables.

Par ailleurs, si la médecine fait comme si elle était autonome, *elle puise*, non seulement parce qu'elle est un produit culturel (une «ethnomédecine») mais aussi parce qu'elle est une pratique orientée vers la résolution de problèmes (retraduits en problèmes médicaux), *dans la réalité commune* (en même temps qu'elle la produit et participe à la modifier) pour se constituer. Il faut aussi rappeler que le savoir médical ressemble, dans la pratique des experts, davantage à un savoir-faire incorporé qu'à un savoir théorique. Ainsi, la réalité commune est remplie de façons de faire, de normes, de définitions. Elle est elle-même susceptible de révision parce qu'elle est objet de discussion, de conflits aussi, happée qu'elle est comme objet c'est-à-dire donc prise dans un processus d'objectivation, de mise à distance, réintroduite dans cette réalité comme une constituante de cette réalité. La possibilité de modification des rapports à soi et aux autres est donc non seulement ou pas surtout inscrite dans les techniques (qui ne fonctionnent pas seules, dans un vacuum) mais celles-ci, fonctionnant dans cette réalité plus ou moins mouvante, permettent l'actualisation de nouvelles formes de rapport *parce que* cette réalité précisément est révisable.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Par exemple: pour que la Sperm Bank of California mette du sperme à la disposition des femmes peu important leur état civil ou leur orientation sexuelle (Achilles, 1992: Annexe A), ce n'est pas seulement ou pas principalement parce que du sperme est disponible mais aussi parce qu'il est de moins en moins étrange ou inacceptable d'une part de donner des parties de soi et, d'autre part, que des personnes qui ne sont pas en couple hétérosexuel et mariées soient des parents. Le comité de la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada, autre exemple, pour justifier sa recommandation de donner accès à l'insémination

Dans la mesure où la médecine circule dans la société et inversement (où elle est constituée par la société), la médecine n'appartient pas, si l'on peut dire, qu'à ses experts mais elle est dominée par eux. Ce sont eux qui déterminent si tel état est une maladie ou un problème médical entre autres sur la base des possibilités effectives d'intervention, des moyens dont ils disposent (ces moyens étant à la fois relatifs à la thérapeutique comme telle et à d'autres facteurs - organisationnels par exemple -; il ne s'agit pas seulement de l'existence des moyens mais de la possibilité d'en disposer). Ce sont les médecins qui déterminent qui peut ou doit être traité et qui ne doit pas l'être. Leur marge de manoeuvre est large quoiqu'elle soit encadrée par des facteurs multiples qui constituent des contraintes ou des ressources (facteurs économiques, maintien de la clientèle, risques de poursuite, normes sociales, considérations éthiques, ressources disponibles, contraintes administratives, etc.). D'un autre côté, les patientes ou usagères des soins ne sont pas seulement les objets de l'intervention médicale; elles constituent des actrices dans le domaine, participant à accroître la domination des médecins tout en cherchant à accroître leur propre marge d'action. Cette action est informée et structurée par des contenus issus de la médecine (comme par exemple l'adoption à divers degrés de l'approche biomédicale pour qualifier un état et chercher des solutions), par l'expérience ou la confrontation avec la médecine concrète, par les discours *sur* la médecine, par l'existence et la disponibilité (ou l'absence et l'inaccessibilité) d'autres possibilités, par les normes et valeurs de l'entourage, etc.

En résumé, la médecine est constituée dans et constitue (une partie de) une réalité plus vaste qu'elle. Le processus de médicalisation implique, sur un plan, la pénétration des catégories médicales dans la connaissance commune pour l'interprétation des problèmes et leur résolution. D'un autre côté, cette pénétration est favorisée en un sens par le contexte socioculturel qui est lui-même au fondement de la médecine, contribuant ainsi à rendre valides le type d'arguments avancés par la médecine et le type d'actions effectuées. Par ailleurs, concrètement, la pratique médicale ne comporte pas seulement les dimensions théoriques et techniques supposées être constitutives de la médecine comme sphère d'activité experte. Ainsi l'appropriation des NTR par les usagères pourrait être rendue possible par la pratique médicale elle-même qui porte aussi autre chose que ce qu'elle est, théoriquement, supposée porter. Autrement dit, on ne peut exclure d'emblée qu'une

---

avec sperme de donneur à des femmes célibataires et des couples de lesbiennes, fait référence à des études qui ont montré que ces femmes ne sont pas de moins bons parents et donc que les bases de refus devraient plutôt concerner les antécédents des personnes demandeuses comme les abus à l'égard d'enfants entre autres (ce critère étant lui aussi énoncé comme valide sur la base d'études). Voir Comité de la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada, 1992.

appropriation soit possible entre autres à cause de la médecine, parce que la médecine n'est pas si étrangère *a priori* à l'univers des usagères. Mais cette proximité des univers résulterait en ce qui semblerait être un recouvrement par la médecine de l'univers des usagères (étant donné la position dominante de la médecine). Aussi, pour parler d'appropriation il faudrait envisager que les usagères n'«entrent» pas dans la médecine en faisant table rase de ce qu'elles savent déjà et, surtout, que cette connaissance puisse favoriser une distance par rapport à la médecine (je parle ici d'une connaissance de la médecine due par exemple à une expérience de la médecine ou aux discours qui circulent sur la médecine mais aussi d'une connaissance plus globale du monde dans laquelle est inséré, par exemple, le problème à l'origine du recours à la médecine, etc.) ou encore que les aspects «médicaux» retenus soient d'un autre ordre que ce qu'on attribue à la médecine (par exemple, des aspects affectifs comme des liens amicaux avec le personnel médical).

Pour parler d'une appropriation n'impliquant pas une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale dans un contexte de médicalisation, il faudrait que la rationalisation impliquée par la médicalisation (si une telle rationalisation est présente) ne se traduise pas ou pas principalement par l'adoption d'un seul type de rapport aux autres, à soi, aux choses qui serait celui de la rationalité cognitive-instrumentale (rapport régulé par la vérité objective ou l'efficacité). On a vu que la biomédecine est fortement marquée par un rapport objectivant aux êtres et aux choses, cette tendance étant renforcée par un contexte socioculturel davantage atomiste que holiste favorisant la réduction à la concrétude et à un type de vérité. Pour parler d'une «non colonisation» par la rationalité cognitive-instrumentale dans un contexte de médicalisation, il faudrait constater soit une réintroduction d'une dimension magique ou religieuse comme référent pour établir ce que sont les NTR, soit l'adoption d'une attitude rationnelle mais orientée autrement que par la seule rationalité cognitive-instrumentale (par exemple, une réflexion sur l'éthique des pratiques, l'instauration de limites fondée sur des valeurs), soit l'adoption d'une attitude rationnelle où les fins sont aussi objet de réflexion, sont déterminées suite à une réflexion portant sur les diverses fins possibles sur la base de valeurs par exemple. On ne peut considérer *a priori* comme absurde de penser que l'adoption d'un point de vue biomédical sur un problème puisse être accompagnée d'une fascination pour la technique (comme on l'a vu au Chapitre 2) ou être accompagnée d'une discussion des NTR fondée sur des considérations religieuses (celles-ci pouvant dicter une conduite ou orienter une réflexion sur des limites par exemple).

Ceci étant posé, je préciserai dans ce qui suit les hypothèses de la recherche et les critères à partir desquels elles seront étudiées, en me basant sur les paramètres de la théorie des représentations sociales et des théories de la rationalisation.

#### **4.2.2 Hypothèses et critères d'examen de la rationalisation**

Selon les théories des représentations sociales et de la rationalisation présentées précédemment, il faut s'attendre à trouver des représentations des NTR constituées par l'assemblage d'éléments relativement disparates issus de la médecine de la reproduction et d'autres sources «expertes», issus également de l'expérience vécue dans le «système abstrait» que constitue la médecine de la reproduction, issus de l'expérience vécue en général (et plus particulièrement dans des domaines relatifs à la famille, à la sexualité, aux enfants, etc.), issus des échanges avec d'autres et issus d'une connaissance plus large du monde dans lequel les femmes se trouvent. Cet assemblage visant moins à établir la vérité objective des objets que l'adaptation à l'environnement, je m'attends à trouver des constructions des NTR qui soient cohérentes non seulement avec la définition du problème mais aussi avec le «déjà là» des usagères et qui soient orientées vers l'action.

Les représentations sociales n'«existent» pas réellement, pourrait-on dire, au sens où il s'agit d'un concept qui découpe de façon organisée un morceau dans le monde. Elles sont donc construites par l'analyste à travers les discours (et éventuellement l'observation) des personnes sur l'objet. Les représentations sociales, entre autres parce qu'elles sont une connaissance pratique (orientée vers l'action), se présentent comme des constructions cohérentes (relativement, à des degrés variables) d'un objet; sur ce plan, elles sont le résultat de processus (objectivation et ancrage). Ces processus de structuration ou de construction de l'objet peuvent être saisis dans les discours sous diverses formes pouvant être traduites en «raisons» (en «parce que»), pouvant être des «arguments», et qui opèrent comme des justifications du résultat, de la construction. L'analyse, sur laquelle je reviendrai plus en détail au prochain chapitre, implique donc dans un premier temps de cerner les contenus représentatifs constituant la «réalité» de l'objet et dans un second temps de repérer ce que j'appelle les «arguments» par lesquels cette réalité est construite comme la réalité de l'objet donc comme une source valide susceptible de fournir des cadres d'action.

Les hypothèses qui suivent sont examinées principalement dans le second temps de l'analyse. Elles portent en effet sur le type de connaissance, en termes de bases de validité, que constituent les représentations comme résultats des processus de formation

des représentations. S'il faut le préciser, ces hypothèses servent de guides pour l'étude de l'objet et de moyens de comparaison des représentations. La recherche ne vise pas à expliquer causalement les représentations. Elle vise plutôt à cerner des tendances, en termes de rationalisation, donc à décrire et à interpréter les représentations, comme connaissance, selon les paramètres de la rationalisation.

Les hypothèses s'énoncent ainsi:

1- Les représentations sociales des NTR chez les usagères de la médecine de la reproduction sont des représentations rationalisées, c'est-à-dire fortement marquées par la réflexivité.

2- Les représentations des NTR construites par les usagères de la médecine de la reproduction sont des connaissances qui ne sont pas principalement fondées sur la rationalité cognitive-instrumentale comme base de validité. Les représentations des NTR ne montreront pas une colonisation de la connaissance des usagères par la rationalité cognitive-instrumentale.

La première hypothèse signifie que les représentations (comme résultat) seront fondées sur des arguments rationnels, c'est-à-dire que les «raisons» repérées pourront être rapportées à un processus réflexif donc de mise à distance de ce qui est là. Cette mise à distance est faite soit sur le mode objectif, soit sur le mode normatif, soit sur le mode subjectif. Cette hypothèse s'appuie sur les analyses de la modernité actuelle (de Giddens et Habermas particulièrement) selon lesquelles le doute devient routinier dans l'appréhension de toute chose étant donné la connaissance du caractère hypothétique des savoirs, étant donné également les savoirs contradictoires circulant publiquement et étant donné l'insécurité qui découle de ces deux éléments.

J'ai formulé la seconde hypothèse de façon à pouvoir mettre en évidence les contenus des arguments, au-delà de leur type en termes de rationalité. C'est en effet par l'observation des contenus que l'on peut constater ou non le maintien de sources multiples de sens ou l'appauvrissement des sources de sens. Cette hypothèse recoupe la première mais en partie seulement puisque l'on pourrait observer une tendance vers la rationalisation (au sens large), donc «vérifier» la première hypothèse, sans pour autant observer une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale.

Comme je l'ai noté plus haut, ces hypothèses, qui sont davantage des repères pour l'étude des représentations en termes de rationalisation, fournissent les bases de comparaison des

représentations. Il est impliqué par cela que je m'attends à identifier non pas une mais bien des représentations des NTR.

La théorie des représentations sociales est, pourrait-on dire, construite de telle façon qu'elle tendrait à accentuer la dimension «non colonisée» des constructions profanes par le simple fait qu'elle se présente comme une théorie du sens commun donc de l'univers consensuel distinct de l'univers réifié (dont la biomédecine ferait partie), lequel univers est d'abord considéré comme étant ordonné par la rationalité cognitive-instrumentale. D'un autre côté, cette théorie pourrait tendre à accentuer le caractère non rationnel des représentations si l'on considère les représentations comme une méconnaissance impliquant donc l'entretien de mythes ou d'illusions et si l'on considère que cette méconnaissance comporte des incohérences sur le plan de la logique par exemple. Compte tenu de cela et des hypothèses posées, l'analyse doit être guidée par des critères de classification précis. Ce devrait toujours être le cas mais particulièrement quand la théorie même présente un risque de raisonnement circulaire. Par exemple: tenir pour acquis que le savoir de sens commun est traversé par des mythes ou des survivances de croyances, qu'il est de type pré-scientifique ou alors que les constructions du sens commun ne sont pas de type rationnel instrumental *parce que* leurs buts et modes de constitution sont autres que ceux de la connaissance technoscientifique. C'est surtout ce second *a priori* qui présente un risque de circularité dans cette thèse. Il faut donc considérer possible de trouver des représentations qui «fonctionnent» selon les règles de validation de la rationalité cognitive-instrumentale même s'il est quasi certain que les représentations ne seront pas constituées selon les règles du savoir technoscientifique.

Dans ce qui suit, j'énumérerai et expliquerai les critères de classement des arguments.

J'ai indiqué ci-haut que je m'attends à trouver des représentations rationalisées c'est-à-dire largement constituées de façon réflexive, par une mise à distance. Les représentations qui relèveraient du type rationalité cognitive-instrumentale seraient considérées comme étant constituées de façon réflexive mais si par réflexivité on entend un mode de rapport à un objet qui englobe, sans s'y limiter, la rationalité cognitive-instrumentale et qui est principalement une mise à distance, il s'ensuit que les représentations pourraient être rationalisées sans être de type rationnel cognitif-instrumental (comme elles pourraient être de ce type en étant à la limite de la réflexivité, c'est-à-dire peu «réfléchies»<sup>22</sup>).

---

<sup>22</sup> Voir 4.1.5 *supra* pour le sens à donner à cette expression.

Le principal trait de la réflexivité est constitué par la mise à distance ou la réflexion/discussion à propos des divers éléments constitutifs de l'objet, par opposition à une appréhension immédiate - sans médiation - de ces éléments. Il s'agit donc d'une attitude à l'égard de l'objet ne recourant pas à des conventions *utilisées en tant que conventions* dans la construction. Ce trait général peut être détaillé selon les critères suivants:

1° l'expression d'un doute, d'incertitude ou d'une critique à propos des éléments constitutifs de l'objet sur la base de la vérité objective et de l'efficacité ou bien de normes ou principes ou encore de l'expérience;

2° les croyances et convictions (à l'égard des éléments constitutifs) affirmées comme des croyances et convictions *parmi d'autres* (application de la réflexivité à ses propres énoncés);

3° une construction des NTR dénuée de références à la magie ou à un mystère inexplicable rationnellement, que celui-ci soit le fait de la nature ou d'une force surnaturelle;

4° une affirmation d'un devoir de penser par soi-même donc d'une réflexion personnelle comme base de validation de la construction (que cette réflexion porte sur des contenus relevant de savoirs experts divers, de l'expérience personnelle ou de celle d'autres personnes ou de discussions avec d'autres);

5° une construction des NTR marquée par une référence à la responsabilité de la constitution de soi par soi.

Ce critère, comme le précédent, renvoie à la normativité entourant la production du savoir et la définition des buts de l'action liée à ce savoir. Dans la mesure où ces deux traits sont présents dans la construction, on pourrait y voir une indication d'une tendance plus grande à adopter une attitude globalement réflexive à l'égard de l'objet puisque ces «injonctions» appellent un refus de se plier à une convention (*parce qu'elle est une convention*).<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> J'écris «injonctions» qui est un terme fort mais qui rappelle la dimension relativement contraignante de la normativité post-conventionnelle: si les contenus ne sont plus donnés d'emblée, l'attitude à adopter pour les formuler est, elle, quasi forcément donnée. Elle «exigerait» la réflexivité. Ceci recoupe l'idée de Giddens telle que résumée par Lash «(...) structure so to speak forces agency to be free.» (Lash, 1993: 18). Voir le Chapitre 1. Du point de vue des individus, on peut penser que cela implique une action sur soi, bien que cela n'exclue pas les échanges avec d'autres dans le processus si de tels échanges ne visent pas l'imposition (si donc il s'agit de discussions dont l'issue est indéterminée).

Ces cinq premiers critères ont trait à la procédure appliquée à l'égard des contenus sélectionnés pour construire l'objet NTR. Les suivants s'appliquent plus directement aux contenus des arguments mobilisés et sont formulés de façon à faire ressortir, s'il y a lieu, les attitudes de type rationnel cognitif-instrumental. Ce choix est basé sur la réflexion à propos de la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale du «monde vécu» et permet (théoriquement) de distinguer de façon plus claire la rationalité cognitive-instrumentale réflexive de la rationalité cognitive-instrumentale que l'on pourrait qualifier de «réflexe» (la limite de la réflexivité, qui devient un indice de non rationalité au sens large du terme rationalité étant donné l'absence de mise à distance).

6° une construction de l'objet NTR où les NTR sont un moyen en vue d'une fin

Ce critère est nécessaire mais non suffisant pour classer une représentation dans la catégorie rationnelle-instrumentale (au sens réflexif du terme ou au sens d'une réflexivité limitée, selon ce qui est invoqué). C'est davantage dans le type de construction du moyen et de la fin que ce critère devient réellement significatif.

7° une construction de l'objet NTR fondée sur les informations techniques de type biomédical en particulier mais d'autres types également, plutôt que sur d'autres sources

Si ces informations sont la seule source d'interprétation mais qu'elles prennent la forme d'arguments sélectionnés parmi d'autres, on parlera de réflexivité au sens de la rationalité instrumentale puisque la validité repose sur la vérité objective; si ces informations sont la seule source d'interprétation et qu'elles sont valides *parce qu'elles* sont issues d'une autorité, on associera ces éléments à la limite de la réflexivité.

8° une construction validée à l'aide d'arguments reposant sur l'efficacité technique des NTR étant donné la fin visée

Si l'évaluation de l'efficacité est élaborée par des arguments autres que des conventions utilisées comme des conventions (qu'ils soient de l'ordre de la vérité objective, de la normativité ou de l'expérience subjective), on associera cet élément à la réflexivité; si l'efficacité des NTR va de soi, est d'emblée évidente du simple fait, par exemple, que les NTR soient des techniques avancées, on l'associera plutôt à la limite de la réflexivité.

9° une construction de l'objet NTR fondée sur une évaluation des risques ou coûts (au sens large de coûts économiques, physiques, psychologiques, sociaux, etc.) par rapport aux bénéfices envisagés



Une stricte évaluation en termes coûts/bénéfices sera attribuée à une attitude à l'égard de l'objet de type rationnel instrumental. Cependant, un calcul coûts/bénéfices faisant appel à une réflexion sur la pertinence du moyen au regard des coûts quand la réflexion en question se base sur des principes généraux chevaucherait l'attitude rationnelle instrumentale et rationnelle-normative (ou éthique); la différence réside dans les arguments sous-jacents aux calculs (dans le premier cas ils reposeraient sur un savoir objectif, dans l'autre sur des normes). On associera la correspondance à ce critère à la réflexivité, à moins que les arguments sous-jacents prennent la forme de dogmes.

Les deux critères suivants sont un peu différents des précédents puisqu'ils portent sur des aspects très spécifiques des NTR en termes de contenu. Je les ai ajoutés aux critères plus généraux de façon à pouvoir cerner ces aspects particuliers qui sont source de questions récurrentes dans les écrits sur les NTR.

10° une construction de l'objet NTR où des éléments constitutifs de l'objet sont appréhendés strictement dans leur dimension biologique (en autant évidemment que cela s'applique; ces éléments seraient donc normalement relatifs aux gamètes, embryons, enfants, géniteurs, soi, conjoints).

Une correspondance à ce critère révélerait une attitude à l'égard de l'objet de type rationnel cognitif-instrumental puisque cela implique, de façon sous-jacente, le recours à un savoir objectif. Ce critère recoupe donc le 7e critère pour le classement dans la réflexivité ou dans la non réflexivité. Cependant, ce qui distingue ces deux critères a trait à la tendance à la «biologisation» des personnes et à une éventuelle réification. Ceci ne doit pas être confondu avec le caractère normatif ou subjectif du lien génétique, à moins que ce lien génétique soit strictement conçu en termes objectifs. Autrement dit, on ne pourrait pas forcément associer une appréhension du lien génétique comme seul lien «véritable» entre parents et enfants à une biologisation des personnes.

11° une construction de l'objet NTR comportant une référence à la maîtrise de soi, de la nature ou de la procréation (ou d'aspects particuliers de la procréation, notamment les interventions sur les embryons ou les gamètes)

Ce critère a trait davantage à l'attitude (normative) à l'égard de l'objet qu'à la stricte construction de l'objet, bien que ces deux aspects soient difficilement dissociables (l'attitude orientant la construction). Une attitude positive à l'égard de la maîtrise révélerait une approche rationnelle de type cognitif-instrumental ou normatif, selon ce qu'on invoque pour soutenir cette attitude. Il faut envisager que l'attitude puisse varier selon ce à quoi

s'applique la maîtrise (on pourrait trouver une attitude positive à l'égard de la maîtrise de soi mais négative à l'égard d'interventions sur les embryons, par exemple). Aussi l'étude de ce critère exige de distinguer les domaines concernés. Par ailleurs, une absence de référence à la maîtrise (quel qu'en soit l'objet) révélerait une approche non rationnelle, à moins que cette «absence de référence» soit soutenue par des arguments (par exemple, une affirmation d'un refus de considérer cet aspect comme une chose importante). En pareil cas, la rationalité impliquée serait probablement de type normatif.

Une représentation qui correspondrait principalement aux critères 6 à 11 (ceux relatifs à la rationalité cognitive-instrumentale) serait rationalisée ou non, de façon tendancielle, selon ce qui est invoqué (c'est-à-dire des arguments que l'on peut associer ou non à des «conventions» du point de vue de leur forme). Dans le premier cas, il faudrait analyser les implications en termes de type de connaissance. On pourrait trouver des représentations inclinant à la proximité avec ce qu'on associe à la version «dure» de la biomédecine de la reproduction.

L'ensemble de ces critères, comme il apparaît en filigrane, comporte en un certain sens leurs contraires. Une représentation ne correspondant pas à ces critères serait dite non rationalisée du point de vue de ces critères. D'un autre côté, il serait tout à fait surprenant de trouver des représentations sociales correspondant parfaitement à ces critères ou, à l'inverse, ne correspondant absolument à aucun. Aussi, il s'agit de dégager des tendances à l'aide de ces critères.

J'ai utilisé le terme «critère» plutôt qu'«indicateur» parce que les critères sont plus abstraits qu'empiriques. Leur énumération est en fait une opérationnalisation des concepts, appliquée à l'objet. Au chapitre suivant, j'expliquerai la démarche par laquelle on peut parvenir à évaluer les représentations du point de vue de la réflexivité.

## **CHAPITRE 5 METHODOLOGIE**

### **Introduction**

La recherche vise à cerner les tendances vers la rationalisation dans le savoir de sens commun et, notamment, à vérifier s'il y a ou non une tendance à la colonisation de ce savoir par les savoirs experts et plus largement par la rationalité cognitive-instrumentale, du point de vue des contenus et des bases de validité de ces contenus. Une telle colonisation représenterait un risque d'appauvrissement des sources de sens pour la constitution des rapports au monde, à soi et aux autres et, conséquemment, une perte d'autonomie de la sphère dite profane au profit du savoir expert et de ses règles de validité du savoir (et de l'action en découlant, bien entendu).

Le savoir de sens commun (ou profane) sur l'objet NTR constitue ce que j'ai appelé au chapitre précédent des représentations sociales. Ces représentations des NTR qui sont visées sont celles de femmes faisant face au recours aux NTR et non, par exemple, celles que l'on pourrait repérer à travers les média d'informations, la littérature romanesque ou le cinéma.

Le but de la recherche implique donc une démarche d'analyse en deux temps: d'abord, il exige de cerner le savoir en question, ensuite de l'analyser du point de vue des hypothèses c'est-à-dire selon les termes de la rationalisation. Si la théorie des représentations sociales n'appelle pas une méthode d'observation et d'analyse particulière, les objectifs de la recherche et les hypothèses posées exigent d'avoir accès à un certain degré de profondeur et donc moins à des informations qu'à des informations schématisées ou à des raisonnements puisque les contenus intéressent ici autant que la forme dans laquelle ils s'organisent. Ainsi les objectifs et hypothèses obligent d'une certaine façon à passer par des discours, lesquels doivent dans le présent cas être obtenus par le biais d'entretiens avec des personnes ayant fait face aux NTR; ces discours doivent faire l'objet d'une analyse qualitative. Cette démarche d'analyse comporte une part largement inductive menant à une construction de ce qu'est le savoir en question, les représentations. La théorie des représentations sociales fournit quelques repères pour cerner ces représentations, principalement l'identification des noyaux centraux et la description de l'objectivation et de l'ancrage (procédures de construction). La partie inductive de l'analyse, comme on le verra, fait appel à une approche comparative. Au terme de cette analyse, on aboutit à une construction contrôlée (mais non vérifiée au sens expérimental du terme) de ce qu'est ce savoir, c'est-à-dire une ou plusieurs représentations sociales. D'un

autre côté, la démarche d'analyse comporte aussi une part plus déductive menant à une interprétation de ce savoir en tant que savoir rationalisé ou non, interprétation contrôlée et construite sur la base de la construction préalable. Il s'agit donc, dans cette seconde phase, d'un processus de réduction et d'abstraction sur une base à la fois empirique et théorique.

Dans les pages suivantes, je détaillerai les procédures présentées ci-haut et exposerai les justifications de ces choix de même que les limites qu'ils présentent du point de vue de la validité de la recherche.

### **5.1 Les données de la recherche: des discours sur les difficultés procréatives et les NTR obtenus par des entretiens**

Le corpus étudié est constitué de discours produits au cours d'entretiens semi-directifs menés entre avril 1994 et octobre 1995. J'ai élaboré un guide d'entretien que j'ai testé et modifié légèrement après deux entretiens.<sup>1</sup> La stratégie d'entretien a consisté à énoncer deux consignes amenant les répondantes à développer à leur gré le contenu sur lequel elles étaient centrées. La première consigne portait sur l'expérience vécue; elle était formulée de façon à susciter une narration chronologique des événements, des gestes posés, des sentiments et réactions, etc.: «Je voudrais que vous me racontiez ce qui s'est passé, ce que vous avez fait et comment vous avez réagi (vous et votre conjoint, s'il y a lieu), à partir du moment où vous avez décidé d'aller voir un médecin ou à partir du moment où vous avez constaté qu'il y avait un problème.» La seconde consigne, plus floue que la précédente dans sa formulation, portait sur les NTR et devait mener à aborder des aspects non couverts par la première consigne: «J'aimerais que vous me disiez ce que sont, de votre point de vue, les nouvelles techniques de la reproduction.» Outre ces deux consignes présentées de la même façon dans chaque cas, j'avais prévu un certain nombre de points à aborder, susceptibles d'être couverts par ces consignes; ces points ont été amenés en cours d'entretien s'ils n'avaient pas été abordés spontanément. Enfin, j'avais réservé pour la fin des questions directes relatives à la couverture des NTR par le régime public d'assurance-maladie, à une éventuelle recommandation à quelqu'un de suivre la même voie et aux motifs de participation à ma recherche. Avant d'amorcer les entretiens, je rappelais le but de la recherche tel qu'il avait déjà été énoncé au moment de la prise de contact, les personnes visées par la recherche, le procédé d'entretien, la durée possible, les mesures prises pour préserver l'anonymat dans le traitement des entrevues et dans le rapport final. Je m'assurais à nouveau de leur accord à l'enregistrement de notre entretien

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 2 «Guide d'entretien et Fiche d'identification des répondantes».

et je rappelais la possibilité d'interrompre l'entrevue à n'importe quel moment si elles le désiraient. A la fin de l'entretien, les répondantes étaient invitées à répondre à quelques questions, par écrit, à partir d'une fiche d'identification.<sup>2</sup>

Les discours obtenus suite à la première consigne étaient conformes à ce à quoi on pouvait s'attendre, du point de vue de leur forme, du moins dans les premiers moments. Les discours prenaient la forme en effet d'une narration chronologique, comportant plus ou moins de détails selon les cas. Une relance, après le premier jet, permettait d'élaborer à partir de cette première version abrégée de l'histoire, pour les cas où le premier jet était peu détaillé. La consigne pouvait mener à une narration de l'histoire donnant plus ou moins de place au problème d'infertilité ou davantage centrée sur les démarches médicales. Il appert que la prise de contact et l'énoncé de l'objet de la recherche organisent autant, sinon davantage, que la consigne de départ la narration suivant cette consigne puisque dans tous les cas l'accent était placé sur l'expérience médicale. En d'autres termes, l'interprétation de la consigne est redevable à autre chose que la consigne. A quoi il faut sans doute ajouter l'expérience des NTR qui est suffisamment importante (physiquement et psychologiquement entre autres) pour devenir le point central du discours. Par ailleurs, la prise de contact joue manifestement dans l'élaboration du discours quand la narration de l'histoire fait place rapidement à un discours davantage assertif et souvent même argumentatif à propos des NTR, comme cela s'est produit à quelques reprises. Ce type de structuration du discours est déjà un indicateur du statut donné souvent aux NTR, à savoir celui d'objet de controverse. Je reviendrai dans les prochains points sur cet aspect des NTR et sur ses conséquences aux plans de la recherche des répondantes et de l'analyse des discours. Etant donné le statut des NTR, leur place dans la société, il faut sans doute nuancer l'affirmation selon laquelle il faille interpréter ce qui suit une consigne de type narratif comme une narration malgré la forme assertive du discours (Blanchet, 1987); il faut en somme tenir compte de ce qui est implicite et sous-jacent à l'interprétation de la consigne.

Les énoncés suivant la seconde consigne prenaient souvent la forme d'une prise de position à l'égard des NTR. Ainsi on semblait entendre dans cette consigne une demande de classement normatif des NTR et d'élaboration d'arguments à leur égard. Les thèmes prévus dans le guide d'entretien étaient entendus dans le même sens. Bien que cette consigne menait à tenir un discours un peu moins centré sur l'expérience vécue que celui suscité par la première consigne, le discours, souvent argumentatif, empruntait largement à

---

<sup>2</sup> Voir l'annexe 2.

l'expérience vécue personnellement ou par d'autres et était l'occasion de revenir sur la narration précédente pour la préciser ou pour mettre de l'emphase sur un aspect particulier. En fait, l'analyse des entretiens a permis de mettre en lumière que, dans plusieurs cas, un (ou des) but était poursuivi par les répondantes à travers l'entretien et plusieurs des éléments ou thèmes suggérés par moi, peu importe ma demande explicite, étaient utilisés comme des occasions supplémentaires d'élaborer le point central à faire entendre. J'écris «but» et dans certains cas il est apparu qu'il s'agissait effectivement d'un but clairement poursuivi (dans les cas en particulier où l'on défendait une position claire, une cause). Dans les autres cas, il s'agissait moins d'un but à proprement parler, explicitement poursuivi, que d'une assertion centrale développée de multiples façons et portant généralement sur une dimension importante de l'expérience. Les deux dernières questions posées directement à la fin des entretiens (recommandation ou non à une autre personne de suivre la même voie et motifs de participation à la recherche) suscitaient d'ailleurs généralement des résumés des positions générales défendues ou des explicitations des éléments centraux à faire entendre dans l'entretien.

Le déroulement des entretiens a connu des variations sur divers plans. D'abord, l'ordre des points abordés (outre les consignes, présentées de la même manière et dans le même ordre) était évidemment appelé à varier selon les cas puisque chaque répondante développait à sa façon la relation de l'expérience vécue et sa vision des NTR. Ensuite, les entretiens différaient dans leur déroulement au plan des interactions interviewer/interviewée. Sur ce plan, les différences me semblent dues, entre autres choses, aux motifs de participation à la recherche, aux attentes qui m'étaient attribuées, à l'expérience vécue, au fait d'avoir déjà parlé longuement et fréquemment de l'expérience, à la forme même des entretiens semi-directifs. A quoi il faut ajouter des facteurs circonstanciels et interpersonnels. Ces facteurs ne jouent pas indépendamment les uns des autres.<sup>3</sup>

Plusieurs répondantes voyaient dans l'entrevue une occasion de prendre la parole dans le débat social entourant les NTR, soit pour défendre une position, soit pour donner l'«heure juste» à propos des NTR donc pour rétablir une certaine vérité indiscernable dans le débat public ou dans les informations diffusées sur les NTR. Dans d'autres cas où une certaine censure était implicitement imposée par l'entourage, l'entretien devenait une occasion de parler à quelqu'un de l'expérience. Par ailleurs, quand l'expérience avait été plutôt

---

<sup>3</sup> Les facteurs énoncés ayant pu influencer le déroulement de l'entretien sont ceux que j'ai pu identifier. Par ailleurs, il est impossible de savoir dans quelle mesure ils ont joué, comme il est impossible de déterminer quels facteurs sont les plus importants.

agréable en bout de ligne, le plaisir de se remémorer et de raconter à nouveau son expérience était présenté comme une bonne raison de participer à la recherche. Dans d'autres cas encore, l'entretien était saisi comme une occasion de vérifier sa capacité de parler de l'expérience, donc de vérifier dans quelle mesure le problème personnel provoqué par l'infertilité était en voie d'être résolu. Enfin, plusieurs répondantes ont dit avoir participé à la recherche pour m'aider et aider d'autres femmes dans la même situation qu'elles (par la diffusion d'informations et l'élimination de tabous ou de mythes à propos des NTR); le doute à propos d'une forte participation était parfois invoqué étant donné la difficulté de parler de ce sujet intime ou de ce genre d'expériences pénibles.

Les répondantes ayant invoqué la censure dans leur entourage et le plaisir de l'expérience avaient davantage tendance à élaborer longuement. Dans ces cas, mes interventions visant à relancer ou à faire préciser semblaient parfois servir de pauses; on continuait sur sa lancée, ignorant même parfois le contenu de mes interventions. On ne semblait pas chercher à satisfaire des attentes implicites à mon égard, outre celles discernables à travers la première consigne et l'énoncé de l'objet de la recherche.

Certaines entrevues se sont déroulées de façon plus chaotique; j'ai parfois dû être plus directive, poser des questions plus directement, des répondantes ressentant manifestement un malaise du fait du style de l'entretien. Une plus grande directivité a pu aussi être due aux buts poursuivis par les répondantes dans l'entretien. Certaines d'entre elles en effet défendaient une position et, une fois énoncée, ne semblaient pas voir la pertinence d'élaborer davantage (la demande d'exploration peut paraître excessive quand on a le sentiment d'avoir «tout» dit). S'ajoute à ce facteur un style de discours, une façon de parler organisée, synthétique et à certains égards tranchante, qui recoupe souvent le contenu énoncé (des positions tranchées). Dans ces cas, on trouve les entretiens les plus courts. Dans deux cas, la familiarité avec la recherche scientifique a pu également provoquer un style d'entretien plus haché. Les attentes qui m'étaient attribuées semblaient fondées sur cette connaissance préalable de ce qu'«est» la recherche.

Par ailleurs, les circonstances dans lesquelles certains entretiens ont eu lieu ont pu jouer dans le déroulement. La présence d'un enfant dans un cas a donné lieu à quelques interruptions de l'entretien, provoquant une difficulté à reprendre le fil du discours. Dans un autre cas, cependant, la présence de l'enfant n'a pas produit de ruptures importantes, l'enfant ayant déjà entendu fréquemment le discours tenu par sa mère. Dans ce cas, il est manifeste que le discours était largement construit avant l'entretien. Par ailleurs, des interruptions dans l'entretien sont survenues également dans certains cas, ces interruptions

étant dues notamment à la difficulté de parler de certains aspects suscitant des malaises ou des émotions (manifestées par des sanglots dans la voix ou des pleurs).

Enfin, des problèmes techniques (avec le magnétophone) m'ont obligée, dans deux cas, à interrompre à quelques reprises l'entretien (en début d'entretien dans un cas et vers la fin dans l'autre). Ces problèmes ont résulté en l'impossibilité de traiter les entretiens de la même façon que les autres, certains extraits manquant.

Outre ces facteurs ayant joué sur le déroulement des entretiens et sur l'interaction entre moi et les répondantes, il faut ajouter la part incontrôlable des rapports interpersonnels et de la confiance qu'il est possible ou non d'installer. Sur ce plan, il est possible que la position dans le débat sur les NTR et la connaissance des NTR que l'on m'attribuait aient joué sur le degré de précision des discours. Généralement, comme j'ai adopté une attitude empathique, on semblait penser que la position défendue était recevable (pour moi), sinon qu'elle correspondait à ma position. Je dois dire que je n'ai jamais expliqué avant ou pendant les entretiens ma position personnelle à l'égard des NTR et j'ai laissé dans le flou ma connaissance du domaine et des procédures techniques impliquées par les NTR. Certaines répondantes me parlaient comme à quelqu'un qui n'était pas très au courant, alors que d'autres semblaient tenir pour acquis que je connaissais en profondeur les NTR. Comme l'expérience vécue est souvent une source de connaissance valide (sinon la plus valide) pour les répondantes et comme j'ai répondu par la négative (sincèrement) quand on me demandait si j'avais des enfants, un problème de fertilité ou si j'avais moi-même recouru aux NTR, on semblait souvent me classer dans la catégorie des personnes à qui donner de l'information ou à qui faire connaître la vérité sur les NTR. Ma demande à leur endroit tendait d'ailleurs à confirmer cette position où l'on me plaçait, qui était d'un certain point de vue ma position réelle et, d'un autre côté, la plus susceptible de donner lieu à des discours élaborés et détaillés, ce qui s'est avéré.

La durée des entretiens a varié, allant d'une heure et demie à trois heures et demie, la plupart ayant duré environ deux heures. Ils ont eu lieu le plus souvent au domicile des répondantes, une fois chez moi et quelques uns se sont déroulés au lieu de travail des répondantes.

J'ai transcrit tous les entretiens intégralement (y compris les hésitations, interruptions, rires, pleurs et autres signes non verbaux mais audibles). Les conversations à propos de l'objet ayant eu lieu après l'interruption de l'enregistrement ont été résumées le plus tôt possible après les entretiens. Ces conversations font en quelque sorte partie du corpus



mais n'ont pas été analysées au même titre que les entretiens. Souvent brèves, elles ne comportaient généralement pas d'éléments nouveaux.

Etant donné que l'entretien était le seul moyen à ma disposition pour recueillir les données de la recherche et que l'étude des représentations sociales par le biais de tels entretiens pouvait poser, semble-t-il, des problèmes de validité (notamment en ce qui a trait à la stabilité des représentations, selon Grize, 1991), j'ai cru pertinent de faire relire le *verbatim* de quelques entretiens par les répondantes.<sup>4</sup> J'ai procédé à une sélection des répondantes sur la base du temps écoulé depuis l'entretien (au moins un an), du type de problèmes et de techniques utilisées et de l'impact possible d'une telle demande (ce dernier critère était hautement subjectif, cependant j'ai écarté d'emblée les cas de femmes qui m'avaient semblé éprouver un malaise pendant l'entretien apparemment à cause de la difficulté à faire face au problème). Sur les six femmes à qui j'ai demandé de procéder à la relecture, cinq ont effectivement relu et m'ont livré leurs commentaires (par téléphone ou par lettre). Dans deux cas, des modifications très mineures ont été apportées; dans trois cas, on m'a donné par téléphone (au cours de longues conversations) ou par écrit, des indications à propos des nouveaux développements (grossesse en cours, démarches d'adoption, persistance dans le traitement).

Le résultat de cette démarche a été tel qu'on pouvait s'y attendre: pas de modifications importantes des opinions ou de la vision de l'expérience et des NTR. En fait, une telle relecture ne peut fournir aucune garantie sur la véracité du discours produit en entretien et, donc, sur l'idée que les répondantes se font «vraiment» des NTR et de leur expérience étant donné que l'entretien peut constituer une façon de fixer jusqu'à un certain point ces idées (par le fait d'en parler d'abondance à quelqu'un). D'un autre côté, la pertinence de ce procédé de relecture m'apparaît relativement contestable après coup puisque les préoccupations qui la fondent reposent sur le doute à l'égard de ce que les répondantes disent durant l'entretien. Cette méfiance à l'égard des personnes interviewées est fréquente mais m'apparaît largement non fondée. Le désir de plaire ou le désir de conformité attribués aux interviewés (ce désir constituant un biais, pouvant donc porter atteinte à la validité des résultats de la recherche) me semblent jouer dans une faible mesure; généralement il est aisé de repérer les effets de ces désirs et, d'ailleurs, il ne s'ensuit pas que les énoncés qui s'ensuivent sont faux. De plus, invoquer ce trait tend à laisser penser que l'entretien de recherche constitue (ou devrait constituer) un type d'interaction absolument différent des autres interactions entre les personnes. Quoiqu'il

---

<sup>4</sup> Ce moyen avait notamment été utilisé par Herzlich (1969) dans son étude des représentations sociales de la santé et de la maladie.

en soit, un avantage non négligeable d'un tel procédé réside dans la reprise d'un contact, même bref, avec des répondantes. En ce sens, il permet d'humaniser un peu plus les rapports chercheure/répondantes.

Du point de vue de la validité, le guide d'entretien et la façon de mener l'entretien peuvent permettre, mieux que la relecture, de contrer certains biais dus au mode de collecte de données. En effet, les consignes et les thèmes à aborder permettent d'une certaine façon de revenir sur les points abordés en d'autres mots. On pourrait faire une analogie avec le questionnaire à questions fermées dans lequel on prend plusieurs mesures, par les questions, des mêmes indicateurs. Comme je l'ai suggéré plus haut, l'analyse des discours produits durant les entretiens montre une certaine redondance, les répondantes tendant à revenir constamment sur les points centraux de leurs expérience et perception des NTR à travers les consignes et les suggestions de thèmes. On redit de différentes façons les mêmes choses à l'occasion des suggestions, du cadre offert pour parler. Les biais reliés au (supposé) désir de conformité ou désir de plaire sont ainsi plus ou moins éliminés. A ce titre, il faut sans doute ajouter que le fait de produire un discours prolongé mène généralement à une forte diminution des défenses, si je puis dire. C'est qu'en effet la pression à tenir un discours élaboré, produite par l'entretien, semble avoir pour effet qu'on entre, parfois presque malgré soi, sur des terrains plus ou moins minés ou glissants, mène à parler de choses intimes qu'on ne pensait pas aborder *a priori* au moment où l'on a accepté de participer à l'entretien; l'enchaînement d'une idée à l'autre ou la narration d'événements obligent jusqu'à un certain point à dévoiler des choses pour maintenir la cohérence ou pour être bien comprise. Il est souvent aisé de repérer ces entrées impromptues dans des zones où l'on ne croyait pas devoir s'avancer. Outre les réflexions explicites à ce sujet, on trouve des pertes de maîtrise du discours marquées par des hésitations, des expressions de surprise, des signes de malaise (rires, bredouillements, par exemple), des mots introduisant des «confidences» ou des «plongeons» (comme si l'on prenait une grande respiration avant de se jeter à l'eau), etc.

## **5.2 Les répondantes**

### **5.2.1 L'échantillonnage**

L'unité d'observation est constituée d'une femme ayant eu recours à une des nouvelles techniques de la reproduction ou n'ayant pas (ou pas encore) eu recours à ces techniques malgré un problème d'infécondité involontaire.

J'ai choisi de n'interviewer que des femmes (plutôt que des couples ou des hommes) de façon à pouvoir contrôler l'effet de la variable sexe puisque dans d'autres recherches on a montré que les hommes et les femmes n'avaient pas le même point de vue sur l'infertilité et les NTR (dont Greil, 1991b). D'un autre côté, il était important de chercher à homogénéiser également le groupe des répondantes du point de vue de la classe sociale et de l'âge, ces deux variables étant réputées généralement déterminantes des attitudes et des trajectoires.<sup>5</sup>

Comme il n'existe pas de liste de personnes ayant un problème de fertilité ou ayant eu recours aux NTR, non seulement est-il inutile de penser constituer un échantillon représentatif au plan statistique mais aussi il est impossible pratiquement de constituer un échantillon autre qu'un échantillon de volontaires. Les personnes infertiles constituent une catégorie floue au sens où l'infertilité, si elle est définie de façon assez précise en médecine, demeure jusqu'à un certain point un problème largement défini subjectivement en tant que *problème*. Des personnes infertiles ressentiront leur infertilité comme un problème notamment si elles désirent procréer<sup>6</sup> (c'est souvent en tentant de procréer que les personnes constatent un problème). Les personnes visées par la recherche sont des femmes pour qui l'infécondité involontaire est ou était un problème parce qu'elles (et/ou leur conjoint) veulent ou voulaient procréer. Par ailleurs, l'infécondité involontaire plutôt que l'infertilité serait un terme plus approprié pour qualifier la situation des répondantes visées puisque le recours aux NTR peut être le fait de femmes fertiles désirant procréer mais n'ayant pas de conjoint (masculin) tout aussi bien que de femmes fertiles dont le conjoint est infertile, de femmes infertiles ou de couples infertiles (dont les deux parties ont des problèmes de fertilité identifiés).

### 5.2.2 La recherche des répondantes

La recherche de répondantes s'est faite de plusieurs façons. Des annonces<sup>7</sup> ont été diffusées dans des journaux nationaux et montréalais, à la radio AM de Radio-Canada dans une émission de services à la collectivité et dans le bulletin du Secrétariat à l'adoption internationale. Au service d'adoption locale du Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, on a accepté également d'annoncer ma recherche lors de rencontres

<sup>5</sup> Notamment en ce qui concerne la santé, comme on l'a vu au Chapitre 2.

<sup>6</sup> Comme le souligne Dunnigan (1988: 124, italiques de l'auteure), du point de vue des femmes, «l'infertilité est au départ un *état* à savoir ne pas être mère (...), et n'est donc pas en soi problématique; cet état doit nécessairement être *associé à un désir*; une femme qui ne veut pas devenir mère n'est pas préoccupée par l'absence d'enfant ou, si elle l'est, elle ne vit pas cette situation comme un problème d'infertilité (...).»

<sup>7</sup> Voir l'annexe 3 «Annonce de la recherche».

d'information auprès de personnes cherchant à adopter. De la même façon, chez Déméter (l'Association québécoise pour la fertilité, une association de support aux personnes infertiles), on a annoncé ma recherche lors d'activités internes et publiques. Des cliniques de fertilité dans les hôpitaux montréalais francophones et l'Institut de médecine de la reproduction de Montréal (IMRM) ont été contactés à maintes reprises. En bout de ligne, la clinique de l'hôpital Notre-Dame et l'IMRM ont accepté de distribuer l'annonce aux femmes répondant aux critères de sélection. Par ailleurs, j'ai appris par une répondante que l'annonce avait été affichée (à mon insu) au laboratoire d'andrologie de l'hôpital St-Luc. De plus, une pharmacienne spécialisée dans la vente des médicaments utilisés dans les traitements de l'infertilité a accepté d'emblée de déposer des copies de l'annonce sur son comptoir. Enfin, des personnes de ma connaissance se sont offertes pour parler de la recherche à des femmes qu'elles connaissaient. Dans ces cas (comme dans les autres), il était entendu que les femmes intéressées devaient elles-mêmes me téléphoner. J'ai également demandé aux répondantes, à la fin des entrevues, de parler de la recherche à d'autres femmes concernées.

Ces différents moyens de recherche de répondantes ont été choisis pour donner accès à une diversité d'expériences, c'est-à-dire à des personnes qui n'ont pas eu recours aux NTR ou qui y ont eu recours il y a un certain temps et à des personnes encore engagées dans un traitement médical.

La forme des annonces a varié selon les média et moyens. Cependant, j'ai uniformisé leur contenu le plus possible. Avec le temps, afin de diversifier le groupe de répondantes au plan des techniques utilisées, j'ai modifié l'annonce en spécifiant des types de techniques. Bien que les annonces comportaient certaines informations (comme l'objet de la recherche et le fait que je sollicitais des entretiens), c'est au moment du contact téléphonique que le «contrat» était établi (objet de la recherche, durée et type d'entretien, moyens pour préserver l'anonymat, enregistrement, etc.). Évidemment, je n'ai pu contrôler le contenu énoncé par les personnes ayant parlé de ma recherche à d'autres, bien que j'aie demandé de ne pas élaborer ni d'argumenter pour les convaincre.

La recherche des répondantes s'est avérée complexe et ardue pour de multiples raisons: le problème de fertilité lui-même, le débat public sur les NTR (objet de controverses) où les femmes recourant aux NTR sont souvent ciblées (et jugées), les multiples recherches menées auprès des personnes infertiles, les paramètres éthiques que j'avais fixés moi-même sont du nombre.

L'infertilité est une situation problématique et bouleversante pour beaucoup des personnes qui la vivent et, par ailleurs, elle est souvent stigmatisante. Par conséquent, il y a de fortes chances pour que les personnes ne veuillent pas parler de leur situation - à une étrangère de surcroît - ou ne se sentent pas suffisamment solides psychologiquement pour participer à une entrevue de recherche. De plus, même si pour des gens elle n'est pas jugée stigmatisante, l'infertilité peut néanmoins être vue comme un problème privé.

Par ailleurs, les NTR sont encore l'objet de conflits entre divers groupes, notamment entre les médecins impliqués dans la pratique et des féministes. J'ai expérimenté cet état de chose en devant montrer «patte blanche» auprès de certaines cliniques; femme et sociologue, j'ai dû argumenter pour obtenir leur collaboration. Il m'est apparu très rapidement, dès les premiers contacts en fait pour tâter le terrain en vue de la recherche de répondantes, qu'il est difficile d'entrer dans le domaine en prétendant éviter de prendre position pour ou contre les NTR, pour ou contre leurs praticiens, pour ou contre les personnes qui y recourent. Ainsi, l'état de la question des NTR dans l'espace social a en quelque sorte joué sur la participation en rendant plus difficile l'accès aux personnes visées. De plus, il n'est pas impossible que la controverse entourant les NTR aient également limité la participation de femmes recourant aux NTR et pouvant craindre d'être jugées.<sup>8</sup>

Par ailleurs, les femmes encore en traitement ou ayant été en traitement longtemps sont (ont été) souvent déjà beaucoup «examinées», leur intimité est (a été) déjà très touchée. Autant physiquement d'ailleurs qu'autrement puisque beaucoup de recherches les concernent (recherches médicales, recherches en psychologie notamment). Il est possible que les femmes intéressées à participer à une recherche soient davantage tentées de collaborer à une recherche de laquelle elles peuvent, de façon plus évidente, tirer profit.

Enfin, afin de respecter l'anonymat des femmes, j'ai refusé de m'adresser directement à des personnes que des tiers auraient pu me référer. Cette exigence avait pour corollaire que les femmes devaient me contacter les premières. Il est possible que des personnes auraient accepté de participer à la recherche sans problème si je les avais moi-même contactées, leur évitant une démarche qui ne va pas de soi. D'un autre côté, cette façon de

---

<sup>8</sup> J'ai établi les premiers contacts auprès des cliniques à l'automne 1993, c'est-à-dire dans la période où la Commission Baird déposait son rapport... dont les conclusions étaient contestées par certains praticiens des NTR, donc par des personnes en position d'autorité dans les cliniques dont je sollicitais la collaboration. De plus, dans les années précédentes, les NTR ont aussi fait régulièrement l'objet de discours publics - et de critiques - dans les média d'informations (voir Brillon et al., 1992).

procéder donne une assurance minimale sur la volonté des personnes de participer à la recherche.

A ces raisons possibles aux difficultés rencontrées, il faut ajouter celle relative au fait même de participer à une recherche, quelle qu'elle soit, et celle relative au fait de s'entretenir longtemps avec quelqu'un en face à face.

### **5.2.3 Description des répondantes**

En tout, 21 femmes et un homme m'ont téléphoné. Quatre femmes se sont désistées (avant ou après avoir fixé un rendez-vous) et l'homme a été écarté (après une longue conversation téléphonique). J'ai donc rencontré 17 femmes.

Etant donné le petit nombre de femmes m'ayant contactée (sur une période s'étendant sur plus d'un an et demi et malgré les efforts déployés), je n'ai pas tenu compte des variables d'homogénéisation que je m'étais proposé au départ, à savoir la classe sociale (opérationnalisée par le niveau de scolarité des femmes et la profession de leurs parents) et l'âge pour sélectionner les femmes intéressées à participer à un entretien. Cependant, le groupe est plutôt homogène au plan de la classe sociale.

Dans ce qui suit, je présenterai d'abord les répondantes du point de vue de leurs caractéristiques socioéconomiques pour ensuite dresser le portrait de ces femmes du point de vue des problèmes de fertilité, de la fécondité et des NTR ou traitements médicaux auxquels elles ont recouru.

#### **5.2.3.1 Caractéristiques socioéconomiques des répondantes**

Au moment des entretiens, l'âge moyen des répondantes était de 36,4 ans, les plus jeunes ayant 28 ans et les plus âgées entre 45 et 50 ans (trois cas).<sup>9</sup> Elles étaient toutes mariées ou en union de fait, sauf une qui était célibataire. Quatorze détiennent un diplôme universitaire, alors que trois ont complété des études collégiales professionnelles. Dix occupaient un emploi à temps complet, une un emploi à temps partiel, une était contractuelle (temporaire); trois étaient en congé pour maladie (relié ou non aux traitements), une au chômage et une autre étudiait à temps plein. Trois femmes occupaient des emplois dans le domaine de la santé.

---

<sup>9</sup> Pour les détails, voir les annexes 4 «Caractéristiques socioéconomiques des répondantes» et 5 «Caractéristiques socioéconomiques des conjoints».

Les revenus personnels des femmes s'étendaient de 0\$ à 60 000\$, pour une moyenne de 35 000\$. Trois femmes ont déclaré n'avoir aucun revenu et une un revenu très irrégulier. Les revenus des conjoints étant en général plus élevés, les revenus des ménages s'élevaient en moyenne à 65 000\$ mais allaient de 15 000\$ à 220 000\$. Le coût généralement élevé des NTR implique presque d'emblée que les ménages à faible revenu (ou ayant un revenu que l'on pourrait ranger dans la frange inférieure des revenus moyens) et faisant face à un problème d'infécondité involontaire n'ont pas accès à toutes les NTR et à certains traitements hormonaux. En conséquence, il fallait s'attendre à ce que l'échantillon comporte très peu de cas de femmes appartenant à des ménages à faible revenu, comme c'est le cas.

Si l'on observe les informations à propos de l'occupation des parents - au cours de leur vie active -, on trouve six femmes dont les pères étaient des professionnels, cinq dont les pères occupaient des postes de cadre dans le secteur public ou privé, un homme d'affaires, un ouvrier spécialisé, trois techniciens et deux commerçants. Dans dix cas, les mères étaient dites ménagères ou au foyer; deux mères étaient employées de bureau, une commerçante, une gérante de commerce et trois occupaient des emplois équivalents à des postes de techniciennes. Le croisement des informations à propos du niveau de scolarité des femmes, leur occupation et la profession de leurs parents montre que la plupart d'entre elles appartiennent aux classes moyennes des franges moyenne à supérieure. La femme dont le père était ouvrier spécialisé est également parmi celles ayant le plus bas niveau de scolarité. Du point de vue de la classe sociale, le groupe de répondantes est comparable à ceux que l'on retrouve le plus fréquemment dans les recherches auprès des personnes ayant recouru aux NTR.

Par ailleurs, cinq femmes ont déclaré n'adhérer à aucune religion. Parmi les autres (catholiques, et juive dans un cas), deux ont déclaré être pratiquantes et une disait pratiquer à l'occasion. Les deux femmes se disant pratiquantes appartiennent aux extrêmes en termes d'âge (une des plus jeunes et une des plus âgées).

Toutes les répondantes habitaient dans la grande région de Montréal (en milieux urbain ou semi-urbain). Elles sont francophones ou parlent couramment français. Deux femmes avaient immigré au Canada à l'âge adulte, l'une depuis plus de 20 ans et l'autre depuis environ un an. La première est originaire d'un pays des Antilles, la seconde d'un pays d'Europe de l'Est. Ces caractéristiques ont été prises en considération dans l'analyse des entretiens.

### 5.2.3.2 Caractéristiques reliées à l'infertilité, aux traitements médicaux et à la maternité

Dans 16 des 17 cas, les femmes ont obtenu un diagnostic médical plus ou moins clair selon les cas. Dans cinq cas, l'infertilité est inexplicée (idiopathique), dont un cas où le problème de sperme repéré est supposé insuffisant pour expliquer l'infertilité. Chez quatre femmes, l'infertilité est due à un problème tubaire et chez deux autres à des troubles ovulatoires. Les conjoints de quatre autres femmes ont reçu un diagnostic de problèmes spermatiques divers. Chez une femme, on a trouvé un kyste d'endométriose qui pouvait être la cause des échecs de conception. Le 17e cas est celui d'une femme célibataire fertile.

Du point de vue des traitements ou NTR appliqués<sup>10</sup>, les répondantes se distribuent de la façon suivante<sup>11</sup>: cinq ont recouru à la FIV, une à la FIV avec microinjection du spermatozoïde, huit à l'insémination homologue (intrautérine ou non), trois à l'insémination avec donneur, deux à la «superovulation» au Pergonal (sans la FIV, qui inclut aussi cette procédure), cinq à des traitements hormonaux autres que la superovulation et sans recours simultané à une NTR. Dans trois cas, les conjoints ont été traités avec des hormones. Une femme a subi une intervention chirurgicale visant à drainer un kyste d'endométriose et une autre un traitement au laser par laparoscopie (pour un problème d'ovaires polykystiques). Deux femmes sur les 17 n'ont pas eu recours à une des techniques de procréation artificielle ou à des traitements hormonaux.

Trois répondantes ont eu recours à des médecines dites douces, sur de très courtes périodes. Trois femmes, par ailleurs, ont fait appel aux services de psychologues pour des raisons reliées à l'infertilité; dans un de ces cas, le conjoint a aussi consulté. Ces démarches en psychologie visaient à obtenir du support, une source de compréhension ou des moyens d'action devant les problèmes psychologiques ou conjugaux causés par (ou apparus avec) l'infertilité.

Au moment des entrevues, cinq femmes avaient accouché d'un enfant suite au recours aux NTR ou aux traitements hormonaux. Parmi elles, deux étaient à nouveau engagées dans des démarches médicales pour avoir un second enfant. Deux femmes étaient enceintes suite à une FIV. Parmi toutes les répondantes, sept femmes avaient déjà vécu une grossesse n'ayant pas résulté en la naissance d'un enfant vivant aux cours des années

<sup>10</sup> J'exclus de ces traitements les examens et les chirurgies (laparoscopie) visant à établir un diagnostic.

<sup>11</sup> Plusieurs répondantes ayant recouru à plus d'un traitement, le nombre total pour l'ensemble des moyens n'équivaut pas au nombre de répondantes.



précédentes<sup>12</sup>; dans trois cas, ces grossesses étaient attribuées à un traitement médical. Deux femmes étaient mères d'enfants adoptés ou nés sans l'aide d'un traitement ou d'une technique. Enfin, quatre femmes étaient engagées dans des démarches d'adoption (inscription sur les listes de l'adoption locale ou internationale ou attente imminente d'un enfant).

#### 5.2.4 Validité interne et externe

La validité interne de la recherche est limitée sur deux plans en ce qui concerne les répondantes: les moyens de sollicitation et l'échantillon de volontaires (effet d'autosélection).

Les personnes visées par la recherche étaient soit des femmes qui avaient terminé les traitements médicaux (avec ou sans succès), soit des femmes qui étaient en traitement, soit des femmes qui étaient en démarche d'adoption, soit des femmes qui avaient adopté finalement un enfant (ou plusieurs de ces possibilités en même temps) ou encore des femmes qui avaient renoncé à avoir un enfant. Or les moyens utilisés réduisaient au départ les chances d'atteindre les femmes ayant terminé les traitements médicaux ou n'y ayant pas eu recours. On peut en effet penser qu'une annonce dans un journal, perdue parmi d'autres, a moins d'impact qu'une autre posée sur le comptoir d'une pharmacie ou donnée en main propre par une personne qualifiée d'une clinique. De plus, avec le temps, j'ai renoncé à la publication d'annonces (coûteuses) dans les journaux.

Les plus fortes menaces à la validité résident dans l'autosélection pouvant accompagner un échantillon de volontaires. Etant donné que la recherche porte sur la connaissance des NTR et, plus particulièrement, sur la réflexivité de cette connaissance, il importe de tenter de cerner dans quelle mesure l'échantillon obtenu peut biaiser les résultats de l'analyse. Ici c'est donc moins la possibilité d'être rejointe par les moyens mis en oeuvre que la possibilité d'accepter de participer à la recherche et les caractéristiques des personnes qui sont en cause.

L'autosélection a pu être orientée par la présence dans l'espace public de l'objet NTR et par le caractère controversé des NTR. La tendance à stigmatiser les femmes recourant aux NTR, en particulier à la FIV, repérable dans des discours publics critiques (ou la possibilité d'interpréter les critiques adressées aux médecins pratiquant la FIV comme des critiques à l'endroit des femmes recourant à cette technique en particulier) a pu provoquer

---

<sup>12</sup> Il s'agit de grossesses ectopiques, de fausses-couches et de l'accouchement d'un enfant mort-né.

l'autoélimination des femmes ayant le plus de chance de se voir jugées - de leur point de vue - par une femme universitaire sociologue.<sup>13</sup> Les femmes ayant eu recours à de multiples reprises à la FIV ou à la FIV après une stérilisation volontaire ou à la maternité de substitution et vivant le plus péniblement ces situations ont pu être moins enclines à participer à la recherche étant donné les controverses entourant ces pratiques. D'un autre côté, étant donné ce contexte, il est possible que les femmes ayant accepté de collaborer tout en étant au courant des controverses aient en général une plus grande facilité à argumenter ou aient acquis une telle habileté étant donné les chances plus grandes de s'être déjà trouvées confrontées directement à des discussions dans leur milieu. Dans le même sens, il est possible que ces femmes aient davantage que d'autres réfléchi à leur expérience et aux NTR étant donné qu'elles ont pu se sentir visées par les controverses.

Dans les faits, parmi les répondantes, il y en a un certain nombre qui ne présentait pas de facilité particulière à argumenter comme il y en a un certain nombre qui ont recouru à des techniques pouvant être controversées (deux femmes ont recouru trois fois à la FIV, une femme célibataire a recouru à l'IAD). Par ailleurs, deux femmes ayant recouru à l'insémination homologue (une technique dont on n'entend quasi jamais parler dans les débats publics) se sont senties visées par les discours critiques sur les NTR. Enfin, plusieurs répondantes ne semblaient pas affectées particulièrement par la controverse à propos des NTR.

Les conséquences de l'utilisation d'un échantillon de volontaires résident dans l'impossibilité de généraliser les résultats de la recherche à l'ensemble des femmes infertiles ou dont le conjoint est infertile, ni non plus à l'ensemble des femmes ayant recours aux NTR bien que, comme on l'a noté, la médicalisation de l'infertilité touche principalement les femmes des classes moyennes et supérieures dans les états n'offrant pas une couverture généreuse des frais reliés à ces traitements. Par ailleurs, il n'est pas possible non plus d'accorder un poids particulier à chaque représentation au regard des autres. On ne peut en effet déduire, formellement, d'une représentation qui regrouperait la majorité des cas de l'échantillon qu'elle est la représentation la plus répandue dans la population et, inversement, que les représentations regroupant le moins de cas sont marginales. De plus, on ne peut non plus prétendre que les représentations auxquelles aboutit l'analyse regroupent la totalité des représentations possibles de l'objet dans la population visée.

---

<sup>13</sup> Étant donné que les critiques des techniques sont souvent venues des sciences sociales et humaines.

Dans une recherche comme celle-ci, si la validité externe (possibilité de généralisation) des résultats est difficile à cerner, la validité interne repose principalement sur les procédures d'analyse et sur la cohérence de la démarche et peut ainsi être élevée. Dans la partie suivante, je présenterai ces procédures d'analyse auxquelles j'ai soumis le matériel.

### **5.3 Analyse du corpus**

L'analyse du corpus a consisté en fait en une succession d'analyses donnant lieu à des constructions de divers niveaux. Deux temps principaux se distinguent, eux-mêmes constitués de différentes étapes. Le premier temps renvoie à la démarche davantage inductive de la construction des représentations sur la base des discours. Le second temps correspond à la démarche plutôt déductive sur la base de la première interprétation, donc des représentations.

#### **5.3.1 Des discours individuels aux représentations sociales**

Pour Grize (1991), le fait d'étudier les représentations sociales à travers des discours pose des problèmes importants. Selon lui, la représentation serait déformée par le discours. Une telle remarque laisse penser que la représentation serait déjà là et qu'il faudrait seulement trouver un moyen de la découvrir (presque au sens littéral, comme soulever une couverture et la trouver là, attendant le chercheur). Ce point de vue est pour le moins contestable, à la fois au plan de la réification du concept de représentation qu'il suppose et au plan du statut donné aux discours.

Il n'y a pas de choses telles que des représentations qui soient immédiatement données à travers les discours. Les représentations sociales constituent un concept à propos duquel la théorie s'élabore lentement et donne un certain nombre de balises permettant de construire, à travers des données d'observation (discours, actions), ce qu'on appelle une représentation sociale.

Ces premières indications montrent déjà une partie du chemin à parcourir et des procédures à appliquer. D'abord, il faut procéder à une analyse de chacun des discours produits pour ensuite passer à l'analyse transversale ou comparative sur la base de la théorie des représentations sociales. Cette seconde analyse est redevable de la précédente en même temps qu'elle implique déjà une forme d'abstraction par rapport aux cas particuliers (tout en se basant sur eux). En fait, comme on le verra, l'analyse verticale comporte jusqu'à un certain point, au fur et à mesure de sa progression, une part de comparaison. Avant de

présenter ces étapes, cependant, je préciserai le statut donné au matériel empirique, ces discours produits pendant un entretien de recherche.

### **5.3.1.1 Le discours produit dans l'entretien: une co-construction**

J'ai déjà souligné que l'interaction entre chercheure et répondante durant un entretien se distingue des interactions habituelles tout en leur ressemblant. C'est une des raisons que j'invoquais pour relativiser le biais introduit par cette interaction dans le discours ou dans l'authenticité des énoncés des répondantes. L'interaction entre deux personnes dans l'entretien mène à la production d'un discours en effet, c'est-à-dire d'une parole adressée à quelqu'un (dans une direction et dans l'autre). Ce que font les répondantes dans ce cadre et, en particulier dans les entretiens menés pour cette recherche, consiste en une tentative de structuration, par le langage, de l'expérience vécue et des opinions, informations et émotions à propos de l'objet NTR. Une telle tentative implique la recherche d'une cohérence à donner à l'expérience et aux opinions et sentiments. Ainsi le discours est une interprétation, parfois en partie structurée auparavant mais qui ne peut pas l'être entièrement du fait que ce discours s'adresse à quelqu'un d'autre (ce qui est un pléonasme), en l'occurrence la chercheure qui ne connaît pas généralement la répondante, et du fait que ce quelqu'un fournit des cadres (dont le degré de clarté et de rigidité est variable) dans lesquels la structuration doit prendre place. Ces cadres sont rendus visibles par les interventions de la chercheure mais également par les signes montrant qu'il s'agit d'un entretien de recherche (les modalités et le contenu de la prise de contact, la façon de procéder à l'entretien marquée par une asymétrie dans l'échange verbal où la chercheure parle peu et pas d'elle-même alors que l'on parle abondamment et de soi, etc.). Traitant de la position de l'observateur, Ramognino (1992: 21) écrit qu'il est

«pris dans une situation d'interaction sociale qui ne peut qu'orienter et induire des 'positions sociales' à partir desquelles les interviewés mobiliseront leurs connaissances et savoir-faire, et organiseront leurs systèmes de réponses.»

Le terme «mobiliser» me semble juste en ce qu'il renvoie à une action à partir d'une place et en vue d'un but. Dans les entretiens que j'ai menés, il faut ajouter à ces conditions de l'interaction la place occupée par l'objet NTR dans la sphère publique et les enjeux qu'il porte du point de vue justement des positions qu'ils induisent dans l'interaction, positions pouvant être négociées de diverses façons en cours d'entretien (selon les confirmations obtenues ou non des positions données de part et d'autre). J'ai fait référence déjà à cet aspect. Selon les cas, on me parlait comme à quelqu'un qui était «pro-NTR» ou qui était probablement plutôt opposée aux NTR, ou encore on présumait que j'étais pro-choix en

matière d'avortement; on se présentait comme une victime de l'infertilité ou des médecins ou encore comme une experte sur la question. Par ailleurs, j'avais tendance *a priori* à donner aux répondantes une position d'expertes des NTR. Ces présupposés, à tout le moins pour ma part, ont parfois été abandonnés en cours d'entretien (ou de terrain) devant par exemple le refus de ce statut implicite. D'un autre côté, je me présentais plutôt comme quelqu'un voulant savoir donc qui ne sait pas tellement de choses à propos de l'expérience des NTR. Ces positions données et occupées dans l'interaction ne doivent pas être jugées du point de vue de leur véracité objective (ces femmes sont-elles réellement des victimes? sais-je réellement peu de choses à propos de l'expérience des femmes?) mais plutôt analysées en tant qu'elles organisent en partie les discours produits.

De plus, à tout le moins dans cette recherche, ces éléments de l'interaction montrent, s'il en était besoin, que l'entretien de recherche est une interaction sociale semblable en certains points à d'autres et qu'en conséquence le rapport n'est pas qu'un rapport chercheuse/interviewée. Ainsi ce qu'on dit n'est pas seulement ordonné par le fait qu'il s'agisse d'un entretien de recherche. Par là même ce qu'on y dit est également susceptible d'être dit et entendu dans d'autres interactions.

En résumé, le discours produit dans l'entretien de recherche en tant qu'interaction sociale n'est certainement pas un reflet, dans le langage, d'une représentation déjà formée qu'il faudrait découvrir. M.-C. d'Unrug (1974: 89, italiques de l'auteure) décrit bien la posture dans laquelle je me suis placée pour appréhender les discours:

«le discours de l'enquêté ne reflète ni une représentation élaborée auparavant, dont on aurait tort de croire qu'elle préexiste dans sa tête à l'acte de parole, ni la situation d'émission, ni la norme que représente l'enquêteur et qui n'est qu'entrevue. Ce qu'on retrouve est un *travail d'élaboration* effectué par le locuteur en référence à tout cela.»

A quoi il faut ajouter les tiers auxquels on s'adresse à travers la chercheuse, qui constituent une partie de l'horizon du discours. Les discours sont donc «co-construits» (Blanchet, 1987) non seulement du fait qu'ils s'adressent à une interlocutrice-chercheuse mais aussi du fait qu'ils s'adressent à d'autres interlocuteurs n'intervenant pas directement mais qui ne sont pas moins présents.

Les conséquences de ces remarques sont les suivantes: le discours doit être d'abord analysé en tant qu'acte de parole. Il faut ainsi traiter ce qui est dit par les deux personnes comme constituant le discours, mais également il faut chercher à identifier la performance accomplie (à partir de questions: comment cherche-t-on à se présenter, comment me voit-

on, quels buts poursuit-on) et repérer les éventuels tiers auxquels on s'adresse à travers la chercheuse (à qui parle-t-on). Ensuite seulement on peut envisager le discours comme des données, donc susceptible d'être découpé dans le but de construire à travers lui l'objet. En d'autres termes, il faut passer d'abord par une description (Ramognino, 1992). C'est le chemin que j'ai suivi pour procéder à l'analyse verticale.

### 5.3.1.2 Analyse de l'énonciation et de la structuration de l'objet

L'analyse de chaque entretien s'est faite en deux temps principaux. D'abord, j'ai procédé à l'analyse de l'énonciation (en termes structurels et substantiels) de façon à comprendre le discours particulier élaboré. Ensuite, j'ai soumis chaque entretien à une analyse de la construction particulière qui y était faite de l'objet NTR.

L'analyse verticale en deux temps repose ici sur deux prémisses: 1° les répondantes ne sont pas des informatrices interchangeable bien qu'elles soient considérées comme «porteur[es] de la culture et des sous-cultures auxquelles [elles appartiennent]»<sup>14</sup>; 2° le sens de chaque énoncé n'est compréhensible que dans la totalité du discours. Ceci implique que la compréhension des discours n'est possible que par la prise en considération des circonstances particulières dans lesquelles est ancré ce discours, donc dans les histoires particulières au-delà de la seule situation d'entretien. De plus, ceci implique qu'il faille «authentifier» (Fellous, 1988b) ce qui est dit, c'est-à-dire chercher la cohérence interne de ce discours du point de vue des personnes particulières. Autrement dit, il s'agit de quitter une posture de doute à l'égard de ce qui est dit, donc de déplacer le doute d'elles à soi en tant que chercheuse cherchant à comprendre.<sup>15</sup>

L'analyse de l'énonciation comporte d'une part ce que Bardin (1977) nomme le «déchiffrement structurel» et d'autre part la compréhension des liaisons entre la forme ou la structure et le contenu. On pourrait dire qu'il s'agit d'une façon de décrire au plus près ce qui est dit en portant attention à la façon dont c'est dit. Une première lecture libre<sup>16</sup> a donc été suivie d'une lecture au cours de laquelle j'ai découpé (sans découper réellement) le texte en séquences, suivant la méthode proposée par Bardin. Ce découpage séquentiel

---

<sup>14</sup> Michelat (1975: 232).

<sup>15</sup> Cette posture rappelle celle que, selon Habermas, les interprètes doivent nécessairement adopter: l'attitude «performative» du participant plutôt que celle de l'observateur. Voir Habermas, 1991: 47.

<sup>16</sup> En fait, cette «première» lecture était une troisième lecture puisque j'ai transcrit moi-même les entretiens (ce qui constitue une première occasion d'entamer le travail que Michelat (1975) appelle l'imprégnation) et dans la plupart des cas j'ai vérifié la transcription par une nouvelle écoute des enregistrements. Ce que j'appelle ici la première lecture était nécessaire puisque j'ai commencé l'analyse systématique après avoir transcrit la totalité des entretiens.

(sémantique, les séquences étant repérables par le contenu lui-même et l'usage de certains mots indiquant par exemple des transitions) oblige à porter une attention aiguë à chaque mot et à leur enchaînement. Dans une marge, j'ai inscrit le contenu strict (de quoi parle-t-on) et dans l'autre des éléments relatifs à la forme de l'énonciation (implication personnelle ou non, hésitations, malaises, certains mots utilisés renvoyant à un style, répétitions, contradictions par rapport à d'autres séquences, temps des verbes, adverbes, etc.). J'ai également noté des hypothèses sur le sens à donner à certaines séquences obscures pour moi (à vérifier une fois cette première analyse terminée) et, parfois, des éléments proches d'autres entretiens (ces dernières notes sont apparues à mesure que l'analyse des entretiens progressait, faibles ébauches de comparaison entre les cas<sup>17</sup>).

A ce niveau de l'analyse, ce qui est mobilisé pour comprendre le discours n'est rien d'autre que le langage commun. Mais tout le langage, c'est-à-dire autant les mots comme signifiants se rapportant à des signifiés que leur place dans les phrases, donc ces mots en rapport à d'autres mots et à ce qui les enveloppe pour les connoter (des silences, des hésitations, des rires, des larmes, etc.). De ce point de vue, l'«écoute» est seulement plus attentive (exagérément attentive) et rendue plus consciente que dans les conversations quotidiennes.

Par la suite, j'ai procédé à un second découpage (encore une fois sans découper réellement) par «moments» de l'entretien, selon l'enchaînement des séquences. Les transitions sont davantage thématiques, correspondant à des passages d'un sujet à un autre. Ce découpage permet de comprendre les séquences les unes par rapport aux autres. C'est principalement à ce stade que j'ai pu constater par exemple la recherche d'effets de langage, les manières de raconter, les redondances non seulement au plan du contenu mais aussi de l'enchaînement des éléments de contenu; ces redondances correspondaient souvent à des aspects centraux du discours.

L'analyse en séquences a permis de comprendre le discours, les chemins empruntés par l'argumentation, la forme du discours en tant qu'elle informe sur le sens de ces discours. Il va sans dire que mes propres interventions ont fait l'objet de ce traitement et que les énoncés des répondantes étaient aussi lus en fonction de mes interventions. Il s'agissait donc également d'une première prise sur la compréhension de la performance accomplie par l'une et l'autre.

---

<sup>17</sup> Il s'agissait notamment de l'usage de certains mots (comme «étapes» ou «passer à travers») qui revenaient dans plusieurs entretiens et qui, au départ, ne m'avaient pas frappée. J'ai dû revenir ainsi sur des entretiens déjà analysés pour vérifier si ces mots apparaissaient et s'ils avaient le même sens dans tous les cas.

Après avoir fait une synthèse des résultats de ces procédures descriptives, j'ai ajouté, sur cette base, une analyse de l'entretien du point de vue de son déroulement interactif et technique. A cette étape, j'ai identifié plus systématiquement les buts poursuivis dans l'entretien (de quoi veut-on me convaincre, à qui s'adresse-t-on), le degré d'implication de la répondante, sa vision de l'entretien, de la recherche et de la chercheuse (son désir de conformité à mes attentes supposées, par exemple), sa façon de se présenter à moi, sa façon de me placer dans le débat sur les NTR (quand il y avait lieu) et mon propre rapport à la répondante. Par ailleurs, j'ai relevé les informations factuelles relatives à l'histoire des répondantes du point de vue de l'expérience de l'infertilité et des NTR (ces informations étant éparpillées dans l'entretien, elles étaient simplement regroupées et replacées en ordre chronologique). J'ai également identifié les éléments du processus ayant mené au recours aux NTR ou, à l'inverse, au non recours. Il s'agissait d'éléments reliés à des actions et à des acteurs (qui a fait quoi, qui a dit quoi, quelles démarches ont été faites, etc.).

Sur la base des résultats de l'analyse de l'énonciation et du relevé d'informations, j'ai procédé à une première interprétation<sup>18</sup> de ce que «sont» les NTR pour chaque cas. Il s'agissait d'un premier schéma concernant le sens donné aux NTR. Au fur et à mesure de l'analyse verticale, les schémas sont devenus de plus en plus étoffés. A ce stade en effet, si chaque entretien doit demeurer isolé des autres (en ce qu'il se rapporte à une expérience particulière), les entretiens s'éclairent mutuellement par l'entremise de l'interprète (comme si l'intersubjectivité présidant à la compréhension de ce qui est dit s'étendait plus largement, la chercheuse se trouvant elle-même «modifiée» par ce qui apparaît comme des discussions successives avec plusieurs personnes). J'ai cherché la cohérence interne à chaque cas, ce qui impliquait de chercher à résoudre ce qui pouvait apparaître *a priori* comme des contradictions. Le résultat de ces schémas s'apparente à des ébauches d'hypothèses empiriques devant être soumises à une analyse plus systématique.

Ainsi, dans le second temps de l'analyse verticale, à l'aide des notions d'objectivation et d'ancrage, j'ai procédé à l'identification, pour chaque cas, de ce que j'ai appelé la structuration des NTR qui s'apparente à une définition. J'ai sélectionné les éléments des discours s'y rapportant en éliminant les répétitions, sous forme de formules brèves. Certains éléments des discours ont, à ce stade, été éliminés (ceux ne se rapportant pas à l'objet, comme l'avait montré l'analyse précédente). J'ai ensuite repéré les procédures de construction de cette définition en posant la question suivante: à quoi recourt-on pour

---

<sup>18</sup> Bien que l'analyse de l'énonciation - la compréhension du discours entier - soit une interprétation, j'ai préféré conserver ce terme pour les autres étapes de façon à favoriser une meilleure... compréhension du présent texte.



structurer de cette façon les NTR? Les comparaisons, les métaphores banalisantes ou dramatisantes, l'accentuation ou la minimisation de tel ou tel éléments, l'évacuation de tels autres, etc. ont été identifiées. A ce stade, les hypothèses ont également ordonné en partie l'analyse puisque j'ai porté une attention particulière aux «raisons» sous-jacentes à la construction et apparentes dans les procédures de construction de même qu'à la réflexivité (notamment à l'égard des raisons invoquées, par exemple les mentions de doutes, les critiques); j'ai relevé aussi les mentions des sources d'informations sur les NTR, des discussions et échanges avec d'autres personnes, notamment. La sélection des éléments de définition et des procédures de structuration est informée par l'analyse première des discours donnant une assurance minimale quant à la pertinence du découpage du point de vue de chaque cas (de son sens interne).

Jusqu'ici, malgré quelques incursions dans la transversalité, les cas sont plutôt traités dans leur unicité. Ce qui ne signifie pas que le «social» en soit exclu. Le caractère social des structurations identifiées n'a rien à voir avec le passage à la transversalité. En ce sens, l'analyse transversale à travers laquelle j'ai construit des représentations sociales n'ajoute pas une dimension sociale à des représentations individuelles. Le passage à la transversalité est plutôt un stade d'approfondissement par la comparaison des cas.

### **5.3.1.3 Analyse transversale ou comparative: la construction des représentations sociales**

Si des ressemblances et différences entre les cas sont apparues rapidement, il fallait une règle plus claire pour les comparer afin de les regrouper sous une seule ou plusieurs représentations sociales. Cette règle relève de la théorie des représentations sociales; elle consiste à repérer un ou des noyaux centraux autour desquels s'organisent les dimensions des représentations. Or «c'est la finalité de la situation dans laquelle est produite la représentation qui va en déterminer le ou les éléments centraux.» (Abric, 1988 in Gendron, 1996: 267). Si les représentations sont une forme de connaissance pratique, c'est qu'on cherche à «faire» quelque chose avec l'objet représenté dans la situation où l'on se trouve. De ce point de vue, repérer les noyaux implique de se demander à quoi fait-on face qui mène à voir l'objet d'une façon et non d'une autre. Les objets de la représentation ne sont pas flottants; la connaissance de l'objet est une connaissance de l'objet qui «parle» entre autres des personnes en situation. La réponse à la question se situe donc dans les situations concrètes vécues et dans l'attitude adoptée face à ces situations, de même que dans l'intention repérable à travers la construction, dans la

classification et l'insertion de l'objet dans l'univers de sens (le «déjà là pensé»), dans la promotion d'une position (la défense d'une cause par exemple).

L'application de cette règle consiste à poser la question pour chaque cas tout en procédant à des comparaisons entre les cas. Il s'agit en somme de poser des hypothèses successives et de les tester par un retour aux résultats des analyses précédentes, c'est-à-dire aux structurations et à une partie des procédures de construction mais également aux premiers schémas tracés à la fin de la première phase de l'analyse verticale.

L'identification des noyaux centraux a été suivie, pour chaque représentation, par celle des dimensions alimentant la représentation. Ces dimensions comprennent à la fois les éléments de définition de l'objet et des éléments procéduraux. Il en découle forcément des variations à l'intérieur de chaque représentation. On a vu au chapitre 4 que des individus peuvent partager une représentation sans néanmoins la construire de façon identique en tous points. C'est le noyau central qui importe pour distinguer des représentations mais ceci n'exclut pas les variations en périphérie du noyau central. J'ai pris le parti de faire apparaître les différences dans chaque représentation plutôt que de les éluder, étant donné la richesse accrue qu'elles apportaient dans l'analyse et pour éviter de réduire la complexité du rapport à l'objet. Il en découle une certaine proximité avec les cas individuels, en particulier pour les représentations dans lesquelles peu de cas ont été regroupés. Le travail d'analyse à ce stade se fait largement à travers l'écriture et la réécriture qui alternent avec le retour aux analyses précédentes. Il a pris fin quand la construction de la représentation semblait avoir atteint une certaine stabilité, c'est-à-dire quand la confrontation de la construction aux constructions précédentes ne permettait plus de la modifier.

En bout de piste, l'analyse principalement inductive résulte en une interprétation de ce que sont les représentations sociales des NTR ou de la connaissance de l'objet pour le groupe de répondantes. Du point de vue de la théorie des représentations sociales, il s'agit d'une présentation de l'objet tel qu'il est «objectivé». La validité de l'interprétation repose essentiellement sur sa cohérence interne, elle-même redevable de la cohérence maintenue dans les procédures d'analyse précédentes. Cette interprétation constitue la base de la seconde grande étape de l'analyse dont le résultat équivaut, quant à lui, à une présentation de l'ancrage de l'objet, ce pourquoi la connaissance de l'objet est valide.

### **5.3.2 Analyse des bases de validité et de la réflexivité dans les représentations**

Au Chapitre 4, j'ai présenté les hypothèses de la recherche et les critères de référence pour cerner les tendances en termes de réflexivité. Ces hypothèses, pour les rappeler brièvement, énoncent que les représentations sont rationalisées et qu'elles ne montrent pas une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale. L'application des critères élaborés aux représentations sociales telles que je les ai construites à partir des cas individuels exige une explication à laquelle je procéderai avant de présenter les procédures d'analyse.

#### **5.3.2.1 Précisions sur la réflexivité et le sujet**

Qu'est-ce qui autorise à appliquer les critères d'évaluation de la réflexivité à mon interprétation, c'est-à-dire aux représentations sociales? Autrement dit, la réflexivité peut-elle être observée au-delà des individus, hors des individus? (évidemment, cette question implique que mon interprétation est - relativement - objective et non une simple illustration de ma subjectivité projetée sur l'objet).

La réflexivité qui fait l'objet de l'analyse n'a pas, pour ainsi dire, un caractère ontologique mais plutôt sociohistorique; en ce sens, elle serait en quelque sorte un résultat de la «détraditionnalisation» (Giddens) ou de la «décentration» du rapport au monde (Habermas). De ce point de vue, la réflexivité qui fait l'objet de l'analyse, hypothétiquement repérable au niveau individuel, à des degrés variables, serait considérée comme un signe d'un processus social de rationalisation plutôt que comme une caractéristique de la «nature humaine». Ainsi prétendre appliquer les critères de la réflexivité à des constructions n'appartenant pas à des individus considérés isolément ne présente pas de problème.

Néanmoins, une certaine confusion doit être dissipée à propos du «sujet» et, surtout, du rapport sujet-objet que j'ai explicitement placé au centre de la connaissance au Chapitre 4. J'y ai écrit que la connaissance implique un sujet de connaissance, un objet de connaissance et une médiation entre eux. Cette affirmation comporte deux significations que je voudrais considérer, pour les besoins de cette recherche, comme distinctes: une première d'ordre philosophique et une seconde d'ordre théorique.

La première m'est difficile à définir nettement; davantage de l'ordre d'un postulat non clarifié au début de la recherche, elle a sans doute orienté le choix même de l'objet de la recherche et elle a certainement animé une partie au moins de la critique des écrits effectuée dans les premiers chapitres. Le sujet impliqué par cette première signification se rapporterait à un sujet conscient, porteur d'intentions. Ceci n'implique nullement, dans mon esprit, qu'il soit totalement et objectivement transparent à lui-même, ni non plus que ses intentions (ou sa volonté) ne soient diversement orientées. De plus, et ceci est je pense déjà clair au Chapitre 4, le postulat de cette subjectivité est de mon point de vue tout à fait compatible avec celui d'une intersubjectivité en un sens simultanée, c'est-à-dire que le sujet est ici conçu comme étant toujours lié à d'autres. Ainsi, le rapport sujet-objet tel que je le conçois implique généralement sinon nécessairement un rapport sujet/sujet-objet. Par ailleurs, les caractéristiques que je prête au sujet lui donnent un caractère universel sans néanmoins empêcher de le situer historiquement et socialement. Autrement dit, dans mon esprit, le sujet ne se conçoit pas dans un vacuum, n'est pas flottant mais situé ou ancré dans l'espace et le temps. Enfin, quand j'écris que la connaissance implique un rapport sujet-objet, il ne faut pas l'entendre au sens philosophique du terme puisque ceci voudrait dire que le seul rapport qui puisse être établi dans la connaissance serait un rapport objectivant ou de domination. Cette première signification philosophique, peut-être parente d'une philosophie de la conscience (quoique sans doute pas très orthodoxe), ne me semble pas avoir de conséquences incontournables (nécessaires) au plan de l'analyse de l'objet réflexivité.

La seconde signification que je qualifie de théorique (ayant donc un caractère hypothétique) est la plus importante, c'est celle qu'il faut donner aux termes. Ici le rapport sujet-objet impliqué par la connaissance signifie qu'il y a un sujet empiriquement identifiable et situé entrant en rapport avec un objet (qui n'est rien d'autre que ce dont on parle, le point d'attention). Le rapport établi est *a priori* indéterminé du point de vue de son orientation et de sa base de validité. Autrement dit, et au risque de m'exposer à une affirmation paradoxale du point de vue philosophique, je ne tiens nullement pour acquis que le rapport sujet-objet tel qu'on l'entend en philosophie est effectivement celui qui est établi c'est-à-dire celui qu'on pourra repérer empiriquement. Ce rapport sujet-objet fait partie précisément de ce qu'il faut étudier en tant qu'un des traits que peut prendre la réflexivité.

Pour résumer, la réflexivité qui fait l'objet de l'analyse n'est pas celle qui serait inhérente à la subjectivité définie plus haut (et ayant un caractère universel ou ontologique) mais plutôt celle qui serait issue d'un processus sociohistorique de rationalisation. Cette distinction

est sans doute oiseuse puisqu'on se demandera, et avec raison, comment empiriquement distinguer l'une et l'autre... En fait, j'ai procédé à une tentative de clarification pour bien faire ressortir que le but visé ne concerne pas la vérification d'un postulat philosophique pouvant aisément être confondu dans le présent cas avec les hypothèses.

### **5.3.2.2 Procédures d'analyse des bases de validité et de la réflexivité**

Alors que l'interprétation menant à construire les représentations était fondée sur la question du «quoi», l'interprétation devant mener à cerner si les représentations sont ou non rationalisées et sont ou non colonisées par la rationalité cognitive-instrumentale se fonde sur la question du «pourquoi».

Si la représentation est une connaissance, on peut lui attribuer un caractère valide. L'objectivation est ce processus par lequel le rapport à l'objet acquiert un statut de réalité: les NTR «sont» ceci ou cela. L'ancrage, d'un côté, donne du sens à l'objet en le plaçant en rapport avec ce qui est déjà connu et, de l'autre côté, rend fonctionnelle la connaissance de l'objet; autrement dit, l'ancrage est ce processus par lequel la connaissance acquiert sa validité. Ainsi, le pourquoi, l'ancrage, se rapporte à des causes si l'on peut dire, ce pourquoi la connaissance est valide. Par là, on cerne les bases de validité des représentations.

J'ai noté au Chapitre 4 que l'objectivation et l'ancrage peuvent être saisis dans les discours (et par suite dans les représentations construites sur leur base) sous diverses formes pouvant être traduites en «raisons» ou arguments (en «parce que») qui opèrent comme des justifications du résultat. J'ai donc cherché à répondre à la question suivante, pour chaque représentation: pourquoi est-ce «vrai» que les NTR sont ceci ou cela?, et ce en procédant à une traduction des principaux éléments constitutifs des représentations sous forme d'arguments (ces éléments constitutifs résultent des étapes de l'objectivation). En s'appuyant sur les représentations et, au besoin, sur les résultats de l'analyse des procédures de structuration, il est possible de faire apparaître les bases de validité des dimensions des NTR traduites en arguments. De là, il devient aisé de qualifier les bases de validité du point de vue de la réflexivité, à la fois en termes de diversité des bases de validité et en termes de postures à leur égard. Les critères énoncés au Chapitre 4 ont guidé cette évaluation de la réflexivité.

La réflexivité ou la rationalisation sont des modalités des rapports établis dans la connaissance caractérisées par la mise à distance. La posture à l'égard de l'objet et de ce qui le fonde (validité) est réflexive si une telle mise à distance est repérable. Cette mise à

distance, comme je l'ai souligné au Chapitre 4, équivaut essentiellement à une «discussion» ou à une possibilité de discussion à propos d'éléments de l'objet ou à propos de ses bases de validité. Elle est l'envers du «dogmatisme», c'est-à-dire de l'impossibilité de la discussion ou de l'impossibilité de relativisation du caractère de vérité de ce qui est invoqué, et l'envers de la référence à une convention en tant que convention (ne pas «voir» par exemple une norme en tant que norme). Empiriquement, la réflexivité est observable dans les représentations par les références à des discussions, c'est-à-dire des références à des discussions avec d'autres (en face à face ou non) ou des références à des éléments discutables (dont la vérité n'est pas absolue, donc relativisés ou à propos desquels un doute est émis).

Quant à la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale, l'objet de la seconde hypothèse, elle est observée essentiellement à travers les bases de validité auxquelles on se réfère; il y a colonisation si la seule base de validité (ou la principale) de la représentation consiste en un savoir objectif, donc si le rapport à l'objet dans ses diverses dimensions est structuré selon le rapport sujet-objet.

L'analyse des représentations telle que décrite ci-haut ne permet pas de déterminer avec précision des degrés mesurables de réflexivité mais elle est susceptible de cerner des tendances plus ou moins accentuées à la rationalisation de la connaissance des NTR. Les hypothèses servent de guides pour étudier les représentations sous l'angle de la rationalisation.

## **Conclusion**

Les procédures d'analyse décrites dans les pages précédentes montrent le caractère cumulatif de la démarche. Pour parvenir à cerner, dans la connaissance des NTR chez des femmes usagères de la médecine de la reproduction, les tendances à la rationalisation et la colonisation - ou son absence - par la rationalité cognitive-instrumentale, il est nécessaire d'abord de savoir en quoi consiste cette connaissance. Celle-ci n'est pas accessible directement mais par des discours qui exigent d'être «compris» avant d'être constitués en données devenant, par l'interprétation, des représentations sociales, c'est-à-dire cette connaissance à observer du point de vue de la rationalisation. On retrouvera dans la prochaine partie les traces de ce processus cumulatif d'analyse.

Si le présent chapitre et ceux qui le précèdent dans cette première partie de la thèse correspondent aux points d'ancrage de la connaissance sociologique à produire, on pourrait voir, en somme, dans la seconde partie le résultat d'un processus d'objectivation.

## DEUXIEME PARTIE: LES RESULTATS DE LA RECHERCHE

### Présentation

Comment se représente-t-on les NTR et comment qualifier cette connaissance de l'objet du point de vue de la rationalisation? Les prochains chapitres sont consacrés à ces deux questions.

Les chapitres 6 à 10 présentent chacun un type de représentations.<sup>1</sup> Ils sont construits selon un schéma semblable, en deux parties. La première est elle-même divisée en deux points principaux, le premier consistant en un court exposé de la «situation de départ» et des finalités poursuivies à travers la représentation et la seconde en une présentation des dimensions de la représentation de l'objet NTR. La situation de départ inclut le problème de fertilité (s'il y a lieu) mais ne s'y limite pas; les finalités dont il est question ici ne se rapportent pas aux raisons du recours aux techniques, aux fins poursuivies à travers le recours, mais se rapprocheraient plutôt des raisons de *cette* représentation. Evidemment, dans certains cas, les finalités de la représentation recourent celles du recours à la technique. Cet exposé fournit quelques clés pour comprendre de quel point de vue on perçoit l'objet. Quant à la «description» de la représentation, elle comporte une présentation des procédures sémantiques utilisées pour concevoir l'objet d'une façon plutôt qu'une autre. Une image des NTR se dégage, en même temps que sont mises au jour les procédures exclusives, inclusives, comparatives par lesquelles on aboutit à l'objectivation ou à la constitution des NTR en tant que «réalité».

Les NTR, au fil des chapitres, apparaissent comme un objet à multiples faces; selon le point de vue, on perçoit certaines d'entre elles alors que d'autres ne sont qu'aperçues ou même invisibles. Ainsi, les mêmes éléments peuvent se trouver dans plusieurs représentations mais être en modes mineur ou majeur selon les représentations. Si chaque représentation est distincte des autres, on retrouve d'une à l'autre des points communs.

La seconde partie des chapitres consiste en l'exposé des résultats de l'analyse des fondements des représentations, c'est-à-dire des «arguments» soutenant les représentations et de leurs bases de validité, ce pourquoi et par quoi la connaissance de l'objet peut valoir, être brandie comme une connaissance valide faisant de l'objet tel que connu une «réalité». Cette seconde partie correspond à l'approfondissement de l'analyse

---

<sup>1</sup> L'ordre de présentation des représentations n'a aucune signification particulière.

de l'ancrage, celui-ci apparaissant clairement ici comme un processus continuant et soutenant l'objectivation et permettant d'examiner la connaissance du point de vue de la rationalisation.

Au Chapitre 11, je compare les représentations du point de vue de leur degré de réflexivité (ou de rationalisation) et du point de vue de la colonisation par la rationalité instrumentale que l'on y repère ou non. Le dernier chapitre constitue en somme un bilan ou un résumé analytique des résultats de la recherche du point de vue des hypothèses.



## CHAPITRE 6 LES NTR-MOYENS DE CONTROLE

### Introduction

Dans cette première représentation, les NTR prennent figure d'un moyen de contrôle. Choix, réflexion, conscience, action, prévision, savoir, volonté, progrès sont des mots-clés qui résumeraient l'esprit général de la représentation.<sup>1</sup> Apparemment marquées par la «froideur», les NTR comportent néanmoins une large part de «chaleur». En effet, si elles sont des moyens de contrôle, on pourrait aussi leur accoler l'image d'une flamme, laquelle est à la fois source de lumière permettant de voir et d'espérer et source de risques, de brûlures. Les NTR se présentent comme un objet à double face. L'idée de contrôle aussi comporte cette double face: contrôle et perte de contrôle ou, ce qui revient au même, surcroît de contrôle. On se souviendra de l'image du «juggernaut» utilisée par Giddens pour qualifier la modernité: une machine de laquelle on peut perdre le contrôle. A la différence près, qu'ici, la machine NTR est «conduite» par quelqu'un... soit moi, soit «eux». Conduire la machine, c'est exercer une forme de pouvoir.

Les pages suivantes sont consacrées à cette première construction des NTR. Dans un premier temps, la représentation est dessinée. Je trace brièvement d'abord une esquisse de la situation-problème donnant lieu à la représentation en tant que celle-ci est constituée pour faire face à l'environnement, pour agir et trouver un sens. Ensuite, les traits de la représentation sont présentés de façon détaillée en mettant en évidence la sélection opérée sur l'objet et l'articulation de ces éléments. La seconde partie consiste en une analyse de la représentation du point de vue de ses bases de validité menant à déterminer la tendance qui s'y dessine en termes de rationalisation.

### 6.1 La représentation des NTR-moyens de contrôle

#### 6.1.1 La situation de départ: insécurité et incertitude

Le trait typique de la situation dans laquelle les femmes se trouvent au moment où les NTR entrent pour ainsi dire dans leur vie consiste en l'incertitude à propos de la possibilité de procréer ou de réaliser un projet planifié de longue date qui est aussi généralement un rêve: avoir un enfant ou mon/notre enfant, «avoir» impliquant le plus souvent la grossesse et l'accouchement d'un enfant qu'on verra grandir, avec qui on vivra depuis le début de sa vie. Le plus souvent, le scénario est le suivant: des essais de conception, planifiés à

---

<sup>1</sup> Cette représentation regroupe la plus grande partie des cas étudiés.

divers degrés selon les cas et étalés variablement dans le temps (allant d'un an à près de huit ans pour les présents cas), se soldant constamment par des échecs, amènent les femmes et leur conjoint à consulter un médecin. Des tests d'investigation sont entamés pour identifier la cause de l'infertilité. Parfois on repère rapidement un ou des facteurs d'infertilité (des «causes»), parfois les résultats des tests ne sont pas absolument probants et parfois encore les tests ne mènent à aucune piste (infertilité idiopathique). Cette période d'investigation joue soit comme une source de stabilisation relative, soit comme une source de déstabilisation quand aucune cause n'est identifiée. Les premières propositions de «traitements» surviennent après quelques mois ou années suivant le début de l'investigation. D'autres scénarios sont repérables où, par exemple, les femmes se savent déjà stériles suite à des problèmes survenus il y a longtemps. En pareils cas, l'incertitude et l'insécurité peuvent être dues, comme précédemment, à la possibilité de ne pas pouvoir réaliser un projet de famille formé malgré la stérilité<sup>2</sup> ou à la difficulté de mettre un terme définitif à l'incertitude résultant de la difficulté de répondre à la question: est-ce qu'il m'est possible ou serait possible de procréer, tant que les NTR n'ont pas été «essayées». Ce dernier type de cas rappelle les observations de Greil (1991b) à propos de la difficulté pour les femmes de se considérer stériles tant qu'une possibilité de traitement existe, de même que les analyses de Tymstra (1989) sur l'anticipation du regret éventuel au cas où on n'aurait pas «tout» tenté.

Peu importe le scénario qui s'applique, la situation à laquelle les femmes font face exige une résolution allant dans le sens de juguler l'insécurité et, plus encore dans plusieurs cas, de parer le risque de déstructuration personnelle provoqué par l'incapacité de procréer ou par l'incertitude sur cette capacité (que les causes se trouvent chez elles ou chez leur conjoint). Il faut s'organiser pour reprendre pied, pour retrouver la maîtrise sur sa vie, perdue ou menacée par la difficulté de se figurer l'avenir tout court ou l'avenir sans enfant.<sup>3</sup> Cette finalité poursuivie me semble être celle qui préside non pas tant au recours aux NTR mais bien à la formation de cette représentation (plutôt qu'une autre). Il peut sembler difficile de distinguer entre la finalité concrète poursuivie à travers l'action du

<sup>2</sup> Dans les cas de ce genre, l'adoption envisagée est soit trop coûteuse, soit implique des délais jugés trop longs en regard du projet de famille formulé (par exemple, avoir ses enfants avant tel âge).

<sup>3</sup> Comme le dit une répondante: «c'est un aspect aussi peut-être de l'infertilité qui est fatigant, c'est que tu connais pas ton futur. Pis souvent quand on en parle avec les gens, les gens nous disent vivez ce que vous avez à vivre au jour le jour comme un alcoolique un jour à la fois t'sais. C'est facile à dire ça de vivre un jour à la fois tout ça mais t'sais moi dans la vie je suis quelqu'un de visionnaire, je suis quelqu'un qui voit loin pis j'ai besoin d'une sécurité, de voir loin aussi, de dire ben moi je m'en va vers ça, (...) Fait que dans un sens c'est fatigant t'sais, je sais pas où on va aller habiter, je sais pas ce que moi ma vie ça va devenir, je vais-tu retourner à l'école, je vais-tu, t'sais parce que c'est ben sûr que je ferai pas une carrière de secrétaire toute ma vie là t'sais c'est un peu un travail en attendant que je fais là, qu'est-ce qui va m'arriver dans ma vie t'sais.» (e-10)

recours et la finalité poursuivie à travers la formation de la représentation; ce sont les cas de «non recours» qui éclairent le mieux cette distinction. Dans deux cas, en effet, les répondantes n'ont pas recouru aux NTR, ce qui n'empêche pas la situation décrite plus haut de s'appliquer à leur cas et leur représentation des NTR de rejoindre, en plusieurs aspects centraux, celle des femmes qui ont recouru aux techniques. D'un autre côté, les objectifs poursuivis à travers le recours aux NTR peuvent se modifier en cours d'expérience (passer de l'enfant à l'obtention d'une certitude ou inversement) tout aussi bien que les objectifs, à un certain stade du parcours, peuvent devenir de renoncer aux essais.

Dans ce premier type de représentations, parce que la représentation des NTR n'entre pas en conflit avec l'action (le recours ou le non recours) - ce qui occasionne peut-être des difficultés de distinction comme celle que je viens de décrire -, on trouve une profonde cohérence entre les diverses parties de la représentation et la situation de départ de même qu'avec l'attitude globale adoptée à l'égard de la procréation et, plus généralement, de la vie. Cette attitude est clairement marquée par la planification, une projection constante dans le futur nécessaire au sentiment de sécurité, de maîtrise sur sa vie. Les NTR-moyens de contrôle<sup>4</sup> sont construites de ce point de vue; cette construction apparaît en quelque sorte comme la plus susceptible de résoudre le problème.

### 6.1.2 Au coeur des NTR-moyens de contrôle

Les NTR «sont» des moyens de contrôle. Se représenter de cette façon les NTR implique qu'on a adopté à leur égard une attitude relativement positive. J'écris «relativement» parce que, comme je l'ai indiqué en introduction, elles comportent une double face: contrôle d'un côté (savoir, espoir d'atteindre le but) et perte de contrôle de l'autre (risques, excès). On trouve cette ambivalence dans d'autres représentations également. Cependant, malgré cette ambivalence, dans le cas présent, on a tendance à accorder plus d'importance à la face positive. C'est en somme comme si l'on faisait tourner une pièce de monnaie (alternativement, on voit l'un et l'autre côtés) puis qu'elle tombait du côté «contrôle» (positif) qui est la face qu'on voit maintenant *tout en sachant* qu'il y a autre chose sur l'autre face. Néanmoins, j'ai distingué trois sous-types parmi les répondantes, distingués selon l'attitude. Le premier regroupe les «confiantes inquiètes»: elles ont en commun une expérience limitée - en termes de temps et de variété de techniques expérimentées, dans un cas aucune technique n'a encore été utilisée -, une confiance plutôt enthousiaste à l'égard

---

<sup>4</sup> S'il faut le préciser, c'est moi - et non les répondantes - qui résume de cette façon l'idée centrale de cette représentation, sur la base, bien sûr, des discours des répondantes.

des NTR accompagnée d'une tendance à voir les risques des NTR en termes de scénarios monstrueux, ceux-ci semblant devoir être pris en compte; elles ont aussi en commun d'avoir des conjoints réfractaires au recours à la technique. Le second sous-type, les «confiantes critiques», regroupe le plus grand nombre de cas. Elles ont expérimenté plusieurs traitements y compris les NTR et sont engagées dans ces démarches depuis plusieurs années (dans certains cas, avec des interruptions). Elles ont en commun une tendance à «banaliser» les NTR au sens où elles sont relativement confiantes mais moins (et parfois beaucoup moins) qu'au début et au sens où elles ont tendance à voir les risques et excès moins en termes de presque science-fiction qu'en termes concrets et immédiats. Le troisième sous-groupe, les «méfiantes», sont les plus ambivalentes à l'égard des NTR parmi les répondantes partageant cette première représentation. L'ambivalence porte sur les interventions techniques elles-mêmes; ce sont les seuls cas, dans ce groupe de répondantes, où l'on se demande si la FIV ne force pas trop la nature, et où les risques physiques sont considérés à la limite de l'acceptable ou même outrepassant cette limite. Dans un des cas, l'expérience est prolongée et diversifiée (en termes de techniques utilisées) et dans l'autre on a renoncé à recourir à la FIV. Ces sous-groupes, dans les pages qui suivent, ne seront pas distingués les uns des autres en rapport avec les divers aspects observés pour la bonne raison que, malgré ces tendances, les représentations ou sous-représentations ne forment pas des ensembles radicalement distincts d'un groupe à l'autre. Je les ai repérés et présentés ici essentiellement pour montrer les modulations dans les attitudes favorables aux techniques. Dans chaque sous-groupe, on retrouve la double face, à divers degrés: moins accentuée dans le premier, cette double face est simplement présente dans le second mais menace de subir une inversion dans le troisième sous-groupe (la pièce de monnaie semble sur le point d'être retournée mais ne l'est pas encore).

La double face des NTR apparaît dans chacune des dimensions constituantes des NTR-moyens de contrôle. Ces dimensions, et c'est ce sur quoi porteront les prochaines pages, sont les suivantes: 1° les NTR en tant qu'intervention positive et raisonnable dans la procréation et sur le corps; 2° les NTR en tant que sphère d'action par rapport à une situation problématique; 3° les NTR en tant que signe de la volonté et du désir d'avoir un enfant.

#### **6.1.2.1 Les NTR: une intervention raisonnable**

Les NTR se présentent comme des moyens de contrôle en ce que l'intervention technique est un biais par lequel on peut espérer retrouver un contrôle sur sa vie. Et cela, d'abord, du fait que les NTR constituent une intervention raisonnable au sens où elles

n'occasionnent pas de déstabilisation sur le plan de ce qui est sensé du point de vue du «déjà là».

Au départ, elles appartiennent à l'univers de la «haute technologie» et, plus généralement, du «progrès». Ce classement leur donne déjà un sens, les insère dans une catégorie connue permettant de les faire jouer comme des moyens de contrôle.

Les NTR comme progrès sont inscrites dans l'histoire et les versions données de cette histoire contribuent à valoriser les NTR. On compare ainsi l'«avant» à «maintenant». La transition est marquée soit par l'avènement des NTR (dans la version progressiste), soit par l'avènement de changements sociaux ayant produit de l'infertilité ou ayant amplifié les problèmes d'accès aux enfants (dans la version nostalgique). Dans la première version, le changement est généralement synonyme de progrès, d'avancement. Ainsi, avant - l'avènement des techniques - les personnes infertiles restaient sans enfants et étaient malheureuses toute leur vie; maintenant, ces personnes peuvent avoir des enfants et accéder au bonheur. Dans cette construction des mondes d'avant et actuel, l'avant est présenté comme un temps obscur (le Moyen Age en étant le symbole) sur lequel le progrès technique a jeté la lumière. Les comparaisons avec d'autres types de technologie (les moyens de transport ou de production d'énergie) accentuent le progrès que représentent les NTR. Refuser les NTR c'est en quelque sorte refuser d'avancer. Dans la seconde version (nostalgique), l'avant est présenté comme une sorte d'Age d'or de la fertilité et de l'accès aux poupons. Ce sont des courants sociaux divers qui ont affecté la fertilité générale, qui ont réduit les possibilités d'adoption de bébés québécois: l'amour libre et l'usage de la contraception - longtemps mal connue de la médecine quant aux effets secondaires - ont donné lieu aux maladies transmissibles sexuellement et à des infections; le prolongement des études chez les femmes mixé aux dettes d'études contractées s'ajoutent à l'activité des femmes sur le marché du travail en tant que contraintes à la réalisation des projets de procréation qui doivent être reportés à un âge où les femmes sont déjà moins fertiles mais ayant obtenu les conditions nécessaires à la fondation d'une famille (principalement stabilité conjugale et financière); l'accès aisé à l'avortement couplé aux règles régissant l'adoption locale réduit l'accès aux bébés comparativement à avant. Dans ce contexte vu soit comme une «dénaturation» (e-2<sup>5</sup>), soit simplement comme le résultat d'une multitude de nouvelles données sociales, les NTR se présentent comme des palliatifs «merveilleux», mais seulement comme des palliatifs, en attendant un rééquilibrage des conditions générales (qui devraient favoriser la fertilité). L'impression qui se dégage de cette version est celle

---

<sup>5</sup> Cette indication (e-2) correspond au numéro donné à l'entrevue d'où est tiré un terme ou un extrait.

d'une société où il est complexe - pour ne pas dire compliqué - de réaliser les projets familiaux sans renoncer à des aspirations personnelles qui peuvent être fatales pour la fertilité.

Certaines tenantes de la première version attribuent aux NTR une valeur telle que les techniques, du simple fait d'être là, peuvent alimenter le sentiment de confiance. Les NTR sont vues, en général, comme un ensemble d'«étapes», se présentant dans un ordre logique des moins aux plus complexes. Cette constitution en étapes confirme le «progrès» et donne des raisons d'espérer. Ainsi, deux répondantes en début de traitement envisagent dès à présent de recourir à la FIV, cette dernière jouant le rôle principal au plan symbolique:

«(...) c'est parce que je mets beaucoup d'espoir, c'est comme toutes les étapes avant j'ai espoir d'arriver à l'autre, bon ok de toute façon il y a toujours une autre étape mais celle-là [la FIV], je la mets au bout de la table en tout cas celle-là! (rire), elle est... c'est celle qui va marcher par exemple, faut qu'elle marche. T'sais dans ma tête c'est celle-là qui va m[archer], à cause de cette technique-là je vais en avoir des bébés là... C'est drôle c'est comme si je mettais beaucoup d'attente pour cette dernière possibilité-là, pis pourtant je sais qu'elle peut ne pas fonctionner mais c'est comme je veux l'écarter de ma réalité parce que si je l'écarte maintenant je pourrai plus continuer avec autant de, d'enthousiasme, de persévérance que j'ai présentement.» (e-4)

«(...) parce que comme moi je sais que je vais essayer l'*in vitro* une fois pis j'aurai pas les moyens de l'essayer une deuxième fois si ça fonctionne pas.» (e-12)

Ces cas sont atypiques du point de vue du rôle strictement symbolique joué par la FIV mais en même temps sont typiques de l'attitude planificatrice présente en filigrane partout dans cette représentation: on cherche constamment à prévoir une autre solution en cas d'échec du traitement actuel.

L'association des NTR à la haute technologie/progrès s'accompagne généralement d'une association à la médecine traditionnelle (biomédecine). Cette médecine suscite davantage de confiance que d'autres types de médecines. Une répondante qui a recouru à des thérapies alternatives explique une des raisons pour lesquelles elle est l'objet d'une plus grande confiance:

«(...) je suis peut-être vieux jeu encore, je crois plus à la médecine traditionnelle. Ce qui est pas peut-être, en réalité des fois je me dis (...) il y a peut-être d'autres médecines douces qui marchent beaucoup mieux (...) mais le problème en médecine douce aujourd'hui c'est qu'il y a tellement de charlatans, il y en a des bons mais... il faut le trouver le bon, t'sais en homéopathie, en naturopa, il y en a tellement que tu le sais plus, c'est-tu un bon? c'est-tu un pas bon? Fait que faute de savoir s'ils sont bons ou pas bons j'aime mieux m'en tenir à la médecine

traditionnelle [rire], au moins je sais pas j'ai plus l'impression de savoir où je m'en va pis... c'est plus clair, c'est plus...» (e-15)

La situation d'insécurité dans laquelle les femmes se trouvent surgit ici. La médecine n'est pas objectivement meilleure, du moins il est difficile de le savoir, mais elle est connue, a quelque chose de familier.<sup>6</sup> Même, comme on le verra, si ses traitements présentent des risques élevés et même si ces risques semblent mal cernés.

D'un autre côté, et plus concrètement, les NTR, du point de vue de l'artifice, sont une intervention raisonnable dans la procréation. Le fait que la procréation ne soit pas «naturelle» (ne se fasse pas par le coït) ne suscite ainsi pas de rejet. Généralement, des essais de conception par les rapports sexuels ayant échoué, il y a déjà un renoncement à procréer de cette façon (demeurant l'idéal néanmoins) pouvant favoriser l'acceptation de l'artifice. A cela s'ajoute souvent la dissociation déjà opérée de la sexualité «pour le plaisir» (e-5) et de celle pour procréer, celle-ci ayant impliqué l'introduction du calcul, donc de l'artifice, dans la procréation. Ainsi «en surveillant la température, (...) ç'a déjà un côté artificiel quand on le fait le 14e jour.» (e-1) et «t'sais vraiment là, (...) le romantisme de l'affaire là il est plus là [rire], ça fait longtemps.» (e-16)

On procède ainsi à une banalisation du fait technique de diverses façons. On produit des équivalences aptes à réduire la tension produite par l'artifice (celui-ci rappelant l'infertilité).<sup>7</sup> La principale équivalence est celle qui place quasiment les rapports sexuels sur le même plan que les NTR; les rapports sexuels féconds (ayant échoué) passent du statut d'actes «romantiques» ou de moments de passion (faire l'amour) à un moyen de procréation (faire des enfants). L'écart avec l'intervention technique est ainsi réduit.

On procède par ailleurs à des comparaisons avec d'autres types de traitement ou d'autres genres d'interventions banales. Ainsi, les techniques sont rangées parmi l'ensemble des

---

<sup>6</sup> Notons dès à présent la façon de formuler dans la première phrase de la citation où le doute point, où l'on dit en quelque sorte que la confiance en la médecine est une affaire de croyance et que cette croyance n'est pas partagée par tout le monde, est une affaire en somme personnelle. La même forme («je crois») se retrouve dans d'autres entrevues, par exemple: «pour moi c'était une approche qui était tout à fait naturelle là, moi je crois aux choses qui sont bien déterminées là. Bon moi j'ai étudié en sciences pures parce que deux plus deux ça fait tout le temps quatre c'est pas compliqué là, bon. Qu'est-ce que tu veux, il y en a qui ont des cerveaux beaucoup plus ouverts [rire], le mien il est plus fermé.» (e-17). Je reviendrai au point 6.2 sur cet aspect.

<sup>7</sup> L'existence d'une telle tension me semble se manifester entre autres par les diverses tactiques sémantiques décrites ici. Il faut préciser que la tension produite par le fait technique (en tant que passage à négocier en termes de sens) est très variable; dans certains cas, le risque de rupture de sens est assez important alors que dans d'autres il est minime ou apparemment inexistant. Il est impossible de déterminer les facteurs fondant cette variabilité étant donné entre autres le petit nombre de cas à comparer. Par ailleurs, il est parfois difficile de distinguer les tensions qui relèvent de l'infertilité et celles qui relèvent de l'artifice technique.

moyens médicaux: c'est une réponse médicale à un problème médical, répète-t-on. On les compare également aux tests subis pendant l'investigation, favorisant une réduction du caractère extraordinaire des NTR: les tests invasifs et pénibles psychologiquement sont parfois pires que les techniques. Cette étape de l'investigation apparaît importante dans la banalisation des NTR en ce qu'elle rompt déjà avec la procréation naturelle (même quand elle est «calculée») et constitue un temps souvent long et séparé en «étapes» où l'on s'habitue à la présence de tiers dans les efforts procréatifs conjugaux qui sont sortis de l'intimité et transférés à la clinique (le test postcoïtal est à ce titre emblématique et est souvent «subi»<sup>8</sup>), où l'on s'habitue à transporter du sperme dans des petits pots, à ouvrir les jambes en position gynécologique, à être touchée physiquement (par des personnes multiples et par la douleur), etc. L'investigation est au départ, selon les termes d'une répondante, une «invasion» de la vie privée (e-17). Il est aisé de comprendre dans ces conditions que le traitement incluant les NTR puisse apparaître moins pire et ce, d'autant plus qu'il est porteur d'espoir (c'est une solution au problème contrairement à l'investigation qui est une recherche des causes de l'infertilité).

«C'est drôle parce que dans le fond suite, ben moi j'ai trouvé ça bien pénible toute l'investigation pis dans le fond suite à tout ça c'est presque rien là c'est...» (e-17)

Ce sont davantage les répondantes ayant recours à l'insémination artificielle (IA) qui procèdent à des comparaisons banalisantes (et ce même s'il s'agit d'une insémination intrautérine accompagnée d'un lourd traitement hormonal<sup>9</sup>). Elles sont plus enclines à faire ce genre de comparaisons (l'IA est comme «une coupe de cheveux», «une piqûre», «prendre de l'aspirine», etc.) qui incluent néanmoins l'ensemble des techniques; il n'y a qu'une différence de degré entre l'IA et la FIV, par exemple. Cependant, on retrouve une tendance à la banalisation même chez des femmes ayant expérimenté la FIV: «c'est une aide médicale, point,... comme n'importe quoi, comme si un pont s'écroule sur une rivière on va construire une passerelle provisoire (...)» (e-2). Les NTR sont rapportées à d'autres actes médicaux courants auxquels on recourt quand on a des raisons de le faire.

---

<sup>8</sup> Ce test consiste à analyser les sécrétions présentes au col utérin peu de temps après un rapport sexuel. Il implique donc un rapport sexuel planifié en vue du test (rapport sexuel «sur commande») et il implique une connaissance par des tiers qu'un tel rapport sexuel a eu lieu x heures avant.

<sup>9</sup> Notamment le traitement appelé «superovulation» au Pergonal avec insémination intrautérine. Le Pergonal est une hormone utilisée aussi en FIV pour provoquer la superovulation (c'est l'hormone administrée dans la seconde phase des injections, voir Annexe 1). Cette technique comporte certaines exigences et risques qu'on associe plus généralement à la FIV comme des visites quasi quotidiennes à la clinique, prises de sang et échographies répétées, l'hyperstimulation ovarienne, les grossesses multiples, etc. Voir le Chapitre 3 pour les effets secondaires de la FIV.



«(...) les moyens naturels sont meilleurs naturellement mais si on n'arrive pas qu'est-ce qu'on peut faire? c'est ça. Si, par exemple, si on n'arrivait pas à voir clair, on mettrait des lunettes, c'est tout. Pour moi la comparaison c'est ça.» (e-1)

«(...) dans ce qui se fait présentement [dans le domaine des NTR] pour moi c'est absolument pas pire ou plus troublant que bon enlever l'appendicite ou les amygdales, pour moi c'est rendu au même niveau.» (e-17)<sup>10</sup>

Même banalisées, les NTR demeurent un «progrès» par le fait d'être des moyens plus avancés techniquement que les traitements conventionnels (les médicaments utilisés seuls, les chirurgies, etc.) ou les techniques simples (la prise de température pour identifier le jour de l'ovulation).

L'intervention technique est raisonnable et, de là, peut constituer un moyen de contrôle parce qu'elle ne rompt pas radicalement avec l'expérience (l'artifice étant déjà introduit dans les rapports sexuels et la période d'investigation), parce qu'on peut la classer parmi des catégories connues déjà classées normativement comme raisonnables. A ces traits, il faut en ajouter un autre: l'intervention est raisonnable parce que l'artifice dans la procréation y est limité, autrement dit parce que les NTR comportent une dimension «naturelle». Ce trait est abordé de deux manières: d'une part, par la façon de délimiter les buts des NTR et, d'autre part, par la comparaison avec la procréation «naturelle».

Les fonctions des NTR sont délimitées de façon à soutenir leur caractère naturel: les NTR sont des techniques visant à aider des personnes ou des couples à procréer, point à la ligne. Le verbe au présent pourrait typiquement être remplacé par un conditionnel: les NTR *devraient être* des techniques (etc.). Cette forme langagière est courante et marque clairement le caractère normatif de la délimitation.

Elle indique aussi, d'un autre côté, que l'on sait que les NTR pourraient être ou sont également autre chose. C'est leur classement dans la haute technologie et la science qui fait apparaître cette autre face, celle de la perte de contrôle au plan de la société (et non personnel), celle des excès. Les manipulations génétiques eugénistes, la détermination du sexe des embryons par la sélection des gamètes sont les principales pratiques visées.

«C'est sûr que tout l'avancement de la technologie sur ce niveau-là je suis 100% d'accord là-dessus. D'un autre côté souvent on entend parler des tests qu'ils vont faire avec différentes qualités de sperme pis différentes, t'sais pour essayer de produire l'enfant idéal là, ça je suis moins d'accord avec ça, je pense pas qu'il devrait y avoir de ségrégation pis essayer de faire un peuple parfait là, c'est pas le

---

<sup>10</sup> On peut noter que la «banalisation» est généralement un *processus* plutôt qu'une chose immédiate. Dans cet extrait, ce trait est marqué par «c'est rendu».

but. Si le but reste d'aider les couples qui veulent avoir des enfants, qui sont pas capables d'en avoir, ça je suis entièrement d'accord avec ça.» (e-12)

«(...) c'est assez de faire ça [la FIV], comment je dirais ça, pourquoi choisir un gars ou une fille là, je sais pas, c'est rendre catégoriques des affaires, c'est plus humain me semble c'est plus, en tout cas ce qu'il y a de naturel dans ça un peu là, (...)» (e-11)

L'association des NTR à la haute technologie les rend porteuses d'espoir et d'excès, de risques pour la société entière. Ainsi, on retrouve généralement cette idée et souvent dans cette forme: les NTR sont un progrès *mais*.

« (...) c'est un progrès la médecine qui permet ces choses-là à des couples stériles là qui leur donne de l'espoir pis qui concrétise des choses que tu pouvais pas penser avant t'sais. Mais là plus ça va on se dit jusqu'où ça va aller ces affaires-là t'sais, quand ils disent qu'ils vont... la manipulation génétique ces affaires-là tu te dis jusqu'où ça va aller ces choses-là, il faut qu'il y ait des limites là, de l'éthique là je le sais pas...» (e-16)

Un autre type de risques inhérent à l'association des NTR à la haute technologie consiste en ce que j'appellerais des «ruptures de sens». Ce risque consiste à faire face à de l'inconnu et à éprouver une difficulté à colmater la brèche entre cet inconnu et le connu; il en résulterait une tombée dans l'absurdité, le non sens. Il concerne le plus souvent la FIV et, plus rarement, l'insémination avec donneur. Ainsi la FIV, de prime abord, est parfois vue comme de la «science-fiction», pur artifice, pure technique. On opère ni plus ni moins une transposition de façon à la rendre «naturelle», «humaine», c'est-à-dire compatible avec l'idée préétablie de ce qu'est procréer.

«Mais je pense que c'est ça [un livre lu] qui m'a enlevé mes craintes et mes peurs. J'avais l'impression que je faisais quelque chose de pas naturel ou, pis je sais pas de la façon qu'elle l'expliquait dans son livre ç'avait l'air encore plus beau que les gens qui le fais[aient] t'sais qui passaient pas par là. [rire].» (e-15)

C'est dans quelques cas seulement que le non sens apparaît clairement comme un risque. Cependant, la façon plutôt généralisée de naturaliser la procréation via la technique laisse penser que la brèche est colmatée rapidement sinon immédiatement, qu'il y a donc une brèche mais pas ressentie comme un problème grave, comme un risque important. Les comparaisons avec la procréation naturelle constituent une façon de banaliser les NTR. En effet, on peut noter une tendance à réduire la part technique ou de l'artifice dans la procréation. Ainsi, on reporte les moments-clés de la procréation non plus à la fécondation mais à la grossesse et à l'accouchement.

« (...) de fabriquer des enfants c'est plaisant également, t'sais c'est quand même une expérience importante et plaisante alors si on avait la possibilité de le refaire on

aimerait bien, moi aussi j'aimerais énormément ça. **Qu'est-ce que tu veux dire fabriquer est-ce que c'est** Oui ben une grossesse, accoucher c'est une expérience plaisante.» (e-17)<sup>11</sup>

Ou encore on s'attache au fait que les gamètes ne sont pas «retouchés»:

«(...) finalement c'est des techniques mais c'est quand même dans ma tête à moi... naturel. Je sais pas si tu me suis, ç'a... c'est naturel parce que ça reste toujours une ovule et un sperme, point. (...) Ç'a pas été retouché. Ils vont prendre l'ovule telle qu'elle est, ils vont prendre le sperme tel qu'il est, ç'a pas été retouché (...)» (e-12)

On élimine parfois certains aspects des procédures, dont la superovulation dans le processus de FIV, pour faire apparaître, comme points importants, les autres étapes - la grossesse, l'accouchement - et l'enfant «normal» qui en naîtra (ce ne sera pas un bébé qui se sera développé dans une éprouvette, ce ne sera pas un «extra-terrestre» mais un enfant normal).

«(...) je sais pas elle m'a permis de voir ça, de me rendre compte, t'sais elle disait un moment donné en fin de compte l'éprouvette elle remplace la trompe pendant deux jours c'est tout, le reste est pareil.» (e-15)

La «naturalité» ou l'«humanité» des NTR est aussi mise en avant-plan par le fait que l'enfant est procréé par le couple et qu'il est «notre» enfant.

«Tu vois quand on va être là dans la salle pis qu'ils vont insérer dans moi les embryons, mon mari va être là avec moi, ça va être très important, ça va, on est en train de procréer notre enfant, pour moi c'est drôle je le vois comme très naturel... (...) Pour moi c'est très, c'est drôle moi je le vois comme très naturel ce qu'on fait. Je le vois comme très naturel, je le vois pas comme quelque chose, c'est artificiel pourtant mais je le vois pas comme ça, parce que c'est c'est c'est de nous.» (e-5)

L'accès à «notre» enfant (lié génétiquement à nous) fourni par les NTR, et surtout bien sûr quand il n'y a pas de gamètes de tierces personnes d'impliqués, contribue au caractère naturel des NTR. En somme, les techniques peuvent en quelque sorte imiter la procréation naturelle en donnant accès à un enfant de nous que je porte et dont j'accouche et avec qui nous vivrons depuis le début de sa vie. L'enfant généralement désiré c'est le *«bébé qui va nous ressembler, comme si c'était fait naturellement pis... vivre la grossesse, vivre les étapes (...)»* (e-4).

Cependant, dans certains cas, des équivalences produites entre les NTR, la procréation naturelle et l'adoption tendent à naturaliser les NTR mais par une sorte d'évacuation quasi complète du corps comme voie de passage nécessaire pour la formation de la famille; plus

<sup>11</sup> Dans les extraits d'entrevues cités, les passages en caractères gras correspondent à mes interventions.

rarement, on va encore plus loin en évacuant des gamètes tout contenu autre que biologique (donc le «nous»).

«Pour te dire la vérité moi je suis rendue à penser que n'importe laquelle de ces méthodes-là, de ces façons-là de former une famille c'est quasiment aussi naturel, c'est drôle hen? (...) c'est certain que ça sort des sentiers battus mais pour moi c'est aussi naturel, ce serait aussi naturel d'incorporer un enfant qui est né de quelqu'un d'autre. Je pense pas que j'aurais une plus grande joie avoir un enfant tout à fait, juste pour comparer deux choses qui sont faciles à comparer d'être enceinte tout à fait naturellement ou d'être enceinte avec les nouvelles technologies pour moi c'est pas une plus grande joie. (...) c'est du pareil au même.» (e-17)

Les chemins empruntés pour organiser l'arrivée d'un enfant chez soi se valent tous puisque c'est un enfant qu'on attend. Or un enfant n'étant pas des gamètes, recevoir des gamètes ou des embryons de tierces personnes ne change rien à l'enfant qui est mon/notre enfant. D'un autre côté, l'attente de l'enfant dans l'adoption est comme une grossesse, c'est un moment de préparation à l'arrivée de l'enfant.

De telles élaborations, qui nivellent les voies d'accès aux enfants, sont marginales parmi les cas observés et l'on peut comprendre aisément pourquoi: le but est avant tout de procréer; aussi, avant de passer à l'étape où l'on puisse envisager d'adopter, il faut nourrir l'espoir de procréer. La «dévaluation» du corps et du lien génétique (leur évacuation en termes d'importance) ne permet pas de nourrir l'espoir de procréer mais seulement l'espoir d'avoir un enfant chez soi; elle implique une préparation préalable à l'éventualité de l'échec des techniques et de l'abandon des essais. *A contrario*, ceci signifie que les procédures les plus courantes pour banaliser les techniques seront celles qui seront aptes à nourrir l'espoir de procréer.<sup>12</sup>

Un dernier point doit être abordé en ce qui concerne les NTR en tant qu'«interventions raisonnables» à travers lesquelles on peut retrouver une maîtrise sur sa vie. Il s'agit des interventions non plus dans la procréation mais sur le corps, les risques et problèmes physiques des NTR. Ces risques et problèmes ne sont pas éludés ni banalisés; les termes «passer à travers» (les traitements, la FIV) sont récurrents et indiquent bien le caractère éprouvant des démarches. Plutôt, ils sont transformés en dimensions sinon positives à

---

<sup>12</sup> S'il faut le rappeler, la construction vise toujours à juguler l'insécurité produite par l'infertilité et des échecs de conception tout autant «naturelle» que par le moyen de la technique, selon les cas; aussi, la dévaluation du corps, bien qu'elle soit présente en filigrane dans la représentation de la procréation (qui me semble émerger depuis quelques décennies et qui s'affiche seulement plus crûment dans les cas d'infertilité), semble être un passage nécessaire au renoncement éventuel à procréer auquel il faudra peut-être faire face. Autrement dit, la dévaluation du corps et, dans certains cas, du lien génétique, apparaît comme une stratégie de reprise de contrôle dans un contexte d'incertitude, stratégie qui résulte en une redéfinition de ce qu'est avoir un enfant et de ce qu'est une famille.

tout le moins pas entièrement problématiques et, par là, les interventions sur le corps restent raisonnables ou valables.

Ainsi, les risques et problèmes se voient presque dotés d'une valeur positive quand jaugés au résultat attendu ou obtenu, à savoir l'enfant. La douleur, les risques des hormones (dont le cancer des ovaires, les grossesses multiples), la lourdeur globale des démarches sont «le prix à payer» pour atteindre le but.

«(...) je suis tombée sur un article un moment donné, celles qui prennent des Clomid ont sept fois plus de chances d'avoir un cancer des ovaires. Avec la tonne que j'ai pris là... m'a te dire que le cancer des ovaires là, je serai pas surpris si jamais j'ai un diagnostic de ce genre-là. **Ça t'inquiète?** Oui ça m'inquiète, mais... (?) c'est tellement beau d'avoir un enfant t'sais tu te dis ben là ça m'arrivera peut-être pas pis tant mieux, pis sinon ben ça va avoir valu la peine d'avoir eu le petit t'sais. Ça va jusque là [rire].» (e-16)

L'enfant est pratiquement sans prix, au sens figuré sinon au sens propre.

«C'est sûr que si le coût était moindre, t'sais s'il y avait vraiment pas de différence dans les coûts, quoi que ce soit, je me poserais même pas la question, ce serait l'*in vitro* en premier. (...) Pis j'essaierais probablement l'*in vitro* une couple de fois avant de passer à l'insémination avec donneur. S'il y avait pas la question financière. **Même si la technique est plus lourde?** ...[soupir] (...) pour avoir ce que tu veux il faut que tu souffres un moment donné, tu connais pas les souffrances que ça peut apporter là sur le côté de ton corps tout ça, tous les changements hormonal que ça peut apporter, tout le kit, mais je serais prête à en prendre beaucoup avant d'arrêter. Oui. Ça m'arrêterait pas.» (e-12)

On transpose parfois la douleur dans la sphère du «sacrifice» ou encore de l'«épreuve», parvenant ainsi à inscrire la difficulté sur un fond de sens:

«Les inséminations oui ça m'a fait mal mais pas seulement au ventre, oui ça fait mal, ce sont cinq ou dix minutes pas plus mais enfin, on les supporte parce qu'on pense ah c'est beau c'est... On a... on a le sentiment que c'est une douleur... c'est comme un sacrifice (rire) (...).» (e-1)

«Mais là je me dis ben c'est un choix que nous on a fait, c'est pas personne qui nous l'a imposé (...) pis nous on a décidé de faire ce choix-là là de [faire la FIV]... même s'il est pas facile. Mais on est des gens (...) combattifs dans la vie je dirais. On n'est pas des gens qui a eu facilement dans la vie, on a toujours travaillé pour avoir le petit peu qu'on [a], (...) fait que là on s'est dit ben dans le fond t'sais on est comme un peu habitué de prendre des chemins ardues (...)... c'est sûr que j'aimerais ben ça que ce soit plus facile mais ça fait partie comme de notre existence là t'sais (...) Fait que là bon ça fait partie aussi de l'aspect de dire ben on, t'sais on s'arme, on est armé solide je pense, contrairement à ben d'autres couples, (...) On dirait que nous autres la vie nous a armés. (...) On dirait que c'est une grosse épreuve pour nous autres mais je pense qu'on est solide pis qu'on est armé pour passer au travers.» (e-10)

Un second type d'opérations<sup>13</sup> peut être repéré dans la tendance à évaluer les risques et problèmes encourus à la lumière d'autres risques plus grands ou de l'expérience plus pénible vécue par d'autres. Dans cette représentation, le plus grand risque couru est celui de ne pas au moins tenter de reprendre pied, la maîtrise, en essayant de procréer par la technique; l'enjeu inséré dans la procréation est de l'ordre de l'identité personnelle et prend l'allure d'un problème existentiel. En comparaison de ce risque, les problèmes des techniques ne sont pas minimisés mais deviennent relatifs. Ainsi, par exemple, on s'attache au caractère temporaire des problèmes et on les compare à la durée de l'infertilité:

«Mais... en tout cas, pour moi c'est une étape que j'avais pas le choix de passer la fécondation *in vitro* avant l'adoption, même si c'est à refaire même avec ce que je sais même avec ce que j'ai subi... ben si j'étais sûre de faire de l'hyperstimulation je suis pas sûre que je le referais [rire] mais si j'avais des risques seulement de faire de l'hyperstimulation je le referais. **Oui?** Oui. Oui je le referais. Peut-être même si j'étais sûre de refaire [rire]. **Oui?** Oui. En réalité c'est un mois de ma vie là qui a été pénible mais... Surtout si j'ai pas de séquelles, je suis pas censée avoir de problèmes à cause de ça, en réalité j'ai eu un mois difficile mais c'est quoi un mois là, j'ai la chance d'avoir un bébé, ça fait cinq ans que j'essaie d'avoir, j'ai eu un mois pénible mais en réalité ça fait cinq ans que je travaille là-dessus fait que... En réalité c'est pas si pire que ça [petit rire].» (e-15)

Par ailleurs, dans les cas où l'on n'a pas eu recours à la FIV, celle-ci sert de point de comparaison en ce qu'elle représente l'extrême, du point de vue des risques. En comparaison, sa propre situation est jugée moins périlleuse et moins pénible.

«(...) il y a des filles qui font tellement plus que ce que j'ai fait hen. Je connais une fille qui s'est rendue à (...) cinq FIV (...), quasiment un record au Québec là parce qu'ils vont pas jusque là, pour finalement aboutir en Roumanie pour en ramener un ici. Tout l'argent pis l'espoir déçu que ce couple-là a... a subi là.» (e-16)

«Mais... même [au début] on était prêt dans le fond à se rendre jusque là là. **A se rendre jusqu'à** Jusqu'à la fertilisation *in vitro*, malgré les coûts pis malgré l'investissement émotif qui est peut-être encore plus que ce que nous autres on a fait.» (e-17)

Les risques des techniques sont également comparés aux risques de l'adoption. L'adoption est parfois vue comme une «loterie» (e-17) au même titre que les techniques (qui ne fonctionnent pas toujours) mais plus souvent, dans les cas où l'adoption n'est pas vraiment une alternative intéressante *a priori* à la procréation naturelle, l'adoption est construite comme comportant des risques importants et sur divers plans: risques psychologiques dans l'adoption locale (les longs délais, le retour éventuel de la mère biologique si l'on accepte d'être famille d'accueil avec possibilité d'adoption), risques et

<sup>13</sup> A noter qu'ici les opérations ne sont pas exclusives les unes des autres.

coût élevé de l'adoption internationale (parfois associée à l'achat d'enfants), risques liés au rapport entre l'enfant et moi/nous dans un contexte où l'incapacité de procréer est largement en cause dans la définition du problème.<sup>14</sup> On craint de n'être pas capable de s'attacher à l'enfant et, d'un autre côté, l'enfant lui-même est généralement considéré comme pouvant avoir des problèmes. L'enfant adopté est étranger et porte en quelque sorte, par là même, une «étrangeté» donc un risque. Le fait qu'on associe souvent l'adoption à l'altruisme, à une oeuvre de charité, à un don à quelqu'un qui est «dans la misère» ou qui risque de «crever de faim», ne permet pas de se rapprocher de l'enfant mais, au contraire, le laisse à distance en tant que différent de «mon» enfant. En effet, on ne parle pas d'avoir «ses» enfants en termes d'«oeuvre de charité» ou d'altruisme même si l'on envisage de leur donner le meilleur de soi-même et même si l'on prend des risques physiques importants pour les mettre au monde. De plus, «mon» enfant n'est jamais imaginé comme pouvant avoir des problèmes de comportement, alors que c'est possible chez l'enfant adopté étant donné qu'on ne «bâtit» pas depuis le début avec lui.

«Fait que, il en tiendra qu'à lui s'il a pas une belle qualité de vie un moment donné là, on va lui donner les valeurs les valeurs pis l'éducation pour qu'il ait une belle qualité de vie, là si lui décide de faire autrement ben ça c'est son choix à lui. Mais t'sais je me dis ben il y a cet aspect-là t'sais en plus. C'est charitable je trouve comme oeuvre. Il y a un aspect de rendre service à quelqu'un, t'sais on n'est pas venu sur la terre rien que pour faire la guerre, on est là pour s'aider aussi là, s'aider entre nous autres.» (e-10)<sup>15</sup>

L'adoption est également souvent perçue comme complexe et donc porteuse de risques imprécis liés au caractère inconnu (peu familial), pour soi, de l'adoption. Un lapsus relevé chez une répondante résume l'esprit général: «on sait vraiment pas qu'est-ce que ça complique» l'adoption (e-5). De ce point de vue, les NTR sont moins «compliquées».

Néanmoins, dans de plus rares cas, les risques physiques des NTR ne sont pas comparables à l'adoption, sont trop grands. Ainsi, une répondante renonce à recourir à la FIV du fait des interventions physiques et des risques qu'elle implique. C'est à la lumière des interventions lourdes déjà subies dans un passé proche qu'est jugée la FIV. Y recourir signifierait s'exposer à nouveau au même genre de douleur (physique et psychologique) que celle subie.

<sup>14</sup> Le problème, comme on le verra plus loin, est généralement double: l'incapacité de procréer (ou cette possibilité d'une incapacité) et l'absence d'enfant.

<sup>15</sup> A noter que la forme dans cet extrait (le verbe au futur: «il en tiendra qu'à lui») est du même type que celle des extraits déjà cités de répondantes qui envisageaient de recourir à la FIV alors même qu'elles commençaient les traitements. Dans tous ces cas, on parle en effet comme s'il était certain qu'on allait recourir à ces moyens (la FIV là, l'adoption ici), comme si c'était imminent. C'est la même tendance à prévoir, à se préparer à agir autrement en cas d'échecs des démarches actuelles.

Dans un autre cas, on tente de dédramatiser le risque (de la FIV, encore) mais la comparaison est, au contraire, dramatisante:

«(...) ça c'est un autre aspect que je me dis à long terme là, à vraiment long terme là il va m'arriver quoi, ça m'inquiète un petit peu ça, l'aspect médical à long terme là parce que, bon c'est vrai que Louise Brown elle a 16 ans mais t'sais sur 40 ans sur 50 ans ils en ont pas d'expérimentation finalement là, fécondation *in vitro* ça fonctionnait pas fait qu'ils peuvent pas savoir qu'est-ce qui arrive aux femmes après là t'sais. Fait que ça c'est un autre aspect qui nous inquiète un petit peu (...). Mais qu'est-ce que tu veux, ça fait partie de la game ça, je me dis ben s'il faut que je paye le prix jusqu'à ce point-là ben je le paierai qu'est-ce que tu veux que je te dise. Ça fait partie de la game. Ça fait partie des risques qu'on prend dans la vie, t'sais tant qu'à ça, va pas faire de parachutisme parce que tu peux mourir si le parachute il rouvre pas là. Fait qu'un moment donné ben il faut que tu te dises ça fait partie, ça fait partie d'un risque comme un sport ou comme un exercice ou comme n'importe quoi pis advienne que pourra là.» (e-10).

Ces cas sont ceux du troisième sous-type présenté en début de chapitre, les «méfiantes». La FIV (mais pas les NTR en général) subit une transformation: d'un moyen de contrôle, elle finit par signifier une perte de contrôle. Elle constitue une intervention frôlant la déraison. La comparaison avec le parachutisme classe la FIV dans l'excès, pour soi. On peut voir là un risque de rupture de sens puisque cette comparaison est produite au cours de l'expérience et que celle-ci n'est, néanmoins, pas interrompue. Le rétablissement d'un contrôle sur sa vie est mis en péril.<sup>16</sup>

#### **6.1.2.2 Les NTR: une sphère d'action**

Les NTR sont représentées comme des moyens de contrôle étant donné qu'elles offrent une occasion et un espace d'action pour faire face à la situation problématique vécue. En fait, ici c'est la médecine de la reproduction, tout autant que les NTR (comme éléments faisant partie de cette médecine), qui présente des possibilités d'action. Cette seconde dimension peut être subdivisée en quatre sous-dimensions: 1° l'action (le fait même d'agir) par opposition au fatalisme; 2° le savoir sur les NTR en tant que forme d'action; 3° l'espace d'action où les démarches apparaissent comme des «étapes»; 4° l'intervention des NTR en tant qu'action logique en fonction du problème et à travers quoi on «fait» quelque chose.

<sup>16</sup> Dans ce cas particulier, un fil retient le «sens» si je puis dire: un premier essai de FIV a donné lieu à une grossesse qui s'est terminée en fausse-couche. C'est la vue du cœur du bébé dans son ventre, à l'échographie, qui constitue la raison de la persistance.



*«L'immobilisme ça fait pas partie des options»*

Chez les répondantes partageant cette première représentation, on trouve une forte propension à valoriser l'action en soi, pourrait-on dire, pour faire face à la situation problématique. Faire quelque chose, plutôt qu'accepter dans la passivité un état de chose jugé déplorable, importe non seulement parce que c'est la seule façon d'avoir un enfant éventuellement (principalement quand les essais de conception se soldent par des échecs depuis nombre d'années) mais également parce que c'est la seule attitude acceptable. En effet, la maîtrise de sa vie implique de ne pas s'abandonner à une situation ou un problème qui est susceptible d'être résolu ou bien de ne pas laisser en suspens une question à laquelle une réponse peut être donnée. Faire quelque chose constitue d'emblée une forme de soulagement.

«Pis en même temps quand tu es là-dedans, pour moi de poursuivre pis d'être active là-dedans ça soulage en même temps parce que tu as l'impression que tu fais quelque chose, en réalité souvent ça donne rien mais juste de faire les démarches moi ça me donnait l'impression de progresser. Pour moi c'est plus facile de continuer que d'arrêter. L'immobilisme ça fait pas partie des options.» (e-17)

«Pis là le fait d'être active dans le processus ben là tu as l'impression que tu es en moyen de ce qui va se passer ben plus que dans la période passive. **Vous voulez dire de**, Avant que je consulte,... avant de consulter pour moi c'est passif parce que comme j'allais pas voir qu'est-ce qui se passait j'étais pas dans ma vraie réalité là d'infertilité, tandis que là présentement le fait de consulter, le fait de le faire étape par étape pis avec un test en arrière d'un autre test pis vivre les choses là pis aller de l'avant ben là au moins je suis dans la réalité de l'infertilité (...).» (e-4)

Au plan psychologique, agir donne une sorte de force, mais il y a plus. L'action (plutôt que l'abandon) peut devenir un impératif moral. Face à soi-même, pour avoir l'impression de s'être comportée de façon correcte, de s'accomplir vraiment, d'être allée au bout de soi, mieux vaut agir. L'extrait suivant montre bien la dimension morale que comporte l'action:

«Dans le fond, je veux dire, [nom du conjoint] qui est mon partenaire a réouvert le dossier que j'avais mis de côté mais il était pas, je l'avais pas enterré. Il m'a donné la chance d'aller au bout, et c'était vraiment quelque chose... je vais te dire, si j'avais pas fait ça [la FIV] je serais peut-être allée un jour en psychanalyse ou quelque chose parce que je te jure j'aurais eu... maintenant que j'ai essayé tout ça, que ça ait marché ou que ça ait pas marché pour le moment dans mes explications ç'a pas d'importance, j'ai la conscience tranquille. Et ça ç'a toujours été ma hantise. Alors lui m'a permis finalement d'aller au bout de mon affaire et d'essayer. (...) De me dire que j'avais fait ce que j'avais à faire, que j'étais allée au bout de ce que je pouvais faire pour, d'avoir la conscience tranquille. Je suis en paix avec moi-même depuis ça.» (e-2)

L'action consiste généralement d'abord à consulter un médecin pour savoir quel est le problème et ensuite à recourir aux traitements appropriés. Je distingue les deux parties de l'action parce que dans plusieurs cas il s'agit en effet de choses distinctes, surtout si c'est de la FIV qu'il est question: on recourt d'abord à la médecine et, après réflexion, on recourt ou non à un traitement (NTR). Ainsi, une réflexion à propos d'une technique suivie du renoncement à y recourir constitue une action susceptible de donner le même résultat que le recours à une technique, du point de vue des bénéfices en termes de maîtrise exercée et d'impression d'avoir fait ce qu'il fallait faire. On pourrait même dire que le recours aux traitements est lui-même divisible en multiples séquences réflexion-recours quand plusieurs traitements ou techniques sont envisagés successivement. Les divers tests et traitements (dont les NTR) sont en effet vus comme des choses à propos de quoi s'informer et comme des «étapes» constituant un espace d'action.

### *Savoir en tant qu'action*

Si les traitements, dont les NTR, constituent des choses à connaître avant de s'y engager c'est évidemment parce qu'elles font partie de l'«inconnu» et sont porteuses d'incertitudes à la fois au plan des effets techniques et au plan de ce qu'elles signifient (*a priori* les NTR sont exceptionnelles, pas banales). Ces traits sont applicables de façon plus évidente, pour les présents cas, à la FIV, à l'insémination avec donneur et aux embryons cryopréservés mais également aux premiers pas dans la médecine de la reproduction. En effet, on obtient ou on cherche à obtenir une «liste» des possibilités d'interventions applicables à son cas. Or, souvent, l'obtention de ces premières informations donne l'impression d'entrer dans l'inconnu, est «épeurante» en même temps qu'elle a quelque chose de rassurant puisque l'on sait un peu mieux où l'on s'en va, ce qui nous attend peut-être. Cependant, le brouillard de l'inconnu se dissipe généralement à mesure qu'on «avance» (qu'on franchit les «étapes») et, de l'inconnu, on traverse dans le connu. Dans les cas où la FIV fait partie des possibilités, l'arrivée à ce point des traitements oblige parfois à recommencer l'exercice, donc à rendre connu l'inconnu, c'est-à-dire obtenir les informations sur les risques et rendre acceptable le recours à cette technique (on a vu au point 6.1.2.1 une partie des procédures par lesquelles la FIV peut devenir sensée, raisonnable). Une façon de rendre connu, pourrait-on dire, consiste à ranger les NTR dans un espace de sens déjà constitué, ce qui nous renvoie au processus d'ancrage de l'objet comme moment du processus de représentation. Mais le savoir dont il est question ici concerne principalement l'obtention d'informations et la compréhension des procédures comme des fonctions des hormones et des actes médicaux posés, de même que les risques et effets secondaires ainsi que les différentes possibilités de traitements. C'est à une

véritable quête d'information que l'on se livre. Cette quête marque à la fois le caractère inconnu des NTR et surtout l'importance de savoir (la nécessité même de savoir). En tant que moyens de contrôle, les NTR impliquent qu'il faille détenir un savoir à leur sujet.

Il est frappant, chez les répondantes partageant cette première représentation, de constater à quel point le savoir est une nécessité ressemblant à un impératif d'ordre moral. Obtenir l'information à propos des possibilités est une façon d'agir susceptible d'apaiser la conscience; elle peut suffire pour donner la conviction qu'on a fait ce qu'il fallait faire.

«(...) on y a pensé pendant un an et demi, on a pensé déjà de prendre un rendez-vous puis d'aller au moins on a consulté on se dit tout le temps on est allé au moins jusqu'au bout de ça. **Vous vous dites ça maintenant?** Oui oui, pour ce qui est, oui oui, t'sais je pourrais te parler comme on se disait tout le temps on va aller [voir] c'est quoi, on va aller rencontrer le médecin, une infirmière, on va lire, on va, j'ai lu beaucoup d'articles et s'il passait une émission à la télévision c'est sûr on était assis on l'écoutait, vraiment tout ce qui se disait, comment ça devait se dérouler, je voulais tout savoir puis, on a tout pris l'information pis après ben quand notre décision a été pris ben au moins on s'est dit on est allé voir qu'est-ce qu'il y avait pis nous autres ça fitait plus dans ce qu'on voulait là.» (e-11)

D'un autre côté, le savoir se présente davantage comme une façon de rétablir un sentiment de sécurité et de maîtrise sur les événements; il aurait des vertus relativement apaisantes. Ce trait peut sembler étonnant puisque les informations disponibles et obtenues, surtout celles relatives aux effets secondaires des hormones, n'ont *a priori* rien pour rassurer: risques de grossesses multiples, de cancer des ovaires, d'hyperstimulation ovarienne<sup>17</sup>, sans compter les nausées, étourdissements, chaleurs, prise de poids, douleur des injections répétées, etc. Néanmoins, si ces risques sont inquiétants, le seul fait de les connaître, de savoir qu'ils peuvent survenir, comporte une dimension relativement rassurante ou encore suffisante pour accepter de se soumettre aux traitements.

«(...) moi sur ce que j'avais des questions c'était quel genre de d'hormones j'allais m'injecter pis quel genre de médicament pis c'était quoi les effets secondaires. C'est là-dessus que je voulais m'informer (...). Mais par rapport à la technique [microinjection ou ICSI] en tant que telle, c'était quand même très clair c'était quoi la procédure, c'était pas mystérieux là, c'était très simple comme procédure. Moi c'était les effets secondaires tout ça pis ça on me l'a bien expliqué à [la clinique] pis ils m'ont donné encore là des feuillets avec chaque drogue et pis ce que, pourquoi qu'on m'injecte cette drogue-là pis qu'est-ce que ç'a comme effet... tout là, les pour et les contre, tout est très bien indiqué. Donc j'avais, là j'avais plus vraiment de questions à ce moment-là.» (e-5)

Savoir en soi est important, même si la décision semble parfois déjà arrêtée:

<sup>17</sup> Voir le Chapitre 3 pour les détails de ce syndrome d'hyperstimulation ovarienne.

«(...) quand on s'est décidé je me suis dit bon ben je vais aller voir qu'est-ce qui en est, où est-ce que c'est rendu, parce que ça a dû évoluer depuis le temps, les chances doivent être plus grandes, ça peut être moins compliqué.» (e-2).

En ce sens, il semble qu'on cherche à savoir pour délimiter le champ de ce à quoi on peut s'attendre en faisant le traitement. Savoir d'avance permet d'éviter les surprises et donne un sentiment de contrôle minimal mais nécessaire, surtout si l'attitude globale à l'égard du projet de procréation mais également à l'égard de sa vie est largement planificatrice.<sup>18</sup>

«Moi je suis un genre de personne, je me prends toujours de l'avance, j'essaie toujours de m'informer très à l'avance de ce qui va se passer, (...) je suis très organisée fait que je suis toujours un peu à l'avance de ce qui va se passer, donc c'est pas des surprises pour moi, j'aime pas les surprises [rire] (...)» (e-5)

Malgré son importance, la quête de savoir se heurte parfois aux médecins; elle prend l'allure d'une lutte avec les médecins détenant l'information et la distillant à trop faibles doses.

«(...) quand tu commences dans ce milieu-là tu t'en fais passer pis tu oses pas dire rien tout ça mais là au fur et à mesure que tu, comme la dernière fois quand je suis allée les voir j'ai dit là on commence ça telle date mettons là, bon ben j'y ai fait mettre les, je pose les questions là, maintenant je suis armée, j'arrive avec des feuilles complètes de questions pis il répond, mais quand tu sais pas où tu t'en vas tu t'en fais passer hen des affaires là.» (e-16)

«Ben c'est drôle parce que il faut quasiment... il faut quasiment questionner, moi j'avais besoin d'une feuille de route en commençant, pour moi c'est important (...) de savoir bon là il se passe telle chose on va faire telle chose, il se passe telle chose il va arriver, bon. Et puis après ça les options qu'est-ce qu'il va nous rester c'est ça ça dans l'ordre. Et puis ben ça ça nous est pas présenté naturellement, il faut questionner. C'est comme si on leur demandait un petit peu de nous rendre des comptes.» (e-17)

Si certains médecins résistent et mettent à l'épreuve la vision des NTR comme des moyens de contrôle, d'autres semblent accentuer la tendance déjà présente à la quête d'informations. Ce faisant, on peut remarquer que cette tendance à s'informer finit par ressembler à une forme d'intellectualisation, processus auquel participeraient des médecins en suggérant des *lectures* diverses, dont la lecture de livres techniques, en donnant les informations sur les hormones, sur les taux de réussite, sur les procédures.

<sup>18</sup> L'attitude planificatrice est largement répandue chez les répondantes qui partagent cette représentation des NTR. On peut d'ailleurs noter que la situation de départ est fort probablement reliée à cette attitude déjà là. L'exercice d'un contrôle sur sa vie, incluant une planification plus ou moins rigide des projets familiaux et la mise en place des conditions favorables à leur réalisation (stabilité conjugale et financière, par exemple), constitue probablement l'attitude la plus susceptible de favoriser un sentiment d'insécurité élevée en cas d'échecs de conception. D'autant plus que les échecs de conception risquent davantage d'être perçus comme un échec personnel, atteignant fortement l'image de soi comme personne «capable» (non seulement de procréer mais de régir sa vie selon sa volonté).

«(...) quand on est allé au premier rendez-vous [le médecin] nous a dit êtes-vous prêts pour la fécondation *in vitro*, après nous avoir donné les détails pis tout ça, pis je me rappelle j'ai dit ben, pis je me rappelle il a fermé le dossier pis il dit non vous êtes pas prêts, tu hésites on commence pas. (...) quand il a vu que j'hésitais pis c'est lui qui m'a dit il dit là vous allez vous chercher des livres, vous allez vous documenter, (...) aller chercher le plus d'information possible pis il dit quand vous allez être prêts vous reviendrez pis là on commencera.» (e-15)

Cependant, la complexité des informations recueillies peut finir aussi par accentuer le caractère «technique» des NTR, particulièrement dans le cas de la FIV, ce qui justement doit être «réduit» pour rendre les NTR «raisonnables», comme on l'a vu. En comparaison, les échanges (directs ou indirects) avec des personnes ayant déjà expérimenté les traitements proposés sont des sources plus adéquates pour obtenir les informations pertinentes.

«(...) c'était le côté humain qui m'intéressait plus là, comment qu'on passe à travers ça pis c'est-tu vrai que c'est dur pis c'est ça que je voulais savoir. Pis la personne qui est venue faire son témoignage (...) elle avait trouvé ça quand même assez facile pis t'sais elle nous a mis ça elle avec moins technique pis moins froid que ça peut l'être là, c'était plus juste des chiffres sur un tableau là, c'était arrivé pour de vrai pis elle avait un petit bébé pis [rire] t'sais c'était quelque chose de réel là. Pis elle avait passé par les mêmes affaires que nous autres là t'sais, c'était pas une médecin qui nous parlait c'était quelqu'un qui avait vécu les mêmes choses que nous autres.» (e-15)

L'intellectualisation apparaît dans certaines façons de nommer la quête d'information qui prend ou devrait prendre la forme d'un partage du savoir expert. Ainsi, dit une répondante, «je trouve que l'enseignement est pas assez complet» (e-16).<sup>19</sup> Par ailleurs, l'intellectualisation est valorisée par les femmes, en tant que source d'accroissement de la conscience à propos des processus et du cheminement personnel général à l'égard de l'action entreprise et de sa fin. Je reviendrai sur cet aspect au prochain point.

D'un autre côté, les informations obtenues sont assez souvent présentées par les médecins ou dans les documents en termes de «risques». Il y a donc une zone plus ou moins grande d'incertitude qui laisse un espace de jeu en termes d'évaluation des risques (il y a x% de chance que tel effet se produise donc c'est possible qu'il ne se produise pas). En même temps, cette zone d'incertitude, relative aux risques des hormones mais également relative aux causes de l'infertilité (dans les cas d'infertilité idiopathique), fait émerger le doute.

<sup>19</sup> La quête d'information finit par ressembler à une «étude», à une démarche d'apprentissage au sens académique du terme. Ce trait réapparaît dans la façon de parler d'autres étapes, notamment à propos du processus de FIV: «il fallait qu'on aille à la clinique à huit heures le matin pour avoir un cours de Lupron, que [son conjoint] apprenne à faire les injections de Lupron pis tout ça.» (e-15)

«Quand ils m'ont dit que c'était moi, ben que [son conjoint] c'était beau donc que, l'homme c'est pas difficile hen, quand lui c'est beau ben c'est la femme [rire], nous autres ils savent pas c'est quoi mais c'est sûr que c'est nous autres [rire] mais...» (e-15)

«(...) c'était pas notre problème c'était mon problème, alors... Pis en fait ça se confirme aussi assez rapidement là parce que... ben là encore à tort ou à raison mais on pense que dans la mesure où on confirme que pour l'homme le spermogramme est normal pis le sperme est de bonne qualité etc. etc. pour moi c'était classé. Alors que peut-être qu'au niveau moléculaire, je reviens à ça, mais peut-être que c'est lui qui a un problème au niveau moléculaire [petit rire] justement.» (e-17)

Le doute point également en cas de contradiction entre ce que disent les médecins et ce qu'on entend dans les médias. Dans ces cas, il y a déjà une méfiance à l'égard des NTR qui joue dans l'attribution de la vérité à l'une ou l'autre sources.

«[pour le médecin] il y avait ben plus de réussites que ce qu'ils disaient à la télévision et toute là. (...) la vraie... je pense que la vraie version c'est que cette année-là il y avait eu 11, attends, combien de bébés, 11 bébés sur 150 cas. Mais lui il disait que non non, beaucoup beaucoup de chances, mais t'sais il passait vaguement à côté de ça là. C'est sûr qu'il fallait pas qu'il nous coupe nos espoirs là mais....» (e-11).

Le doute est suscité également par l'impossibilité de s'assurer de la véracité des informations obtenues. La quête d'informations résulte donc à la fois en un savoir effectif mais généralement connu comme étant partiel, principalement en termes de risques et en termes de procédures techniques utilisées<sup>20</sup>, et en une attitude de méfiance relative qu'il faut en quelque sorte transformer en confiance à l'égard des médecins et du personnel médical. Cette confiance consiste finalement, pratiquement, à leur donner le contrôle... et à espérer qu'ils sachent et veuillent l'utiliser à son profit plutôt qu'au leur. «Faire confiance» ici est moins, semble-t-il, une attitude qui va de soi que quelque chose qu'on fait consciemment à partir de certains paramètres<sup>21</sup>, une action volontaire. L'action de faire confiance implique de décider de croire et d'accepter de ne pas chercher de réponses que la médecine (au stade où elle en est) ne peut pas fournir. Elle implique aussi de mettre de côté, en autant que c'est possible, ses doutes:

«(...) ben il faut dire quand on passe par plusieurs médecins, plusieurs techniques et plusieurs traitements et plusieurs opérations, un moment donné il a fallu que je fasse confiance aux médecins (...) pis je me suis dit, parce que là des fois je

<sup>20</sup> La plupart des répondantes décrivent ces risques et procédures de façon assez précise et à l'aide d'un vocabulaire spécialisé, surtout si elles sont engagées depuis un certain temps dans les traitements.

<sup>21</sup> Dont l'attitude générale des médecins et des infirmières (leur sérieux, leur capacité d'empathie) et leur capacité à donner une information qui semble vraie et objective (donc comportant un exposé des difficultés et risques). A cela il faut ajouter d'autres types de facteurs de confiance relatifs à la médecine en général (une adhésion à la biomédecine en tant que savoir valide), à la technique ou à la science en général.

remettais en question, (...) quand ils m'ont fait la laparoscopie entre autres je remettais en, t'sais je me disais ah j'ai-tu vraiment besoin de ça? (...) t'sais ils vont-tu me faire ça pour rien, ça peut-tu me causer des problèmes, tout ça. Mais là je me suis dit il faut que je fasse confiance à quelqu'un. Moi je connais pas ça, je suis pas experte donc il faut que je fasse confiance à mon médecin, en souhaitant que lui il sait ce qu'il fait, mais j'ai pas le choix, à partir du moment où je décide de me faire traiter je me remets entre ses mains. (...) À partir du moment (...) où j'embarque là-dedans j'aurai pas le choix de leur faire confiance. Parce que le Lupron c'est pareil. Ils ont beau me dire que le Lupron c'est correct, je connais pas ça moi à long terme ça fait quoi tout ça. Fait qu'à partir du moment où ils me disent c'est beau il y a pas de risque j'ai pas le choix d'y croire. C'est pareil l'hyperstimulation des fois je me dis bon à long terme ça peut-tu avoir causé des problèmes tout ça, le médecin m'a dit non... je me dis il doit le savoir, j'espère qu'il le sait. Des fois je, c'est sûr que des fois on se dit ah peut-être que, peut-être que c'est pas vrai, peut-être que ç'a causé des problèmes ou quoi que ce soit mais d'un autre côté je me dis bah, il a fallu que je fasse confiance à quelqu'un un moment donné pis j'ai décidé de leur faire confiance.» (e-15)

Dans de plus rares cas, «savoir» sape davantage le sentiment de sécurité qu'il ne l'accroît. Cela se produit quand le savoir qu'on obtient équivaut à savoir qu'«ils» ne savent pas et à constater que la science est beaucoup moins avancée qu'on ne le croyait. Ce savoir résulte essentiellement de l'expérience qui se solde constamment par la résurgence de l'inconnu: des effets secondaires surviennent à un moment où l'on ne s'y attend pas ou sont inconnus des médecins, la technique échoue et ils ne savent pas pourquoi, etc. Le constat du manque de connaissance et du manque de maîtrise limite la possibilité de faire confiance et accroît l'insécurité. En conséquence, les NTR tendent à être vues davantage comme «perte de contrôle» plutôt que «moyen de contrôle».<sup>22</sup>

«Fait que c'est sûr c'est décevant parce que toi tu te dis ça fait 16 ans que ça existe, bon c'est sûr que si on regarde l'histoire de la médecine ça fait peut-être 500 ans que ça existe, c'est sûr que c'est décevant mais bon il fallait peut-être s'y attendre aussi qu'après 16 ans c'était pas une science à plus finir là (...). Je me rends compte qu'ils sont très peu avancés, au niveau des connaissances. Ça me fait drôle même de penser qu'ils puissent être si peu avancés que ça.» (e-10)

«Ça c'est l'aspect qui actuellement me dérange beaucoup là pis que même je dirais je me suis embarquée dans le deuxième essai [de FIV] je me suis embarquée avec encore un peu d'innocence et je peux dire que le troisième essai probablement il sera pas vécu du tout de la même façon. Il va être vécu avec beaucoup plus de réserve, beaucoup plus de réserve parce que (...) au niveau médical aussi je me rends compte que des fois les médecins... comment je te dirais ça?... les médecins c'est difficile pour eux autres d'avouer que ils le savent pas. Je me rends compte que souvent tu vas leur poser une question pis qu'ils tournent autour du pot sans te dire qu'ils le savent pas mais que finalement la réponse est tellement imprécise que toi tu comprends pas trop... (...) Alors je repose la question d'une autre façon pis

<sup>22</sup> Les cas concernés sont également ceux où la négociation du passage à la technique a été la plus complexe. Il est donc possible que le constat du manque de maîtrise ne fasse que s'ajouter à une méfiance relative déjà présente à l'égard de la technique.

là je me rends compte qu'ils tournent encore autour du pot. Là je peux te dire que la troisième fois il y a peut-être des questions que je poserai même pas parce que je le sais qu'ils sont pas au courant. Fait que tu te dis bah quoi ça donne de le nier pis que lui te niaise aussi un peu à sa façon là, on n'en parlera pas pis on va voir ce que ça va donner pis tout ça, mais (...) je me sens un petit peu plus comme rat de laboratoire. Plus j'avance là-dedans plus je me sens un petit peu comme rat de laboratoire. Ou je suis peut-être un cas ben exceptionnel, je le sais pas là, (...) t'sais c'est parce qu'à toutes les fois que j'arrive ils me disent ah on n'a jamais vu ça, ah on comprend pas. Fait que là un moment donné tu te dis est-ce que je suis le cas d'exception de la clinique ou si c'est comme ça pour toutes les femmes finalement qui passent ici. Fait que c'est un petit peu dans ce sens-là qu'on se sent un petit peu plus rat de laboratoire, mais t'sais je veux dire c'est pas... comment je dirais ça, c'est pas négatif là dans un sens que il y a personne qui nous force à faire ça non plus. (...) Bon si on embarque là-dedans ben on embarque aussi avec les connaissances qu'ils ont pis avec les non connaissances qu'ils ont aussi (...). Donc on s'embarque là-dedans en étant peut-être plus conscient là que c'est pas miraculeux cette affaire-là, pis que il y a plein d'inconnu encore là-dedans pis que il faut jouer avec le petit peu qu'on connaît pis espérer beaucoup.» (e-10)

D'un autre côté, «trop savoir» à l'avance peut aussi présenter un «risque». Ainsi, dans de rares cas, on cherche à méconnaître volontairement - et temporairement<sup>23</sup> - les techniques et les problèmes (physiques, éthiques) qu'elles peuvent poser. Le refus de savoir est une pratique qui fonctionne plus ou moins pour maintenir le sentiment de sécurité puisqu'il est fondé sur une connaissance de l'existence de problèmes et de risques, connaissance très partielle et imprécise mais ayant quand même un effet (sans cette connaissance préalable, il ne serait pas nécessaire de refuser volontairement de connaître les implications réelles des NTR, particulièrement de la FIV). Dans ce cas, les NTR prennent figure à la fois de moyen de contrôle et de perte de contrôle.

«J'ai trop peur que... ce que je vais aller voir là-dedans ça me fasse soit reculer ou quoi que ce soit puis non, pour moi c'est trop important d'accrocher à l'espoir, d'accrocher à cette lueur-là qui est présente, c'est mon bout du tunnel dans le fond, c'est là qu'est la clarté fait que c'est certain (rire) si je ferme la porte déjà (...) pis je vois jamais de clarté je voudrai pas me rendre là (...).» (e-4)

#### *Des «étapes»: espace d'action*

Typiquement, dans cette représentation, on utilise le terme «étapes» pour parler des tests d'investigation et des NTR. Celles-ci sont vues aussi comme des étapes, placées sur un continuum, allant des moins au plus complexes. La FIV constitue l'extrémité du continuum: on s'y «rend» ou on l'on s'y rendra si besoin est; c'est la technique maîtresse

---

<sup>23</sup> Méconnaître temporairement seulement étant donné que, même dans ces cas, on «sait» qu'il «faut savoir».



qui alimente l'espoir, à tout le moins chez celles qui entendent aller «jusque là».<sup>24</sup> Le terme «étapes» comme l'idée de «se rendre à» ou «jusqu'à» inscrivent les NTR dans le temps et dans l'espace. L'inscription dans le temps repose sur le fonctionnement même des tests et des NTR puisqu'ils s'appliquent en suivant le cycle menstruel, ce qui signifie qu'ils s'étendent (et parfois longuement) dans le temps. Par ailleurs, les NTR apparaissent comme un domaine organisé logiquement et, surtout, comme un domaine offrant de multiples possibles. Elles forment donc un espace prenant la forme d'une route, rectiligne par moment et sinueuse en d'autres endroits. Le terme «étapes» est à la fois descriptif et métaphorique. D'une part, les tests et traitements sont placés dans un ordre, il est donc logique de parler d'étapes. D'autre part, entre chaque étape, il n'y a pas de vide, la route comme espace est toujours là et à mesure qu'on «avance» on chemine au sens où cet espace est rempli non plus seulement de procédures techniques (les étapes) mais de réflexion, d'échanges, de recherches d'information, de prises de décision, parfois de modifications de points de vue, parfois de confirmation des convictions. Les étapes marquées clairement balisent la démarche (vers le deuil ou l'enfant).

Les techniques prennent figure de lieux de passage, la voie à suivre pour atteindre le but (procréer ou passer à autre chose). Cet espace médicoteknique devient donc en même temps un espace social dans lequel on trouve une occasion de faire quelque chose (plutôt que rien). L'action privilégiée néanmoins est évidemment celle qui est orientée vers le but. Ainsi la métaphore spatiale des étapes-route se modifie pour prendre, dans certains cas, figure d'un espace fermé, d'un tunnel jalonné de portes. Ceci signifie qu'il faut d'une certaine façon se rendre «au bout» de sa propre route<sup>25</sup>: les étapes sont des possibles à essayer, des portes à ouvrir dans l'ordre, la FIV étant souvent la dernière porte avant l'adoption.

Le fait de voir dans les NTR des étapes contribue à alimenter la face «moyen de contrôle» des NTR. On peut aussi repérer, sous-jacente, l'idée du progrès.

---

<sup>24</sup> La façon très fréquente de parler de la FIV en usant de termes de ce genre (jusqu'à, jusqu'au bout ou encore «être prête à [faire la FIV]») donne à la FIV une connotation de technique limite et ce, non seulement parce qu'elle est la dernière technique sur le continuum mais aussi parce qu'elle est très souvent associée à des risques élevés (physiques et symboliques).

<sup>25</sup> J'écris «sa propre route» parce que, comme on l'a vu, se rendre au bout peut tout autant signifier prendre l'information à propos de la FIV et renoncer à y recourir que recourir à la FIV ou recourir à une superovulation au Pergonal avec IA et refuser d'essayer la FIV. La contrainte à aller «jusqu'au bout» n'est pas uniforme en termes substantiels, elle ne signifie pas de se rendre au bout du continuum (la FIV) mais au bout de ses limites personnelles.

*L'intervention des NTR, une action logique*

La quatrième sous-dimension des NTR comme moyen de contrôle constituant une sphère d'action est relative à l'intervention des NTR, à ce qu'elles «font» ou non et aux acteurs et actrices qui agissent ou non à travers elles.

L'action technique des NTR est délimitée d'abord par la définition du problème auquel elles sont supposées apporter une solution. Cette définition est double.

Devant les multiples échecs de conception, on pense d'abord et avant tout que le problème est d'ordre biologique. Cette compréhension du problème repose, en partie, sur une définition de la procréation en tant que processus biologique. Le problème est vu comme un problème «médical».

«Le fait de pas pouvoir avoir un enfant c'est parce qu'il y a quelque chose qui marche pas à quelque part dans le corps. Donc s'il y a quelque chose qui marche pas dans le corps à quelque part, ça devient médical automatiquement là.» (e-15)

Quand les tests d'investigation ont échoué à identifier un facteur d'infertilité, on envisage parfois que le psychisme puisse bloquer les processus biologiques et donc provoquer l'infertilité. Cependant, dans ces cas, ce n'est que *parce que la médecine n'a pas trouvé* que l'hypothèse psychologique paraît plausible. *A priori*, c'est l'explication biologique qui reçoit la faveur.

«(...) moi je pense que peut-être le problème, puisqu'ils n'ont pas trouvé (...) un dysfonctionnement corporel, je pense que le problème pourrait être dans ma tête, dans mes sentiments, tout ça.» (e-1)

Par ailleurs, les médecins repoussent explicitement parfois cette hypothèse psychologique; or non seulement cela confirme-t-il l'idée préétablie mais en plus, et surtout, cela offre la situation la plus commode puisque c'est ce qui est le plus susceptible de réduire le sentiment de culpabilité (ressenti à divers degrés) ou la détresse déjà vécue.<sup>26</sup>

«(...) **est-ce que, bon on n'a pas trouvé la cause, est-ce que vous vous avez pensé à des causes possibles (...)** Ah j'y ai pensé j'y ai pensé effectivement, mais pour moi c'est demeuré pas mal à l'état des causes physiques, il y a une raison physique physiologique qui fait que il y a quelque chose qui fonctionne pas. Evidemment il y a des opinions aussi bon la composante psychologique le stress et ceater, pis évidemment les médecins rejettent ça rapidement pis moi ç'a fait évidemment ben mon affaire d'embarquer avec eux pis

<sup>26</sup> Réduire plutôt qu'éliminer parce que l'infertilité quand elle est inexpliquée, même si des solutions sont proposées et même si l'on est convaincu qu'un problème dans le corps en est à l'origine, est toujours source de questions.

de dire bon ben [petit rire] c'est pas ça ils sont tous d'avis que ça peut pas être ça, alors... tu vois c'est pas quelque chose que je retiens mais je me demanderai toujours qu'est-ce que c'est. C'est très, bien étrange.» (e-17)

Ainsi, dans les cas d'infertilité inexplicée, on tend à attribuer le diagnostic au niveau d'avancement insuffisant de la médecine couplé à la complexité du corps (féminin ou masculin). Les causes sont dans le corps mais la médecine ne peut pas les identifier.

«(...) après cinq ans il y avait pas de raison que ça marche pas donc il y a sûrement un problème médical, il a pas trouvé le problème parce que le corps féminin est tellement complexe que ça peut être, c'est ce que le médecin disait ça peut être un micro problème là à quelque part il dit on tombera jamais dessus, ou on peut être ben chanceux pis tomber dessus tout de suite (...).» (e-15)

**«Pis pour toi est-ce que ça veut dire que c'est la médecine qui arrive pas à voir, ils sont pas rendus assez loin c'est un petit peu ça que tu disais tantôt** Moi je pense que oui, moi je pense que oui. Mais là... (?) prouvera peut-être que j'ai tort dans tout ça mais c'est ça je suis convaincue qu'il y a une cause physiologique pis ça peut être aussi loin qu'au niveau moléculaire si on veut pis... on est tous d'accord qu'il y a un problème sauf qu'on n'est pas capable de le trouver (...).» (e-17)

Le second volet du problème, qui est généralement aussi le principal, concerne le désir d'enfant non satisfait et ce que l'on veut réaliser à travers l'enfant et la procréation.<sup>27</sup> En fait, il appert que c'est à travers le premier volet que le problème peut être expliqué (en termes de sens) mais que c'est à travers le second que les NTR apparaissent comme des interventions logiques. En effet, les NTR ne sont pas vues comme des moyens de guérir mais comme des moyens de procréer.<sup>28</sup> Ainsi l'intervention sur le corps des femmes dans les cas d'infertilité masculine apparaît parfaitement logique même si elle semble étrange pour l'entourage: «comme une de mes amies elle pouvait pas comprendre pourquoi c'était moi qu'il fallait qui s'injecte (...).» (e-5). Le problème n'est pas celui du conjoint mais «notre» problème ou même «mon» problème (dans les cas où l'absence d'enfant est ressentie plus douloureusement par les femmes que par leur conjoint). L'incongruité de certains énoncés se dissipe à la lumière de cette interprétation du problème, par exemple celui-ci de la part d'une femme dont le conjoint est infertile: «quand je suis on est retourné

<sup>27</sup> J'ai fait mention au début du chapitre de certains cas où le problème concerne l'incertitude à propos de la possibilité ou non de procréer. Il faut préciser ici que, même dans ces cas, le problème de fond concerne le désir d'enfant non comblé; généralement, on a peine à croire qu'on pourra procréer mais on veut s'en assurer. Quoiqu'il en soit, les buts visés à travers le recours peuvent varier en cours de route et donc l'action des NTR peut consister à procréer/aider à procréer ou à fournir une certitude (en cas d'échec).

<sup>28</sup> Quoique parfois on attribue à *la grossesse* qui surviendrait suite au recours à une NTR une vertu de guérison: «Fait que probablement qu'on va essayer [la FIV une deuxième fois], à moins que je tombe enceinte de façon naturelle là, des fois il y a des grossesses qui débloquent ben des infertilités, (...) ils disent même de faire attention parce que souvent après ça, on a tendance à pas prendre de moyen de contraception parce qu'on se dit ça marche pas t'sais, mais des fois ça débloque [rire].» (e-15).

à [la nouvelle clinique] j'ai fait ressortir mon dossier de [la clinique précédente].» (e-12)  
 En somme, le problème de fertilité est un problème d'absence d'enfant, de désir d'enfant non comblé. Les tests d'investigation semblent servir à diagnostiquer le problème physiologique et à orienter vers l'application d'une technique plutôt qu'une autre. Il y a une dissociation, dans l'interprétation, entre l'infertilité et les NTR (celles-ci ne rétablissant pas la fertilité), dissociation qui permet de justifier les interventions sur son corps pour un problème situé dans le corps du conjoint et qui permet aussi, par ailleurs, de justifier l'accès aux NTR à des femmes célibataires ou lesbiennes.<sup>29</sup>

Ainsi la technique est cohérente avec le problème puisqu'il s'agit de procréer/avoir un enfant et puisque la procréation est un processus physiologique. Les procédures appliquées - y compris les fonctions des hormones - sont, à une exception près, décrites en détail par les répondantes et semblent parfaitement compréhensibles. Au regard de la connaissance préalable du processus de procréation (au plan physiologique), les procédures sont logiques, elles peuvent effectivement produire un effet dans le sens voulu.

«(...) c'est très simple comme technique donc il y a pas beaucoup à lire là-dessus, c'est très simple pis (...) même ils ont des photos tu vois un ovule pis avec une petite chose en train d'injecter un sperme.» (e-5)

Ce n'est évidemment qu'une fois l'information obtenue que les NTR peuvent être «compréhensibles» (et, parfois, «simples»), puisque par ailleurs les répondantes affirment souvent que les NTR et surtout la FIV sont de l'«inconnu» ou même de la «science-fiction», pour l'entourage, comme pour elles d'ailleurs avant d'y avoir eu affaire ou au moment des premières démarches d'information:

«(...) tu parles de ça pis les gens te regardent pis tu dis fécondation *in vitro*, bébé-éprouvette, ils s'imaginent que le bébé va naître dans une bouteille et c'est de la science-fiction.» (e-2)

«[la FIV] c'est quelque chose de très nouveau, (...) quand on est allé [à la clinique] tu as, en dedans tu es toute, t'sais tu t'avances dans quelque chose qui est pas énormément connu pis tu veux savoir comment ça se déroule pis tu te sens, je sais pas... Pour [le médecin] c'était très routinier mais nous autres c'était très, je sais pas moi, c'est...» (e-11)

La façon de décrire les procédures montrent, par ailleurs, qu'il s'agit d'une description à partir de leur point de vue, malgré l'utilisation fréquente des termes techniques. Dans l'extrait suivant, où la répondante décrit le protocole de l'ICSI (microinjection du

<sup>29</sup> Cette interprétation montre qu'on ne s'attend pas à un rétablissement de la fertilité physiologique en recourant aux NTR et qu'on a vu la dissociation qui existe déjà entre le problème physiologique et la solution NTR.

spermatozoïde), ce trait est particulièrement frappant puisque la procédure de l'ICSI elle-même est éliminée et remplacée par l'«attente»:

«Tu vois moi (...) dès que j'ai ma menstruation, deuxième jour, le jour deux je dois passer un test d'oestrogène pour voir mon taux, dépendamment de mon taux ils vont me dire si je commence à m'injecter au jour trois ou quatre pis les quantités d'ampoules d'hormones. Là je les ai toutes achetées là les hormones, je les ai dans un petit sac, c'est des petites ampoules qu'on mélange avec le liquide, donc le troisième jour normalement on commence les injections d'hormones. Puis au sixième, les jours trois, quatre, cinq c'est la même chose tu t'injectes les hormones pis au sixième jour ils commencent les tests de échographie et puis prise de sang voir comment avance l'ovulation, voir si c'est en train de progresser comme ça devrait pis quand c'est... parce que c'est très important de prendre les ovules quand ils sont matures sinon ça sert à rien. Pis quand c'est rendu au terme ils te donnent une autre drogue le Profasi, qu'ils t'injectent aussi, pour être certains que toutes les ovules sont matures, ça ça fait comme avancer la procédure de maturation juste pour être certain là que ils vont tous être matures les ovules. Ça c'est ce qu'ils t'injectent comme la journée avant de faire le retrait, pis là ils font le retrait pis là c'est l'attente pis après le troisième jour c'est l'implantation pis là après c'est l'attente encore pis, ben pendant cette attente je dois continuer à m'injecter la progestérone, parce que s'il y a une grossesse pour être certain que je ferai pas de fausse-couche pis que ça s'implante bien (...).» (e-5, souligné par moi)

L'extrait précédent est exemplaire du peu de fascination suscitée par la technique elle-même dans la plupart des cas et de la tendance à mettre l'accent sur ce qu'on fait soi-même ou sur ce que les médecins font sur soi.

On ne sera guère surpris, par conséquent, de repérer trois types d'interprétation de ce qui se fait à travers les procédures, distingués selon le rôle dévolu à «nous», aux médecins et à la technique. Qui agit à travers la technique? soit «nous» (le couple) procréons à travers ces procédures, soit les médecins et la technique confondus agissent de façon à nous/me permettre de procréer, soit encore les médecins agissent à l'aide de la technique de sorte qu'une grossesse survienne.

Dans la première interprétation, on dissocie technique et médecins et on accentue ce que «nous» ou «moi» font avec la technique. Les médecins ici sont vus comme des sources de contraintes plutôt que d'aide. Ils sont présents mais en mode mineur en tant qu'acteurs. Prétendre que c'est notre/mon action qui est première se fonde en partie sur l'action effective de la femme et de son conjoint dans les procédures techniques. Par exemple, dans le protocole de FIV, les premières injections sont données par le conjoint ou par la femme à la maison. Et c'est sans compter la prise en charge des démarches, l'achat des médicaments, les allers-retours constants à la clinique, etc.

«Ben tous les matins c'est une piqûre de plus pis là tu barres une petite croix sur ton calendrier pis bon pis là aujourd'hui c'est le bras droit, demain c'est le bras

gauche, après-demain c'est la cuisse gauche, la cuisse droite. C'est vraiment... tu le construis ton bébé, carrément là. (rire).» (e-2).

Dans cette interprétation, la procréation commence avec le traitement hormonal plutôt qu'avec la FIV elle-même ou la grossesse espérée. On procrée ensemble à l'aide de la technique: c'est une expérience «magique». Le caractère «magique» ne semble rien devoir aux médecins, réduits à un «ils» ou «on» indéfini, à peine présents.

«C'est génial aussi le transfert, tu es conscient, tu es là et... tu es couchée sur le dos et on... vraiment on te rentre la vie en toi là, c'est carrément ça. On vient t'implanter à telle heure, à telle minute, tel jour, tu sais que là clunc! ils viennent de te mettre enceinte. C'est merveilleux tout ça. Ça vraiment quelque chose que peu de couples, que, je veux dire les couples ordinaires ne vivent pas. Je vais te dire, on était dans la clinique tous les deux pis on se tenait la main pis je veux dire les deux là, mon chum pis moi, les larmes nous coulaient, l'infirmière aussi. C'est vraiment un moment particulier, c'est un moment qui... existe pas normalement, c'est vraiment un moment créé là mais ç'a ç'a quelque chose de très le fun. Nous, ça nous a comme... on était très proches mais ça nous a... malgré les échecs, malgré tout ça, ça nous a rapprochés de façon effrayante, c'est... c'est très très très... c'est tripant, c'est le cas de le dire.» (e-2)

Dans la seconde interprétation (la plus fréquente), les médecins se confondent pratiquement avec la technique, ils deviennent des «outils» plus ou moins appropriés selon le degré de compétence qu'on leur accorde et selon le degré de compréhension qu'ils manifestent à l'égard du problème. Les aspects intéressants de la procréation sont reportés à ce qui précède et à ce qui suit la technique (le projet, la grossesse et l'accouchement). Dans ce cadre, les femmes (généralement davantage que leur conjoint) sont parfois aussi très actives mais leurs actions ne sont pas identifiées à la procréation comme dans le cas précédent; à travers ces actions elles font en sorte que médecins et technique les aident à procréer, elles «utilisent» des ressources.

C'est ici que l'on retrouve les réflexions relatives à l'intervention directe sur les organes en cause et sur les gamètes, à une certaine sélection des gamètes ou des embryons (en fonction de leur grosseur ou stade de développement), cet ensemble de facteurs garants d'une plus grande efficacité.

«[Avec l'ICSI] là c'est sûr qu'il va avoir les embryons (...), ce qui est pas sûr après c'est (...) si je va avoir une grossesse, mais déjà c'est un gros pas d'être certain qu'il va avoir un embryon qui va être créé, déjà ça c'est fait. Tandis qu'avec l'*in vitro* régulier tu as même pas cette sécurité-là, ça prend des fois pas pis bon tu attends encore pis tu recommences. Pis les gens qui font l'*in vitro* régulier ça prend des fois jusqu'à 10 fois avant que ça arrive (...) pis de tomber enceinte (...) Tandis qu'avec celle-ci c'est plus sûr. Moi je me dis si ça marche pas après trois fois c'est parce que ça marchera jamais. (...) **Est-ce que c'est une limite que vous vous êtes fixés?** Moi c'est une limite que je me suis fixée, trois, ben peut-être

«jusqu'à cinq fois... mais pas plus, je me dis ça marchera pas plus après, parce que tu as la meilleure des possibilités là, tu as le meilleur scénario.» (e-5)

«**Et puis là, la première fois quand tu as eu [ton fils] il y a pas eu d'insémination artificielle** Non c'était... seulement du Clomid 200 avec, c'est naturel. (...) c'est ça c'était 200 mg pis les relations sexuelles ordinaires. **Pis là ce coup-ci pourquoi vous avez** Parce que la première fois, là on veut mettre toutes les chances de notre côté. Moi ma limite d'âge c'est 35 ans, j'ai 34 ans, là on veut vraiment là que, c'est la dernière fois qu'on tente quelque chose en fertilité après ça c'est fini. Fait que là on se dit que peut-être avec insémination artificielle ça va être un plus pour nous autres là. **Qu'est-ce que ça permettrait de plus** Ben s'ils traitent le sperme ça va être mieux là, ça va être... les plus gros qui...» (e-16)

Les aptitudes des médecins sont également en jeu dans l'efficacité de la technique: plus ils sont spécialisés dans la reproduction, plus leurs interventions ont de chances d'être efficaces. L'évaluation de la compétence est fondée sur la diplomation et sur l'impression de professionnalisme qui se dégage de l'attitude des médecins, impression parce qu'il est impossible de vérifier de façon absolue:

«Mais... enfin, je leur fais confiance, c'est ça. Je suppose que puisqu'ils sont médecins, puisqu'ils ont un diplôme et le permis d'exercer cette profession, je suppose qu'ils sont assez bons pour le faire. Je sais qu'ils se trompent des fois, ça arrive sans doute mais... il y a des risques à prendre.» (e-1)

De plus, la qualité des liens interpersonnels entre usagères et médecins joue sur l'efficacité technique puisque ces liens sont garants d'une attention particulière à chaque cas.

«(...) la première fois que j'ai rencontré [le médecin], en fait c'est mon médecin mais je l'ai rencontré seulement qu'une fois, c'est faux je l'ai rencontré deux fois, mais la première fois que je l'ai rencontré, qu'il a consulté mon dossier qui venait de [l'autre clinique] tout ça, il m'a donné une tape dans le dos pis il m'a dit on va essayer de t'aider. Pis juste ça ça te donne une atmosphère de, ça fait plus personnel t'sais, ça fait t'sais... tu te dis bon ben c'est vrai qu'ils vont essayer de m'aider pis...» (e-12)

On trouve ici les cas de femmes qui prennent en main le traitement, font pression auprès des médecins pour orienter le traitement de façon à le rendre plus efficace. Le contrôle sur le traitement devient un enjeu important quand on s'aperçoit, au fil du temps, que ses propres intérêts ne convergent pas parfaitement avec ceux des médecins. On réclame de plus fortes doses plus rapidement, on demande d'allier tel médicament avec telle intervention, etc.

«**Est-ce que ce sont eux qui vous ont proposé [l'IA] ou c'est vous** C'est tout moi qui va au devant de [petit rire] de ça, c'est moi qui... qui pousse, qui dit ça ça va être ça pis... **Les médecins comment ils prennent ça?** Ben là ça fait tellement longtemps que je suis en fertilité que, c'est sûr j'en connais, ils... je

trouve que l'enseignement est pas assez complet là mais à force d'avoir des compagnes qui sont suivies aussi en fertilité, tu viens que tu connais des choses là, des lectures des choses comme ça. Parce qu'eux autres ils seraient tout le temps comme plus mollo puis... Mais là un moment donné les années passent, tu t'aperçois que ça fait presque 10 ans que tu es dans ces affaires-là pis tu as pas d'enfant ou... t'sais. (...) moi ça me tente pas d'avoir... je sais pas moi d'avoir un enfant de 15 ans quand je va avoir 60 ans, ça me tente pas. Je veux donner à mes enfants ce que j'ai eu t'sais, des parents jeunes.» (e-16)

«(...) cette fois-ci il y a un petit changement là [dans le protocole], dans le fond c'est moi qui a tordu le bras au médecin... ce qui est arrivé depuis les derniers cycles les menstruations arrivent extrêmement rapidement là 11 ou 12 jours après l'ovulation alors que tout est beau, c'est le niveau de progestérone qui est important pour maintenir la gestation, alors en tout cas c'est normal le nombre de jours mais puisque c'est un peu court j'ai réussi à lui tordre le bras, finalement ce mois-ci je va prendre de la progestérone après l'ovulation pour essayer de maintenir le cycle.» (e-17)

Dans les extraits précédents, l'utilisation des ressources prend la forme d'une tentative de tourner les traitements de façon à ce qu'ils répondent à ses buts et intérêts propres, de façon à ne pas être «avalée» par eux. Les NTR peuvent conserver leur caractère de moyens de contrôle. Dans certains cas, c'est plutôt l'inverse: le traitement équivaut à une perte de contrôle.

«[pendant le traitement hormonal inclus dans le protocole de FIV] un moment donné là tu te sens comme une petite marionnette là pis eux autres ils font ce qu'ils veulent avec toi pis ils te laissent monter pis ils jouent un peu avec ton taux d'oestradiol pis c'est plus toi là qui contrôle rien rien rien là, même un moment donné je pense que tu contrôles même plus tes émotions là-dedans là, tu es comme, tu es comme boostée à tous les niveaux.» (e-10)<sup>30</sup>

Dans la troisième interprétation, les médecins sont présents à titre d'alliés. Ils sont vus comme des personnes - plutôt que des outils - voulant aider sincèrement et agissant non seulement techniquement mais aussi «humainement» dans la procréation. On retrouve ici les cas où l'on tend le plus à accentuer les aspects «humains» de la procréation au détriment des procédures techniques elles-mêmes. Celles-ci sont présentées en soulignant l'attitude des personnes, l'attention et la gentillesse qu'elles manifestent. On transfère en quelque sorte la technique de la froideur technique à la chaleur humaine via l'action non technique du personnel médical.

---

<sup>30</sup> Cet extrait porte sur les effets produits par les hormones alors que les précédents portent davantage sur l'ensemble des traitements, on pourrait donc objecter que leur comparaison n'est pas appropriée. Cependant, le fait de parler des effets des hormones et de ce que font les médecins en usant de termes comme «marionnette», «ils jouent», etc. montre clairement que le rapport aux médecins et à la technique est marqué par un sentiment de perte de contrôle (qui est d'ailleurs récurrent dans cette entrevue).



«Ç'a très bien été. Le transfert se fait très facil[ement]. Je me rappelle quand je suis rentrée elle me les a montrés, l'embryologiste elle dit viens elle dit tu vas les voir, fait que j'ai regardé j'ai dit ah c'est trois petites gouttes, je sais pas à quoi je m'attendais [rire], (...) Pis le médecin il est rentré à ce moment-là pis (...) il me fait rire [ce médecin], il est très.... quand il a fait le prélèvement d'ovules il dansait une gigue, j'entendais quelqu'un faire de la claquette à terre là pis je voyais pas j'étais couchée fait que je dis à mon mari c'est qui qui fait de la claquette, il dit c'est le médecin [rire] (...) Mais il est très gentil, c'est lui qui a fait le prélèvement pis c'est lui qui a fait mon transfert pis c'est ça au transfert il dit bon elle va les appeler les petites gouttes [rire]. Mais... J'ai été contente d'avoir ce médecin-là les deux fois. **Oui?** Parce qu'il avait tendance à mettre ça très à l'aise, très simple. Un moment donné il badigeonne l'utérus avec... des plaquettes de mon sang je pense, un moment donné ils font une prise de sang pis c'est pour faire un nid pour, quand tu la fais la fécondation [les embryons] sont dans un produit qu'ils ont pris dans mon sang pour que justement ils reconnaissent la mère tout ça, t'sais la, au niveau... je sais pas au niveau génétique là qu'ils aient un contact avec le sang de la mère tout de suite à la fécondation pis quand ils font le transfert il badigeonne l'utérus avec ce liquide-là, pis je me rappelle le médecin lui il disait que c'était de l'huile de St-Joseph, il dit là il dit je suis en train de te mettre de l'huile de St-Joseph, il dit tu vas voir avec ça ça va marcher [rire]. Il était ben gentil. Mais ça ç'a très bien été, ç'a duré... deux minutes, trois minutes, c'est vraiment pas long là, c'est pas...» (e-15)

Dans les présents cas, c'est moins de l'efficacité technique qu'il est question que de la possibilité de «passer à travers» les NTR (la FIV surtout), laquelle dépend largement de la qualité des liens interpersonnels.

Les trois façons de présenter qui agit et ce qui agit à travers la technique montrent des modulations dans le maintien ou non des NTR dans la sphère des moyens de contrôle. Dans le premier cas, le transfert de l'action principalement dans les mains du couple alimente l'image des NTR comme moyens de contrôle. Dans le second cas, l'action consiste à utiliser des ressources; on peut tenter de les manier pour atteindre le but ou encore «faire confiance» aux ressources qu'on choisit d'utiliser, auxquels cas les NTR demeurent des moyens de contrôle; cependant, en tant que ressources, les NTR peuvent nous échapper. En fait, la tentative de manier les ressources montre que la vigilance et l'initiative sont nécessaires pour éviter la perte de contrôle. Il est possible que les répondantes partageant la seconde interprétation, parce que les NTR sont en quelque sorte laissées dans le champ technique plutôt que transposées hors de la technique, soient plus enclines que les autres à percevoir le risque de perte de contrôle. Les première et troisième interprétations accentuent beaucoup plus nettement les caractères «humains» et émotionnels de la technique, tendant ainsi à la sortir de la froideur technique. Si une certaine importance est accordée aux rapports interpersonnels dans la seconde, c'est essentiellement du point de vue de leur impact sur l'efficacité technique alors que ces rapports sont importants dans la troisième du point de vue du soutien, indépendamment de

l'efficacité technique. Il faut cependant préciser que les répondantes partageant les première et troisième interprétations ne s'attendent pas à une efficacité technique au sens où elles considèrent très improbable de devenir enceintes; il n'est donc pas surprenant qu'elles attachent moins d'importance aux aspects directement liés à l'efficacité technique et davantage à une efficacité non technique.<sup>31</sup>

Néanmoins, quelle que soit l'interprétation donnée à l'action de la technique, ce sont finalement toujours les femmes ou les couples qui «font» l'enfant. La récurrence d'énoncés tels que «on a travaillé fort» laisse penser de prime abord qu'une association technique/travail est à l'oeuvre dans la représentation, ce qui laisserait penser, en conséquence, que la procréation via les techniques passe dans la sphère «productive». Mais plutôt que de travail au sens productif du terme, il faut entendre dans ces énoncés que tenter de procréer à l'aide des techniques est exigeant, demande beaucoup d'efforts, d'énergie, de ténacité... et souvent aussi beaucoup d'argent. Je reviendrai sur cet aspect au point 6.1.2.3. Une des raisons pour lesquelles en bout de ligne c'est «nous»/«moi» qui fait l'enfant s'éclaire par un des résultats attendus de la technique, à savoir une imitation de la «nature».

Typiquement en effet dans cette représentation, les NTR permettent d'obtenir le même résultat que la procréation naturelle à savoir une grossesse suivie d'un accouchement de «mon» ou «notre» enfant. Autrement dit, quand la technique utilisée n'implique pas de gamètes de tiers, elle permet d'accéder à l'expérience de la procréation telle qu'on se la figurait au moment des premiers essais de conception. Cette description de l'action banalise relativement les procédures techniques préalables à la grossesse et accentue les traits qui permettent de rapprocher la technique de la procréation naturelle. Ainsi la FIV est considérée souvent comme étant plus naturelle que l'insémination avec donneur même si cette dernière, du point de vue technique, est beaucoup moins lourde et invasive que la FIV.

Il me faut ici ouvrir une parenthèse sur le lien génétique. Dans la plupart des cas, même chez des répondantes qui se disent tout à fait disposées à adopter et qui ne voient pas de

---

<sup>31</sup> Le terme «efficacité» peut sembler abusif mais il ne l'est qu'à demi si l'on considère que, même dans ces cas, un but est visé qui consiste moins en une grossesse qu'en l'obtention d'une certitude, d'une paix intérieure. Notons au passage que l'une de ces femmes est devenue enceinte suite à une FIV et que cette grossesse est littéralement incroyable: «pis un moment donné (...) je me suis dit: je suis enceinte, pis c'est comme si (...) c'était tellement rendu quelque chose d'impossible pis d'incroyable que même si on essayait la fécondation *in vitro*, c'est peut-être pour ça qu'on n'a pas on n'était pas trop anxieux, (...) on savait que ça marcherait peut-être pas inconsciemment, je voulais que ça marche pis j'essayais d'être positive sauf que j'y croyais pas, je me disais ça se peut pas qu'un jour je sois enceinte, ça fait tellement longtemps que ça se peut pas. Pis encore aujourd'hui j'ai tellement de misère à y croire.» (e-15)

problèmes particuliers dans l'adoption, on attribue une fonction «liante» aux gamètes. Le lien génétique crée un lien immédiat (naturel) entre parents et enfant qui permet de parler de «mon» ou «notre» enfant. L'enfant à adopter est l'enfant de quelqu'un d'autre ou il n'est à personne, flottant dans des limbes originels en attendant d'être l'enfant de quelqu'un. L'enfant adopté est dans un «en dehors» et exige qu'on aille vers lui; il peut *devenir* «mon» enfant où «comme» mon enfant suite à un cheminement (plus ou moins long, selon les cas). L'adoption est parfois considérée comme un moyen plus «égalitaire» d'avoir un enfant que, par exemple, l'insémination avec donneur (qui fait apparaître un enfant «à moitié» à nous et «à moitié» au donneur, quand celui-ci n'est pas relégué aux oubliettes) puisque les deux membres du couple, au lieu d'un seul, doivent aller vers l'enfant pour le faire «nôtre». On retrouve aussi un raisonnement inverse: le recours à des gamètes de tiers est mieux que l'adoption puisque «au moins» l'enfant aura une partie de «nous», ce qui rapproche de la «nature». Le caractère liant des gamètes repose moins sur la transmission du bagage génétique lui-même que sur la transmission d'un «nous». En effet, les distinctions entre enfants dit biologique et adopté montrent que leur différence réside dans l'attachement à l'enfant non seulement en termes génétiques, de ressemblances physiques identifiables, mais aussi et peut-être surtout en termes symboliques c'est-à-dire de ce que représente l'enfant pour le couple/pour moi en tant que «nous» opposé à un «autre» ou un «eux». On peut noter à ce titre que la question du lien génétique et de l'adoption est souvent discutée en termes d'une opposition égoïsme/altruisme qui recoupe l'opposition intérieur/extérieur et désir individuel/collectivité. Adopter implique de sortir de soi/nous et d'aller vers l'autre, l'étranger. Le «cheminement» mentionné plus haut semble effectivement relever d'un mouvement et même d'un effort, de la même façon que ce que sous-tendent les termes «aller vers».

Comme on l'a vu, la grossesse et l'accouchement sont souvent les signes du caractère naturel de la procréation via les techniques. S'ils impliquent généralement un lien génétique, on met parfois davantage l'accent sur l'expérience physique que sur le lien génétique pour accentuer l'avantage des techniques (par rapport à l'adoption) et leur caractère naturel. Dans d'autres cas encore, c'est le résultat final qui est brandi pour marquer le caractère sinon naturel du moins avantageux des techniques: l'enfant qui en naît est un bébé (et un vrai bébé, un enfant normal) avec qui on pourra vivre et «bâtir depuis le début» (e-10). Ce dernier aspect est fondé sur une comparaison implicite avec l'adoption dans laquelle il n'est habituellement pas possible de «bâtir depuis le début» (ce qui suppose des «risques»).

Si la technique peut, de par le type de procédures, produire ce résultat (imiter la nature), d'un autre côté, la probabilité d'obtenir ce résultat (une grossesse) est évaluée de diverses façons. Le plus souvent on a tendance à considérer les chances de succès plutôt que les possibilités d'échec et à penser que «dans mon cas» la technique sera efficace, bien qu'on connaisse les taux de réussite des techniques. Ces taux font en effet partie des informations obtenues par les médecins ou par des documents spécialisés. Les taux donnés par les répondantes sont généralement considérés élevés et ayant connu une amélioration dans les dernières années (avant les taux étaient bas, maintenant c'est mieux, raisonnable), mais en même temps il est assez clair que, pour la plupart des répondantes partageant cette représentation, les taux ne sont pas vraiment déterminants dans la décision de recourir. Le fait qu'une possibilité existe semble suffire. Une répondante ayant fait trois essais de FIV et, au cours de ces essais, ayant «produit» peu d'ovules comparativement à d'autres femmes de sa connaissance, explique:

«Deuxième tentative, trois ovules aussi de prélevés, trois ovules de fécondés et troisième tentative, quatre ovules de prélevés pis seulement deux de fécondés. Fait que c'est pas des... c'est pas des gros scores là, (...) ça porte à croire que si j'essayais une quatrième fois j'aurais peut-être juste deux ovules, un ovule de fécondé, ce qui est pas beaucoup mais enfin ça en prend juste un, un bon ...» (e-2)

A *contrario*, dans la décision de ne pas recourir à la FIV, une femme explique que ces pourcentages de réussite sont trop bas pour prendre le risque (parmi d'autres facteurs); le taux de 30% (jugé suffisamment élevé dans d'autres cas) est plutôt compris ici comme un fort taux d'échec:

«(...) on savait on avait écouté des émissions un peu, c'était les chances elles étaient juste 30%, fait que... Nous autres ç'a été beaucoup parce que c'était trop... c'était s'en aller vers quasiment un [autre] échec (...).» (e-11)

En somme, la possibilité d'un échec suffit à faire reculer alors que, dans les autres cas, la possibilité d'un succès suffit pour aller de l'avant.

Néanmoins, malgré la tendance à penser que la technique «dans mon cas» sera efficace, il reste qu'on sait qu'elle peut échouer, surtout si les tentatives diverses et répétées se soldent par des échecs ou par des succès mitigés (une fausse-couche ou encore la naissance d'un enfant suivie de nouveaux essais qui échouent). Ainsi, parallèlement à une construction de l'espoir, on établit dans plusieurs cas des mécanismes de défense de façon à ne pas être «dévastée» par l'échec de la technique. On procède par exemple à une révision des catégories préétablies pour intégrer l'adoption: les liens de sang ne sont pas nécessaires à la formation de la famille (la preuve étant que moi et mon conjoint formons une famille);

les liens parents-enfants sont construits de toute façon à travers la vie quotidienne; l'adoption est un beau geste à poser tout en permettant d'avoir une famille, etc. On trouve aussi un autre type d'adaptation au risque d'échec qui consiste à attribuer un caractère naturel (encore) à l'échec; celui-ci ne relèverait pas de la technique mais de la nature.

«(...) ça va être fait à l'extérieur mais une fois que c'est dans moi c'est encore, ça redevient la nature qui prend un cours des choses, fait que... Ça veut pas dire que la grossesse va fonctionner non plus la première fois, (...) comme toutes les femmes qui essaient de tomber enceintes ça veut pas dire qu'elles tombent enceintes à tous les mois quand elles essaient.» (e-5)

La représentation des NTR-moyens de contrôle n'est pas forcément atteinte, apparemment, par la possibilité de l'inefficacité ni même par l'inefficacité expérimentée. L'explication en est que, même si la technique échoue, on a agi sur son problème, vers son but. Les NTR ne sont pas «garanties» en ce qu'on ne se retrouve pas forcément avec un enfant dans ses bras en bout de course (contrairement à l'adoption). On pourrait lire les mécanismes de défense comme des rationalisations (au sens psychanalytique du terme) de son action, de façon à ne pas être complètement «dévastée». Je ne veux pas entrer sur un terrain qui n'est pas le mien et sur lequel je n'ai aucune prise puisque ces femmes me sont davantage inconnues que connues. Cependant, je dois dire que si ces stratégies (de même que bien d'autres présentées avant et plus loin) m'apparaissent en effet comme des rationalisations, ce qui est plus intéressant pour mon propos c'est le contenu de ces rationalisations (si c'en sont) fortement marqué par une tendance à «naturaliser» d'une part et à faire valoir la maîtrise qu'on a sur soi, sur sa vie d'autre part. Je reviendrai dans la seconde partie du chapitre sur ces aspects. En attendant, on peut noter d'ores et déjà que la troisième dimension de la représentation des NTR en tant que moyens de contrôle est fortement marquée aussi par cette idée de maîtrise.

### **6.1.2.3 Les NTR: signe de la volonté, source de conscience**

Les NTR sont représentées comme un moyen raisonnable pour retrouver ou maintenir la maîtrise sur sa vie par le biais de ce qu'elles impliquent pour la personne et du lien pouvant être créé avec l'enfant virtuel. Cette troisième dimension concerne les rapports à soi-même, à l'enfant et aux autres (sa société). Elle se découpe en deux grands points: 1° la volonté et le désir d'enfant; 2° la conscience impliquée par les NTR à l'égard de ses désirs, de la procréation comme processus de «fabrication» d'un enfant.

### *Volonté et désir*

Les NTR, on l'a vu abondamment depuis le début de ce chapitre, sont complexes, exigeantes, risquées et, souvent, fort coûteuses. Dans cette représentation, ces traits des techniques sont interprétés entre autres comme le signe d'une volonté ferme d'avoir un enfant, d'un grand désir d'enfant chez les personnes qui recourent aux NTR.

«Je vais te dire, il y a ben ben ben ben ben de, c'est beaucoup d'énergie, c'est beaucoup d'émotion, c'est beaucoup d'argent, c'est beaucoup de tout' là... c'est surtout beaucoup de déséquilibre physique... ç'a quelque chose de merveilleux, tu le veux. Tu le veux, du début à la fin, de la première minute (...).» (e-2)

Or ceci renvoie à deux choses: d'une part, à une garantie pour le bien-être de l'enfant virtuel et, d'autre part, à une certaine valorisation du risque comme mesure de sa volonté, source de satisfaction personnelle et occasion de sortir d'une logique comptable ou technicienne.

Implicitement ou explicitement, dans les discours de toutes les répondantes, on retrouve l'idée que l'enfant mis au monde doit être désiré. De ce point de vue, l'enfant doit être d'abord un projet et la procréation, en conséquence, doit être planifiée. Le verbe «devoir» est approprié: il s'agit d'une question de moralité, de responsabilité à l'égard des enfants puisque, dit-on, un enfant désiré a plus de chances d'être bien traité, aimé, qu'un enfant non désiré exposé au risque d'être moins ou pas aimé. L'enfant désiré ici recoupe l'enfant «planifié» puisque généralement l'antonyme de désiré n'est pas «non désiré» mais «accident». Les NTR, parce que la procréation avec leur aide ne peut pas être accidentelle, marquent clairement la volonté d'avoir un enfant et, en conséquence, la garantie pour l'enfant qu'il sera aimé. Avoir été désiré devient une qualité intrinsèque de l'enfant qui naîtrait suite à l'utilisation d'une technique. Si la procréation «naturelle» est toujours considérée idéale, sa comparaison avec la technique peut néanmoins jouer en faveur de la technique étant donné le désir nécessairement impliqué par la technique.

«Un enfant désiré qui est fait de façon naturelle pis un enfant désiré qui est adopté pis un enfant désiré qui est fait par féconda par médecine par reproduction quelconque là, pour moi c'est tout très bien. Mais je considère qu'un enfant adopté ou un enfant par fécondation *in vitro* c'est mieux qu'un enfant pas désiré, en réalité. **Procréé Un accident naturellement** C'est ça un accident.» (e-15)<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Dans cet extrait, l'adoption et les NTR sont mises sur le même plan quant à leur signification du point de vue du désir d'enfant. Généralement cependant, l'adoption, parce qu'elle signifie un projet différent du projet originel (procréer), n'est pas discutée du point de vue du désir d'enfant qu'elle implique.

On peut noter ici que l'enfant «accident» est peut-être dans bien des cas un enfant du désir mais d'un désir sexuel qui n'a pas été contrôlé ou «suffisamment» contrôlé, alors que l'enfant désiré et procréé naturellement, s'il est un enfant du désir sexuel est surtout un enfant du désir «cérébral», un enfant de la pensée (personnelle ou commune au couple) impliquant une organisation du désir sexuel ou au moins du rapport sexuel pour le rendre fécondant (par l'arrêt de la contraception et, éventuellement, la planification). La procréation aurait ainsi de moins en moins rapport avec le corps désirant sexuellement et de plus en plus avec la «tête» désirant moins le corps d'un autre que l'enfant lui-même. Notons toutefois que ce processus n'en est pas rendu à sa pleine maturité si l'on peut dire puisque toutes les répondantes continuent à voir la procréation «naturelle» (planifiée) comme idéale et se sont délestées pour ainsi dire par la force des choses de l'idée «romantique» de procréer en «faisant l'amour» (qui est aussi l'idéal: en ce sens, l'idéal est de procréer de façon planifiée et amoureuse sexuellement).

L'enfant désiré qui naîtrait suite au recours à une technique peut ainsi être vu comme un «enfant de l'amour», de l'amour des parents pour lui.

«Elle disait ces enfants-là c'est des enfants de l'amour ben plus que n'importe quel autre enfant, ils ont tellement été désirés, ils ont tellement été voulus, ça peut pas faire autrement que des enfants de l'amour là (...).» (e-15)

Au désir, à la volonté impliquée par la technique s'associe la «réflexion» sans laquelle désir et volonté sont futiles. Le fait de recourir à la technique implique, dans cette représentation, la réflexion préalable sur le désir d'enfant. On peut noter au passage que ce trait est d'autant accentué quand l'entourage (parfois le conjoint) réagit défavorablement au recours aux NTR (c'est surtout la FIV - mais pas seulement elle - qui est l'objet de ces réactions dans l'entourage de certaines répondantes). Les réactions des autres semblent favoriser la mise au jour des motifs et la réflexion sur le désir; prises dans un conflit, il devient nécessaire pour les femmes d'éclaircir pour elles-mêmes et d'exprimer aux autres les fondements de leur décision et de leur montrer qu'elles connaissent les conséquences de leurs actes. Ainsi, du point de vue des répondantes, non seulement la procréation via la technique ne peut être accidentelle, mais en plus elle a davantage de chance d'être «réfléchie».

«Quand tu es rendue à aller chercher des recours pour avoir, tu as pensé aux conséquences d'avoir des enfants, tu as pensé aux responsabilités que ça encourt, tu as pensé à, bon ç'a déjà été réfléchi ça. Alors que il y a des gens qui vont avoir des enfants pis c'est des accidents de parcours là, qu'ils vont se réveiller, il y en a qui vont se faire avorter, il y en a que les enfants t'sais c'est aussi sur ce côté-là que souvent je pense aux enfants qui sont maltraités.» (e-12)

Il y a une différence qualitative d'introduite entre la réflexion et la volonté puisqu'on peut vouloir un enfant mais ne pas avoir considéré les conséquences de ses actes, ce qui est risqué pour l'enfant, au même titre quasiment que d'avoir un enfant «par accident». L'insistance sur la réflexion, chez les répondantes, montre non seulement une préoccupation à l'égard du bien-être des enfants, à l'égard des problèmes fréquents vécus par les enfants dans les familles, mais aussi la complexité qu'on associe à la parentalité: pour être parent, «il faut être fort» (e-5).

Les NTR offrent plus de garanties de réflexion que la procréation naturelle. Théoriquement à tout le moins puisque, dans l'ordre actuel des choses, l'accès aux NTR est mal régulé du point de vue des répondantes. On retrouve ici la double face des NTR: elles sont un moyen de contrôle mais peuvent occasionner des excès, des pertes de contrôle, cette fois moins au plan personnel que social. En effet, l'accès aux NTR ne repose pas sur des critères valables mais sur la richesse matérielle des personnes. Les critères privilégiés (valables) portent principalement sur les motivations des futurs parents, sur leurs capacités à assumer les responsabilités parentales. En général, le statut matrimonial des femmes, leur orientation sexuelle, les handicaps physiques ne constituent pas des critères valables pour régir l'accès. En fait, le mode privilégié de régulation consiste en une sorte d'autorégulation: les personnes elles-mêmes devraient choisir de recourir ou renoncer par la réflexion personnelle, ou encore on privilégie une offre d'accompagnement des personnes visant à les aider à prendre conscience de leurs motivations et à réfléchir sur leurs capacités à assumer les responsabilités parentales. Les NTR devraient constituer des moyens de prévention. Mais, dans cette première représentation, on peut repérer une sorte d'allergie aux contrôles extérieurs aux personnes; il s'agit d'une question morale: la possibilité que quelqu'un décide à la place des individus concernés est littéralement irrecevable, heurte de plein fouet un principe fondamental, à savoir l'autodétermination.

«(...) si c'était mon cas [en cas de maladie incurable] j'essaierais de peser le pour et le contre mais là si je me dis en quelque part on refuse c'est que la personne aura pas le temps encore de faire sa réflexion c'est comme on va choisir pour elle, je trouve ça dur d'entendre ça.» (e-4)

Les NTR, de ce point de vue, sont maintenues dans l'inquiétant puisque le conflit entre le principe d'autodétermination et le principe de s'assurer le plus possible du bien-être des enfants est difficilement soluble.

La réflexion implique en quelque sorte qu'on choisit d'avoir un enfant plutôt que de renoncer à combler le désir, d'une part et que, d'autre part, on choisit les NTR plutôt que l'adoption (pour le moment à tout le moins). La fertilité est considérée dans cette



représentation comme une donnée naturelle, comme une capacité normale des êtres humains (comme des autres êtres vivants) mais on peut choisir de déployer le potentiel inscrit dans les fonctions reproductrices. La forte affirmation du choix effectué personnellement ou avec son conjoint (plutôt que sous une influence extérieure), associée qu'elle est avec la réflexion, et confirmée par le fait que d'autres n'ont pas d'enfant volontairement, est importante pour faire face à la difficulté, dans certains cas, de l'abandon des essais de procréation par la technique. Cette affirmation du choix s'accompagne de l'insistance sur les limites à ne pas dépasser, ces limites étant personnelles, c'est-à-dire variables selon les personnes. Le spectre de l'emprise de la technique (ou, plutôt ici, de l'emprise de la contrainte que l'on se met soi-même) menace de transformer ce qui était un choix en contrainte et, incidemment, menace de faire passer dans le non sens. Aussi «il faut savoir tirer la corde hen, où est-ce qu'on est rendu au bout. C'est ben difficile mais il faut être capable de le faire.» (e-17) Et c'est d'autant plus difficile qu'on ne peut s'attendre de la part des médecins à ce qu'ils incitent à abandonner si des «chances» existent toujours.

«(...) il faut que tu le demandes tout ça [le suivi psychologique], ils iront pas au devant de toi pis, tu es forte, tu es forte tu es forte, c'est tout. **Ils t'encouragent à poursuivre tout simplement ou** Ça dépend des, mais ils sont tout le temps ben optimistes tous les gynécologues, pis ils te disent tout le temps ah dans six mois il va y avoir d'autres choses, il y a beaucoup de recherches là-dessus (...). Là tu continues, dans six mois ben il y a pas vraiment d'autres chose mais [petit rire]. (...) Ils sont ben optimistes [petit rire]. Que je trouve moi.» (e-16)

Autrement dit, c'est à soi seule (ou au couple) que revient la décision de renoncer.

#### *La conscience dans la procréation: plaisir et déstabilisation*

Si la réflexion peut jouer comme une garantie du désir, d'un autre côté, elle apparaît dans certains cas comme une façon d'élever la conscience de soi. En effet, en cours d'expérience, le besoin de réfléchir peut être induit par l'ampleur du problème causé par l'infertilité qui apparaît dans le fait de se soumettre à des traitements complexes, difficiles, coûteux et dans le fait d'éprouver une grande difficulté à abandonner les essais. Par un curieux retournement, les techniques qui apparaissent en cours de route comme des aimants exerçant une emprise troublante dont il est difficile de se défaire, prennent de l'autre côté une valeur positive par leur capacité à montrer le problème de fond et surtout, ce qui s'ensuit, par l'occasion qui s'offre ainsi de réfléchir sur soi, sur ses désirs.

«Sais-tu, [petit rire], il y a une bonne chose qui ressort de tout ça, pis c'est curieux là mais d'avoir passé au travers ça ça m'a même donné une bonne chose, pis ça me permet, mais moi, il y en a qui l'apprécie probablement sans ça mais ça me permet

maintenant d'apprécier ce qu'on a, pas que je l'apprécierais pas autrement ça me permet de l'apprécier encore plus pis de comprendre, de comprendre plus pourquoi je voulais un enfant pis, moi ça m'a forcée à me questionner alors que sinon on aurait probablement fait ça comme ça dans la vague des choses, avec un certain questionnement mais ça m'a forcée à me demander plus pourquoi je voulais un enfant, pourquoi je voulais avoir une famille. Pis aujourd'hui ben je sais pas si je suis plus satisfaite [petit rire] ou si je profite plus de l'expérience qu'on vit présentement, mais je pense moi oui, je pense que oui. Alors ça c'est une chose positive qui est ressortie de ça malgré tout ce que ç'a représenté et puis... Aussi difficile que ç'a été, c'est certain qu'on a eu un succès là ça donne un éclairage complètement différent (...).» (e-17)

«Passer à travers» les NTR peut également constituer une source de fierté puisque cela signifie qu'on a dépassé ses peurs pour aller «au bout» d'une démarche personnelle qui nécessitait ce passage par la technique.

«(...) si tu te dis je traverserai pas la rue parce que je vais me faire frapper pis que tu la traverses jamais ben la première fois que tu vas réussir à la traverser tu vas être fière de toi. C'est important d'essayer oui.» (e-2)

On retrouve dans ce dernier aspect l'importance d'agir et on peut constater que cette action, qui semble *a priori* se suffire à elle-même, s'inscrit en fait dans une démarche de réalisation de soi. La prise de risque impliquée par les NTR (principalement celles qui comportent un traitement hormonal lourd, dont la FIV) est ainsi, en pareil cas, non pas révélatrice d'une attitude mortifère mais, au contraire, signe qu'on est bien en vie et, plus encore, bien en prise sur sa vie.

Outre l'élévation de la conscience de soi, de la connaissance de soi-même, les NTR et particulièrement la FIV sont parfois investies d'un plaisir associé à la conscience dans la procréation. La vue des embryons sous la lentille du microscope et le transfert des embryons dans l'utérus sont, dans tous les sens du terme, «extraordinaires». Cette conscience aiguë donne une dimension supplémentaire à l'enfant: non seulement est-il très désiré mais en plus il devient construit *consciemment*, étape par étape, par ses parents. D'un autre côté, voir les embryons avant le transfert peut également être déroutant. La conscience produit ainsi, dans plusieurs cas, une déstabilisation à l'égard de l'idée préalable de ce qu'est la procréation, ce qu'est notre enfant.

En effet, la sortie des embryons, comme des gamètes d'ailleurs, hors des corps, leur entreposage dans des «congélateurs», la possibilité de donner des embryons en adoption<sup>33</sup>, produisent un effet de «désancrage» du sens de ces entités.<sup>34</sup> Leur statut

<sup>33</sup> Dans le processus de FIV, on cherche à produire le plus d'embryons possibles. En général, selon les normes actuelles, trois embryons sont transférés dans l'utérus des femmes, ce qui signifie que les autres

devient incertain, à cheval entre le biologique et le symbolique. Cette incertitude semble être un effet de la technique, laquelle modifie partiellement leur statut d'abord en forçant à les penser comme des entités séparées (ou pouvant être séparées) des corps, ensuite en empêchant de les ranger définitivement dans des catégories déjà connues. Ainsi, les embryons qu'on peut désormais congeler et décongeler sont une «affaire qui est ben bizarre» (e-2), entre autres du point de vue de la possibilité de les conserver et du point de vue des problèmes juridiques complexes qui découlent de cette nouvelle situation. L'extrait suivant montre le chevauchement du biologique et du symbolique dont font l'objet ces embryons:

«Je connais une fille qui elle a des problèmes d'ovulation donc elle aurait besoin d'embryons, comme ça. Pis il y en a plein le congélateur à la clinique. Il y en a, y en a, y en a, des centaines et des centaines, des gens qui les ont donnés en adoption mais ils ont pas le droit de les toucher.» (e-2)

Le caractère «bizarre» des embryons congelés semble relever de la difficulté de gérer ces entités qui sont un peu comme des choses (on peut en avoir «besoin», ils appartiennent à des gens et en plus ils sont très nombreux dans un «congélateur») mais en même temps un peu comme des enfants (puisqu'on ne donne pas des choses en adoption). Le fait de voir les embryons au microscope avant le transfert tend à les faire considérer comme des «cellules», en même temps qu'on persiste à y voir des cellules parties de moi et de lui et appelées à devenir «quelque chose de plus gros» (e-15), notre enfant. Ceci permet à la fois de considérer possible la congélation (puisque ce sont des cellules) mais il ne va pas de soi de les donner (puisque ces cellules deviendraient éventuellement notre enfant). On retrouve également des hésitations sur la parentalité des embryons qui seraient éventuellement donnés en adoption. Donner ses embryons serait peut-être comme donner un enfant en adoption ce qui serait équivalent à un abandon d'enfant; d'un autre côté, ces embryons ne sont peut-être pas mes enfants si je ne les porte pas. Il est assez clair ici qu'il y a une perte des repères, la comparaison avec les enfants abandonnés ne tient que partiellement (il y a des ressemblances mais ce n'est pas vraiment la même chose). La procédure habituellement utilisée, qui consiste, comme on l'a vu abondamment depuis le début de ce chapitre, à transférer l'étrange dans des catégories familières par des comparaisons, est inefficace pour régler le sort des embryons sortis des corps. Ici on tente littéralement de «coller» les catégories habituelles (embryon = mon enfant) sur un objet

---

embryons (quand leur nombre dépasse trois) sont cryopréservés («congelés») pour un transfert subséquent ou sont détruits ou encore, si la loi le permet, sont donnés en «adoption» à d'autres personnes ou aux chercheurs pour expérimentation. Actuellement, le don d'embryons est interdit au Canada.

<sup>34</sup> Quand celles-ci ne sont pas au préalable considérées comme des «cellules» plutôt que comme «mon enfant».

neuf (*des* embryons, congelés) qui ne se laisse pas enfermer purement et simplement dans ces catégories.

On peut repérer des problèmes semblables à propos des gamètes puisque le lien génétique est en effet vu comme un lien entre les parents et l'enfant permettant de voir dans celui-ci «mon» enfant, mais en même temps les gamètes peuvent être donnés et reçus. Les gamètes sont donc comme des choses puisqu'on peut les donner mais ils ne sont pas vraiment des choses puisqu'ils créent un lien indélébile en ce qu'ils portent une part de soi et d'affect (l'enfant est «à moitié» à moi/nous, donc il est «à moitié» à quelqu'un d'autre); dans certains cas, on va même jusqu'à voir dans le lien génétique une responsabilité à l'égard de l'enfant, donc une dimension qui dépasse la «propriété» et l'affectivité. L'insertion de cette dimension complique davantage encore le sens des gamètes et surtout produit une contradiction difficilement soluble en cas de don. En effet, le don devrait impliquer une dissociation par rapport à l'enfant qui naîtrait, les donneurs et donneuses de gamètes ne devraient pas revendiquer de statut parental (ce qui est donné est donné, c'est un principe moral); en même temps, le lien génétique implique une responsabilité à l'égard de sa progéniture, ce qui est difficilement conciliable avec le don anonyme (le don implique une responsabilité *et* un renoncement à la responsabilité).

Le caractère «biologique» de l'enfant, que l'on «constate» en voyant les embryons, est déroutant puisque ces embryons apparaissent comme des cellules, des «petites gouttes» (e-15). Et ce, même si l'on sait que la procréation est un processus physiologique impliquant la rencontre de gamètes, la division cellulaire, etc. La démystification du processus est en fait parfois vécue comme une sorte de réenchancement. L'intervention technique, si elle ne modifie pas l'enfant concrètement (outre par l'ajout de qualités), semble néanmoins dans ces cas en modifier les paramètres d'appréhension: «cet enfant-là c'est un petit bout de moi pis [de mon conjoint], c'est des petites cellules qui sont parties (...)» (e-15)...

L'étrangeté relative survenant avec la conscience plus aiguë de ce qui se passe dans la procréation au plan biologique fait apparaître une zone d'incertitude, ouvrant ainsi la porte à une possibilité de perte de contrôle. Ce risque cependant est relativement abstrait comparativement à la marginalisation sociale qui occupe l'autre face des NTR dans cette troisième dimension.

#### *La confrontation aux «autres»: l'argent et l'égoïsme dans les NTR*

Les NTR sont plutôt construites dans cette représentation comme des moyens de contrôle entre autres en ce qu'elles sont un signe de la volonté d'avoir un enfant, en ce qu'elles sont

une occasion de réfléchir sur la responsabilité parentale et une occasion d'accroître la conscience de soi comme de la procréation. Cependant, la confrontation avec les «autres» (l'entourage immédiat ou la société) introduit des failles, plus ou moins importantes selon les cas, qui laissent entrevoir une absence de consensus au sujet des NTR et surtout une absence de reconnaissance du problème vécu. Ces dissensions et ces manques de reconnaissance se manifestent par la marginalisation (à divers degrés, selon les cas) et sont considérés comme étant liés au coût des NTR, à l'introduction de l'argent dans la procréation ou l'accès aux enfants et, plus rarement, aux problèmes éthiques soulevés par les NTR. D'un autre côté, la réflexion et l'élaboration du recours aux NTR comme un choix obligent à considérer son action comme «égoïste» ou, à tout le moins, introduisent un trouble à l'égard du projet quand il est confronté aux autres possibilités existantes, principalement l'adoption.

J'ai mentionné, sans vraiment m'y attarder, le coût élevé des traitements de fertilité quand ils comportent des traitements hormonaux et les NTR. Du point de vue de répondantes, ce coût ajouté aux risques et à l'énergie déployée pour poursuivre les traitements joue comme un signe du désir et de la volonté. Du point de vue des autres cependant, le coût et les risques (physiques, éthiques, politiques parfois aussi au sens de l'exploitation des femmes par les médecins) apparaissent souvent excessifs. Comme on l'a vu, quand ces réactions sont exprimées, elles peuvent accroître les exigences de réflexion sur ses désirs et d'expression aux autres des motifs d'engagement. Ces réactions (de l'entourage immédiat ou de la société, celle-ci apparaissant par exemple à travers les médias<sup>35</sup>) produisent néanmoins un effet de marginalisation puisque ce qu'on entend à travers elles, c'est que le désir comme le problème de fertilité ne sont pas légitimes et qu'ils le sont d'autant moins s'ils doivent être comblés ou résolus par les NTR (surtout la FIV, encore une fois).

«(...) t'sais je peux me rappeler de situations où dans la famille on a eu des grosses discussions assez sévères par rapport justement à *in vitro* tout ça, parce qu'il y avait le film *Portion d'éternité* (...). Et pis ç'a été une discussion familiale un moment donné où les gens disaient ça se peut-tu ce film-là que les gens aillent si loin que ça pis que, dépenser tant d'argent pour des méthodes pis... Hey j'ai fait une méchante crise dans ma famille parce que pour moi, t'sais on parlait que ça devrait pas être payé par l'assurance-santé pour maladie pour telle raison (...) pis moi j'étais comme voyons donc qu'est-ce qui se passe avec vous autres? moi si j'ai pas d'enfant c'est parce que justement j'ai un problème je veux dire, que j'aie un problème à un sein, un organe ou quoi, j'ai un problème dans mon système

---

<sup>35</sup> Dans lesquels on a présenté des points de vue divers sur les NTR et les controverses qu'elles soulèvent, au moment du dépôt de son rapport par la Commission royale sur les NTR. Aux médias d'information à large diffusion, il faut ajouter les écrits (féministes) critiques des NTR auxquels certaines répondantes ont eu accès et à travers lesquels une partie de la «société» est visible.

reproductif, je veux dire je trouve qu'on devrait tous avoir recours aux techniques pis même je trouve que ça devrait être payé par l'assurance-maladie.» (e-4)

«Moi j'ai ma soeur qui a fait le choix de pas avoir d'enfant dans la vie pis elle me dit ben t'sais il y a d'autres choses dans la vie, tu peux te passer la vie avec d'autres choses t'sais. Moi bon je comprends pas toujours son choix à elle mais je l'accepte, t'sais pis je me dis ben câline j'aimerais ça que les gens en feraient autant avec nous autres là t'sais, même s'ils nous comprennent pas, à un point tel que mon mari a demandé cette semaine au médecin on est-tu, la prochaine fois allez-vous nous rentrer à St-Jean-de-Dieu.<sup>36</sup> De vouloir essayer encore pis de vouloir forcer encore... t'sais mon mari en était rendu même à parler de forcer la nature, de vouloir forcer la nature, il dit êtes-vous capables de me dire qu'on est quasiment rendu des cas de St-Jean-de-Dieu parce que, bon c'est peut-être poussé un peu là (...) mais c'est un peu l'aspect socialement qu'on a. T'sais là on est malade là. Là là c'est un rêve irréalisable là pis on est complètement malade. A un point tel que peut-être la troisième fois j'en parlerai pas [rire] aussi ouvertement que la deuxième fois, je sais pas. Les gens sont comme négatifs à ça. Comme je te dis t'sais, je suis sûre que la journée que tu arrives avec un petit paquet dans les bras, t'sais ou que tu te promènes dans la rue avec ton petit bébé en pousse-pousse ah c'est-tu beau la nature, pis c'est-tu extraordinaire la science pis regarde-moi ça, hey un enfant a été créé grâce à la science. Mais là tant que c'est négatif ben là là la maudite science là c'est pas correct ce qu'ils font pis c'est des manipulations pis ils ont pas d'affaire à faire ça. T'sais c'est pas drôle à vivre ça non plus. C'est pas facile là, à un point tel que c'est ça peut-être qu'on n'en parlera plus.» (e-10)

Le fait que les NTR et les hormones utilisées dans le traitement de l'infertilité ne soient couvertes ni par le régime public d'assurance-maladie ni par nombre de compagnies d'assurance privées produit le même effet marginalisant. Du point de vue des répondantes, le coût élevé de la FIV ou d'autres techniques (comme la superovulation au Pergonal) est soumis à une comparaison avec le projet d'enfant, lequel est incommensurable en termes d'argent, ne se pense pas (ne devrait pas) en termes économiques. Confronté à celui des autres (les autres significatifs ou l'autre généralisé), le point de vue sur son action peut se modifier lentement jusqu'à concevoir celle-ci comme une forme de déraison. Le coût élevé combiné aux effets physiques pénibles peut ainsi conduire à se considérer masochiste.

Le coût élevé n'a pas que des effets économiques, même dans les cas où l'entourage immédiat est plus encourageant que marginalisant. Au-delà de l'association au masochisme et à la déraison (exceptionnelle parmi les cas étudiés), payer cher pour accéder aux traitements est considéré injuste mais surtout est interprété comme un manque de reconnaissance, par la société en général et l'Etat en particulier, du problème de fertilité en tant que «maladie» et du problème d'absence d'enfant. On réclame le plus souvent non pas une couverture complète par les régimes d'assurance mais une aide qui montrerait la

<sup>36</sup> L'actuel hôpital psychiatrique Louis-Hippolyte Lafontaine, à Montréal.

reconnaissance de ces problèmes. Les expressions de colère ou d'agacement devant les discours et actions de l'Etat jugés contradictoires (la couverture de l'avortement en même temps qu'un discours nataliste et l'absence de soutien financier pour procréer à l'aide des NTR) ou devant les compagnies d'assurance, vont dans le même sens.

«(...) ça me choque de voir que l'assurance-maladie va payer pour justement te faire attacher les trompes, ils vont payer pour une vasectomie, ils vont payer pour une dévasectomie quand monsieur se trouve une autre conjointe pis qu'il décide qu'il veut ravoir un autre petit, ils vont payer pour rapetisser un estomac parce que tu es obèse pis que tu es pas capable de te priver de nourriture pis tu as pas assez de volonté pour te prendre un régime, je regardais l'autre fois au Point il y avait un reportage là-dessus, ils vont payer je sais pas comment ils appellent ça là l'attachement de l'estomac pis tout ça, pis merde ils nous donnent pas cinq cennes à nous autres. Ça c'[est], t'sais je veux dire nous on crée la vie, on crée le futur, on crée des futurs payeurs de taxes en réalité, on crée des gens qui vont nous payer nos chèques de pension à nous autres quand nous autres on va être vieux en réalité. Ça m'écoeure. Je trouve pas ça correct, je trouve que socialement le gouvernement il a comme une porte où il se fiche de quelque chose. Pis l'infertilité est tellement pas une maladie que même les compagnies d'assurance se fichent de nous autres. Les compagnies d'assurance ne payent, c'est une minorité ceux qui payent pour nous autres, pis je trouve pas ça correct. Je me dis c'est quand même un problème social l'infertilité t'sais c'est c'est c'est aussi pire que le gars qui a la jambe coupée comme je te disais tout à l'heure (...).» (e-10)

«Ah c'est pas c'est pas... quand tu dis que les avortements sont gratuits là ben la fertilité ça l'est pas. Tu vas avoir tes rencontres avec le gynécologue qui sont payées par l'assurance-maladie, les échographies, les prises de sang... en temps normal mais là si je suis un programme de injections au Pergonal ben là les prises de sang toutes ces affaires-là il faut que ça soit payé pis c'est notre 400 piasses qui va avoir payé. **Ok. Plus les médicaments** Oui. (...) C'est ça [rire]. **Même à l'hôpital** Ouais même à l'hôpital.» (e-16)

«(...) pour moi c'est évident, je comprends même pas que ce soit pas payé. D'ailleurs c'est payé en Ontario pis pas ici. Il y a des choses qui sont difficiles à comprendre. Pis même que les assurances privées ne payent pas les médicaments ça avec c'est aberrant. Qu'ils payent pas l'opération pis tout ça je peux comprendre mais qu'ils payent pas les médicaments je comprends pas. Ils payent la pilule anticonceptionnelle pour pas avoir d'enfant pis ils payent pas les hormones pour avoir un enfant. (...) C'est pas logique.» (e-15)

D'un autre côté, le fait pour les individus de devoir assumer personnellement (plutôt que collectivement) les coûts place les personnes dans la position d'acheteuses d'enfants, de matérialistes ou d'égoïstes. D'une part, cette perception qu'auraient les autres de soi heurte de plein fouet puisqu'avoir des enfants n'est pas - ne devrait pas être - une question de richesse, la valeur d'un enfant est incommensurable, avoir un enfant n'est pas comparable à l'acquisition d'une chose.

«(...) je trouve que ça fait ben pitié pour les couples qui ont pas les moyens de se payer ça. Parce qu'eux autres c'est vraiment un grand rêve, c'est vraiment un

grand but de la vie là qui vient de tomber pour une question d'argent t'sais. Il me semble que l'argent peut pas, peut pas acheter tout ça dans la vie là, t'sais un moment donné l'argent c'est vrai que ça achète plein de choses mais pas tout. Pas acheter la v[ie], pas créer la vie en fonction d'avoir de l'argent ou de pas en avoir. T'sais je trouve pas ça juste socialement pour les gens qui sont moins bien nantis mettons. T'sais je me dis eux autres aussi ils ont le droit d'avoir un enfant, eux autres aussi ils ont le droit d'avoir un but pis un rêve dans leur vie pis d'arriver à leur but là t'sais, pis que c'est pas l'argent qui te brime. Hey un enfant c'est comme je te disais c'est pas un sofa ça là là. » (e-10)

D'autre part, l'attribution d'égoïsme est plus complexe. Faire le choix d'avoir un enfant via les NTR est taxé d'égoïsme dans certains cas en même temps que ce choix, étant donné qu'il permet de faire comme si c'était naturel, apparaît du même type que le choix fait par «tout le monde» d'avoir ses enfants (plutôt qu'adopter).

«(...) mais moi je vois beaucoup l'adoption comme possibilité, c'est certain que je suis comme, je suis égoïste dans le processus là où je veux le mien bon pis la réalité de tout ça pis t'sais te revoir dans un enfant pis là un petit trait pis ah, c'est égoïste quand même quand on y pense (rire) mais tout le monde en a 'coute donc, pourquoi pas nous autres!» (e-4)

«(...) c'est pas tout le monde qui peut se permettre ça 4000\$ pour l'*in vitro*, c'est pas tout le monde qui peut... Pis je me dis me semble c'est pas si égoïste que ça de vouloir ses enfants me semble, ça va de soi vouloir avoir un enfant, son enfant. C'est égoïste dans un sens qu'il peut y avoir d'autres techniques, mais... bon je parle d'adoption c'est certain je veux dire on peut toujours penser à...» (e-4)

Les deux extraits précédents, tirés de la même entrevue, montre bien l'ambiguïté de l'égoïsme associé à la procréation à l'aide des NTR. La répondante se dit égoïste de vouloir recourir éventuellement à la FIV pour avoir «son» enfant et, en même temps, ce désir est généralement admis comme allant de soi et n'est pas taxé d'égoïsme. C'est face à une autre possibilité, l'adoption, que ce désir d'enfant devient égoïste. La confrontation adoption/procréation via les NTR (surtout la FIV) renvoie presque toujours, dans cette représentation, à la distinction égoïsme/altruisme.

La forte affirmation d'un choix et la pression à réfléchir (due aux réactions des autres) peuvent ainsi avoir un effet pervers de déstabilisation face au choix fait effectivement. On sent très bien les difficultés de concilier l'affirmation de l'égoïsme non seulement avec ce qu'on constate socialement comme étant normal (le plus courant) mais aussi avec le problème existentiel que représente la difficulté de procréer, avec le désir de vivre l'expérience «extraordinaire» de la procréation et de la vie avec «son» enfant, laquelle est imaginée comme «un don d'amour» (donc comme quelque chose qui n'est pas égoïste...).



La difficulté est accentuée par le double discours public sur la procréation qui d'un côté exprime des besoins en termes de natalité et de l'autre dénie ces besoins par la couverture des pratiques médicales contraceptives et abortives et l'absence de couverture des NTR. A travers les remarques à propos de la couverture par les régimes d'assurance, on met en lumière comment les intérêts personnels rejoignent les intérêts collectifs. Avoir un enfant est nommé à la fois comme un choix personnel et comme une richesse sociale.

Ainsi, en résumé, les NTR apparaissent comme des moyens de contrôle du point de vue de la volonté, de la réflexion qui s'insèrent dans les projets procréatifs via ces techniques. A ces traits, s'ajoute un surcroît de conscience de soi et de ce qui se passe dans la procréation qui accentue davantage les possibilités de maîtrise sur sa vie portées par les NTR. En contrepartie, parce que la volonté, la réflexion, la conscience jouent pour créer un rapport d'extériorité (relative) face au projet et parce qu'il y a des exigences d'expression des motifs dans les rapports avec les autres - dans la mesure où le désir d'enfant ne peut être réalisé naturellement (par des rapports sexuels) - les NTR apparaissent parfois comme des moyens égoïstes de réaliser le projet. Ce qui crée, apparemment, un conflit plus ou moins déstabilisant au plan moral, plus ou moins étant donné que les discours publics sont contradictoires. Le risque de perte de contrôle est ici relatif à la nature du projet pour soi dont la visée est, généralement, en bout de ligne, d'avoir un enfant avec tout ce que cela comporte.

En effet, la perte de contrôle sur sa vie est présente, est en soi frustrante dans plusieurs cas mais, même dans ces cas, ce qui est plus frustrant encore c'est qu'à travers cette perte de contrôle il y a un risque de ne pas atteindre le but visé; or le but n'est pas strictement d'exercer un contrôle sur sa vie, de réussir ce qu'on a planifié: le but est d'avoir un enfant chez soi, de mettre au monde un enfant qu'on a voulu, qu'on a imaginé et même dans certains cas pour qui on agit déjà (comme s'il était là). L'enfant est à la fois figure concrète et symbolique. J'ai peu insisté sur cet aspect au point 6.1.1 (situation de départ) mais dans cette représentation, l'enjeu identitaire résidant dans le recours aux techniques est aussi un enjeu existentiel où l'enfant est un axe, un pivot. L'enfant est rapporté aux sphères de la vie (*versus* celle de la mort), du don (malgré l'égoïsme), de la retransmission (où le «re» importe et inscrit dans une chaîne qui ne doit pas se rompre), à la sphère du plaisir comme à celle de la «banalité» permettant de penser sa vie dans des paramètres connus, familiers. C'est dans ces cadres que les NTR-moyens de contrôle ont du sens. On verra dans les autres représentations que cet aspect n'est pas toujours présent ou, s'il l'est, c'est souvent en mode mineur.

## 6.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-moyens de contrôle

Les «NTR-moyens de contrôle» constituent une catégorisation fortement connotée normativement plutôt qu'objectivement. La représentation est largement une justification du bien-fondé des techniques, du recours ou du non recours donc de l'action (faite ou envisagée), face à soi-même et face aux autres. J'ai noté au point 6.1 que plusieurs procédures de construction ont toutes les apparences de rationalisations (au sens psychanalytique), ce qui est aller un peu trop loin dans l'interprétation, une entrevue de recherche ne permettant certainement pas de taxer ainsi des raisonnements. La forme justificatrice est probablement ce qui a suscité cette réflexion.

En fait, cette représentation montre nettement une réflexivité en action (et ses effets - potentiellement - destructurants), exacerbée à la fois par le problème vécu, par les NTR (dans leur concrétude, leur pratique) et par la réception sociale (positive et négative) de ces NTR. Les principaux arguments soutenant la construction, ce pourquoi la connaissance des NTR comme des moyens de contrôle vaut, sont les suivants: 1° le choix; 2° l'action; 3° l'adéquation du moyen à la fin ou l'efficacité; 4° le caractère naturel ou artificiel limité. Chacun de ces arguments est soutenu par des sous-arguments.

### 6.2.1 L'argument du choix

Le choix est une dimension nécessaire à la définition de la personne. Il *faut* que le recours aux NTR soit un choix fait par la femme (et son conjoint), sans influence extérieure, c'est-à-dire sans pressions. Prétendre qu'il s'agit d'un choix n'exclut pas qu'il résulte d'une négociation pour ainsi dire avec soi-même ou avec son conjoint. Les négociations dans le couple sont fréquentes dans les cas étudiés; elles sont présentées comme ayant été plus ou moins longues, plus ou moins pénibles et pouvant survenir à différents moments du parcours. Dans deux cas, les négociations étaient nécessaires à cause de la position réfractaire des femmes à l'égard de la FIV. Dans un de ces cas, le résultat a finalement consisté en une renonciation à la FIV. Dans l'autre, les arguments mobilisés par le mari - dont certains qualifiés de «belles paroles» - étaient interprétés comme une manifestation de l'audacité et du désir d'enfant du mari; un fort sentiment de culpabilité accompagné d'un désir personnel de procréer (identifié à un «besoin maternel») ont joué en faveur de la FIV. On peut noter, parce que c'est exemplaire des cas, que le recours à la FIV malgré la pression exercée par le mari, est conçu comme un choix des deux. Le fait de voir des arguments dans les propos du mari (plutôt que des vérités incontournables) et d'avoir pesé les risques associés aux autres possibilités (divorce, adoption, rester sans enfant) permet

de comprendre qu'on soutienne qu'il s'agisse d'un choix. Dans trois autres cas, la négociation était nécessaire à cause de la résistance des conjoints (dans deux de ces cas les conjoints invoquaient les risques courus par les femmes et dans un cas la répulsion à «forcer la nature», ce qui était interprété par la femme comme un désir d'enfant incertain). Le choix doit se rapporter à ce qui est voulu dans le for intérieur, doit «exprimer» la personne. C'est là un aspect intouchable, non discutable. En tant qu'argument, de ce point de vue, le choix est validé par l'expérience vécue qui est conforme à une norme comportant une importante dimension procédurale (ordonnant une façon de faire sans prédéterminer le résultat en termes de contenu).

D'un autre côté, les «autres» (par ce qu'ils disent, font ou ne font pas<sup>1</sup>) obligent à envisager le choix comme un choix *parmi d'autres* (qui seraient peut-être plus légitimes). Ici c'est le contenu du choix qui est en question: avoir ou pas un enfant, recourir aux NTR ou à l'adoption. Ce qui *a priori* était évident (avoir un enfant) est rendu discutable, c'est-à-dire devient une possibilité parmi d'autres même si *pour soi* c'est indiscutable, même si *pour soi* le désir d'enfant est naturel et déjà là ou ayant toujours été là. Cependant, parce que le désir d'enfant ne trouve pas de façon simple son moyen d'actualisation, les moyens sont évalués en tant que moyens et la sélection apparaît comme un choix. Les personnes se trouvent dans une position d'extériorité plus marquée et l'évaluation des moyens passe par l'expression et la communication à d'autres alors qu'elle reste implicite chez la majorité des personnes fertiles (si une telle évaluation est faite). Or l'expression ou la communication à d'autres impliquent en un sens une reconnaissance de quelque chose qui dépasse l'individu: autrement dit, c'est comme s'il y avait une obligation de se positionner soi par rapport aux autres - donc de considérer son désir personnel et ce qui serait bien pour la collectivité - *étant donné* qu'il y a une interaction avec les autres, étant donné que le désir d'enfant devient une chose publique.<sup>2</sup> On peut penser aussi que cette obligation pèse

<sup>1</sup> Par exemple: le fait que des personnes décident de n'avoir pas d'enfant volontairement ou décident d'adopter plutôt que de recourir aux NTR, le fait que le régime public d'assurance-maladie ne couvre pas les NTR mais l'avortement, le fait que les autres parlent de l'adoption ou critiquent les NTR, etc.

<sup>2</sup> J'ai souvent senti que les répondantes de ce groupe devaient montrer (à moi, entre autres) qu'elles savent qu'il y a autre chose à prendre en considération qu'elles-mêmes, que leur désir propre et ce, *parce qu'elles sont en interaction avec quelqu'un en parlant* (moi, comme les autres de l'entourage). Le fait de s'adresser à moi accentue probablement cette «obligation». Cependant, si les répondantes expriment l'évaluation des moyens de cette façon dans l'entrevue, c'est que c'est un mode pertinent, utilisable en dehors du contexte de l'entrevue. Je ne pense pas, en tout état de cause, que la façon de parler de l'adoption comme de quelque chose qui serait moralement supérieur (altruiste), comme elles le font souvent, corresponde simplement à un désir de conformité à des normes qu'elles jugeraient largement partagées (par moi entre autres). Parce qu'aussi bien le désir d'un enfant «biologique» est, lui, largement et clairement partagé par la majorité; davantage encore, il est inscrit partout dans les lois (on reconnaît beaucoup de droits aux parents biologiques), dans le langage, dans la tradition. Mais on sent chez les femmes qu'elles doivent se positionner face à l'adoption. Et plus encore que l'adoption «devrait» être une solution sinon la solution la plus acceptable socialement (à défaut de l'être individuellement).

parce que les personnes sont en position de choisir entre plusieurs moyens et qu'elles doivent montrer qu'elles ont réfléchi. Il est possible également que cette obligation dépende du soupçon que leur société ou «la» société font peser sur elles (soupçon d'égoïsme ou d'excès, par exemple).

Ainsi, les «autres» (significatifs ou l'«autre généralisé») confirment qu'il s'agit d'un choix, ce qui est cohérent avec la nécessité du choix, mais ce faisant ils posent des questions sur le contenu du choix. Celui-ci doit être justifié à l'aide de raisons recevables. Autrement dit, quand il y a désaccord, les autres somment de s'expliquer, de donner les raisons pour lesquelles les NTR sont une possibilité. Les autres, par là, peuvent ainsi être marginalisants. Ils heurtent parce qu'*a priori* le choix (avoir un enfant) est légitime absolument et cette certitude est menacée. Avoir un enfant, dans les présents cas, a plus à voir avec l'émotivité que la rationalité: on ne devrait pas avoir à s'expliquer sur ce plan. Dans certains cas il faut néanmoins le faire bien que tout ce que l'on pourra dire ne pourra être entendu si les autres ne se placent pas de façon à voir la réalité sous le même angle que soi (ce qui apparemment présente des difficultés puisque tout le monde ne comprend pas qu'un enfant n'est pas «comme un sofa» ou qu'avoir un enfant et s'en occuper est un «don d'amour» par exemple).

La question du choix se pose de la même manière, face aux autres, quand le contenu du choix consiste à ne pas recourir aux NTR. Il faut également justifier ce choix si l'entourage est plutôt favorable aux NTR. Je n'ai pas abordé ce point auparavant (ou très peu) parce que cette situation est marginale parmi les cas étudiés. Il est en effet plus fréquent de trouver la situation inverse où des répondantes choisissant de recourir aux NTR font face à une opposition ou une ambivalence chez les autres. La justification du choix, dans une situation comme dans l'autre, est toujours nécessaire quoique à divers degrés.

Par ailleurs, il faut que la persistance dans les traitements demeurent un choix (de la même façon que l'entrée dans les traitements). Curieusement, c'est l'emprise de la technique qui provoque la réflexion. L'argument est le suivant: c'est parce qu'il y a un risque de contrainte qu'on est forcé de réfléchir et que l'on choisit. En pareils cas, c'est l'expérience vécue qui est invoquée pour valider l'argument du choix (et de la réflexion). On sait que les médecins ne cesseront pas d'encourager (peut-être même trop) parce qu'on l'a vécu. Notons au passage qu'à partir de ce qui est vécu on élabore une théorie à propos de l'attitude encourageante des médecins; autrement dit, on généralise à partir de l'expérience qui vaut comme base de savoir.

Le choix de réaliser le désir d'enfant et de le faire par les NTR est d'autant plus étrangement remis en cause, par les autres, qu'on a réfléchi à ce choix (l'un impliquant l'autre). Il en va de même quand le choix équivaut à renoncer au recours: il est réfléchi. La réflexion constitue un sous-argument important invoqué à l'appui de l'argument principal. Ce trait liant choix et réflexion me semble remettre en cause, d'ailleurs, certains éléments de la thèse expliquant le recours aux NTR par l'impératif technologique, en tant que facteur important sinon principal. Le choix du non recours suite à une réflexion montre qu'il faut distinguer entre l'action et la réflexion. Dans ce cas, qui éclaire à mon avis les autres, l'impératif technologique semble jouer au plan de la nécessité d'*envisager* les NTR comme des possibles parce qu'elles existent. Le passage à l'action semble relever d'autre chose. Cette nuance entre action et réflexion peut apparaître mineure de prime abord. Cependant, elle est nécessaire si ce n'est que pour expliquer qu'on ne passe pas forcément à l'action et pour éviter de reléguer ces actions-inactions dans la sphère commode des exceptions. De plus, et surtout, elle introduit un déplacement de la contrainte qui semble davantage en cohérence avec les présentes données. Cette contrainte, d'ordre moral, réside dans la nécessité de faire la preuve qu'on a réfléchi, peu importe le résultat de cette réflexion et même à la limite le moment de la réflexion (avant ou après la décision).

On a vu que la réflexion constitue une dimension importante de la procréation puisque vouloir un enfant devrait impliquer qu'on est capable d'assumer les responsabilités parentales. C'est d'ailleurs ce pourquoi l'enfant désiré est aussi l'enfant planifié et ce pourquoi il obtient une «garantie» du point de vue de son bien-être. La «bonne façon» de procréer en général et qui est quasi impliquée par les NTR (sans quoi elle devrait l'être) est une des facettes soutenant l'argument du choix. Elle a une dimension procédurale relative à l'identité de la personne (et par suite à la normativité) et c'est sur ce plan que la réflexion peut être mobilisée pour valider la connaissance de l'objet. Soutenir qu'on a réfléchi, que les NTR permettent une telle chose est un argument valable. Mais la réflexion porte aussi un contenu qui est cette fois relatif à l'enfant: il est mieux pour l'enfant d'avoir été planifié.

La bonne façon de procréer constitue une zone de l'argumentation qui n'est pas soumise à... une réflexion pour sa plus grande part et qui l'est en partie. La procréation-accident n'est pas souhaitable et, comme on l'a vu dans certains cas, elle ne l'est pas au point où après avoir eu un enfant à l'aide de la FIV il faut «faire attention» pour ne pas devenir enceinte, si on ne le «désire» pas, puisque la grossesse peut débloquent les choses. C'est là une réflexion apparemment paradoxale dans la bouche d'une femme ayant attendu si

longtemps et ayant voulu autant un enfant. C'est surtout une évidence qui n'est pas remise en cause. D'un autre côté, les enfants-accidents (non désirés) ou résultant d'une pulsion non maîtrisée (le coup de tête, les enfants dont la venue n'a pas été réfléchi en termes de conséquences, en termes de responsabilité) sont considérés être exposés au risque d'être maltraités ou de vivre dans des conditions difficiles. Ces évaluations des risques courus par les enfants et, plus généralement, de la complexité de la parentalité sont soutenues par des expériences vécues par des personnes de l'entourage ou vues dans les médias (entre autres les articles ou émissions de télévision portant sur les difficultés des familles monoparentales). Dans un cas on rapporte l'exemple d'une femme de l'entourage ayant eu deux enfants par «accident» et qui «aime» ses enfants; dans ce cas, l'exemple donné ne modifie en rien le principe général selon lequel il est mieux d'avoir désiré et planifié l'arrivée des enfants.

### **6.2.2 L'argument de l'action**

De la même façon que le choix, l'action est nécessaire pour définir la personne idéale ici. Agir plutôt que ne rien faire devant les échecs de conception équivaut à ce qu'il faut faire. Cet aspect de l'action fait partie de la zone indiscutable. A une exception près où l'expérience vécue (pénible) fait regretter d'avoir recouru au tout départ à la médecine. Cette exception est intéressante parce qu'elle montre la dimension contraignante de cette norme et, en même temps, montre que cette dimension peut apparaître, être «vue», et remise en question par l'expérience. Celle-ci invalide la norme partiellement, du point de vue de son caractère absolu.

D'un autre côté, agir (recourir à la médecine) prend figure de thérapeutique (le soulagement psychologique procuré): c'est lié à ce qu'il faut faire, et qui n'est pas l'objet de questions ou de discussion, mais c'est validé par l'expérience vécue. De ce point de vue, la norme est confirmée comme étant la bonne par l'expérience.

De plus, agir équivaut à ce qu'il faut faire pour atteindre le but, que celui-ci consiste à procréer ou à avoir la conscience tranquille. Ceci repose sur l'efficacité dont je discuterai au prochain point et sur la question du choix c'est-à-dire la fixation du but qui est négociée presque malgré soi comme on l'a vu plus haut.

On a vu que l'obtention d'un savoir à propos des NTR constitue une forme de l'action et équivaut à une nécessité. De ce point de vue, savoir est de l'ordre d'une norme. Celle-ci est néanmoins soutenue par des arguments, en partie du moins. Autrement dit, c'est quelque chose qui va de soi (il faut savoir, s'informer, parce que «ça ne se fait pas» de ne

pas le faire, notamment pour pouvoir s'expliquer), mais «ça va de soi» également pour de bonnes raisons.

Le genre de savoir qu'il faut obtenir consiste en informations formelles parce que, principalement dans les cas où la FIV ou des traitements hormonaux sont envisagés, c'est «inconnu». Or on fait déjà face à une rupture du connu (l'impossibilité de procréer, de fixer l'avenir). La quête d'informations se réalise concrètement par les discussions avec les médecins, les infirmières ou par la lecture de documents fournis par ces personnes; elle se réalise également à travers les média et parfois par le biais des «autres» - proches - qui contribuent à la quête en fournissant des articles, en annonçant que telle émission télévisée portera sur tel sujet, etc. Dans certains cas, on obtient les informations par la lecture de revues spécialisées ou par d'autres femmes ou des couples de l'entourage engagés dans des traitements donnant des informations détaillées sur les procédés, sur les effets des médicaments, sur les médecins, sur les traitements possibles, etc. Il appert que les informations concernent les procédés techniques, les effets secondaires, les possibilités de traitement, les chances de succès, le personnel médical. La quête d'informations comprend également, quoique moins fréquemment parmi les répondantes, d'autres genres d'informations notamment à propos de la possibilité de «passer à travers», de la façon dont on peut agir face à l'échec, de ce que signifie faire la FIV et de ce qu'est son résultat (par exemple: est-ce ou non naturel?), de la façon de vivre les traitements et de faire face aux conséquences possibles au plan conjugal. Ces dernières informations sont obtenues surtout par les témoignages entendus à la clinique dans le cadre de rencontres organisées, par des livres écrits par des femmes ayant vécu l'expérience des NTR, des échanges en face à face avec des amies ou dans des groupes de support, c'est-à-dire en «discutant» - directement ou indirectement - avec quelqu'un se trouvant dans la même situation que soi. Ces échanges, outre l'information qu'on y obtient, deviennent en même temps des sources de soutien. Les informations sur ces derniers aspects ou sur ceux concernant plus directement les techniques concrètes, issues des échanges avec d'autres femmes ou couples, sont souvent ce qui est le plus digne de confiance. C'est donc l'expérience vécue qui est le plus souvent la base de validité des informations obtenues; d'ailleurs, sa propre expérience, dans le cas des femmes ayant une assez longue expérience, est vue comme la source d'information - pour moi, chercheuse - la plus informée et la plus juste, fidèle à la réalité. *A contrario*, le fait de n'avoir pas expérimenté une technique équivaut souvent à ne pas «connaître» cette technique, même si l'on détient des informations à son propos.

La valeur de l'expérience vécue (en termes de base de validité du savoir à propos des NTR) est liée au doute à l'égard du savoir des experts médicaux qui se fait jour à mesure

que l'information s'accumule ou à mesure qu'on «avance» dans les examens ou traitements. Le doute n'équivaut pas forcément à des critiques adressées aux médecins; dans certains cas, il équivaut à une critique (au sens d'une distance) du *point de vue* des médecins, à partir du constat qu'ils ne sont pas à la «même place» que soi: ce qu'ils jugent important de dire ne correspond pas forcément à ce que l'on juge important (par exemple, les informations techniques plutôt que les informations à propos de la façon de vivre les traitements et d'en sortir) ou encore on voit que leurs intérêts ne recoupent pas les siens (par exemple, le sentiment d'urgence qu'ils ne ressentent pas). La différence de point de vue apparaît aussi dans les propositions de traitement extrêmement coûteux en argent et en temps alors que les revenus sont insuffisants ou que l'horaire de travail est trop contraignant (les autres possibilités de traitement dont ont parlé des amies sont plus conformes à ses possibilités concrètes).

L'expérience vécue est soit une occasion (quand elle est vécue personnellement), soit un biais (quand il s'agit de celle des autres) pour vérifier les informations obtenues des médecins ou le savoir (ou non savoir) des médecins, c'est-à-dire pour confirmer ou infirmer le savoir. Le savoir obtenu ou qu'il faut détenir est ainsi à la fois de type médical et technique et de type non technique.

Dans certains cas, par conséquent, il faut savoir au sens d'obtenir les informations valides dont on a besoin parce que l'on risque de «s'en faire passer» par les médecins, ceux-ci tendant à être très optimistes et surtout n'étant pas à la même place que soi.

Mais le plus souvent, il faut savoir parce qu'il faut prévoir, savoir à quoi s'attendre (en termes d'effets secondaires, de chances, de coûts, de temps, etc.), parce qu'il faut envisager d'autres solutions. Ces raisons sont à la fois pragmatiques et rationnelles (accorder son action au but, sur la base du savoir) et existentielles (combler le besoin de sécurité dans une situation insécurisante). Dans la mesure où le savoir, au sens des informations obtenues, est source de doute, le besoin de sécurité n'est pas comblé vraiment, particulièrement chez celles qui ont fait un long parcours. La quête d'informations, quand elle s'étend à de multiples sources, donne lieu à l'obtention d'informations contradictoires, fait voir la récurrence de l'incertitude liée au savoir expert (celui-ci est vu comme étant partiel et on y parle de «risques») d'où la nécessité de «faire» confiance, d'espérer beaucoup ou de renoncer à poursuivre. De plus, elle donne lieu à une connaissance plus large du domaine, notamment des controverses qui l'animent, des conséquences possibles en termes sociaux, des buts poursuivis autres que la procréation,



etc. Cette connaissance donne ainsi accès à des points de vue critiques face auxquels il faut prendre position et oblige à se justifier.

Ces traits illustrent l'analyse de Giddens sur les rapports entre les profanes et les systèmes experts, telle que présentée au Chapitre 1. Ici cependant le fait d'être profanes pousse à chercher à l'être moins, pour ainsi dire. Etant donné l'état d'insécurité, on cherche à réduire cette insécurité par l'accumulation d'informations. Si l'ignorance est le préalable de la confiance (c'est parce qu'on ne sait pas qu'il faut - bien - faire confiance) et est un terrain propice au scepticisme, il appert que la connaissance donne lieu aussi au scepticisme puisque connaître peut consister à savoir que ceux qui sont supposés connaître détiennent un savoir partiel à la fois sur leur propre terrain et en termes de point de vue (qui ne permet pas de voir certains aspects apparaissant quand on adopte un autre point de vue). Ainsi ce pourquoi il faut savoir, du moins une des raisons (existentielle), semble relever de la situation dans laquelle on est plongé (insécurisante). Il est intéressant de noter que l'analyse de Giddens, qui met en relief l'état d'insécurité chronique dans la modernité avancée, résultant - selon cette analyse - de la réflexivité de la modernité, s'applique en un parfait parallèle à la situation concrète décrite ici.

On se souviendra par ailleurs que s'il faut savoir, dans certains cas il vaut mieux ne pas trop savoir maintenant. La raison en est qu'on risque de savoir des choses désagréables (ceci s'applique en particulier à la FIV). Je reviendrai au dernier point sur cet aspect, l'argument étant relatif au caractère «scientifique» des NTR et à leur association à la haute technologie et à ses risques.

### **6.2.3 L'argument de l'«efficacité» ou l'adéquation du moyen à la fin**

Cet argument repose sur une connaissance déjà là, incorporée, à propos du processus procréatif, lequel est connu comme un processus physiologique en certaines de ses dimensions et comme un processus sur lequel en conséquence on peut intervenir. C'est sur ce savoir, de type objectif, que peuvent se greffer par exemple les informations acquises à propos du fonctionnement des NTR, c'est-à-dire la connaissance à propos de la possibilité que les NTR puissent, théoriquement, produire l'effet - ou l'un des effets - recherché, une grossesse.

Si généralement la connaissance de base sur laquelle prend appui la compréhension des procédures techniques n'est pas explicitée comme telle, la confrontation avec les «autres» force parfois l'explicitation. Davantage même, elle mène à voir cette connaissance comme une part d'une vision du monde plus générale. Par exemple, une répondante rapporte une

discussion avec sa mère; celle-ci soutient qu'il ne faut pas «calculer» pour parvenir à procréer, qu'il ne sert à rien de fixer le bon moment pour que les rapports sexuels soient féconds. Cette approche heurte parce que la répondante «sait» que le moment de l'ovulation est repérable et «sait» que c'est ce moment qui est crucial. La discussion n'ébranle pas la vérité incontournable selon laquelle on peut connaître le moment de l'ovulation et que l'on peut donc exercer une certaine maîtrise sur la procréation.

Les cas où le but visé réside à la fois dans l'atteinte d'une paix intérieure et dans l'obtention d'une grossesse (même si l'on y croit plus ou moins) repose sur le même postulat (les NTR peuvent permettre de procréer) et c'est ce pourquoi recourir aux NTR équivaut à ce qu'il faut faire c'est-à-dire s'assurer qu'on aura tenté de procréer.

Ce type de connaissance est en quelque sorte indépendant du savoir portant sur l'infertilité. On a vu en effet qu'il y a une certaine dissociation entre le problème d'infertilité, physiologique, et les NTR parce que celles-ci ne guérissent pas le problème physiologique; elles «guérissent» (théoriquement) le problème d'absence d'enfant. Le savoir à propos de l'infertilité est aussi de type objectif et est aussi généralement incorporé, fait partie du déjà là. Cependant, dans les cas d'infertilité inexplicée, ce savoir intégré au savoir général est conçu comme un savoir valant pour soi parmi d'autres choses ne valant pas pour soi mais valant pour d'autres. Dans un cas, cette distance face à ce qui vaut pour soi parmi autre chose est due à l'émergence du doute suite à l'incapacité de la médecine de trouver la cause de l'infertilité. Le caractère absolu de la validité du savoir biomédical est ébranlé. Dans un autre cas, le surgissement d'une autre explication (l'hypothèse d'une cause psychologique) est aussi due à l'ignorance médicale à propos de son cas. Ce savoir médical (et par suite ses moyens) ne peut pas tout expliquer ou résoudre. Dans deux autres cas, malgré l'ignorance médicale pour leur cas, il n'y a pas de doute à propos du savoir médical en général mais plutôt à propos du savoir médical actuel encore insuffisant mais qui, dans l'avenir, pourra être suffisant.

Dans tous ces cas, comme dans les autres, le problème d'infertilité doit s'expliquer objectivement, généralement par la médecine ou par un autre savoir objectif comme la psychologie. La question existentielle que plusieurs se posent (pourquoi moi?) ne trouve pas d'autres réponses valables que celle-là. En fait, on trouve des tentatives de recours à des explications religieuses, généralement en termes de punition pour des péchés commis, mais elles ne «fonctionnent» pas, au sens où l'on n'y croit pas. Ou encore on réfère à ce que d'autres disent pour expliquer le problème, notamment le destin, mais c'est balayé parce que non pertinent (il faut dire que c'est souvent pour soutenir l'opposition aux NTR

que ces explications sont apportées par les autres). Dans un cas seulement on fait soi-même référence au destin, mais cette explication est présentée comme une façon temporaire de se protéger dans l'éventualité d'un échec et, en ce sens, elle a le même statut que le non savoir volontaire (qui, comme on l'a vu au point 6.1, ne peut qu'être temporaire). Ainsi, l'explication objective et, sauf exception, de type biomédical prend figure de «croyance» et dans certains cas cette croyance est présentée comme une croyance personnelle donc comme une croyance parmi d'autres possibles. Notons au passage que le rejet en général de l'explication (objective) psychologique repose sur une évaluation des possibilités que le stress soit la cause du problème, cette évaluation étant fondée sur une relecture de l'expérience, des circonstances dans lesquelles était vécue l'infertilité avant le recours à la médecine. On évalue la faible probabilité que le stress puisse être la cause dernière en faisant valoir que durant toute la période d'infertilité on aurait pu procréer si l'on avait pu biologiquement puisque, même s'il est réel, le stress n'est pas toujours présent ou n'a pas toujours la même intensité. Ainsi, cette évaluation repose sur un savoir psychologique incorporé (formulé en termes de «stress») et qui, par ailleurs, est mobilisé fréquemment par les «autres» (sous la forme de commentaires ou de conseils: «vous y pensez trop», «prenez des vacances», etc.).<sup>3</sup> De la même façon qu'ailleurs, les autres donnent l'occasion d'explicitier les raisons les plus valides en suggérant des explications.

Le type d'explication du problème d'infertilité (la causalité immédiate et existentielle) n'est pas le même que celui au fondement du constat de l'adéquation du moyen (NTR) à la fin (procréer). Ce n'est pas parce que le problème serait objectivement dans le corps que les NTR ont du sens mais parce que la procréation est un processus physiologique.<sup>4</sup>

Cependant, la définition du problème (physiologique) est une façon de délimiter les interventions possibles, de cerner qui ou quoi parmi un ensemble d'intervenants (personnes ou moyens) est susceptible d'agir dans cette zone. Autrement dit, si la définition du problème n'est pas toujours la cause du recours aux NTR ou aux autres techniques médicales, elle légitime le recours aux NTR. De ce point de vue, les raisons sont de type objectif (savoir incorporé sur la procréation comme processus physiologique) et en même temps du type d'une entente sur la division professionnelle des domaines

---

<sup>3</sup> Les «autres» attribuent parfois l'infertilité au stress (trop y penser donc être stressée, accroître le stress) même si un problème physiologique a été identifié clairement. Par conséquent, cette explication n'est pas reçue par les femmes comme valide mais est plutôt perçue comme un refus de faire face à la réalité ou comme le signe d'un manque de reconnaissance des raisons de leur détresse.

<sup>4</sup> Dans certaines de ses dimensions seulement parce qu'elle est plus que cela au sens où lui sont associées *immédiatement* une dimension émotive - le plaisir de l'expérience corporelle -, une dimension symbolique - nous, notre enfant - et une dimension que j'appellerai pratique - la familiarité ou la simplicité de la procréation comparativement aux «complications» de l'adoption.

d'intervention qui, elle, ne repose pas sur une base objective et qui, par ailleurs, est susceptible d'être discutée (les médecins ne sont pas les seuls à pouvoir agir). Ceci fait apparaître la division professionnelle des domaines (et le genre d'explications des problèmes, même si elles restent dans l'ordre de l'objectivité) comme quelque chose qui n'est pas absolu.

Les éléments de la représentation relatifs aux protagonistes de l'action (où les NTR se présentent comme des moyens que j'utilise plutôt que comme un domaine où je suis utilisée par exemple, où donc les NTR sont un moyen de contrôle) ont trait à la nécessité de l'action telle que développée au point précédent et sont donc analysables selon les mêmes paramètres. Cependant, s'y ajoute généralement l'expérience vécue qui permet de valider cette dimension, mais on a vu également que dans certains cas elle peut l'infirmier (notamment quand l'emprise de la technique se fait sentir, brouillant ainsi les repères et menaçant de faire entrer dans le non sens et la violence).

Les éléments concernant l'action de la technique, son adéquation du point de vue de la fin visée (procréer, vérifier la possibilité de procréer), sont soutenus de deux façons. D'abord l'efficacité est possible théoriquement. Cet argument relève du savoir objectif incorporé (à propos de la procréation) sur lequel se greffent les informations obtenues à propos des procédés techniques. Sur un autre plan, il relève également d'une confiance à l'égard du degré d'avancement (et donc de précision et de maîtrise) des techniques. Le raisonnement est le suivant: plus l'intervention est approfondie, plus l'efficacité a de chance d'être élevée. La confiance *a priori* peut se transformer en une confiance volontaire avec le temps, c'est-à-dire avec l'expérience vécue, quand les techniques «avancées» échouent. La confiance devient construite comme un moyen, quelque chose qu'il faut mobiliser, qui n'est plus là d'emblée et qui est donc mis à distance (la confiance est vue en tant que confiance). Les cas où le but visé consiste en l'accès à la paix intérieure montrent par ailleurs la confiance à l'égard du résultat de la technique: si les essais résultent en échecs, c'est que dans l'état actuel des choses (l'état d'avancement des techniques) il n'est pas possible de procréer. Autrement dit, c'est la confiance en la technique qui permet d'accéder à la paix recherchée; celle-ci ne serait pas possible si un doute subsistait à propos de l'efficacité de la technique. Ce raisonnement est du même type que celui sous-jacent à l'explication la plus fréquente du problème: l'échec de la technique n'entame pas la confiance *a priori* dans l'efficacité en général de la technique; la technique n'a pas tort, pour ainsi dire, de la même façon que quand on ne trouve pas les causes de l'infertilité c'est que le savoir en son état actuel est seulement insuffisant. Dans les deux situations, on ne remet pas en cause l'orientation du savoir et de la technique. Mais si, comme on l'a

vu, le savoir objectif peut être vu comme un objet de croyance (parmi d'autres croyances) quand l'infertilité est inexplicée, la technique ne fait pas l'objet d'une telle relativisation. Ce trait paradoxal s'explique par la compréhension de la procréation comme un processus physiologique donc par la dissociation entre le problème d'infertilité et le problème d'absence d'enfant. Ainsi l'explication dernière du problème d'infertilité peut faire l'objet d'une négociation mais pas l'explication du processus de procréation. La confiance en la technique repose ainsi, dans certains cas où l'infertilité est inexplicée, sur l'expérience vécue personnellement ou par d'autres femmes: la technique peut fonctionner puisque pour telle amie elle a fonctionné ou puisque dans mon cas elle a déjà donné des résultats même si on ne comprend pas pourquoi.

Dans ce cadre, les taux de succès des techniques ne semblent avoir qu'une signification limitée en eux-mêmes. Les pourcentages obtenus verbalement des médecins ou par d'autres voies (des documents de la clinique ou les médias) sont rarement mis en doute, qu'ils soient ou non considérés élevés. D'un autre côté, on sait que les taux de succès renvoient aussi à un taux d'échecs; le taux d'échecs a la même objectivité que le taux de succès. Cependant, les taux en question confirment ce qui est déjà su: la technique *peut* fonctionner (ou inversement). Mais les taux ne jouent pas vraiment en bout de ligne dans l'évaluation de l'efficacité, surtout bien sûr dans les cas où l'un des buts visés consiste en une paix de l'esprit.

Ainsi, finalement, le rapport d'adéquation entre le moyen et la fin visée, du point de vue de l'efficacité (de la possibilité d'atteindre le but), repose sur l'expérience vécue personnellement ou par d'autres, sur la compréhension de la procréation en tant que processus physiologique (compréhension déjà là et sur laquelle s'ajoutent logiquement les connaissances à propos du fonctionnement des NTR) et enfin sur la confiance en la haute technologie, celle-ci constituant la zone faisant le moins l'objet d'une mise à distance.

La façon dont est structuré l'argument de l'efficacité de l'action en fonction du but montre une forme de détournement des NTR. Le rapport coût-bénéfices, en termes de probabilité statistique d'efficacité (les taux), n'est pas inscrit dans une logique d'efficacité technique même si les taux de succès sont mobilisés en termes d'arguments. Plutôt, c'est par rapport au risque de déstructuration personnelle que l'efficacité est évaluée.<sup>5</sup> Il reste à savoir si cette déstructuration est elle-même un signe d'une pénétration dans le psychisme

---

<sup>5</sup> Ce trait est quasi une constante dans les représentations: l'efficacité est le plus souvent évaluée en fonction des buts personnellement poursuivis, bien que l'évaluation puisse aussi comporter une dimension plus strictement technique. C'est ce pourquoi l'échec technique peut ne pas être tenu pour un échec pour soi.

d'une logique d'efficacité. Comme on l'a vu dans les points précédents, une telle hypothèse est douteuse à moins de considérer comme une pénétration de cette logique l'adhésion à des normes comportementales et identitaires ouvrant tout aussi bien à une posture critique qu'à une adhésion non critique à l'égard de cette logique. Je reviendrai sur cet aspect au Chapitre 11 (au point 11.2).

#### **6.2.4 L'argument de la «nature»**

L'argument du caractère naturel ou «artificiel limité» des NTR est principalement soutenu à travers des sous-arguments de types objectif et normatif faisant apparaître les buts légitimes des NTR (procréer et ce qui en fait partie) et les autres buts possibles mais inacceptables. Ainsi la «nature» est une catégorie normative d'abord et avant tout. Contrairement au choix et à l'action dont les dimensions normatives ont davantage à voir avec des normes procédurales (le contenu étant relatif aux façons de faire dont l'issue est indéterminée), ici la normativité est davantage substantielle.

Un premier sous-argument concerne la haute technologie. L'association des NTR à la haute technologie et conséquemment au progrès repose sur des relectures de l'histoire de l'accès aux enfants pour les personnes infertiles. Dans une des versions de cette histoire, l'avant et le maintenant se distinguent strictement par la présence et l'absence des NTR. Celles-ci, du simple fait d'exister, rendent meilleur le maintenant. Dans l'autre version, les deux mondes (avant/maintenant) sont présentés par le biais d'une analyse de type sociologique. Les conditions de la société actuelle, y compris le développement de technologies médicales, rendent plus complexe ou impossible la réalisation des projets familiaux, ont un effet sur la fertilité des femmes. On recourt ici à sa propre expérience ou celles de proches, qu'on sait exemplaires plutôt qu'exceptionnelles, aussi bien qu'à des informations obtenues à propos de causes (objectives) de l'infertilité, pour soutenir un propos dont la visée est généralisante. Le monde actuel est moins favorable à la fertilité (à cause des MTS, des moyens de contraception risqués, du report des grossesses lié au prolongement des études et à l'entrée tardive des femmes sur le marché au travail) et à l'accès aux enfants (l'avortement est plus aisément disponible qu'avant et d'un autre côté les femmes célibataires peuvent garder leur enfant ce qui explique la pénurie de bébés québécois à adopter). La critique du monde actuel dans cette version, parce qu'elle fait de ce monde un monde qui ne manifeste pas un progrès en tous points évident (on a gagné des choses mais on en a perdu aussi), ne peut pas donner aux NTR un statut de progrès *parce que* ces NTR appartiennent à ce monde-ci, contrairement à l'autre version. Les NTR

sont un progrès parce que ce monde est ce qu'il est, imparfait; elles sont un progrès parce qu'elles peuvent pallier ce qui a été perdu... et qui devrait être retrouvé.

Peu importe la version adoptée, l'association des NTR à la haute technologie et en conséquence au progrès (absolu ou relatif) repose sur la confiance *a priori* en l'efficacité de la haute technologie plutôt que sur le strict caractère raisonnable (en termes normatifs) de la haute technologie.

De l'autre côté, comme on l'a vu, l'association des NTR à la haute technologie et à la science fait surgir les risques généraux de cette technologie. La possibilité d'outrepasser les limites de la moralité repose aussi sur la confiance en l'efficacité de la haute technologie puisque si l'on doutait de l'efficacité on serait tout aussi sceptique à l'égard de cette possibilité de voir survenir des pratiques condamnables moralement. La médecine de la reproduction *peut* produire des effets positifs et destructeurs.

La face destructrice de la haute technologie en général et des NTR en particulier constitue un argument en partie issu d'un processus réflexif et en partie issu d'une «convention». Il me faut faire un détour par cette face ou cet argument qui va à l'encontre de l'argument principal (le caractère naturel des NTR) pour clarifier les bases de validité de cet argument principal.

L'argument des risques de la haute technologie, donc des NTR, est alimenté par des faits qui ne sont pas douteux (appris par les médias, par la clinique, etc.); par exemple, on connaît l'existence de pratiques de détermination du sexe, de pratiques troublant l'ordre générationnel comme en font foi ces grands-mères accouchant de leurs petits-enfants. En même temps, ces informations semblent confirmer un savoir déjà là à propos des risques de la haute technologie, à propos de la possibilité de l'eugénisme et de son caractère inacceptable (l'horreur du nazisme avec la figure monstrueuse de Hitler surgit dans un cas pour appuyer l'opposition à des pratiques de manipulations génétiques visant la création d'enfants «parfaits»), à propos des «expériences» dont on ne sait pas précisément en quoi elles consistent mais qui soulèvent de la méfiance parce qu'on sait que dans d'autres domaines de la science on a déjà agi de façon irresponsable et immorale. L'association des NTR à la haute technologie - et donc la double face de la Technique - a un caractère conventionnel parce qu'elle renvoie à une zone en partie impensée; c'est une association quasi de l'ordre du réflexe, comme un atavisme remontant loin dans le temps et

constamment en action pour renouveler une peur de la transgression de la nature,<sup>6</sup> relayée continuellement tant par les médias, la science-fiction que par la philosophie et les autres sciences humaines.<sup>7</sup> Sur ce plan, le savoir dit profane (commun) ressemble étrangement à celui d'experts ou de savants. L'argument est en partie issu d'une discussion (où des faits sont mis en relation) et en partie issu d'une «évidence».

Dans d'autres cas, plus rares, on ne retrouve pas une telle élaboration, c'est-à-dire que le contenu de la convention est davantage discuté. Les risques physiques, immédiats ou potentiels, courus par les femmes occupent le devant de la scène. Les risques généraux sont vus mais relativisés au regard de risques d'autres technologies plus aisément acceptées (les ordinateurs, par exemple). Autrement dit, on cherche à adopter un point de vue «réaliste», à refuser les scénarios apparentés à la science-fiction. Ce qui implique une mise à distance de ce que j'ai appelé la convention, à partir notamment de l'expérience vécue et de l'observation *in situ* des pratiques des médecins. Par exemple, la médecine que l'on a vu en action n'a rien de celle des scientifiques maléfiques tout en n'étant pas exempte de problèmes (dont la difficulté des médecins d'avouer leur ignorance ou leur tendance à se fier exagérément aux tests pour poser un diagnostic).

Sur la question des méfaits de la haute technologie, on trouve une constante: il faut montrer que l'on sait qu'il y a de tels risques généraux ou montrer que l'on connaît l'existence de ces arguments ou critiques à propos de ces risques, bref que dans l'appréhension des NTR on tient compte de cet aspect.

La discussion sur les méfaits des NTR *en tant* que techniques, donc en tant qu'«artifice», montre nettement qu'il s'agit d'une négociation du caractère normativement correct ou non

---

<sup>6</sup> Miquel et Ménard (1988), dans leur étude sur l'intégration de la technique à la «sphère du sens» dans diverses civilisations, soulignent que le «noyau symbolique» de la technique, constant à travers l'histoire, comporte notamment une crainte liée à la transgression d'un ordre naturel et à un retournement de la puissance technique déployée contre les humains producteurs et utilisateurs de la technique (: 46-53).

<sup>7</sup> Par exemple, dans *L'Esprit du don* (1992), J. Godbout peut affirmer, apparemment sans craindre la critique, que le «rapport aux enfants est peut-être lui-même menacé (...) avec les bébés éprouvettes et toutes les techniques qui vont faire en sorte qu'un enfant sera de moins en moins donné et de plus en plus produit, que nous en serons de moins en moins les procréateurs, et de plus en plus les coproducteurs (...)» (:234) Ou encore: «A force de vouloir des enfants parfaits et de rechercher les moyens de les obtenir, nous en viendrons à faire de la naissance non plus un don, mais un produit, qui ne lie plus autrement que dans un rapport libre le ou les producteurs et productrices et le 'produit'. Avec les progrès des techniques de reproduction et la finalité individualiste et utilitariste qu'on leur applique, cette prédiction n'est plus de la science-fiction, comme le montre l'exemple déjà mentionné, où des parents souhaitent 'renvoyer à l'expéditeur' un enfant qu'ils ont adopté.» (:62) Dans ces lignes, on voit très bien comment la Technique est mobilisée avec tout ce qu'elle charrie de risques, de peur (le fait d'user de termes comme «bébés éprouvettes» est efficace de ce point de vue), alors même, comme l'indique le second extrait, que des pratiques inquiétantes peuvent tout aussi bien surgir d'actes généralement réputés altruistes (l'adoption) et qui n'ont rien à voir avec les technologies médicales.



des NTR qui met en jeu l'opposition technique/nature. De façon apparemment paradoxale, on soutient que les NTR sont des techniques (donc comportant quelque chose d'artificiel) mais qu'elles sont néanmoins naturelles.

Dans une des entrevues, un passage m'avait étonnée de prime abord, celui où une femme explique que, pour elle, même la FIV est naturelle si les gamètes ne sont pas «retouchés». J'ai buté sur ces mots me demandant pourquoi elle recourait à la «nature» plutôt que de dire simplement que c'était correct pour elle. En fait, il est apparu qu'en qualifiant de naturel le procédé, elle le qualifiait aussi de correct, d'acceptable et que les termes étaient interchangeables. Mais il n'est pas indifférent de parler de «nature». D'autant plus que ce cas, finalement, ressemble aux autres où le recours à la nature est récurrent.

En fait, ce qui se profile c'est une volonté têtue d'humaniser (ou naturaliser, les deux termes comportant la même chaleur qu'on peut opposer à la froideur technique) la procréation par les NTR: l'insistance sur la nature apparaît comme une tentative de faire échec à la technique ou plus précisément à un esprit technique. L'esprit technique n'habite pas forcément les NTR si celles-ci demeurent des moyens pour procréer ou pour aider la procréation. La «nature», insérée ici et là, semble être nécessaire pour échapper à l'esprit technique qui pervertirait les NTR en les remplissant d'autre chose que de leur but légitime.

Pourquoi les NTR sont-elles naturelles? D'abord parce que leur but consiste en la procréation, en une aide à des personnes pour procréer. La définition de ce but est normative et objective; elle repose en effet sur une distinction entre des buts objectivement possibles (comprenant la procréation, l'eugénisme, la détermination du sexe, etc.) et normativement souhaitables (seule la procréation étant souhaitable parmi les buts). La légitimité de la procréation en tant que but, comme on l'a vu dans le premier argument, est indiscutable pour soi mais discutabile apparemment dans la société (ceci apparaissant dans les interactions avec les autres).

Ensuite, les NTR sont naturelles parce qu'elles résultent ou peuvent théoriquement résulter en une grossesse suivie d'un accouchement d'un enfant comme les autres du point de vue de sa qualité d'humain, donc parce qu'elles donnent accès au même résultat que la procréation naturelle. Dans un cas, où la FIV est en question, le caractère naturel du procédé est une information acquise à travers la quête d'informations; il s'agit d'un élément sur lequel on avait besoin d'être rassurée. Le fait qu'on utilise des termes comme «bébés éprouvettes» ou «enfants de la science», dans les médias et ailleurs, est sans doute à

l'origine de ce besoin. Dans ce cas, c'est par l'échange avec une autre femme (à travers un livre) que l'information est obtenue et validée; l'explication du procédé de FIV lue dans un ouvrage de vulgarisation ne permet pas de se figurer la FIV comme «naturelle» parce que la présentation des procédés, les termes utilisés, la maintiennent dans la technique.<sup>8</sup> La validité du transfert opéré de la «science-fiction» à la «nature» repose sur l'expérience vécue par l'autre femme: c'est parce que cette femme a vécu la FIV que ce qu'elle en dit est digne de confiance. En même temps, c'est digne de confiance parce que ce qu'elle dit demeure dans les paramètres d'un savoir de type objectif incorporé et valide (portant sur la procréation en tant que processus physiologique). Ce cas illustre la base de validité de l'argument du caractère naturel du résultat, à la fois de type normatif et de type objectif.

L'élimination de certaines procédures<sup>9</sup>, qui permet dans certains cas de faire un parallèle valide entre la procréation naturelle et les NTR, n'est faite que du point de vue du rapport au but; autrement dit, ces procédures n'importent pas dans la qualification normative relative au but, elles n'affectent pas la qualité du but au sens où elles ne modifient pas la grossesse, l'accouchement ou l'enfant dans leur qualité «naturelle». La preuve en est que ces mêmes procédures, particulièrement la stimulation ovarienne, sont prises en compte ailleurs, principalement dans l'évaluation coûts/bénéfices à laquelle je reviendrai plus loin.

Enfin, les NTR sont naturelles, soutient-on dans la plupart des cas, parce que l'enfant dont on accouche est «notre» enfant. Cet argument apparaît de prime abord en tant qu'un des éléments de la tradition culturelle où le lien biologique et le lien parents-enfant ne font qu'un. Le caractère naturel du lien recoupe le normal et le désirable; y est investie une dimension symbolique où s'opposent un «nous» et un «Autre». Cependant, un second sens est superposé qui transforme le premier. L'enfant est «notre» enfant parce qu'il est procréé à partir de nos gamètes (en tout ou en partie): la dimension biologique du lien est relativement autonomisée, est vue en elle-même. La raison traditionnelle devient soutenue par un argument de type objectif. La discussion en ces termes du lien à l'enfant et des caractéristiques de l'enfant résulte non seulement (et peut-être pas principalement) d'une connaissance déjà là des processus impliqués dans la procréation (la rencontre des gamètes) mais de la connaissance et - généralement - de l'expérience des NTR puisque celles-ci impliquent toujours - à des degrés divers - une circulation des gamètes (et, dans le

---

<sup>8</sup> «t'sais elle disait (...) en fin de compte l'éprouvette elle remplace la trompe pendant deux jours c'est tout, le reste est pareil. Pis là je me disais dans le fond c'est vrai t'sais, mais dans l'autre livre c'était tellement complexe les technicalités pis tout ça que je m'en rendais pas compte qu'en réalité il passait deux jours dans une éprouvette ça remplaçait le temps qu'il passe dans la trompe pis c'est tout là, le reste c'est pareil.» (e-15)

<sup>9</sup> Par exemple la stimulation ovarienne, l'injection du spermatozoïde dans l'ovule, etc.

cas de la FIV, des embryons) hors des corps. De plus, on peut *voir*, et dans certains cas on a vu, sous la lentille du microscope, les spermatozoïdes ou les embryons. «Notre» enfant prend un sens objectif qui permet d'ancrer le sens traditionnel (symbolique) sans recourir à la tradition. Ce faisant, néanmoins, on procède aussi au désancrage - partiel - du sens des gamètes si l'on accepte qu'ils puissent être donnés. En effet, mes gamètes font mon enfant - on se souviendra que l'enfant adopté, dans ce cadre de pensée, est *comme* mon enfant mais n'est pas *vraiment* mon enfant, c'est une vérité objective, comme l'exprime une répondante: il ne serait «pas mon enfant c'est *pas vrai*» (e-12) - mais on peut aussi décider de se détacher consciemment de «son» enfant en donnant ses gamètes. Les dons de gamètes, en accentuant la dimension biologique, placent devant deux possibilités: soit réfléchir à ses actes, au destin de l'enfant appelé à naître *via* le don et renoncer consciemment au lien et à la responsabilité à l'égard de sa progéniture... soit faire des gamètes des entités vidées de leur origine, des produits biologiques dépersonnalisés.

D'une façon semblable, le fait de voir ses embryons, et la possibilité de les faire circuler, tend à leur donner une qualité d'entités biologiques qui s'ajoute, dans l'appréhension de l'enfant, à la qualité symbolique et qui par ailleurs tend à rendre caduque la catégorie traditionnelle (où l'embryon est nécessairement mon enfant). Dans un cas comme dans l'autre, l'ancrage dans l'objectivité tend à désancrer (ou modifier) en partie le déjà là sans nécessairement cependant que le processus soit achevé en une nouvelle compréhension satisfaisante.

Dans les cas où le lien génétique (et en général le passage par le corps) n'apparaît pas nécessaire pour que l'enfant soit mien ou nôtre, donc où l'on ne conçoit pas l'enfant adopté comme étant moins désirable que celui dont on accouche, la façon dont on soutient le caractère naturel d'un mode de formation de la famille ou de l'autre inclut également une discussion à propos des gamètes, discussion qui est seulement inversée par rapport à l'argumentation plus courante. Les enfants, soutient-on, ne sont pas un spermatozoïde et un ovule au sens où cela ne compte pas, bien que ce soit une vérité objective.

Ainsi, du point de vue du lien à l'enfant, les NTR sont «naturelles» à la fois en termes objectifs et en termes de la tradition culturelle. Ces arguments permettent de soutenir l'argument principal du caractère naturel des NTR en termes normatifs, c'est-à-dire au plan de leur caractère raisonnable.

La référence aux gamètes non retouchés, invoquée dans un cas pour valider l'argument principal, repose sur la même mise à distance de l'enfant sur une base objective. L'enfant

doit être appréhendé, au moins en partie, en termes objectifs (de gamètes) pour que le fait de ne pas retoucher les gamètes puisse jouer comme un argument à l'appui du caractère raisonnable des NTR.

Les NTR sont donc naturelles, au sens de raisonnables, parce que (ou si)<sup>10</sup> elles demeurent dans les limites des buts pouvant être réalisés dans la nature (la procréation, point).

Avant de clore ce quatrième argument, il faut se demander comment est négociée la question des risques et problèmes des NTR, impliqués par les procédures éliminées de la discussion sur la nature, du point de vue du caractère raisonnable des NTR (ou de leur caractère «artificiel limité»). Etant donné l'équation naturel = raisonnable (où la nature s'oppose à la Technique), l'évaluation coûts/bénéfices à laquelle on procède pour soutenir le recours ou le renoncement fait partie en effet des arguments liés à la question du caractère naturel puisqu'à travers ces calculs on montre que le choix est raisonnable au sens où il permet de demeurer dans les limites d'un projet non technique. En effet, généralement, la déraison ou la perte de contrôle sont moins relatives aux risques personnels que l'on prend qu'à la sortie de l'humain ou à l'entrée dans l'inacceptable (le purement technique). Dans ces «calculs», on place le but visé en avant-scène.

Les évaluations coûts/bénéfices ressortissent en partie, comme on l'a vu dans la discussion du premier argument, à l'extériorité impliquée par l'infertilité dans un contexte où non seulement d'autres solutions existent mais où elles sont discutées publiquement (et de façon contradictoire). Mais ces évaluations dépendent aussi de la connaissance acquise à propos des implications concrètes de ces possibilités en termes de risques physiques et psychologiques, de coût en argent, de démarches, de temps, etc.

Les comparaisons et les calculs coûts-bénéfices reposent sur une argumentation diversifiée en termes de bases de validité; cette argumentation dans plusieurs cas apparaît dans sa fragilité puisque, en définitive, tous les arguments qui pourraient être mobilisés ne peuvent être entendus, par les autres, que s'ils reconnaissent la légitimité du but. Or celle-ci est définie selon la valeur du but et non selon son caractère rationnel si l'on entend par là qu'il puisse être évalué sur une base strictement objective. Néanmoins, parce que, comme on l'a vu, le but est discutable, parce qu'il appartient à l'ordre du choix, des arguments sont invoqués sous la forme de comparaisons entre les coûts (de tous ordres) et les bénéfices

---

<sup>10</sup> Le «parce que» renvoie à ce qu'on a vécu ou su par d'autres ou en observant les médecins alors que le «si» se rapporte à la connaissance de la possibilité qu'il en aille autrement.

envisagés des diverses possibilités pour faire valoir le caractère rationnel ou logique du moyen choisi.

Dans la comparaison des NTR et de l'adoption, on fait valoir que les NTR présentent des risques physiques mais que l'adoption n'est pas dénuée de risques importants au plan des rapports à l'enfant; les risques de l'adoption sont connus par l'expérience de personnes de l'entourage. D'un autre côté, les NTR permettent de vivre une grossesse et l'accouchement (et l'allaitement), donc de vivre une expérience physique extraordinaire et d'avoir un enfant avec qui «bâtit depuis le début»; cet argument est principalement subjectif puisqu'il repose sur la valeur attribuée à l'expérience physique pour soi. De plus, les NTR sont lourdes mais l'adoption comporte aussi des «complications» en termes de procédures; les raisons reposent ici en partie sur des informations acquises par les médias ou par d'autres personnes ou directement auprès des services d'adoption<sup>11</sup> et en partie sur le caractère peu familier de l'adoption en comparaison de la médecine (complexe mais «connue»).

Le plus souvent, les comparaisons NTR/adoption ne sont pas soutenues par des arguments qui feraient valoir l'efficacité objective des deux moyens en comparaison de leur coût (notamment mais non exclusivement en argent). Dans un cas, par exemple, les «autres» font valoir que le recours à la FIV est moins avantageux que l'adoption puisqu'il implique un coût élevé en argent et des problèmes physiques sans, en contrepartie, fournir de garantie en termes de succès. Les autres considèrent ainsi que le recours à la FIV repose sur une erreur de calcul. Du point de vue de la femme concernée, c'est précisément le calcul opéré par les autres qui est erroné puisque l'enfant y est traité comme une marchandise; la complexité du désir d'enfant devant être comblé par la procréation (si possible) n'est pas comprise par les autres qui réduisent la question à une équation quasi mathématique et en éliminent la part émotive. De plus, un tel calcul réduit l'adoption à une action rentable, ce qui n'est pas moins gênant.

Dans un autre cas, le choix des NTR repose en partie sur un calcul économique selon lequel l'adoption est trop coûteuse (à quoi s'ajoute l'impossibilité de vivre l'expérience physique ayant une forte valeur) en comparaison des moyens médicaux. Il faut préciser que dans ce cas d'une part ce n'est pas à la FIV qu'on recourt et d'autre part que

---

<sup>11</sup> Plusieurs répondantes se sont informées à propos de l'adoption, celle-ci demeurant une possibilité à envisager en cas d'échec de conception à l'aide des NTR ou pour avoir un autre enfant si les NTR réussissent une première fois et qu'on ne veuille ou qu'on ne puisse pas y recourir à nouveau (notamment à cause de l'âge trop avancé). Par ailleurs, certaines femmes étaient inscrites sur des listes d'attente pour l'adoption locale ou internationale.

l'adoption (en Chine) aurait été choisie n'eût été de son coût (étant donné qu'il est possible d'adopter rapidement dans ce pays, soutient-on).

La prise en considération du coût en argent des diverses possibilités pour choisir entre elles au départ (une technique plutôt qu'une autre, une technique plutôt que l'adoption, une technique plutôt qu'une psychothérapie) est le fait de femmes jugeant leurs revenus insuffisants pour dégager immédiatement les sommes nécessaires. Cependant, le coût des moyens n'est pas le critère principal du choix même dans ces cas.<sup>12</sup> Quand on est engagée depuis longtemps dans des traitements sans succès ou dont le succès est mitigé, le coût (élevé à la longue) peut devenir une des raisons justifiant l'abandon des traitements même si l'on ne considère pas avoir de problèmes financiers. Avec le temps, continuer à dépenser de fortes sommes peut prendre figure de non sens. Bien qu'il tende à lui ressembler, le calcul n'est pourtant pas identique à celui que les «autres» font parfois puisque généralement on aura obtenu quelque chose dans le processus, à savoir la satisfaction d'avoir essayé ou une paix de l'esprit. Ce sont les dépenses à venir et non celles déjà encourues qui n'ont pas de sens.

La comparaison entre les NTR et d'autres genres de traitements médicaux plus courants repose, quant à elle, sur le même type d'arguments que la comparaison entre les risques et problèmes des NTR et le but visé, soit (ultimement) la procréation d'un enfant. Dans la première comparaison, on banalise les NTR par le truchement de l'entente qui règne en général dans la société à propos du caractère raisonnable des traitements médicaux visant à aider ou à soulager les personnes. De ce point de vue, les risques et problèmes des NTR ne sont pas d'une autre nature que ceux résultant d'autres traitements - même s'ils sont pénibles - s'ils sont la contrepartie d'un moyen permettant d'atteindre le but (obtenir le type d'aide ou de soulagement spécifique à ces moyens). Dans la seconde comparaison, les risques et problèmes sont spécifiés au plan de leur contenu, contrairement à la première comparaison (où les NTR sont semblables à d'autres traitements banals, y compris en termes de problèmes). Ces risques et problèmes sont connus à travers les lectures, les échanges avec les médecins et infirmières et avec d'autres femmes, l'expérience vécue personnellement; il n'y a pas de doute à propos de leur existence.<sup>13</sup> L'argument ici ne

---

<sup>12</sup> Le coût des techniques et de l'adoption internationale (dans plusieurs pays à tout le moins), pour les femmes de ce groupe ayant les revenus les moins élevés (si l'on tient compte des revenus des ménages), prend figure de contrainte jusqu'à un certain point. On pourrait penser, en conséquence, que l'invocation du choix est oublieuse de cette contrainte. Mais étant donné que le coût n'est pas seul en cause, l'argument du choix peut en effet être invoqué.

<sup>13</sup> On peut penser que l'affirmation d'une absence de risques de la part des personnes informées et expertes serait bien plus susceptible d'être mise en doute. Comme je l'ai noté au point 6.1, la présentation des

visent pas toutefois à expliquer ces risques et problèmes mais à expliquer pourquoi ils ne pèsent pas suffisamment dans la balance pour rendre le recours déraisonnable. L'argument, comme dans la première comparaison, met le but en évidence. L'enfant «vaut la peine» ou les risques (d'autant plus que dans la plupart des cas en question il s'agit justement de risques).

On peut souligner ici que dans le cas où la femme a décidé de ne pas recourir à la FIV, le calcul mettait dans la balance d'un côté les risques physiques et surtout psychologiques (l'échec possible) et de l'autre la procréation. La gravité des risques était évaluée à l'aune d'une intervention médicale lourde subie antérieurement et dont la femme n'était pas entièrement remise. Si les risques sont appréhendés de façon objective au plan de leur contenu (comme dans les autres cas), leur gravité est jugée relative: c'est pour soi que les risques sont trop élevés. Ce cas éclaire les autres de façon inattendue; le raisonnement est du même type puisque l'on soutient que faire la FIV dans d'autres circonstances que les siennes, malgré ses risques, est (justement) un beau risque à prendre.<sup>14</sup> Autrement dit, le but peut valoir la peine. Le point de vue à partir duquel le but est observé et comparé aux risques est identique à celui que l'on trouve dans les autres cas.

Cette même femme, qui a finalement opté pour l'adoption, éclaire à nouveau les autres cas en exprimant la différence entre le but maintenant poursuivi (en adoptant) et le but antérieur (en procréant), l'adoption étant un don fait à un enfant (altruisme) en même temps qu'un moyen d'avoir un enfant (égoïsme). En marquant la différence, elle montre que le but est lui-même l'objet d'un «calcul» (bien que ce terme soit peu approprié ici) et peut en effet prendre l'allure d'un choix fondé sur des arguments, qui n'ont cependant rien d'objectif.

On retrouve ici la question de l'égoïsme/altruisme et, surtout, on retrouve l'étrangeté ressentie devant cette vision binaire. Dans plusieurs cas, on est placée en porte-à-faux puisque si avoir un enfant et si le moyen utilisé sont des choix, d'un autre côté avoir un enfant et procréer (plutôt qu'adopter) n'est pas ressenti comme un choix entre des solutions également valables mais comme un «besoin», comme une réponse à une exigence existentielle. Dans un cas en particulier (le seul où les risques et problèmes de la technique utilisée - la FIV - sont jugés trop élevés mais insuffisants pour abandonner),

---

risques par les médecins et infirmières semble faire partie des motifs pour accorder sa confiance aux médecins, pour juger de leur compétence.

<sup>14</sup> «je suis vraiment pas contre des choses comme ça si, t'sais si ça peut aider du monde à être heureux et tout, (...) c'est pas une question que j'étais contre ça que je suis pas allée, (...) c'est plus psychologiquement pis médicalement pis physiquement tout ce que tu veux. C'est pas la morale de ça parce que je trouve ça bien (...). C'est beau de s'embarquer dans ça, c'est un risque là pis...» (e-11)

cette exigence est exprimée aux «autres» *en même temps* que la détresse devant les risques et problèmes, ce qui est, au sens littéral, incompréhensible pour la plus large partie des autres. Ce qu'on oppose à l'expression simultanée de ce besoin et de cette détresse est un appel à la raison... c'est-à-dire ici à un calcul rationnel et à la maîtrise de soi, de ce besoin. Or c'est aussi ce qui précisément ne peut pas être entendu.

Ce cas, exceptionnel parmi les répondantes en ses traits quasi tragiques, n'est pourtant pas si marginal en son fond. Non pas que toutes considèrent comme un besoin (quasi) naturel de procréer ni en général ni pour soi (on conçoit que la maternité n'est pas une nécessité pour les femmes puisque des femmes font le choix de ne pas avoir d'enfant). Mais pour toutes, choisir d'avoir un enfant n'est pas une question qui souffre d'être soumise à un calcul quantitatif même si on peut invoquer des raisons (ce qui signifie que cette question peut être soumise à la compréhension, que c'est une question à propos de laquelle on peut réfléchir pour comprendre et clarifier ses raisons). C'est ce pourquoi l'argumentation apparaît précaire, comme si on savait qu'elle ne parviendrait jamais à être solide. Comme si on savait que le risque couru avait quelque chose d'excessif et en conséquence ne pouvait être compréhensible par quiconque ne ressent pas l'exigence, ou par quiconque ne craint pas le vide ou l'insécurité où plonge une vie sans enfants, une vie sans «mode d'emploi».

### **Conclusion**

Le point de vue sur les divers éléments constitutifs de la représentation recourt aussi bien au savoir objectif, qu'à des normes et à l'expérience; ces bases de validité sont constitutives d'un point de vue subjectif. Cette subjectivité cependant se montre clairement comme une intersubjectivité puisque le point de vue est le résultat d'une confrontation avec d'autres points de vue, convergents ou divergents.

La représentation est marquée par une forte intellectualisation et en même temps par un haut degré d'émotivité, les deux aspects se nourrissant réciproquement. Les NTR-moyens de contrôle renvoient à cette double tête: les éléments positifs (contrôle) le sont dans la mesure où ils sont rapportés au but visé *et* dans la mesure où ils se rapportent à une procédure qui répond elle-même au besoin d'avoir une prise sur sa vie. En d'autres termes, il ne s'agit pas seulement d'atteindre le but (avoir un enfant, obtenir une certitude) mais de l'atteindre «correctement».

Il est frappant dans cette représentation qu'on accorde une importance fondamentale au choix, à la réflexion, au savoir. S'il y a une forte émotivité attachée à ces éléments, d'un



autre côté ils constituent la trame même des conditions rendant éventuellement tout discutable; ils provoquent donc une tendance à l'intellectualisation et à la mise à distance... tout en accroissant les possibilités d'incertitude, ce contre quoi il appert que l'on se bat (en cherchant à procréer). Le choix, la réflexion, le savoir (en tant qu'une des formes de l'action) sont des éléments qui sont nécessaires pour qu'on puisse justifier ce que l'on fait, pour que ce qu'on a fait (recourir ou non aux NTR) puisse être jugé «sensé» pour soi comme pour les autres. Il s'agit de normes, contraignantes et indiscutables. On ne trouve pratiquement rien dans les discours qui viendrait remettre en cause ces principes, sauf peut-être dans un cas où l'on se prend à regretter d'avoir agi en cherchant à savoir s'il y avait un problème et en cherchant à savoir tout court, pour se rendre compte qu'«ils» n'en savent pas autant qu'ils le prétendent. Le doute surgissant du savoir (et le fondant en partie ou, en tout cas, justifiant qu'on veuille en savoir plus) ne remet pas en question ces éléments de normativité liés *au sens* même de ce qui est fait. Mais justement ces traits indiscutables accroissent les possibilités de doute ou de réflexion à propos (donc du point de vue des contenus) de ce qui risque de réduire l'application de ces traits, notamment ce que font ou non les médecins, ce qu'ils disent ou non. A ce titre, il est frappant que ce soit ce qui vient des médecins ou de la clinique qui fasse l'objet du doute et que ce soit ce qui vient d'eux qui exige qu'on «fasse» confiance; ils ont le fardeau de la preuve, contrairement par exemple aux média d'information (qui eux, il faut bien le dire, diffusent des informations parfois contradictoires). Il faut noter cependant que les enjeux les plus importants ou du moins les plus immédiats, à la fois en termes de risques et du but à atteindre, sont du côté de la clinique et des médecins (les risques comme l'eugénisme ayant un caractère général et lointain en comparaison).

On trouve un écart du point de vue de la validité entre ce qui provient des médecins et ce qui provient des autres femmes ayant vécu l'expérience de l'infertilité et des NTR. La validité accordée au savoir de ces femmes reflète elle aussi le mixte inextricable entre intellectualisation et émotivité. Ce savoir en effet est digne de confiance du fait de la proximité, de la reconnaissance de soi dans les autres femmes. Il s'agit d'une confiance en l'émettrice renvoyant à l'émotivité, à une forme de l'être ensemble. En même temps, ce savoir vaut parce qu'il est cohérent avec, notamment, une compréhension déjà là des procédures et de la procréation en termes physiologiques, donc parce qu'il est cohérent avec un savoir de type objectif incorporé et, par ailleurs, il vaut parce qu'il est cohérent avec une appréciation des intérêts vus comme tels (identiques *versus* ceux des médecins).

Enfin, la question de la «nature» est traitée elle aussi de telle façon qu'elle intègre intellectualisation et émotivité. D'une part, les critiques adressées à la technique (ses

risques) sont insérées dans la représentation, on en tient compte et dans certains cas on les relativise. L'ambivalence à l'égard de la technique découle de cette prise en considération des discours critiques aussi bien par ailleurs que de l'expérience personnelle et de la «convention» (ce quasi automatisme qui fait voir un risque dans la science et la technique, quasi réflexe qui est en même temps fondé en partie sur des faits). D'autre part, la forte liaison entre intellectualisation et émotivité apparaît dans la façon dont on défend le caractère naturel des NTR. D'un côté, on cherche à montrer la logique de son action, les raisons la justifiant (dans les calculs coûts/bénéfices par exemple). Comme je l'ai noté, ces raisons peuvent être invoquées face aux «autres», mais en même temps l'impression qui s'en dégage c'est qu'elles sont secondaires ou qu'elles servent simplement à montrer le caractère raisonnable de l'action. Or le «raisonnable» recoupe largement la «nature», en tant que les deux s'opposent à - une partie de - la Technique. L'intellectualisation devient elle-même investie émotivement, de la même façon que ces autres éléments qui peuvent lui être associés: la planification, le contrôle et bien sûr la réflexion, le savoir.

En résumé, le point de vue sur l'objet emprunte à de multiples sources pour constituer une représentation valide et formant un tout cohérent. Ce qui vaut, en termes d'arguments, est souvent le résultat d'une confrontation aux autres dont le point de vue est en quelque sorte analysé avant d'être conservé ou rejeté. Par ailleurs, ce qui vaut c'est aussi un savoir de type objectif, incorporé pour constituer une partie du savoir personnel. Ce savoir de type objectif, surtout biomédical, ne vaut pas forcément parce qu'il sort de la bouche de médecins, ceux-ci étant *a priori* ou à la longue objets de méfiance. Autrement dit, ce n'est pas la confiance en un émetteur identifiable qui rend valide ce qu'ils disent mais la cohérence entre ce qui est su (déjà su ou appris d'autres sources) et ce qu'ils disent. Il s'agit ainsi d'une validité accordée au savoir objectif en général, en tant que source - partielle - de sens ou d'explication globale. La confiance en la haute technologie, quant à elle, est moins sinon aucunement négociée. S'il souffle un vent de confiance à l'égard de ses capacités positives, elle comporte en même temps des risques. Enfin, les zones les moins négociées ont trait à des normes reliées à la procréation (la planification/réflexion *versus* l'accident ou le coup de tête), à l'autodétermination (le choix, l'absence de contraintes pour décider, l'importance de s'informer, cependant ces traits s'ils ne sont pas remis en question sont néanmoins vus comme tels à la lumière des discussions avec les autres) et à l'action (principalement la nécessité d'agir).

Par ailleurs, la connaissance subjective est souvent vue comme telle dans cette représentation, suite à la confrontation aux autres. Ceci signifie que le point de vue vaut

comme une vérité stable *pour soi*, d'autant plus si ce point de vue tient compte ou comporte des références à des limites ou à des critiques.

## **CHAPITRE 7 LES NTR-EXCES**

### **Introduction**

Cette seconde représentation donne à voir des NTR une image inversée de celle qui se dégage de la première représentation, sur un fond cependant qui emprunte en partie, apparemment, aux mêmes sources. Les NTR sont essentiellement présentées comme de l'excès sous forme de procédures techniques. Excès parce qu'elles signifient une perte de contrôle pour les individus et pour la société, excès parce qu'elles portent des risques sur divers plans. On pourrait dire que ce que j'ai appelé la seconde face des NTR, vue dans la première représentation mais placée en mode mineur, occupe ici toute la scène; et, dans cette représentation, c'est encore la FIV qui joue le rôle de la technique exemplaire, symbole par excellence de l'excès.

Dans un premier temps, la représentation des NTR-excès sera exposée. D'abord, je présenterai rapidement la situation de départ de laquelle on peut déduire les finalités poursuivies à travers la construction de cette représentation. Ensuite, les divers éléments constitutifs de la représentation feront l'objet d'une description détaillée. Dans la seconde partie du chapitre, j'exposerai les bases de validité des arguments mobilisés pour soutenir la représentation.

### **7.1 La représentation des NTR-excès**

#### **7.1.1 La situation de départ: l'impossible procréation naturelle**

La situation donnant lieu à la représentation, ce à quoi on fait face et qui mène à produire cette représentation, est marquée par l'atteinte pratiquement irréparable, causée par l'infertilité, au projet originel qui consiste à procréer naturellement, c'est-à-dire ici soi-même avec son conjoint. Ce qu'il faut faire face à cette situation, c'est de montrer la légitimité de ce projet originel, de conserver la primauté de la «nature». Autrement dit, étant donné le sens de «nature» ici, comme on le verra, la finalité visée par la représentation consiste à sauvegarder l'intégrité de l'individualité contre la technique. Les NTR sont donc essentiellement représentées comme des atteintes excessives à l'individualité/nature. Ce qu'on s'efforce de montrer à travers la construction, c'est que les NTR sont incomparables à la procréation naturelle, qu'elles sont essentiellement problématiques au plan symbolique comme au plan de leur action technique et de leurs impacts à divers niveaux.

Dans les deux cas concernés, on a eu recours à l'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD), suite à des examens ayant conduit à identifier des facteurs d'infertilité. Dans un cas, le recours à la médecine survient suite à des essais de conception infructueux. Les examens n'ont permis d'identifier qu'avec incertitude un facteur d'infertilité. Les essais d'IAD ont été abandonnés après trois mois, sans qu'une grossesse soit survenue. Dans l'autre cas, c'est suite à l'autoexamen des testicules, au cours duquel on a décelé une bosse, qu'on recourt à la médecine. Le couple ne tentait pas de procréer à ce moment. Les examens médicaux ont permis d'identifier une varicocèle mais, surtout, une azoospermie (absence de spermatozoïdes).

Ces éléments des situations concrètes à l'origine du recours ont, jusqu'à un certain point, peu à voir avec la façon dont on construit ici la représentation. Ce qui confirme en un sens que la finalité de la représentation ne se confond pas avec les finalités du recours aux NTR, bien que généralement il y ait des recoupements entre elles. En effet, ici, la représentation est en quelque sorte «coupée» de l'expérience; elle est davantage abstraite que la première représentation. Si l'on observe les actions posées concrètement, on constate dans un cas que la représentation fonctionne par une relative négation de l'expérience vécue (le recours à une technique et l'abandon après peu de temps pour des raisons qui ne sont pas directement liées au caractère «excessif» des NTR tel qu'il est développé dans la représentation) et dans l'autre cas que la représentation devrait «logiquement» mener à abandonner le recours (logiquement parce que, dans ce cas, les justifications du recours sont à la limite de la cohérence - elles exigent de procéder à une «gymnastique sémantique» très complexe - et, surtout, le recours n'est vécu apparemment que comme une violence). C'est dans la seconde partie du chapitre (7.2) que je m'attarderai aux conséquences de ce détachement relatif entre la représentation et l'expérience puisque cela concerne davantage le mode de connaissance que son contenu même, en autant qu'on puisse les distinguer.

Dans cette seconde représentation, l'attitude face aux NTR est radicalement négative. Aussi, pour construire la représentation, on retient les éléments qui permettent de soutenir cette attitude ou on les module de façon à en montrer les aspects dangereux ou excessifs (donc négatifs).

### 7.1.2 Au coeur des NTR-excès

Les NTR «sont» de l'excès. Ce trait central est développé en deux dimensions principales qui feront l'objet des pages suivantes. D'abord, les NTR sont excessives étant donné qu'elles sont le signe d'une perte de contrôle; elles symbolisent de par leur existence même cette perte de contrôle qui équivaut ici en partie à une perte de la raison. Ensuite, de par leur action concrète, au plan des procédures mêmes, les NTR outrepassent les limites du raisonnable. Avant d'aller plus loin, il faut signaler que ces deux dimensions se recoupent constamment, le propos, peu importe de quel aspect il est question, cherchant constamment à mettre en lumière une seule et même chose, l'excès.

#### 7.1.2.1 Les NTR signe de la perte de contrôle

De la même façon que dans la représentation précédente, les NTR sont associées à la sphère de la technologie et de la science. Ce classement fait fonctionner *a priori* les NTR au plan symbolique en les plaçant sur un plan opposé d'emblée à la «nature». Cette association donne aux NTR un trait excessif, la technologie et la science étant porteuses de risques davantage que de progrès. De ce point de vue, les NTR sont un symbole d'empêchement plus que de capacité. Ce trait est développé de manières différentes, selon les cas, en accentuant le caractère «empêchant» au plan individuel ou au plan social (ou de l'individu socialisé).

Ainsi, dans un cas, les NTR symbolisent l'incapacité à procréer soi-même normalement ou naturellement. Leur existence est le signe d'un échec des personnes. Le recours à la technique exige néanmoins de voir dans les NTR un minimum d'espoir. Cependant, cet espoir n'est pas relié au fait que les NTR soient de la «technologie» mais plutôt au fait que la technique utilisée donne accès à quelques unes des dimensions les plus importantes de la procréation à savoir un lien génétique d'un côté, la grossesse et l'accouchement sans interventions trop invasives, ces trois dimensions n'en faisant qu'une en fait qui est la démonstration de sa capacité à procréer. C'est la réalisation d'un tel projet et seulement elle qui justifie le recours à la technique, bien que, comme on peut le constater, ce projet soit amputé de son caractère parfaitement «autonome». D'où la persistance à classer les NTR dans ce qui «empêche».

Dans l'autre cas, les NTR symbolisent l'incapacité à accepter le verdict de la nature. Les NTR deviennent ainsi un symbole de la société technologique -qui force constamment la nature - et de son corollaire, l'individualisme, qui se manifeste par la volonté excessive et

déraisonnable de réaliser ses désirs au détriment des intérêts collectifs. La perte de contrôle se rapporte ici à un manque de maîtrise sur soi de la part des individus socialisés dans cette société technologique. L'existence même des NTR signale les contradictions de la société actuelle puisqu'elles cohabitent avec l'existence d'un grand nombre d'enfants déjà nés et sans parents et, en conséquence, «ayant besoin de tout» (e-8). Les NTR constituent un signe de dégénérescence d'une société technologique qui, à travers les individus, ne sait plus raisonner en termes collectifs et qui ne voit pas ses contradictions.

De ce dernier point de vue, les NTR ne constituent pas un progrès, la société n'«avance» pas. La comparaison avant/maintenant à laquelle on procède ici propose une vision de cette société. On met l'accent sur la perversion induite par un changement de valeurs, lequel serait largement tributaire du développement de la technologie. C'est une version nostalgique de l'histoire mais, contrairement à celle que l'on trouve dans la première représentation, elle ne porte pas sur les causes des problèmes de fertilité mais sur les rapports individus/société; autrement dit, on ne met pas l'accent sur la plus grande fertilité et les facilités d'adoption mais sur les valeurs qui prévalaient «avant», donnant à voir un monde moins individualiste. La comparaison se fait par une accentuation des qualités de la société d'«avant» et des défauts de la société de «maintenant», les deux sociétés se distinguant selon la présence ou l'absence des NTR. La société d'avant permettait aux personnes sans enfants d'avoir des contacts fréquents et même quotidiens avec des enfants parce qu'on ne vivait pas comme maintenant «replié dans nos petites familles nucléaires» et parce qu'on ne désirait pas autant que maintenant avoir ses choses à soi. La plus grande facilité à adopter des nourrissons, dans le monde d'avant, est mentionnée mais on n'y insiste pas. Les gens sans enfants, dans ce monde d'avant, ne sont pas présentés comme des personnes malheureuses, notamment parce que les contacts avec les enfants, dit-on, étaient davantage possibles que maintenant.

«Quand on regarde l'évolution de, quand les techniques de reproduction n'existaient pas il y avait une régulation qui se faisait, c'est pas le bon mot là, il y a des femmes qui pouvaient pas avoir d'enfant qui, bon l'adoption était peut-être plus facile, c'était peut-être plus facile d'aller chercher des bébés naissants (...). Il y avait peut-être tout ça là qui jouait mais il y avait aussi la façon dont les familles vivaient qui faisait que tu étais en présence d'enfants de façon plus courante que maintenant où on vit replié dans nos petites familles nucléaires pis qu'on voit de temps en temps des frères et soeurs qui ont des enfants mais c'est pas, le contact, moi je peux pas dire que j'ai des contacts quotidiens avec des enfants, j'ai des contacts sporadiques avec des enfants. Dans un autre type de société j'aurais pu même sans avoir d'enfant avoir des contacts quotidiens (...).» (e-8)

Il ressort de la comparaison un constat un peu désespéré sur le monde de maintenant condamné à un développement technologique illimité et à haut risque (puisque l'accès aux

enfants des autres est limité) et qui exige davantage des individus pour refréner des désirs d'autant plus puissants qu'ils sont alimentés par le développement technologique (puisque le changement de valeurs pousse à la réalisation des désirs). En même temps, c'est une esquisse d'une explication critique du développement des NTR (qui le justifie jusqu'à un certain point) et de leur pouvoir d'attraction que l'on dessine par cette comparaison.

On insiste en effet beaucoup sur ce pouvoir d'attraction des NTR. En fait, on voit que les NTR sont perçues comme une source d'espoir par les gens en général. Ce regard sur ce que sont, pour les autres, les NTR repose bien entendu sur un point de vue inverse: les NTR - et surtout la FIV qui fait office, ici comme ailleurs, de symbole par excellence des NTR - sont de faux espoirs, font miroiter des illusions par la voix de médecins qui sont parfois plus malhonnêtes que sincères. C'est également sur ce plan que les NTR symbolisent une perte de contrôle.

«Paradis artificiels» (e-13), les NTR/FIV semblent pouvoir produire des effets hallucinogènes; la comparaison avec les stupéfiants est accentuée par les montants excessifs déboursés par ceux et, surtout, celles qui sont réputés s'accrocher à la technique comme les toxicomanes à leurs drogues. Dans cette représentation, l'emprise de la technique et les effets délétères d'une telle emprise constituent une des dimensions centrales de la technique et, par conséquent, un des aspects suscitant le plus de critiques. La FIV en particulier est associée à un désir d'enfant «maladif» des parents et surtout des mères, désir présentant un risque pour l'enfant qui en naîtrait (trop désiré). Le désir d'enfant est perçu, dans un cas, comme étant raisonnable s'il peut être comblé par une technique comme l'insémination avec donneur (comme c'est le cas ici), moins invasive que la FIV; il offre même une sorte de garantie pour l'enfant (on retrouve le même type de raisonnement que dans la première représentation où le désir ou la volonté d'avoir un enfant sont garants de son bien-être):

«Quand ça reste au niveau des inséminations ok? je me dis ben c'est quelque chose de bien parce que ça va aider un couple qui veut vraiment un enfant d'en avoir un pis s'ils le veulent vraiment ben ils vont bien s'en occuper pis bon tout ça. Mais quand ça dépasse les... les inséminations c'est-à-dire si ça va au niveau de l'insémination *in vitro* ou en tout cas tout ce qu'il peut y avoir d'autre comme procédures de fertilisation je trouve que c'est de l'acharnement, de l'acharnement thérapeutique.» (e-13)

En fait, les NTR/FIV semblent avoir le pouvoir d'amputer les personnes de leur capacité de réfléchir et de prendre une décision éclairée, laquelle irait dans le sens d'un refus de recourir à la FIV (ou à d'autres techniques et sur de longues périodes). Ainsi, le portrait tracé des personnes recourant à la FIV ou à d'autres techniques invasives les présente



comme des personnes ayant perdu leur faculté de réflexion et de raisonnement, comme des émotions pures, à la merci du chant des sirènes médicales et scientifiques. A ces personnes portant une «étrangeté» on ne peut s'identifier:

«(...) ce que j'essaie de faire quand j'ai mes silences j'essaie de me mettre dans la peau d'une femme qui veut absolument absolument, j'ai tellement pas ressenti ça ce besoin absolu de focus complet sur le fait de quand, j'en ai vu des reportages sur des femmes comme ça. J'ai de la misère à adhérer à ce sentiment ce désir si fort qui mobilise tout là, tu as l'impression que leur vie est brisée si ça ne se réalise pas, (...) c'est la science (...) qui tente ces personnes-là qui sont démunies, qui sont complètement désorientées par le fait de pas pouvoir avoir d'enfant (...) J'irais presque à dire que parfois je trouve ça presque maladif, je trouve le désir d'avoir un enfant presque maladif.» (e-8)

«Il y a un côté, mettre toutes ses énergies pis centrer tout là-dessus en en gardant pas un petit bout pour examiner ça pourrait être quoi si ça se produit pas,... moi je pense qu'il faut que il faut apprendre à accepter des choses qui sont peut-être pas faciles à accepter mais qu'il faut les accepter et voir ce qu'on peut faire d'autre, ce qu'on peut... Des fois j'ai comme l'impression que on est tellement habitué d'aller chercher pis d'obtenir tout ce qu'on veut que quand ça marche pas on est comme des bébés qui veulent absolument avoir leur truc pis quand ils sont pas capables qu'ils perdent tout raisonnement.» (e-8)

«Je vois ça vraiment [rire] là c'est, c'est comment je dirais, c'est très froid là la façon que je vois ça mais c'est vraiment ma perception de la fécondation *in vitro*. C'est quelque chose que je ferais jamais. Pis que je trouve, je trouve ça ridicule celles qui s'embarquent là-dedans.» (e-13)

«Je trouve que les médecins jusqu'à un certain point, bon sûrement qu'à travers ces expériences-là que les femmes vivent font sûrement de la recherche ou accumulent sûrement des informations, ça c'est sûr sûr sûr ils doivent pas faire ça de façon... d'emblée comme ça là puis je trouve que c'est malhonnête jusqu'à un certain point, c'est aller... c'est aller prouver ou démontrer des techniques sur le dos des gens, t'sais sur le dos de personnes innocentes qui dans le fond eux autres tout ce qu'ils veulent c'est un bébé, pis au lieu de leur dire carrément ben écoutez t'sais peut-être que vous avez pas... en tout cas je sais pas ce que je répondrais là mais peut-être que vous êtes pas faits pour avoir un enfant ou il y a des raisons qui fait que vous pouvez pas avoir un enfant puis d'arrêter là. Pas d'offrir un petit paradis artificiel comme ça qui coûte ben cher, qui est douloureux puis que dans le fond je veux dire je connais pas le taux de réussite mais ça me surprendrait que ça soit un taux de réussite effrayant au niveau de je parle surtout de l'*in vitro* là pis de l'insémination là peut-être.» (e-13)

Le recours aux NTR/FIV signifie, en d'autres termes, une perte de contrôle sur soi au profit de la technoscience et des médecins qui réussissent à attirer dans leur antre des personnes obnubilées par leur désir pour expérimenter des procédés sur elles ou, de façon moins diabolique, qui poursuivent des visées pouvant être perverses et prendre la forme de l'eugénisme. L'image proposée des femmes (on ne parle pas des hommes) *recourant à la FIV* en est une de femmes démunies, désorientées, manipulées par la science ou par les

médecins, sans contrôle d'elles-mêmes, voulant à tout prix un enfant, incapables de réfléchir rationnellement à ce désir, etc. Bref, des femmes irrationnelles. Cette femme irrationnelle de la FIV est l'exacte opposée de l'image que l'on propose de soi: éclairée, réfléchie, prenant en considération les conséquences, capable de renoncer, etc.

Enfin, outre les individus (socialisés ou non, selon la vision développée dans chaque cas), la société est exposée aussi à la perte de contrôle à travers les manipulations génétiques et plus précisément l'eugénisme qui représentent un risque global porté par les NTR. On retrouvait le même raisonnement dans la première représentation. Cependant, contrairement à ce qui s'y produisait, ce risque n'est pas jugulé ici sur le plan du sens par une distinction en fonction des buts que devraient poursuivre les techniques. Autrement dit, ici on ne soutient pas que les techniques sont raisonnables si elles visent la procréation et excessives si elles poursuivent d'autres buts. Les NTR sont vues comme étant porteuses de ce risque global pour la société, risque résumé par «le meilleur des mondes» (e-8) en référence à Huxley. Selon les cas, c'est l'ensemble des NTR qui sont impliquées ou c'est principalement la FIV qui est porteuse de principes acceptables pour les animaux (une sélection eugéniste pour des raisons économiques) mais non transférables aux humains.

«Concernant l'insémination je pourrais te dire que c'est une forme de progrès, forme acceptable de progrès. Mais la technique *in vitro* je vois ça carrément comme de l'acharnement, c'est pas un progrès c'est de l'acharnement. Je me dis... (...) je suis prête à l'accepter pour les animaux, pour des raisons vraiment d'obtenir une telle race ou pour des raisons vraiment précises d'agriculture ou de je sais pas trop là mais chez les humains je suis pas prête à transférer les mêmes principes. Non.» (e-13)

L'exclusion relative de l'insémination («forme *acceptable* de progrès»<sup>1</sup>), dans le passage cité, répond à la nécessité de maintenir un écart entre l'insémination et la FIV parce que la technique utilisée, l'insémination avec donneur, doit pouvoir être justifiée minimalement. L'eugénisme («obtenir une telle race»), tare de la FIV, ne peut pas, par conséquent, être le fait de l'insémination artificielle. Le risque d'eugénisme est nommé plutôt que développé; sa mention suffit à faire jouer les NTR symboliquement comme de l'excès.

---

<sup>1</sup> Dans l'entrevue d'où est tirée cette citation, le terme «acceptable» ne donne pas à l'IAD un contenu autre que «moindre mal», et encore. La façon dont l'IAD est présentée, *quand il ne s'agit pas de la comparer à la FIV*, éclaire son caractère peu positif. L'IAD n'est que moins pire que la FIV, elle *n'est qu'acceptable*. En maints endroits, en fait, l'IAD est présentée de telle façon qu'elle comporte des caractéristiques très semblables à la FIV. En bout de ligne, l'asymétrie renvoie à une «gymnastique sémantique» visant essentiellement à justifier le recours à l'IAD, procédure qui n'échappe pas totalement d'ailleurs à la répondante: «[l'IAD] c'est une forme acceptable [de progrès], c'est-à-dire que... comment je dirais ça, peut-être parce que j'y ai recours là... c'est une forme acceptable parce que je me dis bon... ça se rapproche de la conception naturelle (...).»

La dimension symbolique des NTR, c'est-à-dire leur caractère de signes de perte de contrôle et donc d'excès, est bien sûr liée aux aspects plus proprement techniques. Cependant, ces aspects techniques des NTR sont seconds jusqu'à un certain point dans la construction de cette représentation. On retrouvait cela dans certains cas de la première représentation qui ont pour point commun avec les présents cas une expérience relativement brève et limitée des techniques (en termes donc de la diversité des techniques utilisées et de la durée de l'engagement dans des essais procréatifs via la technique). Il semble que le fait d'avoir expérimenté largement et assez longtemps les techniques ou la médecine de la reproduction favorise une élaboration des NTR largement alimentée par les aspects techniques concrets. Dans les présents cas, l'expérience de la technique vient bien sûr colorer la représentation mais l'impression qui se dégage de la construction c'est qu'elle « ignore » partiellement cette expérience: dans le cas où l'on prône l'abstention, l'expérience du recours à la technique est plus ou moins niée; dans l'autre cas, l'expérience (encore en cours) semble être lue à la lumière d'une construction déjà établie qui ne peut être révisée par l'expérience. Ainsi, les efforts de construction, contrairement à ce que l'on trouve dans la représentation précédente, visent moins à organiser les aspects concrets de techniques complexes et risquées de façon à ce que le recours soit justifié puisque le recours est lui-même problématique. Plutôt, les efforts de construction sont axés principalement sur la justification du caractère excessif des NTR qui ôte sa légitimité au recours effectif à la technique. En d'autres termes, c'est le problème de l'écart entre la représentation des NTR comme excès et le fait d'avoir (eu) recours aux NTR qui doit être résolu à travers les efforts de construction. On pourrait dire que la tâche est plus simple dans le cas où une attitude positive (ou relativement positive) à l'égard des NTR accompagne le recours aux NTR.

#### **7.1.2.2 Les NTR: des interventions excessives**

Cette seconde dimension peut schématiquement être divisée en deux aspects à travers lesquels est nourri le trait central d'une opposition irréductible entre la technique et la nature. Le premier aspect concerne l'action effective des techniques et leur champ d'action, c'est-à-dire leur capacité de produire un effet dans la procréation (en tant que processus biologique et en tant que réalité déjà construite) et sur les personnes engagées dans ces traitements. Le second aspect porte sur les risques et problèmes découlant des interventions techniques. Etant donné la tendance à voir les techniques comme des problèmes, il va sans dire que le premier aspect est développé de telle façon que ses éléments constitutifs apparaissent largement problématiques même si l'on n'y parle pas directement des problèmes découlant des interventions.

*Une action invasive*

Dans les cas concernés ici, on trouve une claire dissociation entre les traitements conventionnels de l'infertilité visant la guérison et les NTR, de même qu'entre les tests d'investigation et les NTR. Les premiers termes sont associés à la médecine, à des médecins aidants, cherchant à trouver les causes soit de l'infertilité constatée suite à des échecs de conception, soit d'un problème chez le conjoint constaté dans d'autres circonstances et menant à la stérilité. En comparaison, les NTR relèvent davantage de la science; les médecins qui les pratiquent prennent davantage les traits de chercheurs, de scientifiques. Les actes posés à travers la recherche des causes ne sont pas de la même nature que les NTR qui suivent ces actes. En ce sens, l'investigation n'est pas classée dans l'excès, il est raisonnable et justifié de vouloir connaître le problème (d'identifier les causes de l'infertilité) et de tenter, si c'est possible, de réparer, de guérir à la source même de façon à ce qu'on puisse, ensuite, procréer naturellement. Le fait que les NTR ne guérissent pas les rend différentes fondamentalement d'autres types d'interventions médicales.

Ces premiers traits, par ailleurs, montrent que la procréation est considérée comme un processus biologique sur lequel on peut intervenir.<sup>2</sup> Par conséquent, l'infertilité est définie comme un problème ayant des causes physiologiques et donc comme un problème relevant de la médecine. Cependant, il faut déjà nuancer: si l'infertilité est située dans le corps mais qu'on ne peut y répondre que par les NTR (ou par la FIV), elle devient une «fatalité», une donnée de la nature à laquelle il faut en quelque sorte s'abandonner parce qu'on ne peut être certain de la raison ultime pour laquelle l'infertilité apparaît; puisque la nature joue un rôle dans la procréation, forcer la nature en recourant aux NTR, et surtout à la FIV, constitue un risque d'outrepasser des limites que la nature a peut-être des raisons de fixer.

«(...) je trouve qu'il y a des limites un moment donné, je trouve que... T'sais tu vois des femmes qui s'acharnent, qui s'acharnent, qui veulent des enfants mais tu te dis t'sais c'est... Je le sais pas. Des fois il y a (...) peut-être une raison naturelle qui fait que tu devrais pas avoir d'enfant ou t'sais tu devrais pas mettre au monde un enfant pour telle ou telle raison t'sais pis, ben là c'est ça il y en a qui ont toujours espoir mais toujours vouloir s'acharner moi je trouve que c'est aller contre la nature jusqu'à un certain point.» (e-13)

«Je trouve qu'il y a un côté nat[urel], la nature a un rôle à jouer et quand ça se produit pas il peut y avoir des raisons qu'on connaît pas et, pourquoi forcer les choses.» (e-8)

---

<sup>2</sup> D'ailleurs, l'usage de moyens de contraception fait foi de cet accord avec un certain degré d'intervention dans le processus naturel.

Il n'est pas très clair si la «nature» est strictement limitée aux forces naturelles ou si elle a quelque parenté avec des forces extranaturelles (ou surnaturelles):

«Il y a un... sans dire que nos destins sont écrits, il y a... peut-être des raisons qui font qu'on peut pas en avoir d'enfant.» (e-8)

L'action des techniques (et surtout de la FIV) est, dès l'abord, potentiellement problématique étant donné que le problème de fertilité a peut-être des causes qu'on ne peut saisir.

Par ailleurs, l'action des personnes recourant aux techniques est limitée ici à la prise de décision précédant le recours; la décision est prise par le couple suite à des discussions. L'action précède donc le recours plutôt qu'elle n'est insérée dans le processus technique. J'écris que la décision du recours est prise par le couple mais en fait les choses se présentent de façon plus complexe. C'est partiellement vrai pour les cas présents mais en même temps, en général, les personnes recourant aux techniques (et surtout à la FIV) sont plutôt vues, comme je l'ai déjà noté, comme «subissant» l'emprise de la technique. Ainsi, dans un cas, on souligne que les médecins n'ont fait de pression d'aucune façon et qu'on a recouru de son plein gré à l'IAD mais qu'en même temps on ne le désirait pas vraiment. En ce sens, l'expérience vécue est ici retournée (on a décidé mais au fond on n'a pas décidé vraiment) pour appuyer l'idée générale que la technique exerce une force contre laquelle il est difficile de lutter.

«A ce moment-là on avait dit qu'on était prêt à aller jusqu'à l'insémination avec donneur mais en gardant ça secret pour nous et dans les faits, ce que je peux dire c'est que dans les faits même si on l'a vécu ça on n'était pas prêt à aller jusque là. Moi en tout cas j'étais pas prête à aller jusque là. (...) Je m'en suis rendue compte en le vivant. Pis, j'ai stoppé.» (e-8)

Dans l'autre cas, le recours à l'IAD est considéré comme pouvant reposer sur une décision éclairée des personnes mais pas le recours à la FIV; dans ce cas, c'est essentiellement la FIV qui exerce une emprise sur les personnes.

Les techniques agissent principalement à travers l'activité des médecins et autres professionnels médicaux. L'action est celle des autres sur soi, on subit - à divers degrés - les interventions. Contrairement à ce que l'on retrouve dans d'autres représentations, ici on ne «fait» rien (outre décider), on n'insiste pas du tout sur sa propre action ou alors on insiste sur l'absence des possibilités d'agir (ce qui constitue un des problèmes comme on le verra plus loin). En fait, la procréation semble être remise largement entre les mains des

médecins, et de la «nature» vu qu'en IAD il y a une part de «hasard» qui est conservée, contrairement à la FIV où l'on «traficote» (e-8) quelque chose avec le sperme et l'ovule.

L'acte même d'insémination est présenté de façon soit à le «banaliser», soit à le dramatiser. Dans le premier cas, les aspects techniques concrets ne font pas l'objet d'une importante élaboration; tout se passe comme si ces dimensions n'avaient une importance que du point de vue de la différence artifice/nature. L'IAD est présentée comme une procédure simple, pas longue et surtout pas spectaculaire mais néanmoins «mécanique» (e-8). Dans l'autre cas, la procédure est comparée à celle de la FIV: elle est plus simple, la main du médecin et la seringue remplacent le pénis, mais en même temps la procédure en est une où un inconnu injecte du sperme d'un inconnu; la procédure est technique et c'est ce qui lui donne son caractère dramatique puisque l'écart entre la procréation naturelle et l'IAD n'est pas gommé. Contrairement à ce que l'on trouve dans la première représentation, il semble ici impossible de transposer la procédure technique hors de la technique ou d'accentuer les dimensions de la procréation qui ne se rapportent pas à ce que fait la technique. Ainsi, on ne trouve aucune référence à la grossesse et à l'accouchement comme étapes principales de la procréation, ni non plus au projet d'enfant (étape précédant la technique), comme façons de dépasser la technique. On ne trouve pas non plus de transposition de ce qui se passe techniquement dans la sphère de l'action commune du couple (ici on ne fait pas un enfant «ensemble»). Ce qui est vu, dans les procédures d'IAD, c'est la technique, c'est la froideur mécanique. La seule aspérité à laquelle on puisse s'accrocher, dans un des cas, réside dans la possibilité de manifester sa capacité de créer un enfant ayant une partie de soi (à défaut des deux membres du couple). Ce point d'appui est très friable puisque si l'enfant a une partie de soi, donc si l'on peut parler en ces termes, c'est qu'il a une partie de quelqu'un d'autre qui n'est pas le conjoint. Autrement dit, le lien génétique, par lequel l'IAD pourrait être transposée minimalement hors de la sphère technique, ramène l'IAD dans la sphère technique: le donneur est toujours présent dans la seringue et la main du médecin, l'évidence que la procréation n'est pas «naturelle» prend ainsi toujours le devant de la scène. Il ne reste que «mon» lien génétique lié à «ma» capacité personnelle de procréer (à défaut de la capacité du couple, du conjoint), ce qui semble insuffisant pour compenser ce qui manque et ce qui pose problème, surtout si les IAD se soldent par des échecs répétés.

Pour résumer, la procréation à l'aide de l'IAD est une procréation technique, absolument différente de la procréation naturelle du fait à la fois de la procédure elle-même et, ce qui y est lié ici, de l'utilisation du sperme d'un autre homme que le conjoint. La procréation naturelle prend donc le sens de la procréation «naturelle» au sens technique du terme, si

l'on peut dire (des rapports sexuels fécondants) et au sens conjugal du terme (des rapports sexuels fécondants avec *cet homme-là*). En conséquence, procréer à l'aide des NTR/IAD signifie que la technique prend en quelque sorte toute la place, d'autant plus que le projet d'origine (avoir notre enfant, un enfant de nous, avoir un enfant normalement) ne peut pas vraiment être réalisé par la technique utilisée.

Le champ d'action de la technique dépasse ainsi largement le corps des femmes. L'épisode technique n'est pas qu'une simple parenthèse dans un projet de procréation et ne devient pas banal du point de vue de l'action produite. Au-delà du caractère pénible de l'IAD sur le plan de la manipulation du corps (j'y reviendrai au prochain point), au-delà des exigences concrètes des tests et des procédures (le temps, le coût, le stress,...), c'est ainsi la procréation en tant que réalité qui est affectée par l'action de la technique. Celle-ci change la procréation de telle façon que cette procréation est étrangère à ce qu'est la vraie procréation. Il y a une profonde différence de nature entre procréer naturellement et procréer via les NTR.

Mais c'est aussi soi-même comme personne entière qui est touchée par l'intervention technique, et ceci de diverses façons. En effet, dans un cas, bien qu'on attribue à la technique le pouvoir d'amputer de la capacité de réfléchir, on constate en même temps que, dans les faits, elle a permis (*pour soi*<sup>3</sup>) d'identifier la nature de son désir profond - avoir un enfant du conjoint et non un enfant «tout court» (e-8) - et qu'elle a ainsi donné l'occasion de faire un cheminement personnel et en couple. L'attribution à la technique de l'induction d'une réflexion sur soi (menant à renoncer à persister) est néanmoins marginalisée et elle permet de maintenir la technique dans sa case «excès» puisque c'est le caractère «acharnement» du recours, apparaissant à travers les procédures (et l'évidence que celles-ci ne permettent pas de réaliser le rêve), qui suscite la réflexion. Si l'on reconnaît, presque malgré soi, à la technique un effet de provocation de la réflexion, c'est cependant d'emblée que l'on reconnaît cette vertu à la démarche médicale précédant le recours à la technique comme telle. L'entrée dans l'espace médical semble devenir une occasion de faire un cheminement (en fournissant des repères ou des cadres pour réfléchir à la situation, l'évaluer, etc.). Le recours à la médecine (et non aux techniques) est apprécié plutôt que dévalué *pour cette raison* (il a permis de réfléchir). La distinction médecine/NTR permet de soutenir que les NTR (et non le recours à la médecine) sont excessives.

---

<sup>3</sup> Il faut y insister puisque, pour les autres, la technique n'est pas réputée produire cet effet.

Dans l'autre cas, la personne entière est touchée par l'action de la technique puisque chaque aspect de cette action révèle l'incapacité de procréer soi-même normalement, atteignant durement l'image de soi; les échecs de la technique deviennent des échecs personnels. J'ai mentionné cet aspect dans la partie précédente; il semble que les procédures elles-mêmes, concrètement, puissent aussi produire cet effet (en fait, on peut penser que les procédures produisent cet effet *parce qu'elles* sont lues à travers le filtre de la représentation déjà formée qu'on tente de maintenir).

«Par rapport à l'insémination *in vitro* bon... comment je dirais ça, c'est sûr que pour la femme c'est surtout d'avoir à pas être capable d'être fertile pis d'avoir à subir tous ces tests-là ces procédures invasives puis sans savoir si ça va fonctionner, les coûts aussi associés à cette technique-là puis, je pense que c'est... c'est plus des risques, (...) je pense que c'est des problèmes actuels, des problèmes je pense qui, je pense que juste le fait de subir ça ça doit la remettre en question, ça doit peut-être sentir que dans le fond pour elle elle est un échec, elle peut pas concevoir normalement pis je pense que ça peut avoir une répercussion sur son estime d'elle-même nécessairement là si tu prends au niveau psychologique ça va être très très très dur à vivre, pis je suis sûre que il y en a qui doivent vivre ça comme des échecs vraiment là, ce doit être une crise.» (e-13)<sup>4</sup>

«Tu me demandais comment je me sentirais si bon après toutes ces inséminations si ça fonctionnait pas là, ok je va te dire... je va te dire, bon je pense que j'aurais un sentiment d'échec personnel, vraiment l'impression que ce serait un échec, ça serait bon le deuil aussi de l'enfant, de l'enfant naturel là c'est-à-dire que j'aurais pu participer un peu à la création là c'est-à-dire qu'il y aurait une partie de moi là qui aurait été dans l'enfant, ça va être je pense si jamais ça se produit ça va être quelque chose de très dur à vivre. **Oui** Oui, au niveau de, ça va être vraiment un échec personnel pour moi t'sais de pas être capable de concevoir là.» (e-13)

Le champ d'action de la technique est étendu dans cette représentation mais, contrairement à ce que l'on trouve dans la première représentation, la technique ne modifie ou n'ébranle d'aucune façon le sens des gamètes. Ceux-ci sont une «partie de soi» et non des «cellules», il n'y a pas de différence entre le biologique et le symbolique. En conséquence, les géniteurs sont les «vrais» parents, ce qui veut dire qu'en IAD le vrai père est le donneur de sperme et non le conjoint.

**«Vous en parliez pas pendant pour quelles raisons? De l'insémination? Hm (oui)** Parce que ce qu'on s'était dit c'est les gens vont penser que c'est, que c'est notre bébé, pis on va les laisser, ça arrive tellement souvent, (...) pis je regarde mes cousins cousines qui ont été adoptés, tu développes des traits familiaux, juste dans tes attitudes dans tes façons d'être. Donc on se disait on va berner le monde.» (e-8)

---

<sup>4</sup> Dans l'entrevue d'où est tiré cet extrait, l'attribution de cet effet global à la FIV fait partie des tentatives de préserver à l'IAD son caractère acceptable. Dans une autre partie de l'entrevue, alors qu'il n'y a pas de comparaison avec la FIV, l'IAD est vue comme pouvant produire le même effet, comme le montre l'extrait qui suit.



La circulation des gamètes hors des corps ici n'entame pas la vérité du lien biologique comme lien fondamental entre parents et enfants. On pourrait dire que, dans les cas concernés par cette représentation, le fait de ne pas «négocier» cette vérité concourt au maintien de la représentation des NTR comme excès. En effet, si le lien biologique était dévalué (comme c'est parfois le cas dans la première représentation), s'il perdait son statut de vérité, l'IAD ne serait pas aussi excessive. D'un autre côté, si le lien biologique était dévalué c'est l'ensemble de la procréation telle que définie ici qui serait modifiée. A partir du moment où le lien biologique fait partie de la procréation naturelle comme totalité et à partir du moment où c'est cette procréation naturelle qui est seule légitime (qui ne doit pas souffrir d'un émiettement), parler du lien biologique comme d'une partie de la procréation n'a pas de sens. Il ne semble pas vraiment possible de négocier la vérité du lien biologique. Il s'ensuit, dans un cas en particulier, que l'IAD a peine à trouver une niche de sens. La violence vécue dans l'IAD est en partie tributaire de cette difficulté.

*Les NTR: provocation de problèmes, exposition aux risques*

On aura remarqué la tendance à accentuer les dimensions problématiques de l'action concrète des NTR dans cette représentation. Les risques et problèmes des NTR sont non seulement présents mais, contrairement à ce qui se passe dans la première représentation, les stratégies de construction les accentuent, les dramatisent. Les risques et problèmes des NTR sont ici d'ordre physique, psychologique, social. Selon les cas, l'accent est placé sur les risques et problèmes sociaux ou sur les risques et problèmes personnels donc physiques et psychologiques. La façon de présenter les risques et problèmes alimente l'idée des NTR-excès par une tendance globale à distinguer entre ce qui est raisonnable et ce qui est déraisonnable (bien/mal). Ces distinctions sont produites à travers diverses opérations dont une attribution sélective du caractère naturel (attribution à certains aspects des interventions sur soi et sur la fertilité et pas à d'autres) et surtout des comparaisons, principalement avec la procréation naturelle mais aussi avec l'adoption; on trouve également des comparaisons entre l'IA(D) et la FIV, montrant le statut un peu à part de cette dernière et montrant aussi une gradation dans l'excès. Les comparaisons IAD/FIV visent parfois à dédramatiser un peu l'IAD (lui donnant un caractère relativement raisonnable) bien qu'avec un succès relatif.

Dans un cas, l'idée que la technique (les NTR) «force la nature» se construit par l'attribution d'un caractère naturel à certaines actions et d'un caractère excessif (parce qu'elles forcent la nature) à d'autres, mais cela de façon à ce que seules certaines NTR soient classées comme techniques-excès et de façon à ce que les actions qu'on a posées

soi-même (et que l'on juge positives ou raisonnables) soient classées comme «non techniques». Ainsi le désir d'enfant est naturel, vouloir procréer (se reproduire biologiquement) est naturel. En fait, ce qui est naturel c'est de se reproduire avec son conjoint; si le «hasard» a fait en sorte que ce n'est pas possible, il faut l'accepter puisqu'agir autrement équivaldrait à «forcer la nature». La stérilité prend figure d'une fatalité, comme je l'ai déjà noté, plutôt que d'une chose qui est produite (par des comportements individuels, par la médecine, par la société), que l'on pourrait éviter... et que l'on pourrait aussi en conséquence contourner. D'un autre côté, si le désir d'enfant est naturel, une réflexion à son sujet est possible et le renoncement à le satisfaire aussi; à cette forme de maîtrise s'ajoute celle que l'on peut exercer par la contraception. Le décalage apparemment paradoxal entre la possibilité d'intervenir sur la nature et la fatalité à accepter, selon que l'on parle de désir d'enfant ou de stérilité, délimite en fait ce qui est aller trop loin et ce qui est raisonnable. En même temps, l'exclusion de l'insémination homologue (avec sperme du conjoint, IAC) de la catégorie acharnement/excès (forcer la nature) montre une association entre ce qui est naturel et normal; techniquement, l'insémination homologue est quasi identique à l'IAD (en fait l'IAC implique souvent une intervention sur le sperme, le «lavage» du sperme), ce qui les distingue c'est la source du sperme si l'on peut dire. Ce qui donne un caractère plus naturel à l'IAC qu'à l'IAD et donc qui permet de la voir comme moins excessive ne concerne pas l'intervention technique. L'opposition nature/technique renvoie à une opposition raison/déraison (excès) qui est nommée en termes nature/technique et où la raison recoupe en partie la normalité. Ainsi toutes les NTR sont artificielles mais seules certaines d'entre elles sont réellement excessives (celles qui impliquent des gamètes de tiers, celles qui impliquent un surcroît de technique c'est-à-dire la FIV et les autres techniques quand les essais se prolongent).

Le fait même de l'«artifice» ou de la technique est en soi un problème, comme on le constate. Mais il cause aussi des problèmes pour la société en général du point de vue de sa capacité à accepter la fatalité (ou les difficultés) et du point de vue de sa capacité à développer chez les individus des aptitudes au renoncement et à la création à partir du «donné». Les NTR opèrent une sorte de fermeture ou de réduction des capacités de réflexion sur des alternatives à la vie avec des enfants/ses enfants.

«(...) je peux concevoir que pour des femmes la maternité est importante et elles veulent se donner tous les moyens de pouvoir la vivre que ce soit avec le sperme d'un donneur ou celui du mari ou par *in vitro* ou tout ça, je trouve que c'est une démarche qui est ben personnelle. Par ailleurs je me dis est-ce que les gens prennent la peine en focalisant trop sur ça, est-ce qu'ils passent pas à côté de la chance qu'ils pourraient avoir de, de faire un bout de chemin par rapport à cette place qu'ils accordent à la maternité et ou à l'enfant.» (e-8)

«(...) il y a des apprentissages, moi j'estime que j'ai grandi à travers ce qui m'est arrivé. J'aurais pu peut-être grandir aussi en élevant des enfants là, ça je le saurai jamais mais en acceptant le sort qui était le mien j'estime que... je peux dire aujourd'hui que je suis fière de ma vie, je suis fière de la place que j'ai faite aux enfants dans ma vie et que je fais encore aux enfants dans ma vie même si c'est pas les miens, donc ça m'a comme forcée à me positionner de façon différente, pis je pense que je joue un rôle dans la société qui est pas un rôle de mère de famille mais je me suis forgée une maternité d'une certaine façon.» (e-8)

Les NTR par ailleurs accroissent, d'une certaine façon, les tendances égoïstes des individus à la faveur d'une société déjà individualiste où la participation au collectif est réduite. Si avoir ses enfants naturellement est égoïste étant donné l'existence d'enfants déjà nés et sans parent, recourir aux techniques pour avoir ses enfants ou des enfants l'est davantage encore. On retrouve ici l'opposition entre égoïsme et altruisme, présente dans la première représentation, pour distinguer «mes» enfants de l'adoption, et de la même façon l'égoïsme est décuplé quand il s'agit de procréer à l'aide des NTR. Ici cependant, cette opposition qui recoupe l'opposition individuel/collectif est utilisée pour marquer le caractère excessif-déraisonnable de la technique comparativement à l'adoption ou au renoncement. Ainsi, le désir (naturel) d'enfant comblé naturellement est égoïste mais raisonnable parce qu'il y a maintien de la relation conjugale et parce qu'on ne force pas la nature, alors que le désir (naturel) d'enfant comblé par les NTR est égoïste et déraisonnable. Quant au renoncement à avoir des enfants, il n'est pas classé selon l'opposition égoïsme/altruisme; il est en quelque sorte un signe de la capacité de réfléchir, de se contrôler et de créer sa vie hors des modèles sociaux habituels. Le renoncement a une valeur positive en ce qu'il est une preuve de l'individualité (marquée par la réflexion), alors que le recours à la technique serait plutôt un signe d'individualisme; la réflexion permet de se retirer d'une certaine façon de la société technologique (elle en permet la contestation en pratique), alors que la technique enchaîne aux diktats sociaux.

«(...) donc moi j'ai cheminé personnellement en me disant que des enfants il y avait moyen d'en avoir dans sa vie sans en avoir à soi et sans en adopter, que le geste d'avoir des enfants c'était un geste égoïste finalement, je me rendais compte que ce que j'aurais aimé c'est de voir ma reproduction à moi et de mon mari, mon mari et moi combiné ça donne quoi physiquement... je trouve que c'est égoïste, je trouve pas ça je dis pas que c'est méchant pour autant mais quand tu regardes quand tu dis qu'il y a tant d'enfants qui manquent de parents si tu arrives pas à en faire va en chercher des tout faits pis si tu es pas prête à aller en chercher des tout faits ben abstiens-toi. Donc, nous on avait cheminé beaucoup et on s'est dit bon ben on peut pas avoir d'enfant, qu'est-ce qu'on veut faire dans la vie, qu'est-ce qu'on voulait faire dans la vie qu'on n'a pas tout réalisé jusqu'à maintenant et qu'on pourrait réaliser. On a donc je dirais déplacé nos projets de vie sur autre chose.» (e-8)

Dans l'autre cas, c'est davantage au plan individuel que les risques et problèmes se posent et alimentent le caractère excessif. La procréation naturelle est l'étalon auquel est mesuré le degré d'excès, de risque, de problème des différentes techniques et de l'adoption (celle-ci, cas exceptionnel, n'étant pas associée à l'altruisme). Ainsi, plus une technique est proche, techniquement, de la procréation naturelle plus elle est acceptable (au sens de moindre mal). La proximité avec la procréation naturelle dépend de la quantité et de la nature des interventions mais surtout, ce qui est une autre façon de dire la même chose, du degré de «risques» de ces interventions.

Toutes les techniques présentent des risques physiques et psychologiques du fait même de la technique alors que la procréation naturelle en est apparemment totalement dénuée. Cette distinction maintenue fortement entre la procréation naturelle et les NTR marque la différence de nature, une différence infranchissable entre les deux. L'extrait suivant montre que les techniques sont pensées en termes de risques d'abord et avant tout:

**«J'aimerais que tu me dises ou plutôt que tu fasses une comparaison entre les différentes techniques en termes d'enjeux tout ça bon, tu as déjà un petit peu abordé ça mais j'aimerais ça que tu expliques un peu davantage quelle distinction tu fais entre elles Ok en fait de risques ou de De risques ou d'autres aspects par exemple si on distingue également entre le fait qu'il y ait un donneur ou pas de donneur (...) bon je va aborder seulement les deux techniques que je connais là *in vitro* (...)** insémination avec donneur, (...). Bon si j'aborde la technique des inséminations avec donneur bon le... les risques, comment je dirais... les risques pour la femme sont... comment je dirais sont peu, ben sont peu élevés de ce qu'on connaît des risques dans le sens que bon c'est sûr que le sperme est investigué pour toutes sortes de maladies des choses comme ça puis d'aberrations chromosomiques mais il reste toujours quand même un risque parce que bon il y a peut-être des maladies qu'on connaît pas encore qui sont latentes, qui sont là puis qu'il y a un risque de transmission à ce niveau-là. Il y a un risque aussi parce que bon... lors des inséminations il y a un risque de que ce soit une... une grossesse ectopique, que le sperme soit envoyé trop loin pis bon qu'il y ait une grossesse ectopique, il y a un risque aussi qu'il y ait de l'air qui soit envoyé dans les trompes pis qu'il y ait de l'embolisation, donc ça c'est toujours possible. Ça ce serait les risques que je verrais. Mais je les trouve... comment je dirais, moins élevés que les risques de la technique *in vitro*.» (e-13)

L'insémination homologue ou avec donneur est plus proche de la procréation naturelle que la FIV.

**«(...) c'est sûr que la différence bon c'est ça au lieu que ce soit un pénis qui amène le sperme au col ben c'est une seringue pis la main du médecin. C'est vraiment pour ça là que, t'sais je me dis ça se rapproche plus de la conception normale si tu veux, c'est acceptable jusqu'à ce point-là là pour moi.» (e-13)**

Cependant, les deux types d'insémination portent des risques physiques: l'insémination homologue présente des risques physiques semblables à l'insémination avec donneur, le risque de transmission de maladies par le sperme est seulement moins élevé dans la première. L'extrait suivant montre la différence de nature entre l'IAC et la procréation naturelle et la proximité de l'IAC avec l'IAD:

«Bon c'est sûr que l'insémination avec conjoint les risques sont encore plus faibles parce que bon tu connais davantage la personne qui donne le sperme. C'est sûr que tu la connais pas à 100% comme je te dis le risque de maladie peut rester toujours là mais je le trouve peut-être beaucoup un peu plus faible que si ce serait un donneur que tu connais pas là. Pis ce serait encore moins risqué là, ce serait une technique qui serait encore moins risquée avec sperme du conjoint.» (e-13)

Le sperme du conjoint présente un risque en insémination artificielle, celle-ci est seulement moins risquée que l'IAD de ce point de vue. La procréation naturelle d'un autre côté n'est jamais présentée comme un «moyen» à risque du point de vue de la transmission de maladies par le sperme.

La FIV est, elle, complètement étrangère à la procréation naturelle. L'exposé des risques de la FIV procède par une comparaison entre l'IA(C/D) et la FIV qui fonctionne, d'une part, par une accentuation des éléments positifs de l'IA(C/D) et par une minimisation des similarités entre l'IA(C/D) et la FIV et, d'autre part, par une attribution de caractéristiques différentes aux personnes recourant à ces techniques. Ainsi «quand ça reste» (e-13) au niveau des IA(C/D), les NTR sont acceptables du point de vue des risques mais «quand ça dépasse» les IA(C/D), c'est-à-dire quand on applique la FIV ou d'autres techniques du même type, les NTR sont nettement excessives. Dans la FIV, les femmes deviennent des «incubateurs» avec lesquels on procède à des expérimentations ne leur rapportant rien; la FIV est de l'acharnement thérapeutique.

«(...) c'est comme si la femme devenait un laboratoire là, la femme devenait un incubateur là jusqu'à un certain point. Donc c'est plus, je vois plus l'acharnement thérapeutique avec l'*in vitro*, davantage que les inséminations là ordinaires. **Tu dis la femme comme un incubateur c'est-à-dire** C'est-à-dire... comment je dirais ça, t'sais ils implantent l'oeuf fertilisé pis là ben ils attendent de voir si les conditions de l'incubateur vont être propices au développement de l'oeuf.» (e-13)

Les femmes sont des «personnes innocentes», la FIV se fait «sur leur dos» donc contre elles. La FIV constitue une intervention excessive et risquée parce qu'elle déshumanise en quelque sorte: les femmes sont comme des choses entre les mains des médecins et, de plus, elles perdent leur faculté de réfléchir et tout contrôle sur elles-mêmes aussi bien que sur les procédés. De plus, la FIV est inefficace pour atteindre le but que se fixent les femmes; ainsi soit elle ne fonctionne pas, soit elle «surfonctionne»:

«(...) c'est plutôt des manoeuvres qui sont excessives, qui sont, bon des techniques invasives puis c'est vouloir aller trop loin pour avoir quelque chose qui fonctionnera peut-être pas, que les risques, pas les risques mais les chances de concevoir vont être limitées ou soit que les chances de concevoir vont être élevées pour les grossesses multiples, donc ça va être des gens qui vont peut-être avoir tendance à avoir plus de grossesses multiples (...).» (e-13)

Du point de vue psychologique, la FIV porte des risques de perte d'estime de soi en cas d'échec et pourrait-on dire d'emblée, du fait même d'être appliquée. De plus, au plan social, la FIV expose la société à devoir supporter des coûts importants en cas de grossesses multiples et de naissances de triplés, quadruplés ou quintuplés, puisqu'une telle situation risque de rendre les personnes dépendantes économiquement:

«(...) disons on prend un couple qui, je le sais pas moi, qui a un revenu faible, qui se retrouve du jour au lendemain avec 3-4 peut-être 5 enfants, ben je veux dire ça entraîne des coûts élevés pour la société ça aussi, je veux dire ça va être des gens peut-être qui vont se retrouver sur le bien-être social pis je veux dire qui vont vivre aux dépens des autres un bon bout de temps. Pis t'sais que si, enfin... c'est peut-être un jugement que je porte là mais c'est comme ça que je le vois.» (e-13)

Si l'IAD est moins pire, elle comporte elle aussi des risques au plan psychologique. La procédure est «dégradante»:

«(...) l'insémination comme telle je trouve ça [petit rire] je trouve ça un peu bestial jusqu'à un certain point là, t'sais c'est... t'sais je veux dire tu vois une vache se faire inséminer là dans des reportages pis des fois là je me fais inséminer pis je me dis ouais entre moi pis elle je me demande vraiment c'est quoi la différence là [petit rire], c'est... c'est dégradant jusqu'à un certain point là, c'est...» (e-13)

De plus, en IAD, les femmes n'ont pas de contrôle sur le procédé ni non plus sur le choix du donneur qui est le vrai père. La procédure de sélection du donneur, effectuée par des biologistes, est froide; les informations sur le donneur/père sont distribuées avec parcimonie malgré les tentatives d'obtention de détails.

«(...) c'est une procédure qu'on trouvait, on trouvait ça froid au début là d'arriver pis de pogner un cartable pis [petit rire] bon ben t'sais c'est elle qui choisit le [petit rire] le père là t'sais c'est comme bon on s'est fait à l'idée, pis ce que je trouvais encore plus frustrant c'est comme je te disais de pas avoir assez d'information t'sais. Elle me donnait l'information au compte-goutte, t'sais j'ai pu avoir bon elle me donnait les cheveux, les yeux, la grandeur, le poids, j'ai réussi à avoir le groupe sanguin mais à part ça j'ai pas pu aller plus loin là, t'sais je veux dire j'ai ces informations-là sur un bout de papier je me dis ouais ok c'est ça [petit rire], c'est ça le père t'sais.» (e-13)

Le caractère dégradant de l'IAD est également inhérent à l'anonymat qui y règne:

«(...) c'est dégradant parce que c'est quelqu'un que tu connais pas [petit rire] qui te fait ça avec le sperme d'un donneur que tu as seulement quelques informations dessus (...).» (e-13)

De plus, l'IAD occasionne des crampes de courte durée mais aiguës, surtout si ceux qui la pratiquent manquent d'expérience.

Quoique moins pire que la FIV, plus proche de la procréation naturelle, l'IAD est, comme on le constate, une technique peu intéressante, à risque pour le corps comme pour le psychisme.

Cependant, en comparaison de l'adoption, l'IAD trouve quelque avantage. L'adoption présente aussi des risques, principalement d'ordre psychosocial. On retrouve la même forme quand il s'agit de comparer l'adoption aux techniques et à la procréation naturelle que quand il s'agit de comparer les NTR entre elles, c'est-à-dire que le principal point de comparaison qui surgit se résume à des «risques». Les risques de l'adoption ressemblent à ceux énoncés chez les femmes qui partagent la première représentation. L'enfant adopté est vu comme étant pure étrangeté, à haut risque d'avoir des problèmes de comportement, à risque de n'être pas capable de s'attacher à ses parents adoptifs et *vice versa*. Ici aussi ces risques dépendent largement de l'absence complète de lien génétique entre parents et enfant. Les gamètes ont donc ici aussi une fonction «liante»; entre soi et un enfant adopté «il y [a] toujours un chaînon manquant» (e-13).

Le problème de l'absence de lien génétique entre le conjoint et l'enfant né suite à une IAD peut être jugulé par l'acceptation réelle par le conjoint de procéder à l'IAD et par le maintien du secret permettant d'éviter une éventuelle exclusion de l'enfant par les familles d'origine. L'anonymat du donneur - qui pose un problème comme on l'a vu plus haut - présente donc aussi un avantage en quelque sorte, mais un avantage limité étant donné l'importance du lien génétique comme fondement de la relation parent-enfant et, surtout, étant donné que la procréation naturelle (comme totalité impliquant ce lien génétique) est indivisible.

La comparaison constante (implicite ou explicite) avec la procréation naturelle, dans ce cas, donne aux NTR et à l'adoption un caractère éminemment problématique. Le regard porté sur chacun des aspects de ces autres moyens joue pour accentuer les risques et périls de ces moyens et l'intérêt de la procréation naturelle placée sur un piédestal, d'aucune façon banalisée même en situation d'infertilité. Les apparentes incohérences apparaissant dans le discours sont compréhensibles à la lumière de cette prémisse. Par exemple, l'IAD qui ne

se fait qu'une ou deux fois par mois est comparée à la procréation naturelle du point de vue de l'efficacité à laquelle on peut s'attendre: la procréation naturelle serait plus efficace que l'IAD parce que l'on peut tenter plus souvent de procréer. Autre exemple: l'anonymat du donneur empêche de faire des «liens» avec le père en regardant l'enfant qui en naîtrait.

«[il serait intéressant d'avoir plus d'informations sur le donneur] t'sais d'autres caractéristiques sociales t'sais qui fait que tu as une meilleure idée de la personne qui t'a donné son sperme là t'sais qui, pis que des choses que t'sais si mettons tu vois chez l'enfant tu peux dire ah ben oui t'sais ça vient de là ou t'sais c'est, t'sais des fois tu aimes ça là faire des liens là.» (e-13)

En d'autres termes, les risques et problèmes de l'IAD (et des NTR en général) reposent pour une bonne part sur le maintien des catégories préétablies de ce qu'est la procréation (impliquant entre autres que le vrai père est le père génétique). L'IAD se heurte violemment à ces catégories qui ne sont pas modifiées avant ni en cours d'expérience. Le maintien de ces catégories, d'un autre côté, semble être le seul élément permettant de légitimer minimalement l'IAD: la procréation naturelle est en effet définie en quelque sorte comme une «capacité» sinon comme une forme de puissance; elle est un symbole d'une caractéristique individuelle. Or l'IAD permet, de façon minimale et très problématique, de sauvegarder cette part de l'identité. Il est plutôt significatif ici que la maternité soit essentiellement «parlée» non pas en termes relationnels (outre le lien génétique) mais plutôt en termes de «fertilité», donc de capacité de procréer.

«**C'est quelque chose que, tu t'es toujours vue en mère?** Oui, ben disons que je me suis toujours vue, comment je te dirais ça, comme ayant pas de difficulté à concevoir, t'sais que ce serait facile (...) j'avais tellement l'impression t'sais que je serais hyperfécondable là [petit rire] pis c'est, c'est ça j'avais une image de moi très... comment je dirais, d'une personne très fertile, t'sais c'est... ce serait dur de ce côté-là, ce serait vraiment un échec là [si l'IAD ne fonctionnait pas].» (e-13)

Sur ce plan, ce cas diffère du précédent mais pas foncièrement de certains cas concernés par la première représentation (bien que l'enfant concret et non l'enfant symbole de la capacité en soit plus souvent l'horizon).

Ce qui est caractéristique de cette seconde représentation, donc ce sur quoi se rejoignent les cas, c'est la référence à la procréation naturelle comme totalité à travers laquelle les personnes réalisent leur individualité. Les NTR morcellent la procréation et par là empêchent d'actualiser vraiment le projet d'enfant (enfant symbole de ma/notre capacité ou enfant symbole d'un «nous»), comme elles empêchent d'appliquer ce qui fait de la personne une personne à part entière, à savoir l'exercice d'une réelle autodétermination. Les risques et problèmes des NTR, tels qu'ils sont exposés dans cette seconde



représentation, se rapportent essentiellement à ces empêchements, à ces blocages. Dans le premier cas, on trouve une vision du monde où doivent être conciliés les désirs individuels (égoïstes) et les intérêts plus larges (altruisme). Au fondement, il y a donc une forte valeur accordée au renoncement à ces désirs individuels quand ils peuvent menacer un principe supérieur ou mener à un danger pour la société, comme l'eugénisme (le «meilleur des mondes»). Cependant, si l'eugénisme est dérangeant en soi, il l'est aussi et surtout en tant que manque d'humilité devant la nature (puisque la peur de l'eugénisme ne justifie pas la critique plutôt radicale du désir «maladif» d'enfant qui n'est pas forcément désir de l'enfant parfait). Et, davantage encore, en tant que signe de déraison. La volonté de maîtrise doit donc, d'une certaine façon, être limitée à l'individu et par lui-même ou, autrement dit, la seule force qu'il soit raisonnable d'exercer sur la nature est celle qu'on exerce sur soi; c'est à travers elle qu'on peut grandir, apprendre, réaliser son individualité. C'est à une critique de la société technologique que l'on procède ici; cette société qui force la nature produit une impossibilité (ou de grandes difficultés) de liberté. Dans le second cas, on aboutit au même résultat c'est-à-dire à un constat d'un blocage de la liberté, mais par un autre chemin: forcer la nature équivaut à empêcher la nature de déployer ses potentialités; les NTR sont une force exercée contre la nature, c'est-à-dire contre l'individu puisqu'elles portent en elles, pour ainsi dire dans leur essence même, les éléments qui annihilent l'individu (ses capacités). On pourrait dire que ce dernier cas confine à la tragédie et n'est pas sans rappeler un des cas du premier type où la rupture de sens est imminente du fait de la persistance dans le recours qui s'accompagne d'une attitude réfractaire à l'égard du recours.

Pour conclure, cette seconde représentation pourrait-on dire est une explication du caractère éminemment excessif des NTR qui opère par une mise en évidence de l'artifice technique et donc par une démonstration de la distance incommensurable qui existe entre elles et la procréation naturelle. Seule cette dernière comporte les éléments propres à déployer le potentiel naturel des individus en matière de reproduction biologique (ou sociale); les NTR ne peuvent le faire que trop partiellement et au prix de la perte, parallèlement, des traits qui distinguent la personne raisonnable des autres.

## 7.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-excès

Le regard porté sur les NTR place dans sa mire ce que «sont» les NTR pour les autres femmes qui y recourent et, en général, pour la société. On se place *a priori* en dehors de l'objet pour l'évaluer. Il s'agit donc d'un regard à distance, du même type que celui posé par les experts critiques des NTR. Ce regard tient donc de l'«objectivité» (celle-ci résultant d'un point de vue d'experts, c'est-à-dire ici un point de vue médical ou un point de vue socioéthique, selon les cas), apparemment à tout le moins si l'on considère le type d'arguments mobilisés. Les énoncés soutenant l'argumentation ont le plus souvent ici une valeur généralisante; ils ne sont pas vrais pour «moi» mais en soi. Le point de vue n'est pas un point de vue parmi d'autres pouvant être valables pour d'autres que soi. Cependant, il n'est pas moins porté par des émotions, moins reliées à l'expérience des techniques qu'à une conception de l'individu capable d'exercer un contrôle sur sa vie et sur soi, à laquelle on s'identifie.

La représentation des NTR-excès est soutenue par trois arguments principaux, lesquels se subdivisent en sous-arguments de divers ordres: 1° leur caractère artificiel et «antinaturel»; 2° la perte de maîtrise sur soi qu'elles indiquent et induisent; 3° leurs coûts (au sens large) comparativement aux avantages. Si un certain nombre des sous-arguments, du point de vue des bases de validité, sont semblables dans les deux cas concernés, on peut néanmoins identifier des lignes argumentatives différentes; l'une d'elles s'appuie principalement, mais non exclusivement, sur une validité de type objectif chevauchant un point de vue éthique, l'autre sur une validité de type objectif.

### 7.2.1 L'argument du caractère artificiel des NTR

D'abord, les NTR sont artificielles parce qu'elles forcent la nature au lieu de la respecter. Comme on l'a vu, les NTR sont distinguées des pratiques médicales visant à repérer et à traiter les causes de l'infertilité.

On attribue à l'infertilité des causes physiologiques. Chercher ces causes, se soumettre à des traitements pouvant les guérir et rétablir la fertilité n'est pas associé à quelque chose d'artificiel, ne consiste pas à forcer la nature. Un savoir objectif incorporé (dans un cas, notamment suite à une formation professionnelle dans un domaine paramédical) à propos des processus physiologiques de la procréation (et donc de l'infertilité) est mobilisé pour justifier ce type d'action. Ce savoir n'est pas remis en cause ni non plus celui qui soutient les interventions visant la guérison ou le diagnostic. Le caractère excessif des

interventions impliquées par les NTR (forçant la nature) n'est donc pas lié au fait qu'elles soient toujours excessives au plan corporel. Ce raisonnement implicite est corroboré par le fait que les conjoints ont subi (ou pourraient subir) des traitements conventionnels, éventuellement lourds (hormones, chirurgie), qui eux ne suscitent pas de rejet ou de méfiance. Ainsi le savoir médical objectif n'est pas remis en cause mais en même temps il n'a pas de pertinence du point de vue de l'adéquation entre le problème et les NTR; on «comprend» pourquoi, par exemple, l'IAD est indiquée mais ceci ne lui donne pas de légitimité.

L'infertilité ne pouvant être résolue que par les NTR (ou par la FIV, selon les cas) devient une fatalité alors que l'infertilité pouvant être résolue par des traitements conventionnels n'est pas une fatalité. On constate que la raison «forcer la nature» repose sur une catégorisation *a priori* des NTR dans la case «artificiel» *donc* déraisonnable. L'utilisation de la référence à la nature fonctionne ici comme dans la première représentation; c'est une façon de parler de ce qui est raisonnable ou correct, la nature porte la vertu. «Forcer la nature» a moins l'apparence d'un argument que d'un dogme. En fait, il faut se reporter à un autre niveau de l'argumentation pour que cette raison apparaisse moins dogmatique dans un cas, à savoir les risques de la haute technologie et de la science, le risque du «meilleur des mondes».

Par ailleurs, la référence à la nature (que l'on force) se rapporte aussi à une sorte de limite ou d'insuffisance de la connaissance médicale. Forcer la nature est risqué, soutient-on, parce qu'il y a peut-être des raisons de ne pas procréer qu'on ne connaît pas. Cet argument, très peu développé, entre un peu en contradiction avec la confiance dans le savoir des médecins (en autant que ce savoir concerne le diagnostic ou le traitement) mais surtout, dans un cas en particulier, il est mobilisé seulement pour la FIV et non pour les inséminations artificielles. De ce point de vue, il semble fondé sur une méfiance *a priori* à l'égard de la technique. On retrouvera, dans une des lignes argumentatives, cette même tendance à faire feu de tout bois pour appuyer l'opposition aux NTR.

D'un autre côté, le caractère artificiel des NTR est relié à l'introduction d'une dimension mécanique dans la procréation et, surtout, à la séparation de la procréation en tant que totalité (et principalement du point de vue du lien génétique). Le caractère artificiel n'est pas associé au type d'intervention mais à l'intervention elle-même quand elle remplace la procréation naturelle. La procédure d'IAD est ainsi, dans un cas, dite simple mais néanmoins mécanique. La connaissance de la simplicité de l'IAD repose sur l'expérience vécue et un savoir de type objectif à propos des procédures mais le caractère mécanique

repose sur une catégorisation normative. Le caractère mécanique est fondé sur une comparaison implicite avec la procréation naturelle du point de vue objectif du mode de procréation (les rapports sexuels) et du point de vue de la normalité (des rapports sexuels avec mon conjoint, impliquant donc un lien génétique), les deux éléments étant indissociables. On touche ici une partie de l'argument de fond qui anime la représentation: la valeur de la procréation naturelle en tant que totalité n'est pas négociable, ni pour soi ni pour quiconque. Il s'agit d'une vérité ne pouvant souffrir une quelconque remise en question. Elle n'est d'ailleurs pas énoncée explicitement.

Dans un des cas, comme on l'a vu au point 7.1, l'IAC et l'IAD sont réputées être non pas naturelles mais plus proches de la procréation naturelle que la FIV. De ce point de vue, l'insémination artificielle forcerait moins la nature que la FIV et, par conséquent, serait plus acceptable. Cet argument est fondé essentiellement sur un savoir de type objectif à propos des procédures des techniques. Cependant, l'insémination n'est qu'acceptable: l'argument objectif est immédiatement associé à un argument de type normatif qui est en fait moins un argument qu'une norme plus ou moins négociable.

Ainsi, il appert que les NTR sont une force indue exercée sur la nature parce qu'elles rompent avec la procréation naturelle, seule légitime. A ce niveau de l'argumentation, la base de validité est essentiellement la norme traditionnelle. Celle-ci est mise à distance puisque les NTR sont réputées la menacer (elle est donc «vue») mais elle l'est à un niveau minimal parce que, à ce point de l'argumentation à tout le moins, cette norme vaut par elle-même et ne peut être remise sur le tapis.

Il faut sans doute préciser une chose avant d'aller plus loin à propos du lien génétique et de son association immédiate avec la procréation naturelle. Celle-ci apparaît comme un processus incluant nécessairement une façon de faire (des rapports sexuels), le lien conjugal (des rapports sexuels avec le conjoint) et le lien génétique (celui-ci étant impliqué par les deux autres dimensions). L'importance du lien génétique n'est pas discutée pour elle-même, sinon quand on compare la procréation naturelle ou la procréation à l'aide des NTR avec l'adoption. L'expérience de l'IAD semble forcer à parler du lien génétique mais de façon accessoire; ce n'est pas le seul lien génétique qui est en question dans l'IAD, qui préside à la critique du point de vue du caractère artificiel des NTR. Ceci est corroboré, dans un cas à tout le moins, par la critique - radicale - adressée à la FIV alors que la FIV peut permettre précisément de maintenir le lien génétique (elle n'implique pas dans sa définition même, contrairement à l'IAD, de gamètes de tiers). Ainsi, dans ce cas comme dans l'autre, l'enjeu se situe dans le lien génétique en tant qu'il est fourni par la totalité de

la procréation. Ceci étant dit, quand le lien génétique est, pour ainsi dire, «aperçu» indépendamment de la totalité - dans l'IAD le lien génétique est quasi forcément vu en lui-même, notamment à travers la pipette de sperme du donneur -, son importance demeure maintenue, affirmée, dans un des cas sur la base d'une convention généralement admise et apparemment vécue par la majorité. Le désir de «procréer naturellement» est un désir de procréer «normalement», comme tout le monde plutôt qu'à la façon de «marginaux» (e-13). Dans l'autre cas, comme je l'ai noté, la convention vaut parce qu'autrement on force la nature, ce qui représente un risque au plan éthique et au plan du développement de la société, comme on le verra dans l'argument suivant. Notons cependant que ces arguments (éthique, social) semblent s'ajouter simplement à la validité de la convention, ce pourquoi celle-ci est en partie maintenue sans argument.<sup>5</sup>

### **7.2.2 L'argument de la perte de maîtrise sur soi**

Les NTR sont problématiques parce qu'elles empêchent d'exercer ou de manifester une faculté fondamentale des individus idéaux, se réalisant pleinement, à savoir la maîtrise de soi.

Deux sens sont repérables pour définir la maîtrise de soi. Le premier a trait à la réflexion à laquelle on doit procéder et qui doit mener au renoncement à recourir aux NTR (ou à la FIV en particulier dans un cas). La maîtrise de soi signifie donc la maîtrise de ses pulsions, notamment, dans un cas, au nom des intérêts supérieurs de la collectivité. Le second sens renvoie à l'autonomie dans l'action de procréer; la maîtrise de soi signifie donc le fait de procréer sans aide extérieure, l'indépendance par rapport à autrui, le refus de se faire dicter des choix.

Dans un cas, la ligne argumentative est basée largement sur une réflexion de type sociologique à propos de l'évolution de la société technologique, réflexion alimentée par des reportages sur les NTR vus dans les médias et où des femmes recourant à la FIV manifestent un désir d'enfant «maladif». La relecture de l'histoire de la société actuelle, comme on l'a vu au point 7.1, procède par une comparaison avant/maintenant; de la même façon que dans la version progressiste de l'histoire dans la première représentation, c'est la présence/absence des NTR qui distingue les deux mondes. Cependant, s'ajoutent à ce trait distinctif les valeurs des deux sociétés du point de vue des rapports individus/sociétés. Contrairement à la version nostalgique de l'autre représentation où un âge d'or est associé

---

<sup>5</sup> Le statut donné à l'enfant adopté qui n'est pas «mon» enfant (bien qu'il puisse le devenir) confirme ce trait.

à l'avant parce que l'adoption était plus aisée et parce que la fertilité souffrait moins des modes de vie, des aspirations personnelles et des technologies médicales (particulièrement la contraception), dans cette version-ci l'âge d'or est associé à l'avant parce que les gens étaient moins individualistes donc l'accès aux enfants des autres était plus aisé et par conséquent la stérilité était compensée plus facilement. Les NTR peuvent ainsi se développer, devenir tentantes, parce que l'individualisme a (malheureusement) progressé. L'analyse met en évidence un changement des valeurs dans la société; on insiste davantage sur ce plan que sur les situations personnelles des gens infertiles. Le manque de maîtrise sur soi est donc accru par les NTR mais initié par un changement des valeurs de la société. L'argument est donc, à ce niveau, validé sur la base d'un savoir de type objectif (sociologique, historique) mais également sur la base d'une norme selon laquelle un équilibre entre les intérêts individuels et collectifs est préférable à l'individualisme.

D'un autre côté, les NTR occasionnent une perte de maîtrise sur soi en bloquant le développement des capacités de la société et des individus à accepter la fatalité ou le «verdict de la nature» et à créer d'autres façons de vivre les rapports aux enfants. Cet argument est en partie fondé comme le précédent sur une analyse de type sociologique qui fonctionne elle aussi par la comparaison de deux types de sociétés, différenciées notamment du point de vue du développement technologique. Mais il est aussi fondé sur une norme: la capacité à accepter son sort équivaut à l'exercice d'une maîtrise sur ses pulsions. Cependant, il y a plus. La création d'autres façons de vivre les rapports aux enfants est aussi une manifestation de la maîtrise de soi, cette fois non plus seulement en tant que domination des pulsions d'un désir par ailleurs réputé naturel, mais également en tant que contestation en pratique des modèles promus par la société technologique et individualiste. L'expérience personnelle est apportée comme exemple de la possibilité de ces nouvelles façons de faire et comme base de validité de la norme promue (puisqu'on éprouve de la fierté devant sa vie). Mais surtout l'expérience personnelle est érigée en un des modèles idéaux ou contre-modèles, opposés en tous points au recours aux NTR. L'érection en norme idéale de la conduite adoptée repose sur un autre argument qui a plutôt l'apparence d'un postulat, à savoir que le recours aux NTR ne peut être le résultat d'un choix, et sur un argument selon lequel le recours aux NTR ne peut résulter d'un choix justifiable du point de vue de l'équilibre des intérêts individuels et collectifs.

Les NTR ont un pouvoir d'attraction irrésistible, elle font perdre la capacité de jugement en alimentant des désirs excessifs. On retrouve cet argument pour soutenir la perte de maîtrise dans les deux lignes argumentatives. Il est alimenté par des reportages vus à la télévision sur les NTR et par le film *Portion d'éternité* où le désir d'enfant (des femmes)

apparaît excessif et incompréhensible pour soi. Son propre désir est comparé à celui qui semble animer les autres femmes. La référence à son désir personnel semble insuffisante cependant pour concevoir le désir des autres femmes comme pouvant être fondé sur des raisons valables. Autrement dit, elle ne rend pas discutabile le jugement posé sur le désir des autres femmes (il «est» excessif) ni non plus par conséquent n'ébranle l'idée selon laquelle les NTR sont irrésistibles. Dans un cas, l'expérience personnelle est mobilisée pour valider cet argument: on a eu recours à l'IAD mais on ne le voulait pas vraiment, ce qu'on a constaté en cours d'essais. Le désir consistait à avoir un enfant de «nous», ce que l'IAD ne permet pas et par ailleurs il n'était pas question de recourir à la FIV. Dans l'autre cas, c'est à la FIV que l'on réserve le pouvoir d'attraction irrésistible; recourir à l'IAD (ou à l'IAC) n'est pas le signe d'une perte de maîtrise sur soi mais manifeste un désir d'enfant raisonnable. Dans ce cas, l'argument repose sur les problèmes attribués à la FIV (j'y reviendrai plus loin). Dans les deux cas toutefois, on peut repérer le même argument selon lequel dans le domaine des NTR il n'y a pas de choix possible réellement, le seul choix consiste à renoncer au recours aux NTR (ou à la FIV). On peut remarquer ici que la capacité de choisir, en tant que trait définissant la personne raisonnable, est aussi centrale dans cette représentation que dans la précédente. Dans cette dernière, cependant, le choix avait une dimension procédurale importante qui rendait indéterminé (et en fait indéterminable) *a priori* le contenu du choix. Ici le caractère procédural est en quelque sorte soumis au contenu: le choix vaut s'il équivaut au renoncement (aux NTR ou à la FIV). Faire la preuve qu'on a choisi, qu'on a donc réfléchi aussi, consiste à renoncer.

On peut noter que dans cette représentation, comme dans la première, l'importance de la réflexion avant de procréer est un critère d'évaluation de la «bonne» procréation. Cette idée est sous-tendue par l'argument précédent à propos de l'empêchement de réfléchir qui accompagne les NTR. Dans la première représentation, on soutenait le plus souvent que les NTR impliquaient pratiquement une réflexion (ou devraient l'impliquer) nécessaire au bien de l'enfant; ici l'argument est l'exact contraire: le désir excessif présidant au recours aux NTR implique une absence de réflexion et en conséquence présente des risques pour l'enfant.<sup>6</sup> Toutefois, on ne trouve aucune référence au risque pour l'enfant conçu - naturellement - «par accident». L'absence de cet élément révèle peut-être l'incomparabilité

---

<sup>6</sup> Dans un des cas, l'IAD mais pas la FIV est réputée manifester un désir raisonnable d'enfant précédé d'une réflexion qui présente une garantie pour l'enfant.

des NTR et de la procréation naturelle plutôt qu'une non adhésion à la norme de l'enfant planifié/désiré.<sup>7</sup>

Par ailleurs, ce qui est soutenu dans cette discussion à propos de la réflexion et à propos des désirs corrects ou excessifs, c'est que le désir d'enfant et les moyens à prendre pour le réaliser sont «discutables», peuvent - et en fait doivent - faire l'objet d'une discussion, d'une remise en question donc de leur caractère immuable (donné une fois pour toutes). L'expérience personnelle, notamment, rend cet argument valide. D'une part, on a effectivement discuté (en couple) des possibilités pour réaliser le désir. D'autre part, l'expérience en médecine de la reproduction et l'expérience de l'IAD suscitent une réflexion à propos de la nature de ce désir (avoir un enfant de mon conjoint, procréer normalement), quoiqu'on hésite à attribuer cette réflexion à la technique (même si elle a été provoquée par les difficultés de la technique). Dans un cas, l'impossibilité de réaliser le désir par l'IAD suscite une réflexion et une discussion sur les autres possibles, adopter ou rester sans enfant et réorienter sa vie vers d'autres projets.

Dans un des cas, comme je l'ai mentionné, le choix des NTR n'est pas justifiable au plan des intérêts bien compris des individus et de la société. Les NTR contribuent à la perte de maîtrise sur soi par le biais de l'accroissement des tendances individualistes et donc égoïstes qu'on ne peut contenir quand les NTR s'offrent irrésistiblement pour combler les désirs. Le recours aux NTR est égoïste dans un contexte où des enfants déjà vivants «manquent de tout». On procède ni plus ni moins ici à un calcul coûts-bénéfices à l'échelle globale des sociétés, calcul fondé sur des arguments éthiques. La procréation naturelle est égoïste soutient-on puisque, au fond, ce qu'on y cherche c'est sa reproduction, on cherche à se revoir ou revoir des parties de soi et de son conjoint dans un enfant. La procréation naturelle, si elle est égoïste, est néanmoins raisonnable. La procréation à l'aide des NTR est tout aussi égoïste que la procréation naturelle puisque l'on y cherche la même chose, mais elle est déraisonnable étant donné la présence d'enfants ayant besoin de tout. L'adoption dans un contexte d'infertilité constitue la solution altruiste, celle qui est la plus apte à répondre à la fois au désir d'avoir une famille et au besoin de la collectivité. L'enfant adopté est situé à la même place dans ce cas et dans la première représentation<sup>8</sup>: il est en dehors, réceptacle de dons avant d'être un enfant du désir. On retrouve aussi la division binaire égoïsme/altruisme où l'adoption est un choix

---

<sup>7</sup> Dans la première représentation, en effet, la différence entre l'enfant planifié et l'enfant accidentel «sert» en un sens le propos puisque la procréation naturelle perd de sa perfection (tout en demeurant la façon idéale de procréer) et les NTR peuvent ainsi gagner des points.

<sup>8</sup> Quoique dans la première représentation l'enfant adopté porte aussi dans certains cas une part du désir des parents.



moralement supérieur et où le recours aux NTR est un choix égoïste, individualiste. En fait, ici, comme je l'ai indiqué plus haut, ce «choix» repose sur un calcul intenable en termes éthiques. Ce trait rappelle la discussion à propos de l'égoïsme/altruisme de la première représentation: de la même façon, on montre les exigences de réflexion posées par le caractère public de la procréation à l'aide des NTR.

Le classement dans l'égoïsme de la réalisation du désir d'enfant (lié génétiquement à soi/nous), naturellement ou à l'aide des NTR, est sous-tendu par une vision rationnelle - au sens classique du calcul des intérêts - des rapports individus/collectivité. En effet, la reproduction biologique est individualiste parce qu'elle est vue seulement comme la reproduction du «nous» (moi et mon conjoint) et comme participation à la reproduction de l'espèce et non comme une forme de participation au collectif qui passerait par le désir de «faire comme tout le monde» ou de s'inscrire dans une continuité familiale biologicohistorique. Cette dernière forme de participation au collectif n'est pour ainsi dire pas «correcte» ou à tout le moins pas idéale; la bonne forme de participation est rationnelle au sens où elle tient compte des intérêts personnels et collectifs.<sup>9</sup> L'individu ne doit pas vouloir se fondre dans la masse, mais au contraire il devrait vouloir créer sa vie, se distancier de la société individualiste. Aussi, à défaut de tenir compte non seulement de son intérêt propre mais aussi de celui qui dépasse l'individu, on devrait renoncer à avoir des enfants. Cette décision n'est pas classée dans l'égoïsme (peu importe apparemment ce que l'on fait de cette vie sans enfant): c'est pourquoi il appert que le rapport idéal de l'individu à la société promu ici consiste à se distancier de la société pour mieux négocier sa participation et, si possible, pour contribuer à l'amélioration plutôt qu'à la dégradation de cette société.

La seconde ligne argumentative recoupe la première du point de vue de l'attraction irrésistible des NTR et de leur capacité à faire perdre leurs facultés de jugement aux femmes. Elle s'en distingue cependant en faisant valoir des arguments de type psychologique et basés sur l'expérience vécue, centrés donc sur les individus plutôt que sur la société, ainsi que des arguments fondés sur une connaissance des procédés techniques.

D'abord, les NTR (la FIV et l'IAD), du seul fait d'être appliquées, signifient l'incapacité de procréer normalement et par conséquent impliquent une perte de maîtrise sur soi puisque l'«estime de soi» est d'emblée affectée. A nouveau, cet effet des NTR n'est pas

---

<sup>9</sup> Ainsi, soutient-on, les personnes les plus dignes d'admiration en la matière sont celles qui décident d'avoir «leurs» enfants et d'adopter d'autres enfants.

limité à soi mais à l'ensemble des femmes; l'expérience vécue mobilisée dans l'argumentation est remplacée, comme base de validité de l'argument, par le recours à la psychologie et prend donc l'apparence de l'objectivité. La perte d'estime de soi est un fait objectif, universel.

Ensuite, dans le cas de la FIV, les médecins utilisent les femmes comme des laboratoires ou des incubateurs, procèdent à des expériences sur elles. Les femmes perdent donc ce qui feraient d'elles des individus ayant une maîtrise d'eux-mêmes puisqu'elles deviennent comme des objets. Cet argument utilise des références au «laboratoire» et à l'«incubateur» qui ont circulé abondamment dans les discours publics critiques des NTR. Il résulte apparemment davantage d'un *a priori* défavorable aux NTR et favorable aux critiques des NTR. D'apparence objective, l'argument semble ainsi être validé par le fait qu'il s'oppose à la FIV. On semble accorder une validité aux critiques des NTR (du seul fait qu'elles soient des critiques). La difficulté d'expliquer en quoi les femmes sont des «incubateurs» corroborerait cette conclusion. Cependant, comme pour des arguments présentés plus haut, encore une fois, l'opposition à la FIV est fondée sur des arguments relatifs aux problèmes de la FIV. Il faut donc se reporter à d'autres arguments (au prochain point) pour vérifier les fondements du jugement porté.

D'un autre côté, l'IAD est vécue comme une procédure dégradante, bestiale. La sélection du «père» y est opérée par une biologiste à partir d'un «cartable» (un catalogue de donneurs en quelque sorte). L'IAD occasionne donc elle aussi une perte de maîtrise. Elle est dégradante parce qu'un inconnu injecte du sperme d'un inconnu. Cet argument est validé par l'expérience vécue, laquelle est évaluée immédiatement en termes normatifs sur la base de la norme acceptable c'est-à-dire la procréation naturelle caractérisée par le fait qu'on y déploie sa capacité propre. L'impossibilité de choisir soi-même le «père» et d'obtenir à son propos des informations suffisantes repose sur la même base de validité du point de vue de la perte de maîtrise.

### **7.2.3 L'argument des coûts en comparaison des bénéfices**

Les coûts des techniques, ici moins en termes économiques qu'en termes de problèmes appréhendés pour la société ou pour les individus en tant que personnes sur qui sont appliquées les NTR, constituent une des clés pour comprendre des arguments présentés ci-haut qui prenaient l'allure de postulats. Dans un des cas, le calcul coûts-bénéfices est implicite, alors que dans l'autre il est explicite et réitéré à de multiples occasions. Le calcul

est toujours défavorable aux NTR, les bénéfices envisagés ne faisant pas le poids comparativement aux problèmes.

Un des problèmes des techniques, le principal - sinon le seul - dans un des cas, réside dans l'eugénisme. Le risque de l'eugénisme est suffisamment important pour justifier le rejet de toutes les NTR dans une des lignes argumentatives, et ce d'autant plus que le recours aux NTR est une réponse à un désir égoïste (ainsi le «bénéfice» est lui-même dévalué, n'a aucun poids). Dans l'autre cas, ce risque est associé à la FIV plutôt qu'à l'IAD. Typiquement dans cette représentation, le risque de l'eugénisme est nommé plutôt que développé, comme je l'ai déjà noté au point 7.1. On invoque la crainte du «meilleur des mondes» ou du «transfert de principes» des animaux aux humains. Ces deux locutions ont circulé fréquemment dans les discours publics critiques des NTR. Dans le second cas où le transfert de principes est invoqué, la limitation du risque à la FIV montre que cette raison est empruntée directement aux critiques et qu'elle sert à dévaluer la FIV. On peut se demander si ces locutions ne prennent pas leur force du fait de faire partie de l'arsenal des critiques des NTR; leur emprunt serait ainsi validé sur la base de la validité accordée *a priori* aux discours critiques. En même temps, de la même façon que dans la première représentation, la peur de l'eugénisme pourrait être fondée sur une peur de la Technique, une crainte de transgression probablement millénaire et d'un autre côté sur les horreurs que comporte l'histoire du XXe siècle en la matière. C'est une crainte d'un dérapage incontrôlé de la technique et de la science plutôt qu'une méfiance à l'égard des médecins qui ne sont pas suspectés ici de vouloir pratiquer l'eugénisme. On «sait» que les NTR pourraient conduire à l'eugénisme: cette connaissance, peu explicitée, est probablement validée par la reconnaissance dans la société en général d'un tel risque.

La seconde ligne argumentative met en plus - et même davantage - en évidence les aspects nocifs et problématiques liés aux procédures des NTR du point de vue des femmes sur qui elles s'appliquent. Le calcul coûts-bénéfices est fondé principalement sur des raisons validées par le savoir objectif, et essentiellement médical, détenu personnellement (du fait de la formation professionnelle dans une discipline paramédicale).

La FIV et l'IA(C/D) comportent des risques physiques dont la gravité s'accroît avec la quantité d'interventions. Le vocabulaire utilisé pour décrire ces risques comporte des termes spécialisés et montre la maîtrise de la connaissance des processus des techniques et de leurs impacts. Par ailleurs, le sperme utilisé en IAD présente également des risques de transmission de maladies, bien qu'il soit, dit-on, «investigué» notamment au plan des «aberrations chromosomiques» (e-13). Jusqu'ici le regard objectif sur les risques, inséré

dans le calcul, est absolument désavantageux pour la FIV et l'est un peu moins pour l'IAD, en comparaison des bénéfiques. Cependant, comme on l'a vu, il y a un dérapage de l'argumentation dans la comparaison de l'IAC avec la procréation naturelle: l'IAC comporte des risques non seulement à cause de la procédure pouvant entraîner une grossesse ectopique ou de l'«embolisation» mais à cause du sperme du conjoint. Ce sperme présente seulement moins de risques que celui d'un donneur inconnu. L'argument mobilisé pour dévaluer l'IAC comparativement à la procréation naturelle est ainsi lui aussi de type objectif mais il est sous-tendu par un *a priori* qui n'est pas vu comme tel à ce moment de l'argumentation et, surtout, qui la fait déraiser. Le calcul ici se montre objectif, mais ce faisant révèle son fondement émotif (ou affectif) qui n'est cependant pas nommé, c'est-à-dire qui n'est pas mobilisé pour valider l'argument.

Ensuite, on invoque contre la FIV et l'IAD (quoiqu'à un moindre degré) un autre calcul, celui-ci mettant en jeu l'efficacité des NTR. On peut noter que l'efficacité n'est pas seulement en cause quand on la compare aux risques physiques; ceux-ci sont suffisants pour ôter à la FIV son caractère raisonnable. L'évaluation de l'efficacité s'ajoute à celle des risques. Elle implique ici un point de vue objectif: c'est le pur calcul de la probabilité d'atteindre le but. Cette évaluation est fondée toutefois sur un *a priori*; les taux de succès sont dits inconnus mais ils ne sont certainement pas «effrayants» (élevés). Etant donné les autres références aux discours publics critiques des NTR, il n'est pas impossible que cet argument soit emprunté directement à ces discours (les taux d'échecs élevés des NTR et surtout de la FIV faisant partie des arguments fréquents contre les NTR), qu'il soit donc fondé sur la validité accordée aux discours critiques. D'un autre côté, les taux de grossesses multiples en FIV sont dits élevés, ce qui indique une forme d'inefficacité. Ce dernier calcul est fondé comme les précédents sur un argument de type objectif, les grossesses multiples présentant des risques. En bout de ligne, l'efficacité des NTR est jugée en termes principalement objectifs, les arguments reposant à la fois sur un savoir de type médical et sur un calcul strict selon lequel il n'est pas adéquat de recourir à des techniques qui ne permettent pas d'atteindre le but. Le coût élevé de la FIV ne fait que s'ajouter à l'inefficacité dans le plateau de la balance - déjà lourdement chargé - des désavantages. Il est possible que l'évaluation de l'inefficacité soit fondée sur l'expérience personnelle de l'échec à répétition de l'IAD; cependant, le fait d'avoir vécu ces échecs n'est pas présenté comme un argument dans la discussion de l'efficacité, sinon quand l'IAD est comparée à la procréation naturelle qui serait plus efficace puisque les «essais» ne sont pas limités à deux par cycle.

Par ailleurs, cette fois au plan de la société, le calcul des risques de dépendance économique des personnes ayant recouru à la FIV et ayant donné naissance à plusieurs enfants est encore défavorable à la FIV. Ce calcul des coûts sans bénéfices pour la société ressemble à une raison attrapée au vol pour dévaluer la FIV. Cette raison fait apparaître cependant un postulat selon lequel la dépendance économique des individus à l'égard de la société est un état à éviter (que symbolise le «bien-être social»). La mention qu'il s'agit peut-être d'un «jugement» ne mène pas à revenir sur la raison invoquée. En fait, cette raison prend la forme d'une flèche supplémentaire dont on s'emparerait sans en vérifier l'état dans la violence du combat: tout peut faire l'affaire pour abattre l'ennemi.

Enfin, un dernier calcul place dans la balance, sur un des plateaux l'IAD (avec ses risques et son - mince - avantage) et, sur l'autre, l'adoption. En comparaison de l'IAD, l'adoption présente des risques d'ordre psychosocial plus élevés. Cet argument, en faveur de l'IAD - et qui constitue la raison principale du recours à l'IAD - est fondé d'une part sur l'expérience d'autres personnes ayant eu des problèmes avec un enfant adopté (l'enfant refusant de les reconnaître comme ses parents), alimentée par un savoir de type psychologique et un savoir sur les enfants adoptés, sur les causes de la mise en adoption de ces enfants. D'autre part, les risques de l'adoption résident dans le fait qu'il n'y ait pas de liens génétiques entre les adoptants et l'enfant. Cette partie de l'argument ordonne en fait le précédent: l'enfant adopté vient d'ailleurs (il n'est pas de nous) et en conséquence un risque en découle au plan de l'attachement entre parents et enfant et au plan des problèmes possibles de l'enfant liés à ses origines familiales. Le «chaînon manquant» entre les parents et l'enfant tient à la fois de l'objectivité (l'enfant ne porte pas nos gènes) et du symbolique (les gènes représentant le «nous» distinct du «eux»), donc d'un savoir objectif à propos de la procréation impliquant la transmission du bagage génétique via les gamètes et d'une convention ou une norme culturelle qui n'est pas remise en question.

## **Conclusion**

Le regard objectif adopté (à partir duquel on voit ce que les autres ne voient pas) donne à la représentation un statut de vérité énoncée sur la base d'une expertise. La représentation prend la forme d'un discours d'autorité, qui doute peu de lui-même.<sup>10</sup> La représentation n'est pas une connaissance parmi d'autres qui pourraient être valides pour les autres; ce que l'on sait des NTR et de la société est ce qui devrait être su par les autres s'ils étaient

---

<sup>10</sup> Dans un cas, le «manque» d'informations (de type technique/objectif) détenues à propos des NTR suscite la crainte d'être trop catégorique; cette conscience d'un «manque» d'informations ne mène pas néanmoins à nuancer le point de vue. Les assises sont suffisamment solides pour ne pas avoir besoin de tenir compte des aspects proprement techniques.

vraiment éclairés. Le regard objectif adopté est en même temps un point de vue opposé aux NTR. La validité accordée apparemment aux critiques des NTR, parce qu'elles sont critiques, montre que le regard «objectif» n'est pas forcément un regard critique au sens de la réflexivité.

Il est notable que cette représentation porte nettement moins un caractère défensif et justificateur que la première, comme s'il était moins nécessaire d'appuyer les énoncés à l'aide d'arguments très développés. Dans les deux représentations on parle de la même chose mais en étant placé dans des positions inversées (dans la seconde, on semble parler des femmes partageant la première et *vice versa*). Pourquoi, dans la seconde, le discours est moins justificateur? Probablement parce que c'est un discours critique des NTR (et de la société), parce qu'il est du «bon côté» en s'opposant aux NTR, parce qu'il est apparemment plus «éclairé» de se montrer opposé à la technique. On peut rappeler en effet que dans la première représentation on doit montrer que l'on sait que la technique n'équivaut pas univoquement au progrès, qu'elle a des ratés; il n'est pas possible de soutenir le contraire sans nuancer. Il s'ensuit que dans la première, mais pas dans la seconde, il faut être capable de s'expliquer en long et en large pour rendre compréhensible ce que l'on soutient; il s'ensuit aussi dans la première mais pas dans la seconde qu'il faut relire son expérience, la regarder et la brandir pour faire comprendre aux autres (dont moi, la chercheure) le sens de ses actes.

Le savoir valide, apparemment, n'est pas celui qui serait issu de l'expérience. Le fait de n'avoir pas expérimenté telle technique ou de ne connaître personne l'ayant expérimenté n'empêche pas de parler de façon «informée» des NTR (si ce n'est au plan strictement technique, dans un des cas). D'un autre côté, les aspects qui pourraient relever de la subjectivité sont rarement placés en avant-scène et quand ils le sont ils prennent la forme de normes universelles dont le contenu est prédéterminé.

On peut voir un lien entre le contenu de la représentation et ses bases de validité: si les NTR et la société telle qu'elle est empêchent les femmes de raisonner de façon rationnelle, les laissent avec pour seul guide leur désir excessif d'enfant, ce que les femmes pourraient dire de leur expérience serait d'emblée «faux» ou peu crédible. La prémisse de l'aveuglement et du manque de réflexion ferme d'emblée la possibilité d'accorder une validité à un savoir qui se fonderait sur l'expérience vécue et relue.

En même temps, l'adoption d'un point de vue de type objectif, plutôt par exemple qu'un point de vue fondé sur l'expérience, provoque peut-être un effet de durcissement. La

quasi absence d'arguments ou de raisons fondés sur l'expérience vécue tend à évacuer de la représentation des dimensions d'ordre émotif (sinon pour les dévaluer). Comme je l'ai déjà mentionné au point 7.1, la représentation montre une dissociation plus ou moins grande selon les cas entre le discours tenu à propos des NTR et l'expérience qui en a été (ou qui en est) faite. C'est entre autres sur cette dissociation que peut reposer l'affirmation selon laquelle les NTR ont un pouvoir d'attraction irrésistible et dangereux, selon laquelle aussi les NTR empêchent de réfléchir. Il faut faire de son cas une exception ou alors n'y pas faire référence puisque l'assertion s'effondrerait. L'adoption d'un point de vue qui serait entre autres fondé sur l'expérience ne mènerait pas forcément à une attitude plus positive à l'égard des NTR mais elle permettrait sans doute d'introduire le doute à propos de ce que sont les autres femmes. Un bref aperçu de cette hypothèse nous est donné, dans un cas, par certaines références au désir personnel qui animait le recours (désir d'avoir un enfant de nous) et par une brève comparaison avec le désir d'enfant des autres femmes recourant aux NTR: la mise en parallèle de son désir et de celui des autres rendait ce dernier plus compréhensible et lui donnait un caractère moins excessif.<sup>11</sup>

Si dans un cas la presque négation de l'expérience des NTR ne semble pas avoir d'impact désastreux au plan du sens de l'action, il n'en va pas de même dans l'autre cas.

Dans le premier cas, le savoir est assis sur des certitudes d'ordre éthique, en cohérence avec la compréhension (objective) de l'évolution de la société et avec l'action (l'abandon des essais d'IAD, même si ce renoncement n'est pas, dans les faits, dû à des considérations éthiques mais bien à une inadéquation du moyen en regard du désir personnel). La morale proposée comporte des contenus prédéterminés et devant valoir universellement et ce sont eux qui ordonnent la place et le sens des NTR. L'expérience vécue, non pas de la technique mais de la sortie de la technique et de la renonciation à avoir des enfants, est également la source d'un savoir autorisé à propos de ce qu'il est possible de faire et à propos de la satisfaction qu'on en peut tirer. Cette expérience n'est pas présentée comme une possibilité parmi d'autres mais comme le seul choix valable au plan éthique.

Dans l'autre cas, le savoir à propos des NTR repose sur des vérités objectives de type biomédical (savoir familial, au point de vue professionnel et devenu incorporé) et, dans une moindre mesure, de type psychologique. Le calcul coûts-bénéfices est également

---

<sup>11</sup> Toutefois, le fait de reconnaître cette proximité des désirs ne suffit pas pour nuancer le point de vue général sur le désir des autres femmes (il demeure excessif), de la même façon que le «manque» d'informations sur les techniques (voir la note précédente).

fondé sur des arguments du même type. On se réclame d'un savoir objectif mais la façon dont il est utilisé, notamment l'application fréquente de doubles standards selon ce de quoi l'on parle, montre la lourde charge émotive qui sous-tend la mobilisation de ces arguments. Les arguments servent un propos qui ne se laisse pas du tout enserrer dans les catégories de l'objectivité mais qui ne semble pas pouvoir être exprimé sans ces arguments. Les vérités objectives mobilisées ne permettent pas d'ancrer l'action (le recours à l'IAD) parce que ces vérités renvoient strictement à des problèmes et, d'un autre côté, rien d'autre ne semble pouvoir être apporté pour expliquer quand même l'action, c'est-à-dire pour expliquer qu'on agisse malgré tout en ce sens. Il en résulte une position pour le moins inconfortable puisqu'il est pratiquement impossible de justifier l'action de façon satisfaisante (la validité appartient à l'objectivité pour une bonne part et à la «convention» maintenue relative à la procréation comme totalité) et puisque par ailleurs il semble tout aussi impossible d'agir autrement. La souffrance (douleur, humiliation) n'a pas de sens ici; elle n'est pas contrebalancée par la possibilité d'avoir un enfant parce que cet enfant, s'il venait, ne serait pas le symbole parfait de la capacité. Le but ne peut être atteint et il n'est pas modifié, ni concrètement ni symboliquement.



## **CHAPITRE 8 LES NTR-MOYENS D'ASSISTANCE ET DE REIFICATION**

### **Introduction**

Cette troisième représentation montre des NTR insérées dans des rapports de pouvoir. Elles sont connues à la fois comme des moyens d'assistance pour les femmes et les couples pour réaliser quelque chose dans le couple et des moyens pour des tiers (médecins, biologistes et autres intervenants impliqués dans le domaine) pour réaliser des buts divers par l'utilisation des femmes et éventuellement des enfants. La distinction entre les buts, de part et d'autre, met en lumière deux logiques opposées: une logique de l'autonomie de la sphère privée où les individus concernés élaborent leurs buts selon des principes et une logique de «système» où les buts et les règles sont énoncés par des tiers défendant leurs intérêts plutôt que ceux des personnes sur qui les techniques sont appliquées.

Dans cette représentation, c'est ainsi moins la technique en elle-même qui est en question que ce qu'on en fait c'est-à-dire les pratiques concrètes et discursives et les intentions des acteurs et actrices. La double dimension des NTR ne renvoie pas à ce que j'ai appelé la «double face» dans la première représentation. Les NTR n'ont pas ici deux faces, dont l'une serait cachée (tout en étant connue) et l'autre découverte. Les pratiques ou les logiques opposées sont «visibles» en même temps, façonnent les NTR telles qu'on les connaît. A travers cette construction, un idéal apparaît qui consisterait en une victoire de l'autonomie sur le système. L'autonomie correspond à l'élaboration des buts et des règles de pratiques basées sur des principes fondamentaux ayant une valeur universelle, essentiellement le respect de l'acte procréatif et des personnes. La médecine doit aider les personnes à réaliser les buts qu'elles se sont fixées, elle doit servir plutôt que «se servir».

La présentation de la représentation suivra le même schéma que dans les cas précédents. Elle sera suivie d'une analyse des arguments et de leurs bases de validité montrant une tendance davantage réflexive que non réflexive.

### **8.1 La représentation des NTR-moyens d'assistance et de réification**

#### **8.1.1 La situation de départ: réaliser un projet**

La situation dans laquelle les femmes se trouvent quand les NTR surviennent dans leur vie n'est pas présentée comme un problème personnel d'ordre existentiel ou identitaire. Dans

les deux cas, il y a pourtant une infertilité. Dans le premier cas, le couple n'a pas cherché à procréer mais, dans les faits, n'a pas procréé. L'infertilité a été attribuée à la femme par le conjoint, l'infertilité ne pouvant pas être masculine pour lui. Cette vérité n'a pas été vérifiée par un diagnostic médical. Néanmoins, l'infertilité causait un problème à l'homme puisqu'il ne pouvait obtenir la reconnaissance de sa virilité par les siens (celle-ci ne pouvant être avérée que par une grossesse chez sa conjointe). La femme, de son côté, ne vivait pas la situation comme un problème, d'autant plus que le couple a adopté un enfant qui leur a été offert par une femme enceinte de lui. Dans le second cas, la femme s'est retrouvée infertile suite à des grossesses ectopiques survenues alors qu'elle ne cherchait pas à procréer et ce, plusieurs années avant de recourir à la FIV. Dans ce cas, comme dans le premier, on ne présente pas le contexte en termes de perte. Le recours aux NTR est inséré dans un parcours de procréation qui n'est pas marqué par l'échec ou la possibilité d'un échec ni par l'incertitude. Le second cas ressemble objectivement à certains cas de femmes partageant la première représentation, mais cette situation objective n'est pas vécue (ou à tout le moins présentée) de la même façon. Il n'y a pas de risque associé à la possibilité de regretter, ni non plus de rêve de famille qu'il faut absolument chercher à réaliser sous peine d'une atteinte à son identité personnelle. Autrement dit, dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas de perte de contrôle sur sa vie, il n'y a pas de rêve ayant subi (ou risquant de subir) d'avaries ni d'incertitude à convertir en sécurité. Le projet ne consiste pas (pour soi) à régler un problème, mais à réaliser quelque chose dans le couple.

J'écris «réaliser quelque chose» parce que le but ne consiste pas nettement à procréer dans le premier cas et parce qu'à travers la procréation on cherche explicitement à réaliser d'autres buts qu'avoir un enfant. Dans les autres cas examinés avant, où le but immédiat consistait à avoir un enfant, d'autres buts pouvaient être poursuivis, mais dans les cas présents la diversité est plus nette. Ainsi, dans un cas, le recours à l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint (IA ou IAC) est clairement une façon à la fois de prévenir un problème potentiel dans le couple et d'aider le mari à résoudre un problème identitaire; l'IA se présente comme une façon d'aider le mari, par là on «réalise quelque chose» dans le couple, pour l'autre et pour soi. Dans le second cas, le recours à la FIV vise à réaliser un projet d'enfant nommé comme un «projet de couple»; s'il s'avérait que

la FIV était inefficace, ce projet d'avoir un enfant pourrait être «remplacé» en quelque sorte par un autre projet de couple.<sup>1</sup>

La situation à laquelle on fait face n'est donc pas d'emblée problématique pour soi-même. Les NTR apparaissent ainsi comme une possibilité de réalisation d'un projet personnel ou conjugal. Du point de vue de la théorie des représentations sociales, cependant, on peut parler d'une situation-problème à résoudre, la situation problème ne consistant pas ici en un problème dans sa vie à résoudre par les NTR mais plutôt en une entrée des NTR dans sa vie (les NTR en tant qu'objet-problème). Sur ce plan, on peut constater dans les cas concernés une tentative de concilier le recours à la technique avec des principes fondamentaux, avec des principes éthiques. C'est la finalité de la représentation. De ce point de vue, il n'est pas étonnant de trouver une distinction entre les techniques et les utilisations (médicales et non médicales) diversement orientées des techniques, distinction au fondement de ce que «sont» les NTR ici.

### **8.1.2 Au cœur des NTR-moyens d'assistance et de réification**

Cette troisième représentation partage certains traits (au plan du contenu) avec les deux premières. L'attitude plutôt positive (quoique critique et parfois même très critique) à l'égard des NTR la ferait se rapprocher davantage de la première représentation que de la seconde, mais le point de vue critique la rapproche de la seconde; en même temps, elle se distingue des deux en ce qu'elle ne comporte pas, dans ses bases, l'idée de la «maîtrise» ou du «contrôle», ni non plus de la «nature».

La représentation comporte deux dimensions principales. Les NTR en tant que moyens d'assistance et de réification sont d'abord des pratiques médicales et ensuite elles sont des objets de discours publics tendant à rendre publique l'affaire privée qu'est la procréation.

#### **8.1.2.1 Les NTR: des pratiques médicales d'assistance ou de réification**

Les NTR sont des pratiques médicales d'assistance ou de réification étant donné ce qui se fait à travers elles et étant donné ce qui est respecté ou non, les possibilités qu'elles présentent de respecter ou d'outrepasser les limites de ce qui est acceptable. Deux sous-

---

<sup>1</sup> Les guillemets à «remplacé» sont importants parce que le projet d'avoir un enfant est aussi présenté non comme quelque chose d'essentiel mais certainement comme quelque chose de très particulier pour le couple. A ce titre, il n'est pas «remplaçable». Cependant, la possibilité de n'avoir pas d'enfant n'est pas présentée comme une catastrophe pour le couple, comme quelque chose risquant de mettre un terme à la relation ou, moins dramatiquement, de l'ébranler durement.

dimensions des NTR-pratiques médicales apparaissent donc dans cette représentation: 1° les pratiques concrètes par lesquelles on peut ou non atteindre le but et dans lesquelles non seulement un effet est produit mais des personnes agissent, pratiques susceptibles de consister en «assistance» ou en «réification»; 2° les pratiques auxquelles on confronte l'idéal ou d'autres moyens d'atteindre le but: c'est ici moins l'action directe effectuée avec la technique qui est en question que les conditions générales et les intentions animant les pratiques médicales.

### *L'action dans la technique*

Le terme «assistance» connote à la fois l'aide, une certaine compassion ou empathie et, également, une implication de la part du «moyen» ou des médecins dans l'action effectuée qui n'est pas de l'ordre de la domination. En même temps, le terme est connoté par un partage de l'action.

«Pour moi c'est vraiment un moyen qu'on met à la disposition des femmes pour... leur permettre là de éventuellement d'actualiser quelque chose dans leur couple (...). Mais comme je dis moi j'ai pas eu les moyens durs, j'ai eu, parce que dans le fond c'est un moyen mou tu vois.» (e-3)

Dans cet extrait, le «on» renvoie à la médecine. Celle-ci est essentiellement aidante pour les femmes à qui elle permet d'agir en mettant à leur disposition des «moyens». L'esprit général pour parler de l'action des techniques pourrait être résumé comme suit: j'utilise ce moyen qu'on m'offre pour atteindre mon but. C'est donc «moi» (nous) qui agis avec l'aide de quelqu'un qui m'offre des «moyens».

Affirmer qu'on utilise le moyen NTR pour réaliser quelque chose, atteindre un but, implique une appréciation des NTR du point de vue de la liaison entre ce moyen et le but. Autrement dit, les NTR apparaissent *a priori* comme des moyens adéquats, dont la fonction ou l'action est susceptible de remplir une promesse. Pour comprendre comment les NTR sont interprétées de ce point de vue, il faut revenir au but de l'action.

Dans un cas, la résolution du problème identitaire du mari constitue le but de l'action, à laquelle il faut ajouter la prévention d'éventuels problèmes relationnels dans le couple susceptibles de devenir un problème personnel pour la femme. Cependant, on conçoit ici que ce but n'est qu'un des buts possibles à poursuivre à travers les NTR. Ainsi, dans ce premier cas, les buts poursuivis sont indéfinis *a priori*; les personnes ou les couples n'ont pas à justifier leurs buts (c'est privé); les NTR ne sont pas forcément des réponses à un problème précis de fertilité. On se souviendra que, dans la première représentation, si on

voyait un lien logique entre le problème et sa résolution par la technique c'était entre autres parce que le problème était défini comme un problème médical. Cependant, il y avait une dissociation entre la technique et le problème physiologique («donc» médical) puisque les NTR ne guérissent pas. Ainsi, les NTR devenaient des moyens non pas de résoudre le problème physiologique mais des moyens de procréer. On pourrait dire qu'ici il y a une semblable dissociation mais davantage exacerbée puisque le problème n'est jamais défini comme un problème médical, il est explicitement et essentiellement reconnu comme un problème identitaire. De ce point de vue, les NTR se présentent d'abord comme un moyen de montrer au mari qu'on est disposée à l'aider à résoudre son problème, ensuite comme un moyen d'obtenir une grossesse qui serait la preuve de la virilité du mari et, enfin, comme un moyen de se prémunir d'éventuels reproches. Ainsi le lien entre les NTR et les buts poursuivis ne repose pas strictement sur une idée de la procréation définie comme un processus physiologique; en plaçant la procréation dans la sphère sociale (processus social qui passe néanmoins par le corps), le lien entre les NTR et le but, ce qui permet de légitimer le recours, est déplacé lui aussi, passant d'une logique biologique à une logique sociale.

Dans le second cas, le but est nettement de procréer et, à travers la procréation, de réaliser un projet de couple. Le problème de fertilité est défini de telle façon qu'il est presque éliminé.

«Palliatif, parce que j'ai les trompes qui fonctionnent pas pis je suis fertile quand même j'ai quand même des ovules, mes deux grossesses ectopiques me l'ont bien montré que j'étais très fertile, et c'est un moyen pour passer par-dessus le fait que j'aie des trompes [inaudible] (...).» (e-7)

Dans ce cas-ci, le lien logique entre la technique et le but est direct; la FIV ne fait que remplacer les trompes, elle permet de réaliser le projet de couple d'avoir un enfant ensemble. Le lien logique repose ici comme dans les cas examinés auparavant sur une définition médicale du problème d'absence de trompes et, par extension, mais partiellement seulement, sur une définition de la procréation comme processus biologique. Partiellement parce que la procréation est en même temps définie comme une réalisation de couple. Ce trait est important, comme on le verra plus loin, puisque la FIV telle que pratiquée ne permet pas de procréer en couple.

Cette définition restrictive du problème de fertilité justifiant le recours aux NTR ne s'applique pas qu'à son cas personnel; les buts poursuivis ne sont pas imaginés comme pouvant être d'une autre nature que la procréation et, plus généralement, la procréation en couple. On peut noter au passage que, dans tous les cas (ceux-ci comme les autres cas

examinés), la façon de définir le problème de fertilité repose toujours sur l'expérience personnelle. Dans le premier cas présenté plus haut, la définition du problème et la liaison entre les NTR et le but sont structurées sur la base de son propre problème et élargies ou généralisées sur cette base. L'indéfinition des buts permet d'intégrer toutes sortes de buts et par conséquent permet de justifier son propre recours. Dans le second cas, la définition des buts joue dans le même sens.

La façon de définir le problème et le lien entre la technique utilisée et le but permet de soutenir qu'on utilise un moyen pour atteindre le but. De ce point de vue, le moyen - les NTR - prend figure d'assistance aux personnes. Est-ce que l'action effectivement réalisée confirme cette vue?

L'action de la technique est ici d'emblée transposée dans la sphère d'une action médicale. Comme dans la première représentation, la place des différents acteurs et actrices organise en quelque sorte l'action de la technique, celle-ci étant un moyen entre les mains de quelqu'un plutôt qu'un moyen qu'on peut considérer indépendamment de son utilisation par quelqu'un (c'est ce pourquoi les NTR sont définies en termes plutôt relationnels que techniques: assistance ou réification).

Dans un cas, l'action débute avec une «offre» directe de procréer de la part d'un médecin. Déjà l'IA est offerte, comme un service à rendre; l'offre est déjà désir d'assistance. L'offre est suivie d'une réflexion à son propos et d'une acceptation, et ensuite d'examens pour vérifier la possibilité de procéder par l'IA.

«(...) ben c'est ça comme je disais il fallait dire oui. Après ça... là il a fallu que je passe un tas d'examens là pour savoir si j'avais les trompes bouchées... (...) Parce que là il y avait bon tous les examens que moi je devais passer, tous les examens que là mon mari devait passer là, justement en termes de densité de sperme (...). Moi j'avais le col de l'utérus juste une petite affaire rétroversé mais pas assez pour empêcher la conception mais c'était plus lui qui avait un problème donc je veux dire c'est sûr là, c'est que par le sperme là t'sais il pouvait le faire d'une façon concentrée. Fait qu'il y a eu ces examens-là. Ça, ç'a duré une secousse. Ensuite de ça, il y a eu pendant un an là la prise de la température là, tous les matins là, pour arriver à déterminer à peu près c'était quand l'ovulation pis bon.» (e-3)

Les examens nombreux font partie de ce qui a été accepté, ils sont un passage nécessaire et, contrairement à d'autres cas, ils ne sont pas investis émotivement. On ne cherche pas une cause d'infertilité (bien qu'on en trouve une, chez le mari); les résultats des examens ne servent qu'à vérifier la pertinence de l'IA. Les examens sont intégrés à l'offre, à l'assistance offerte et ne sont pas vécus comme une violence. Cependant, on conçoit qu'il

puisse en être autrement si beaucoup d'espoir est placé dans le recours et si le médecin est spécialiste et pratique dans un grand hôpital d'un centre urbain.

«C'est parce que j'ai lu un moment donné des... des témoignages de femmes qui parlaient de choses comme ça pis qui trouvaient que bon... ça faisait très technique les examens qu'elles passaient pis des fois elles avaient l'impression que, pas qu'on leur manquait de respect mais qu'elles étaient un petit peu comme des... des organes reproducteurs, pis en tout cas, t'sais j'ai déjà lu des... des choses là-dessus. Moi ça... bon peut-être parce qu'on était dans une petite ville, peut-être parce que le médecin qui me suivait pis qui me faisait toutes les choses c'était pas une spécialiste (...), peut-être aussi parce que je le prenais d'une façon très détachée dans le sens que, bon je mettais pas ma vie là-dedans (...) Alors je le prenais d'une façon très détachée, dans le sens bon ben là ok, premièrement c'est ça, deuxièmement c'est ça, troisièmement c'est ça pis, bon ben il fallait y passer, il fallait y passer pis les choses seraient claires après, c'était ou ça marchait ou ça marchait pas mais si ça marchait pas on en reparlerait plus pis... Ma vie était pas là-dedans.» (e-3)

L'intervention médicale que constitue l'IA elle-même «suit» les examens. Qu'y fait-on? On procréé ni plus ni moins à trois. Le médecin pose un acte (l'insémination comme telle) aidant la femme et l'homme à réaliser quelque chose. Mais l'acte lui-même est vu comme important, constitutif de la réalisation; celle-ci n'est pas rapportée au projet ni à la grossesse et à l'accouchement. Le médecin est ici une personne à part entière (plutôt qu'un moyen). En comparaison d'une des qualifications des médecins que l'on trouvait dans la première représentation où les médecins pouvaient constituer des alliés, dans le présent cas le médecin est plus qu'un allié, on pourrait même dire qu'il fait plus qu'assister.

«(...) quand il y avait... le temps de l'insémination ben c'est ça là, on était les trois... pis bon là elle inséminait pis souvent quand elle pouvait rester là le temps que j'étais étendue pis tout ça, elle restait pis on jasait pis (rire) moi j'étais étendue les jambes un peu pliées pis, avec une couverture, mon mari était à côté pis elle pis, ça faisait... à la fois, comment je pourrais dire? très convivial pis en même temps... le terme qui me vient c'est incestueux mais c'est pas ça que je veux dire, comment on appelle ça le partage là?...**Oui le mot me vient pas mais je comprends, le trio là** Oui c'est ça, c'est ça. En tout cas c'est un petit peu ça que ça me faisait comme impression, comme sensation.» (e-3)

L'action faite n'est pas «technique», au contraire elle se rapproche d'une activité sexuelle peut-être un peu perverse. Si c'est une source de malaise diffus, ce qui l'est un peu plus c'est l'impression que le médecin agit comme si elle était elle-même la mère de l'enfant virtuel.

«Elle c'était... comment je pourrais dire? elle était fière de ce bébé-là là autant que moi je pouvais être fière. C'est parce qu'elle commençait sa médecine, elle avait appris des choses [à l'université], (...) elle avait le goût de se mettre au service des femmes mais elle avait jamais... elle avait déjà suivi des femmes pour grossesse

mais... ce qu'elle avait appris là, comment éventuellement on peut amener des femmes à avoir des enfants, ça s'était jamais concrétisé. Alors elle m'a suivie là, mais comme si c'était elle qui était enceinte. Ah c'était incroyable. Pis d'ailleurs [l'enfant né suite à l'IA] porte [parmi ses prénoms le nom du médecin].» (e-3)

C'est l'engagement personnel du médecin dans l'acte qui provoque l'impression d'une presque dépossession plutôt que l'intervention médicale. La participation du médecin est à la fois reconnue et appréciée (le don du nom à l'enfant marque le lien créé entre le couple et le médecin) et source de malaise, celui-ci étant accru par la médicalisation du suivi de grossesse semblant découler nécessairement de l'engagement personnel - et presque excessif - du médecin.

«Mais c'est ça, moi la médicalisation là, c'est, comme je disais, c'est pas tellement (...) avant de tomber enceinte là, ç'a été au moment où je suis tombée enceinte. C'est que là j'ai trouvé que... pfff! (rire). **Oui c'est ça, comment vous viviez ça cette présence de la jeune médecin là, très, très très... elle était très très présente** Elle était très très très très! (rire) **Comment vous ressentiez ça?** Ben à la fois c'était très sécurisant, en même temps... des fois j'avais pas l'impression que c'était (...) pas mon bébé à moi, que c'était le sien son bébé, mais que c'était moi qui le portais.» (e-3)

L'IA conserve son caractère d'assistance pour le couple mais il appert qu'il en aille de même pour le médecin en tant que personne (plutôt qu'en tant qu'expert médical). A travers sa propre intervention, le médecin réalise aussi quelque chose pour elle-même en tant que femme, qui dépasse donc largement le strict domaine professionnel. Ainsi, l'IA-moyen d'assistance est tel pour les membres du couple et pour le médecin. A quoi il faut ajouter qu'elle «assiste» aussi l'instauration des relations entre les personnes, y compris l'enfant.

Néanmoins, l'IA est également vue comme existant sous une autre forme, pas pour soi mais pour d'autres femmes qui l'expérimentent comme réification.

«(...) il y a une des choses aussi que j'ai réalisé c'est que quand tu es dans une petite place comme on était là quand ça ç'a eu lieu, l'atmosphère est pas du tout le même que quand tu es dans une grande ville. Parce qu'un moment donné j'avais rencontré, tout à fait par hasard (...) une fille qui elle bon, faisait aussi ça la, l'insémination artificielle homologue là, mais elle était inscrite à [un hôpital montréalais] pis elle dit 'j'ai l'impression d'être comme une jument qui se fait engrosser' parce que là ils allaient recevoir à l'hôpital les seringues qu'il fallait pour recueillir le sperme pis ça devait se faire chez eux parce qu'il y avait trop de monde pis il fallait qu'ils prennent un numéro là pour attendre leur tour à la salle d'attente pis en tout cas là. Alors que c'est pas du tout du tout comme ça que ça s'est passé pour moi là, comme je disais c'était très convivial pis c'était presque (rire) les trois ensemble. Mais je le sais ça que ça se passe pas comme ça dans les grands grands hôpitaux là pis ça ben je suis pas sûre que là... j'aurais aimé ça pis que... qu'on peut pas ressentir à ce moment-là que ça va un petit peu trop loin.» (e-3)



Le caractère assistance ou réification des NTR (de l'IA) n'est pas ici qualifié selon la détention du rôle principal dans l'action de procréer mais dans le sens déduisible des pratiques médicales allant dans le sens d'assister (avec les connotations que j'ai indiquées plus haut) ou de réifier.

Dans le second cas, l'affirmation «j'utilise ce moyen pour atteindre mon/notre but» tend à placer la technique du côté de l'assistance et à faire des médecins des outils ou ressources, plus ou moins confondus avec la technique. Les NTR sont ici aussi offertes par la médecine, mais indirectement. Elles existent et s'offrent aux personnes/couples. La réflexion à propos du recours et une certaine recherche d'informations sur la FIV précèdent l'action du recours par le couple. Comparativement aux cas étudiés dans la première représentation, on insiste peu dans ce cas sur la recherche d'informations et cette recherche porte entre autres sur les aspects éthiques des pratiques actuelles dans le domaine des NTR. L'idée de la FIV-assistance au couple persiste jusqu'à l'entrée dans le «processus» de FIV. Dès le seuil, la FIV se transforme en effet en un «processus», un «moule» dans lequel on n'a rien d'autre à faire que «suivre»; la FIV devient une variante des multiples formes d'interventions médicales, assimilables à une contrainte, à la domination.

«(...) je trouve que c'est il est super... médicament[é] (...) et c'est très, très... très médicinal là, c'est c'est c'est la médecine là, c'est la médecine qui le contrôle au complet là, j'ai l'impression que quand tu rentres dans ce processus-là l'impression que j'ai eue aussi c'est que tu le suivais et c'est tout.» (e-7)

«Mais j'ai l'impression qu'on suit un processus qui eux, on n'a pas toute, les femmes on n'a pas toutes le même cycle puis il faut rentrer dans le cycle que la médecine a décidé de faire artificiellement. Pis la FIV c'est un bel exemple le cycle est plus que 28 jours, alors moi j'ai un cycle de 43 jours pis je suis obligée de, de suivre (...).» (e-7)

«(...) ils ont mal dosé les médicaments, ils m'ont appliqué le même traitement qu'à toutes les autres femmes, tout le monde tout le monde tout le monde a le même traitement et c'est après coup qu'on s'aperçoit ah elle il aurait fallu baisser, c'est trop. Fait que je rentre dans le moule, ils respectent pas mon cycle (...). Tout le monde embarque dans le même cycle.» (e-7)

L'expérience empêche de maintenir l'idée préétablie de l'«assistance». La FIV qu'on cherche à maintenir dans la case restreinte du palliatif tend à l'expansion. Telle qu'elle est pratiquée actuellement, la FIV comporte trop d'interventions pour demeurer palliative. Or ce surcroît d'interventions n'est pas envisagé comme une fatalité; la FIV pourrait être autre si la pratique médicale était modifiée, c'est-à-dire si les médecins modifiaient leur attitude à l'égard du corps des femmes dans le sens du respect des processus naturels; ce serait un

signe d'avancement de leur science (qualifiée ici de «peu avancée»). La FIV idéale serait respectueuse du cycle naturel des femmes et, en conséquence, serait palliative.

«(...) moi ce que j'aurais préféré c'est qu'on suive mon cycle normal qu'on, qu'on regarde quand est-ce que je vais folliculer (rire), qu'on prélève mon follicule, qu'on me fasse un follicule par mois (...) qu'on me le réimplante [l'ovule fécondé], je trouve que c'est plus normal pour suivre le processus pis c'est vraiment palliatif là aux trompes. Là je subis plein de tests parce que la médecine elle est pas... (...) on m'en prélève beaucoup [des follicules], on m'en, on en féconde beaucoup, (...) c'est vrai c'est plus que palliatif dans ce sens-là là (...).» (e-7)

«Pis à mon avis si... si on n'aurait pas à, s'il y aurait un peu plus de respect, je sais pas comment ce qu'on peut appeler ça, ils regarderaient beaucoup plus le processus naturel de la femme. Peut-être, je sais pas, j'amène des hypothèses, peut-être respecter plus le cycle de la femme, peut-être regarder voir si, s'il y a une augmentation de température en prenant tel médicament, si, non on embarque toutes dans le même moule pis en plus on nous dit qu'on a besoin de matériel biologique pour augmenter la fertilité. Alors la médecine je la prends comme ça. Moi je peux, je peux avoir des enfants avec [son conjoint], la seule chose qu'il fallait que je fasse c'est passer par la FIV pour passer par-dessus mes troubles de trompes. Alors c'est ça, alors je suis obligée, pour entrer dans le moule, je peux pas dire au médecin vous allez me faire ça ça ça je n'y connais rien à la médecine je connais pas assez la médecine pour ça (...).» (e-7)

La référence dans l'extrait précédent au «besoin de matériel biologique» montre une autre facette de l'intervention médicale qu'est la FIV. Avec celle-ci, la médecine trouve une occasion de faire de la recherche dont le but consiste à améliorer la fertilité des femmes; ce but est mis en doute étant donné le manque de respect manifesté à l'égard de ce que les femmes concrètes vivent dans la FIV, notamment leurs réactions aux médicaments qui ne semblent pas faire l'objet d'attention du point de vue d'une amélioration de la technique. La demande d'autorisation d'utiliser du «matériel biologique» rejeté dans la procédure est interprétée comme une confirmation d'une orientation des efforts médicaux vers la médecine elle-même plutôt que vers les femmes. La médecine s'assiste elle-même à travers la FIV et à travers le corps des femmes.

Puisque la FIV est expérimentée comme un processus contrôlé de bout en bout par la médecine, avec la FIV ce n'est pas le couple qui procréé. Elle permet d'avoir un enfant «des deux» mais pas de «faire un enfant à deux».

«(...) au niveau de l'affectif passer par la FIV (...) c'est beaucoup plus éprouvant (...) Oui parce que je je, [son conjoint], on parle pas des conjoints mais je suis persuadée que lui il se sent un peu exclu de ça (...).» (e-7)

La FIV (comme l'IA, d'ailleurs) ne comporte rien qui puisse la faire associer à la procréation naturelle, au plan des procédés comme au plan de l'action des personnes dans

ces procédés, puisque celles-ci ne «font» rien.<sup>2</sup> Cette inaction devient cependant relative quand on examine les possibilités d'efficacité de la technique.

En effet, dans le cas présenté ci-haut, une éventuelle efficacité de la FIV serait attribuée non pas à la médecine, qui est peu avancée et qui de toute évidence maîtrise mal la technique, mais à la chance et surtout au couple qui est fertile.

«Si je finissais par avoir un enfant, tu vois (...) je me dirais bravo ç'a fonctionné dans mon cas. Je suis très fertile avec [son conjoint], ça c'est une chose que j'étais convaincue j'ai pas, j'ai pas essayé de me convaincre, (...) deux fois j'ai eu des grossesses avec [son conjoint], (...) je savais que moi j'étais fertile, bon, j'aurais été mieux si j'avais eu mes trompes là (...) et qu'on n'avait pas de difficulté mais, (...) alors je trouvais que ça faisait, comme on avait un désir d'avoir un enfant je trouvais que ça valait le coût d'essayer pis la FIV on pouvait l'essayer avec eux autres, avec ça avec cette technique-là. **Pis en tenant compte du fait que tu étais assez sûre de ton côté pis du côté de [son conjoint] que que ça pouvait fonctionner.**» (e-7)

La FIV-assistance ressurgit pour qualifier l'efficacité. L'information obtenue au préalable à propos des taux de réussite de la FIV contribue à envisager cette technique comme une simple aide à un couple fertile qui n'a besoin que d'un palliatif des trompes de la femme. Les taux, considérés suffisamment élevés (33% de chances de grossesse) étant donné la fertilité du couple, ont aussi contribué à la décision de recourir à la FIV et à faire voir celle-ci comme une simple aide qui allait probablement remplir sa fonction efficacement. Telle qu'expérimentée, du point de vue de l'efficacité, si une grossesse finissait par survenir, la FIV regagnerait un caractère d'assistance mais par un «sacrifice» de l'intervention des médecins (la grossesse surviendrait malgré cette intervention, si l'on peut dire).

Dans l'autre cas, l'efficacité attendue est également liée aux buts poursuivis. La grossesse et la naissance d'un enfant a permis d'atteindre tous les buts mais elle n'était pas nécessaire pour atteindre certains d'entre eux.<sup>3</sup> D'ailleurs, les limites fixées préalablement au recours à l'IA, en termes de nombre d'essais, montrent que l'efficacité attendue non pas de l'IA mais du recours lui-même était moins d'ordre technique que relationnelle. Faire trois tentatives d'IA est jugé suffisant pour atteindre le but personnel poursuivi («faire mon bout de chemin» pour aider le mari) mais l'argument utilisé dans la discussion avec le mari est d'ordre technique:

---

<sup>2</sup> Je reviendrai plus loin sur la comparaison avec la procréation naturelle puisque cette comparaison met en jeu principalement des logiques opposées organisant largement le classement normatif en général des NTR.

<sup>3</sup> La grossesse est nécessaire à la reconnaissance de sa virilité pour le mari, mais le recours à l'IA suffit pour démontrer la volonté de l'aider et pour annihiler des reproches éventuels.

«Pis moi je lui avais dit, à mon mari, j'ai dit moi c'est pas plus que trois fois, trois mois là, je veux dire, si ça marche pas après trois mois c'est parce que ç'a pas à marcher par ce moyen-là (...). Fait que ça c'était clair.» (e-3)

L'argument apparaît fondé sur le pourcentage de chances de réussite donné par le médecin: 33% de chances (par essai) semble signifier qu'après trois essais les probabilités tombent à zéro. Les statistiques fournissent en quelque sorte une bonne raison pour limiter les essais et pour faire apparaître raisonnable, logique, un engagement limité dans le «traitement»: «il était pas question là de faire ça là jusqu'à temps qu'éventuellement ça marche.» (e-3)

Dans ce cas, l'IA a résulté en une grossesse et en la naissance d'un enfant. Est-ce que le fait d'avoir recouru à une NTR modifie quelque chose dans l'enfant et dans le rapport des parents à l'enfant?

Les NTR ont une portée limitée sur ce plan, dans les deux cas examinés. L'enfant né suite à l'IA est un «vrai» enfant, ni plus ni moins «vrai» que des enfants qui arrivent autrement dans la famille. Le résultat de la technique ne diffère en aucun cas de l'adoption ou de la procréation naturelle.

«Pis pour moi ça, mes enfants c'est mes enfants pis... elle [sa fille], elle en fait une différence entre elle pis [son frère] mais moi j'en ai jamais faite. Pis à chaque fois que elle elle en fait là des différences, je la ramène toujours au fait qu'ils ont le même père, ils ont la même mère pis c'est pas important comment on arrive. Fait que elle aurait pu naître sans passer par les techniques, bon ç'a adonné que ç'a été une petite technique. Ça pour moi là, non. J'en fais pas de différence. Parce que c'est ça, l'important pour moi c'est ce qu'il y a au bout de ça. Donc à ce moment-là si... C'est un enfant. Fait que c'est pas important comment il arrive.» (e-3)

Dans ce cas, le nivellement des moyens par lesquels les enfants apparaissent semble relever entre autres de l'expérience vécue. L'adoption d'un enfant avant le recours à l'IA semble résulter en une dévaluation du passage par le corps et du lien génétique comme voie privilégiée de formation de la famille puisque l'on constate un attachement très fort au premier enfant et un «oubli» qu'on ne l'a pas «fait».

«D'ailleurs j'oublie même des fois que, mes enfants... comme [son fils] là, j'oublie que qu'il est adopté. Je me souviens une fois, une jeune collègue qui me demandait, qui était enceinte, pis j'avais pas [sa fille] à ce moment-là pis qui me demandait, bon qui savait pas que j'avais adopté [son fils] mais qui savait que j'avais un garçon, pis qui me demande qui me dit 'toi à ton accouchement est-ce que ç'a bien été?'. Pis là je dis 'à mon accouchement, à mon accouchement...', mais t'sais c'est pas venu tout de suite hein, pis il a fallu que je fasse un effort conscient pour me dire ben voyons mais je l'ai pas accouché (rire).» (e-3)

Cependant, il n'est pas certain que le passage par la technique ne change rien dans les modalités d'appréhension de l'enfant.

«Ça tu vois j'ai jamais été capable de... de lui dire comment elle était née là. (...) Oui... je sais pas pourquoi là pis je me demande si j'ai à lui dire. Des fois je me dis, si jamais... quand elle va être en âge d'enfanter qu'elle a des problèmes, peut-être qu'à ce moment-là je lui dirai. Alors qu'elle sait... [que son frère est adopté]. Et pis bon ben des fois, elle, elle va me dire... 'moi je suis ta vraie fille hein? c'est pas comme [son frère] hein?' pis... j'ai jamais été capable de...» (e-3)

Dans cet extrait, on semble dire que l'enfant né suite à l'IA n'est pas plus sa «vraie» fille qu'un enfant adopté à cause de l'IA. Celle-ci semble provoquer une sorte de rapport d'extériorité face à l'enfant qui n'aurait peut-être pas été là s'il avait été conçu «naturellement». En fait, il est possible que dans ce cas ce soit moins l'intervention technique en elle-même que le contexte dans lequel elle s'est faite (y compris les buts poursuivis) qui provoque cette extériorité. Quoiqu'il en soit, l'extériorité est relative puisque les gamètes ne font pas l'objet de discussion. En effet, d'une part on ne leur attribue aucune fonction «liante», le lien familial est défini comme un lien social (un même père et une même mère font des enfants vivant avec eux les vrais enfants du couple). D'autre part, et surtout, les gamètes ne semblent pas «exister»; la dévaluation du lien génétique aurait pu mener à tenir un discours réificateur sur les gamètes (comme dans d'autres cas examinés avant), mais ici on ne parle que d'«enfants», jamais de «cellules». Dans cet ordre de pensée, les moyens par lesquels les enfants arrivent sont les «portes» d'une maison ne comportant pour ainsi dire pas d'entrée principale.

Si la technique ne modifie pas l'enfant, en revanche l'enfant est un symbole de la virilité de l'homme; celle-ci est montrée et vue à travers l'enfant (puisque le secret de l'IA est maintenu).

«(...) on est revenu ici avec un beau petit bébé, qu'on a promené partout (...) pis on l'a amenée dans la famille de mon mari pis là on l'a montrée (...) pis (rire) on a fait la tournée, la tournée des grands ducs pis là tout le monde a vu le beau petit bébé pis là ben, je sais pas, la la virilité de mon mari était établie, pis après ça ben là dans sa famille ils ont arrêté de lui dire 'bon pis avez-vous du nouveau' pis des affaires de même, il était devenu un homme comme les autres.» (e-3)

En fait, dès la grossesse, la virilité est apparue et «montrée» par le mari. C'est aussi de ce point de vue que le lien génétique est sans importance, l'enjeu identitaire ne résidant pas sur ce plan. Ainsi, l'insémination avec donneur aurait sans doute été acceptée comme un moyen susceptible d'atteindre le but.

«(...) comme il s'en est jamais vanté auprès de sa famille mais qu'il a promené ma bedaine partout (rire), dans le fond là, elle aurait très bien pu naître là par

insémination, par donneur anonyme. Parce que ce qui est important pour lui c'est que son père sache qu'il était capable d'être fécond.» (e-3)

Néanmoins, si l'IA a permis de résoudre le principal problème du mari, elle en a provoqué un nouveau en ôtant toute validité à la vérité préétablie selon laquelle seules les femmes peuvent être infertiles. La vérité nouvelle, établie par le spermogramme (préalable à l'IA), remplace la précédente et déstabilise durablement la définition de soi en tant qu'homme.

Les résultats du recours à la technique jouent dans le sens d'un maintien du caractère «assistance» associé aux NTR dans ce cas, en dépit de l'effet inattendu des modifications de la vérité conventionnelle à propos de la fertilité masculine. En effet, du point de vue des buts visés au préalable, l'IA s'est révélée un moyen adéquat. Mais d'un point de vue plus général, peu importe les buts poursuivis, les NTR ont pour résultat la naissance d'un enfant ne différant pas des autres enfants.

Dans le second cas, on imagine que la FIV donne un résultat semblable à celui de la procréation naturelle, mais il n'y a pas de certitude à ce sujet.

«Au niveau de l'enfant je crois que c'est, je pense pas que ça change vraiment quelque chose au niveau de l'enfant, je sais pas j'ai pas l'expérience de ça, j'aimerais bien mais je l'ai pas (...).» (e-7)

L'attitude plutôt réfractaire *a priori* à l'égard de la FIV (et de la médecine en général<sup>4</sup>) semble se prolonger jusque dans la considération du résultat de la FIV, des effets de la FIV sur l'enfant. Par ailleurs, il faut rappeler que la procréation est conçue ici comme un projet de couple; l'enfant qui naîtrait de la FIV serait un enfant «de nous deux» (au même titre que celui conçu naturellement) mais pas un enfant fait à deux. Il semble difficile de dissocier totalement le processus technique de son résultat. Ainsi, parce que faire la FIV implique non seulement un désir d'enfant en général mais une planification, parce que faire la FIV est une démarche «sérieuse», réfléchie, l'enfant qui naîtrait aurait comme caractéristique d'avoir été désiré. De la même façon que dans la première représentation, la technique «ajoute» quelque chose à l'enfant, la FIV fournit une certaine garantie pour le bien-être futur de l'enfant.

---

4 Des expériences antérieures ont sapé en profondeur la confiance en la médecine. Le doute *a priori* est l'attitude qui préside à l'entrée dans la médecine et dans le processus de FIV. «Fait que ça nous a pris du temps aussi [à décider de faire la FIV] parce que mon, ma relation avec, si j'appelle ça une relation, avec la médecine elle était déjà pas tellement rose là, elle était pas ben ben ben le fun, j'avais une méfiance, on m'a dit beaucoup de choses pis je suis pas quelqu'un de naïve là là-dessus mais, pis je sais aussi pis je suis ben consciente que la science est pas, pas si avancée que ça (...).» (e-7)

«(...) je serais curieuse de vérifier les personnes qui veulent qui passent par les nouvelles techniques, technologies de reproduction, je fais pas de jugement de valeur au niveau des meilleurs parents mais c'est des personnes qui le désirent vraiment pis qu'on sait que l'enfant, on espère en tout cas je pense que dans une majorité on peut présumer, (...) mais je sais que dans notre, parce qu'on a eu un grand désir d'enfant l'enfant on essaie de le mettre dans les meilleures conditions aussi pis que notre choix il est très arrêté il est très planifié et caetera ça fait qu'on, l'enfant est nécessairement dans des bonnes conditions. (...) ce sera pas des futurs enfants battus, ce sera pas des enfants délaissés non plus, c'est sûr.» (e-7)

Je reviendrai plus en détail au point 8.1.2.2 sur cet aspect qui n'est pas exactement abordé de la même façon que dans la première représentation, malgré les apparences, puisque la «bonne procréation» ici n'exige pas un désir «planifié»; ce trait appartient à la FIV, la rend différente de la procréation naturelle et n'est pas une source de valorisation nette des NTR.

D'un autre côté, la prééminence du processus technique n'empêche pas de voir dans la FIV une assistance au couple du point de vue de la réalisation du projet, au sens de son résultat. L'enfant serait un enfant du couple, il signifierait la réalisation du projet du couple. Contrairement au cas précédent, le corps et le lien biologique important ici dans la mesure où le projet est d'avoir un enfant de «nous» et dans la mesure où ce projet renvoie à une définition holistique pourrait-on dire de la procréation, plutôt qu'à une définition qui admettrait aisément le morcellement. La place du corps est réduite dans la procréation par la FIV et cette réduction est acceptable tant que la FIV reste vue comme un palliatif des trompes. Quant au lien génétique, il n'importe ici qu'en ce qu'il fait partie du processus entier de procréation, de ce qu'est procréer en couple.

«On veut avoir un enfant ensemble, on... lorsque [son conjoint] a passé son spermogramme si il pouvait pas avoir d'enfant on disait non, on arrête ça, j'en veux pas un à tout prix, à, passer par dessus plein de choses, (...) t'sais au niveau de l'éthique tout ça j'irais pas en voler un j'irais pas en acheter un non plus, je demanderais pas à quelqu'un d'autre de porter un enfant à ma place là, c'est nous autres, moi je vais le porter, c'est nous autres ensemble qu'on va le voir, on va le voir grandir, (...) pas on va savoir de qui ça vient pis... s'il a les yeux bleus c'est à cause de toi pis il ressemble à ton père, c'est on veut... Je le sais pas, comment je pourrais dire ça, (...) c'est comme un projet, un projet de couple, (...) on fait quelque chose ensemble.» (e-7)

«[le lien biologique] ça prend la place que si, si mon conjoint (...) était infertile, que moi je peux quand même passer par la FIV je l'aurais pas fait, aller chercher le sperme d'un donneur. Je l'aurais pas fait, par contre si la... l'adoption avait été disponible au Québec je l'aurais fait. Je pense, t'sais, il y a des choses que, j'ai accepté, j'ai accepté d'aller en médecine jusqu'à un certain point. (...) Que ça semble naturel le moins là, moi je sais que c'est pour passer par-dessus mes trompes, c'est pas pour absolument avoir une progéniture avec mon chum. Pas pour avoir sa couleur de yeux malgré que je le trouve très beau [rire].» (e-7)

Les gamètes ne sont pas considérés comme des entités indépendantes, on n'en parle pas comme des «cellules» mais on n'en parle pas non plus comme d'un lien. Alors que dans la première représentation les embryons suscitaient davantage de questions que les gamètes, du point de vue de leur circulation, ici les dons de gamètes sont considérés «bizarres», porteurs d'étrangeté.<sup>5</sup> La définition de la procréation comme une «affaire de couple» semble rendre difficile l'appréhension de l'utilisation de gamètes de tiers.

En résumé, du point de vue de leur action effective en tant que moyens pour la réalisation de buts, les NTR sont des pratiques médicales qui peuvent être nettement classées dans l'assistance et qui peuvent également tendre à la réification ou être carrément réificatrices.

J'ai indiqué dans la première partie de ce chapitre que la finalité de la représentation consistait à tenter de concilier le recours aux techniques avec certains principes fondamentaux. Il y a donc un conflit potentiel entre les techniques et ces principes. Dans les pages précédentes, à travers l'examen de ce qui se fait concrètement dans/avec les techniques, on a pu déjà avoir un aperçu de ce conflit et en même temps constater des efforts de construction de la part des répondantes allant dans le sens d'une tentative de résolution de ce conflit, principalement mais non exclusivement pour leur cas personnel. Le point suivant apportera un éclairage plus éclatant sur la trame de fond qui organise cette représentation et permettra également de comprendre mieux le regard jeté sur l'action de la technique en tant qu'il constitue une tentative de maintenir cette action du côté de l'autonomie (tentative plus ou moins réussie, comme on l'a vu) où les NTR sont un moyen d'assistance plutôt que de réification.

*Les NTR: des pratiques médicales ambiguës au plan normatif*

L'attitude à l'égard des NTR en général est plutôt positive dans cette représentation, en autant que les NTR soient des interventions médicales susceptibles d'assister des personnes dans la réalisation de leurs buts et qu'elles se pratiquent à l'intérieur de certains paramètres.

Les NTR appartiennent au progrès, sont un avancement. On ne trouve pas dans cette représentation d'emphase sur la «haute technologie» (pour valoriser ou démoniser les

---

<sup>5</sup> Les embryons comme entités particulières, qu'on peut qualifier de cellules ou d'enfants, ne font pas l'objet de discussion ici. Le fait de n'avoir pas vu ses embryons, de n'avoir pas vécu le transfert explique peut-être la relative absence des embryons dans le discours. On se souviendra que c'est souvent la vue des embryons au microscope avant le transfert qui soulève les questions à propos de ce qu'ils sont, dans la première représentation.



NTR). L'IA et la FIV, dans un cas, sont jugées «intéressantes» pour les couples en ce qu'elles sont des «palliatifs», se rapprochant, dans leur résultat, de la procréation naturelle. En même temps, la FIV est encore peu avancée:

«(...) si je détestais autant ça que ça je serais pas rentrée dans la FIV, je rentre pas là par dépit, je pense que c'est intéressant comme alternative à une infertilité là dans mon cas au niveau des trompes, moi elle était connue, (...) elle était très physique là, c'est intéressant quand tu veux avoir un enfant d'avoir une avenue comme ça. Par contre, c'est, comme dans tous les domaines, la médecine est pas tellement avancée, (...).» (e-7)

La FIV est peu avancée, mais ses taux de réussite sont meilleurs maintenant qu'il y a une dizaine d'années:

«Je savais que c'était très expérimental. Ce qui m'a rassurée c'est le taux de réussite. (...) les premiers renseignements que j'ai pris, (...) même pas un an après ma deuxième grossesse ectopique, le taux de chances était 15% pis maintenant c'est, à la clinique où je vais (...) [c'est] 27% des chances d'avoir un bébé dans les bras mais 33% des chances de tomber enceinte.» (e-7)

D'un autre côté, une attitude d'ouverture à l'égard des techniques assistant la reproduction est signe d'une ouverture d'esprit en général. Si les techniques permettent d'avoir des enfants, les utiliser est raisonnable (jusqu'à un certain point). Soutenir qu'elles sont nocives parce qu'elles sont récusées par l'Eglise ou parce qu'il y a une intervention médicale sur le corps des femmes, relève d'une attitude «arriérée». Ainsi des femmes qui s'opposent d'emblée aux techniques «se pensent modernes» (e-3) mais ne le sont pas réellement. Dire oui aux techniques, c'est en quelque sorte dire oui à l'avancement mais c'est aussi refuser de se soumettre *a priori* à des diktats idéologiques énoncés sans considération de la réalité des personnes concrètes.

Comme on s'en doute, les possibilités de classement des NTR dans le progrès sont limitées par les pratiques médicales. C'est-à-dire, comme je l'ai déjà indiqué, que les NTR sont ici principalement appréhendées non comme des entités flottantes mais comme des pratiques. Si les NTR en soi sont (en partie) classables dans le progrès, en revanche les choses ne vont pas aussi simplement quand les pratiques sont en cause.

Je n'ai pas abordé encore la question de l'«artifice». Dans un cas, elle est très importante pour qualifier les NTR (principalement mais non exclusivement la FIV) alors que dans l'autre elle est anodine (le moyen n'importe pas, dit-on). Malgré cette apparente dissension, on trouve dans les descriptions des procédés le même fondement de qualification des NTR (et de classement en termes normatifs) qui organise largement la représentation des techniques en tant que moyens d'assistance et de réification. Ce

fondement consiste en une distinction nette entre deux logiques: celle du système et celle de la sphère privée.

Dans le premier cas, les éléments sélectionnés pour décrire la FIV et la procréation naturelle montrent le fossé immense qui les sépare. La procréation naturelle est associée au romantisme, est traversée par l'amour, le désir sexuel, la chaleur, alors que la FIV (et la technique en général) appartient à la rationalité, à la froideur et presque à la bureaucratie. Les extraits suivants illustrent les contrastes; j'ai indiqué en caractères gras les caractéristiques de la FIV et souligné celles de la procréation naturelle:

«(...) tu tombes pas enceinte de façon très romantique, une grosse passion avec ton chum tiens ce soir c'est le temps, tu **choisis**, tu **rentres**, tu **rencontres le médecin** tu dis bonjour pis là, tu **embarques dans le cycle**.» (e-7)

«(...) quand tu fais un processus naturel et pis tu décides amoureuxment tous les deux, pâmés pis, de faire un enfant ça doit être très agréable. Ben de se dire que cette fois-là qu'on fait l'amour ben on est en train de procréer me semble que c'est (...) très lumineux là mais c'est très chaud c'est très agréable. Tandis que passer par la FIV ben, (...) premier traitement **touche-moi pas trop là j'ai mal** un peu pis... pis c'est, c'est le couple faut qu'il **supporte** ça là (...), de le comprendre ensemble pis de, de **s'aimer là malgré tout** (...).» (e-7)

«(...) c'est un **choix là qui a été fait à deux** pis les deux personnes ont l'air très là, **sérieux** là dans leur affaire. Comme moi mon chum quand on va là **on rigole pas** là, on y va **sérieusement** là, on passe un test bravo on l'a passé on passe à l'autre, est-ce qu'on le passe ou non? bravo on l'a passé. [Naturellement le] lendemain matin on se dit oh on aurait peut-être pas dû ou ben donc, t'sais tu déjeunes amoureuxment le lendemain matin c'est pas pareil. Pis le la, tu as le **stress** aussi, ça fonctionne ça fonctionne pas (...).» (e-7)

«(...) il y a beaucoup de personnes, je sais pas c'est quoi les statistiques j'en ai pas parlé vraiment au médecin mais il y en a beaucoup, on est beaucoup en septembre octobre, **tu commences les activités en septembre octobre** aussi. (...) Moi je pense ça commence les activités, je pense pas qu'il y en a beaucoup qui commence en juillet. Tandis qu'il y en a beaucoup qui se conçoit en juillet [rire].» (e-7)

De plus, faire la FIV c'est entrer «dans une organisation», c'est «épuisant», toutes les femmes entrent dans un processus identique, un «même moule»; la FIV se fait «la lumière ouverte», dans une salle, il y a plusieurs personnes présentes. En plus, pour faire la FIV il faut avoir de l'argent, un emploi stable.

L'écart entre la FIV et la procréation naturelle est immense, comme on le constate. Le caractère artificiel dérange, est difficile à concilier avec ce qu'est procréer.

Dans le second cas, on ne semble pas éprouver de nostalgie devant le caractère artificiel. Les NTR, en tant qu'interventions dans la procréation, sont cependant classées en deux groupes: les techniques «dures» et les techniques «molles». La principale distinction entre les deux réside dans le respect des femmes et de l'acte; elle est donc largement relative au contexte général, à l'attitude des personnes et aux conditions environnementales dans lesquelles les techniques sont appliquées. L'IA, telle qu'expérimentée, est un «moyen mou».

«Moi je me dis, en autant qu'on est vraiment considéré comme une personne là,... pourquoi pas? mais quand on l'est plus là, ben là c'est différent. **J'aimerais que vous expliquiez un petit peu qu'est-ce que vous mettez en dessous de ça, être considéré comme une personne ça implique...** Ben tu vois, moi je trouve par exemple là que, tout comment ça s'est passé là entre le médecin pis moi pis mon mari là, (...) dans son bureau, ou l'hôpital mais dans une petite salle pis où on prenait le temps de, pis où en même temps on pouvait rire, communiquer... T'sais c'était pas triste du tout hein? c'était... Pis au fil des mois, ben, on avait développé quand même des liens là, tous les trois là ensemble, c'est ça que je te dis c'était, c'était presque... africain d'une certaine façon là (rire), tu comprends ce que je veux dire? (rire). C'est ça là (rire), je saurais pas comment expliquer ça autrement mais... Pis ça c'est comme, c'est des climats d'état de grâce pis ça je suis pas sûre que dans les grands hôpitaux avec des gros services, que les médecins prennent le temps de faire ça de cette façon-là, c'est comme si c'était pas une vie qu'ils étaient en train de créer mais c'était juste une technique qu'ils étaient en train de mettre au point pour publier. Là là-dessus je suis contre.» (e-3)<sup>6</sup>

Dans ce cas, le «respect» des personnes se rapporte entre autres au contexte, aux liens entre les personnes. Le caractère artificiel ne dérange pas, pourrait-on dire, si l'application des procédures est conciliable avec ce qu'est créer la vie. Si l'on examine les traits sélectionnés rendant l'IA conciliable avec la procréation, on remarque qu'ils se rapprochent curieusement de ce que, dans l'autre cas, on associe à la procréation naturelle. C'est «convivial», «pas triste», les lieux favorisent une certaine intimité. De plus, l'expérience est associée à la sexualité, une sexualité peut-être vaguement perverse. Cependant, ce surcroît de chaleur, si je puis dire, s'il fait ressentir un certain malaise, est nettement préférable à la froideur (associée aux grands hôpitaux et à l'absence de convivialité).

Les contrastes relevés entre la procréation naturelle et la FIV d'une part et entre le «mou» et le «dur» d'autre part, font apparaître clairement la présence de deux logiques. La technique est plus acceptable (ou serait moins dérangeante) si son application porte les

---

<sup>6</sup> Elle dit «c'était presque africain»: par là elle fait référence à son impression de vivre une expérience de trio (deux femmes, un homme).

traits de ce qu'est procréer et l'est moins (ou pas du tout) si son application équivaut à entrer dans un «système», si à travers la technique on ne respecte pas les femmes en tant que personnes particulières et si on les utilise comme des choses.

Dans un cas, la distinction mou/dur se rapporte ainsi, entre autres, à la quantité d'interventions impliquées par la technique utilisée. Le «chemin jusqu'à la grossesse» (e-3) joue dans la classification et ce trait laisse poindre l'excès pouvant exister dans les techniques. La FIV est visée, entre autres techniques. Cependant, si la quantité d'interventions rend la technique «dure», ce qui la rend inacceptable c'est davantage l'intention médicale qui la sous-tend.

«(...) les moyens durs là c'est quand, (...) c'est poussé là, comme la la la fécondation *in vitro* pis que là tu es hospitalisée pis que tu es endormie pis que ils te retirent des des, des choses comme ça là, en tout cas ça je trouve que c'est des moyens plus durs ça. Et pis je me dis, des fois la médecine va trop loin aussi dans dans... dans ça, dans le sens que des fois tu sais pas si c'est pour la gloire du médecin ou pour... le salut de la femme d'une certaine façon (rire). Je sais pas comment dire ça là. Tu vois comme par exemple là la, l'Italienne qui a accouché à 56 ans là, alors est-ce que c'est vraiment pour répondre à un besoin de la femme ou pour prouver que on peut techniquement mettre, fertiliser une femme à 56 ans là. Mais tu vas avoir la même chose au niveau de de... des malades en phase terminale, un moment donné c'est pas juste au niveau des femmes je trouve que ça va trop loin.» (e-3)

Les interventions sur le corps des femmes, quand elles sont trop nombreuses, sont associées au manque de respect à l'égard des femmes, à une réification des femmes. Le surcroît d'interventions sert les médecins, leur permet d'accumuler un capital (en argent, en prestige, en connaissance) aux dépens des femmes.

La même association se retrouve dans l'autre cas. Les procédés de la FIV (telle qu'elle existe actuellement) ne respectent pas les femmes puisqu'ils passent outre leur cycle naturel et, par conséquent, ne prennent pas en considération leurs caractéristiques de personnes particulières, si ce n'est même qu'au plan biologique. Le doute règne à l'égard des intentions sous-tendant certaines pratiques - entre autres, la recherche sur le «matériel biologique» dont les praticiens prétendent qu'elle vise à aider les femmes, à améliorer leur fertilité. Plutôt qu'aux femmes, c'est à elle-même que sert la médecine, les intérêts (financiers, scientifiques) des médecins et biologistes semblent plus susceptibles d'être servis que ceux des femmes par certaines pratiques.

«(...) si la médecine était plus avancée peut-être qu'elle aurait (...) trouvé des moyens (...) de respecter le cycle de chacune des femmes. Il y a, on m'a demandé voir (...) si je voulais donner mon matériel biologique (...). J'ai refusé parce que la question que j'ai demandé pourquoi, malgré que c'est écrit sur le questionnaire

[que] ça pourrait aider les femmes, (...). Je leur ai pas dit mais je pensais (...) que si ils [étaient] vraiment intéressés, pendant tout le cycle de la FIV ils auraient demandé aux femmes de prendre leur température, d'inscrire c'est quoi leurs symptômes, [j'ai eu] énormément de pertes vaginales (...), peut-être que c'est pas toutes les femmes qui réagissent de la même façon (...). [S'ils voulaient aider les femmes] je pense que le point de vue des femmes seraient beaucoup plus pris en compte pis qu'on aurait insisté beaucoup plus, on aurait peut-être regardé le cycle, le taux de réussite qui est relié à quel symptôme de la femme. S'ils regardaient l'étude dans ce sens-là pis dire bon une femme qui a eu une croissance, de son niveau au niveau de la chaleur, au niveau thermique en tout cas son thermomètre monte trop vite après la première prise de Lupron, si on regarde que toutes ces femmes-là ne tombent pas enceintes après ben me semble que c'est un bon indice pour pas que les femmes continuent, on leur dit écoutez ça marche pas ça marche pas pour ce type. Mais on prend pas ça en compte, (...) la médecine n'a pas vu ça comme important pis moi, moi je trouve ça important. Je trouve ça important parce que notre cycle, j'ai pris la méthode sympto-thermique quand j'étais jeune (...) mon cycle je le connais à cause de ça, pis eux prend pas ça en compte, eux vont chercher, vont demander aux femmes de donner un don de leur matériel... (...) pis on me dit c'est pour aider pour la FIV. C'est ben de valeur mais je pense pas. Je pense que oui ça va l'aider la médecine mais dans le point que elle elle a trouvé que c'était important fait que...» (e-7)

«(...) comme je te l'ai dit je suis très sceptique par rapport à la médecine pis je pense qu'il y en a qui sont là pour faire de l'argent aussi là, et pas juste faire de l'argent, c'est comme en recherche, le premier qui trouve telle chose c'est bravo (...) c'est peut-être plus facile d'essayer de trouver sur le matériel biologique, c'est plus savant (...) [que de dire] et voici nous avons trouvé que sur 5 femmes que nous avons reçues il y a un taux, il y a un taux basal je sais pas si je peux employer ce terme-là, qui est très élevé après la prise de Lupron pis toutes ces femmes-là n'ont pas pu avoir d'enfant, alors on trouve c'est une cause à effet. C'est une étude très très, qui prend énormément de temps, qui demande une expérimentation et caetera. Tandis que là, le taux d'ovules qu'ils sont capables d'avoir est beaucoup plus grand à chaque, ils en ont à chaque jour, par femme. C'est beaucoup plus facile (...).» (e-7)

«(...) s'ils avaient fait une recherche empirique j'aurais dit pourquoi pas ça rentre là-dedans, qu'on nous dise qu'on va faire des recherches que sur le matériel génétique est-ce que c'est vraiment ça qui va améliorer la fécondité des femmes? ou bien donc ça va être tout simplement pour développer une nouvelle technique. A ce moment-là c'est encore le contrôle de la médecine. (...) Je trouve pas ça nécessaire, c'est pas moi qui va les aider [rire]. (...) c'est ça moi c'est comme ça, c'est c'est non parce que il y a le matériel génétique ça m'intéresse pas qu'ils fassent des expériences là-dessus, quelle expérience qu'ils font? je m'en fous c'est pas encadré, ils ont pas de cadre là-dessus pis d'un autre côté s'ils veulent vraiment justifier leur geste en disant on va faire des expériences là-dessus (...) pour améliorer la fertilité, ben qu'ils le fassent comme il faut, au complet pis qu'ils regardent aussi de façon empirique qu'est-ce qui arrive avec la femme qui prend le médicament etc.» (e-7)

Notons que l'avancement - réel - de la médecine consisterait à respecter davantage le cycle naturel des femmes, ce qui revient à respecter les femmes. L'avancement voulu par la médecine ne va pas en ce sens.

«(...) ça joue beaucoup ça je vais te dire, les conditions dans lesquelles ça se fait pis un petit peu le respect du... de la cliente par le médecin. Dans le sens que si c'est pour que son nom soit publié dans une revue scientifique là, je suis pas sûre que ça devient intéressant à ce moment-là parce que c'est plus la personne qui est considérée, c'est, c'est le corps de la personne qui est considéré. Moi ce que j'avais toujours trouvé avec la femme médecin là, c'est que (...) il y a toujours eu un grand grand respect chez elle de ce qu'elle faisait pis on sentait qu'il y avait de la joie là à proposer ça de, de... c'était comme un peu pour rendre service là, c'était pas... c'était pas pour publier, c'était pas pour se faire connaître de ses collègues, c'était pas pour avoir des subventions de recherche pour essayer une nouvelle patente pis une nouvelle bébelle là (...) moi c'est comme ça que j'ai vécu ça. Pis ça, dans ce sens-là, je dis oui. Mais quand c'est pas dans ce sens-là, quand c'est plus en termes de recherche là, pis que le le... c'est ça la femme n'est pas considérée comme personne, là c'est... là je suis moins d'accord avec ça.» (e-3)

En bout de ligne, les NTR en tant que pratiques médicales sont classées normativement en fonction de l'écart avec l'idéal, lequel est fondé sur une définition de la procréation comme un acte humain plutôt que technique, sur la quantité d'interventions et leurs buts qui sont ou non conformes aux intérêts des femmes.

Les paramètres utilisés pour distinguer l'acceptable de l'inacceptable ressemblent en certains points à ceux que l'on retrouve dans les représentations précédentes. A la différence, importante, que les femmes recourant aux NTR (y compris à la FIV) ne sont pas considérées comme des personnes ayant perdu toute faculté de jugement (seconde représentation), ni non plus comme des personnes qui idéalement devraient exercer un contrôle ou qui font quelque chose de «naturel» en recourant à la technique (première représentation). Les techniques sont classées sur la base de l'opposition sphère privée/système. La dureté correspond à une entrée dans un système plutôt qu'à une entrée dans la «technique» comme telle; la dureté s'accroît avec la quantité de «système» que comportent les pratiques. De ce point de vue, l'excès ou les risques des NTR résident davantage dans le manque de respect des personnes, des femmes essentiellement, risques s'accroissant avec la quantité d'interventions et quand le sens de ces interventions n'est pas clairement favorable aux femmes, quand ces interventions n'ont pas pour visée une aide aux femmes dans la réalisation de leurs buts. Les pratiques idéales ou s'en approchant sont celles comportant le moins de caractéristiques du «système», celles dans lesquelles on peut repérer une intention de service, une considération de la personne particulière, de la chaleur, une possibilité de faire confiance (confiance à laquelle on puisse s'abandonner), celles par lesquelles on peut réaliser son but.

Si les NTR sont des pratiques médicales, elles sont aussi des objets de discours et en tant que telles elles sont également traversées par des logiques adverses. Les paramètres

d'appréhension des NTR objets de discours publics ressemblent étrangement à ceux énoncés ci-haut au regard de la normativité régulant les discours sur les NTR.

### 8.1.2.2 Les NTR objets de discours publics

En tant que pratiques médicales, les NTR sont une sorte d'intrusion (à divers degrés) dans une affaire privée, c'est-à-dire dans la procréation. A ce titre, elles peuvent être moyens d'assistance ou de réification. A travers les pratiques discursives dont elles font l'objet, les NTR peuvent également être aidantes ou réifiantes. Les NTR dans cette représentation existent sous forme de discours, pourrait-on dire, discours susceptibles d'accroître l'une ou l'autre de leurs dimensions. Au coeur de conflits, les NTR opposent des groupes cherchant à réguler le domaine, entre autres au plan des développements éventuels, et à réguler les comportements des personnes. A travers les pratiques discursives, c'est la procréation qui tend à être sortie de la sphère privée et, plus encore, qui tend à devenir une affaire publique, susceptible d'être happée par le système. Il en résulte soit une distorsion entre cette procréation et «ce qu'est procréer», soit une incertitude à propos du caractère privé ou public de la procréation jaillissant à l'occasion de la discussion publique sur les NTR (entre autres à propos de la prise en charge collective des coûts des NTR).

Cette seconde dimension, présentée rapidement ci-haut, repose sur une certaine conception de la procréation et du «désir d'enfant». Dans ce qui suit, je présenterai cette conception avant de passer à l'élaboration des NTR en tant qu'objets de discours.

#### *La procréation entre contrôle et spontanéité*

Procréer ou non relève d'un choix individuel ou conjugal. Cependant, on pourrait dire que c'est un choix en général au sens d'une ouverture à avoir des enfants plutôt qu'un choix d'avoir des enfants à tel moment précis. Ainsi la «bonne procréation» dans cette représentation doit être choisie mais pas forcément planifiée. On ne trouve pas ici d'association entre désir et planification.

«(...) avoir un désir d'enfant c'est pas bon il faut que je aujourd'hui cette année il faut que je procréé là (...).» (e-7)

Dans un cas, on souligne la distinction entre la procréation naturelle et la FIV en termes de «choix». Procréer est un choix mais un choix «plus spontané» dans la procréation naturelle et un choix plus rationnel, calculé, dans la FIV. On ne peut recourir «spontanément» à la FIV puisqu'elle demande des démarches, une organisation de son temps - en prévision des déséquilibres physiques possibles notamment - et de l'argent.

La procréation naturelle n'est pas soumise à ces calculs et, plus encore, elle est présentée comme étant déterminée entre autres par le désir sexuel, par l'amour.

«Bon à l'âge qu'on a là aussi, lorsqu'on fait ça naturellement on en aurait eu un ben avant là hen, parce qu'on a des périodes très amoureuses beaucoup plus amoureuses que d'autres, on aurait conçu. C'est sûr. Tandis que la FIV ben c'est pas qu'on retarde mais on, on discute, on est capable de plus régler notre temps, on sait que pendant le traitement ça va prendre, ce traitement-là il trouble beaucoup la femme, en tout cas on pensait là, ça m'a plus ou moins troublée (...), on sait que ça trouble là, on sait que c'est un choix il faut rentrer, on rentre dans un processus, c'est de l'argent aussi, il faut avoir de l'argent pour faire ça et... Alors tu le choisis beaucoup plus, tu regardes les périodes que c'est préférable de commencer...» (e-7)

Le fait de devoir «calculer» quand on recourt à la FIV n'est pas présenté comme quelque chose de déplorable mais plutôt comme une sorte de curiosité, d'étrangeté au sens d'une différence importante avec la procréation naturelle et comportant finalement un certain avantage. Cependant, on ne trouve pas de connotation particulièrement positive à cette planification comparativement à la procréation naturelle, même si dans cette dernière il y a des «accidents». L'«accident» n'est pas présenté comme un problème.

«(...) à la limite tu dis bon étant donné que je suis obligée de passer par là quel est le meilleur moment pour moi de le faire. Choix naturel il y a beaucoup de couples qui ont des accidents dans le sens que ce soir-là ç'a bien tombé et, ok on l'a eu. Peut-être que si j'avais pas de difficulté peut-être que aussi j'aurais, j'aurais retardé ça jusqu'à l'âge que j'ai là. Je dis peut-être pis c'est pas vrai parce que j'aurais eu présentement deux enfants pis les fois que je suis tombée enceinte je les aurais gardés. Mais tu vois comment ça c'est passé pour moi je les aurais gardés pis ça aurait pas été des choix là, je les aurais gardés pis j'aurais été très heureuse avec eux autres là mais c'était pas calculé pis je suis pas sûre que, pour tout le monde, que c'est calculé quand c'est naturel. Tandis que la FIV ben là tu calcules ton temps (...).» (e-7)

A la différence de la plupart des cas examinés précédemment, il n'y a pas eu de tentative de procréer avant le recours à la FIV, tentatives ayant mené à des échecs et, subséquemment, à une planification des rapports sexuels de façon à les rendre plus «efficaces». A quoi il faut ajouter les deux grossesses non planifiées dont on fait mention dans l'extrait précédent. Il n'y a pas de position de principe à l'effet que les grossesses doivent être planifiées pour être menées à terme; le seul principe à l'égard de la procréation est relatif au choix d'avoir ou non des enfants et de mener ou non une grossesse à terme.

«(...) malgré que je connaissais [son conjoint] depuis quatre, cinq mois là, (...) t'sais je courais toutes les manif pour l'avortement [rire] là mais moi je l'aurais gardé, je l'aurais gardé c'est sûr parce que j'ai toujours voulu avoir un enfant un jour (...).» (e-7)



Dans le second cas, on retrouve une logique du même type mais qui va encore plus loin en ce qu'elle se rapproche d'une attitude fataliste. Il n'est jamais fait mention de «désir d'enfant». Procréer est un choix mais véritablement au sens de l'ouverture à la venue d'enfants. La façon de parler des enfants illustre cet esprit duquel le contrôle et la planification sont absents. Les enfants «arrivent», de leur propre chef dirait-on. Ils apparaissent semble-t-il plus qu'on ne les «fait». Les moyens (procréation naturelle, NTR, adoption) sont des portes par lesquelles les enfants «entrent dans la maison».

«(...) il est rentré par une porte (...) pis elle bon ben, ç'aurait pu être donneur anonyme plus moi, comme ç'aurait pu être une une... un donneur anonyme pis un ovule d'une autre femme que j'aurais eu là (...) ça me... ça me dérange pas ça moi là, les enfants ils viennent comme ils peuvent pis d'où ils peuvent hein? (rire).» (e-3)

«(...) comme j'ai toujours dit aux enfants l'important c'est pas la porte par laquelle tu entres c'est d'être dans la maison (...).» (e-3)

Il semble y avoir une dissociation entre l'action des parents et la venue des enfants. En fait, l'action consiste à ouvrir ou non la «porte», à dire oui ou non quand l'enfant vient.

Cependant, comme dans le cas précédent, il n'y a pas de principe général qui soit énoncé pour soutenir cette relative inaction ni pour dévaloriser la planification. L'IA dans ce cas, comme je l'ai mentionné, a été suivie d'une grossesse très médicalisée et d'un accouchement par césarienne. La façon de présenter comment s'est posée la question de la césarienne montre l'incongruité de fixer fermement la date de l'accouchement, incongruité pas connotée négativement mais ayant plutôt un caractère comique:

«Fait que bon [le médecin a dit] 'qu'est-ce que vous en penseriez si [on faisait une césarienne]', j'ai dit 'c'est une bien bonne idée'. Alors ce qui fait qu'à partir de [tel mois], je savais que j'avais [sa fille] par césarienne. Pis ça j'ai trouvé ça ben ben le fun à vivre parce que la date était fixée pis je savais que... quand est-ce que ça se ferait là. Et pis bon (..) elle avait calculé le... la date d'après le... les dates d'insémination là, pis là ça donnait le [date] que [sa fille] devait naître. Ça fait que, en tout cas, ça j'avais trouvé ça ben comique. Le [cette date] cette année-là étant un dimanche ben elle a dit 'on va faire ça un lundi' (rire).» (e-3)

L'introduction de la planification, dans ce cas comme dans l'autre, ne gêne pas, même si elle comporte une part d'étrangeté.

Malgré l'absence de velléités planificatrices et de contrôle à l'égard de la procréation, dans les deux cas celle-ci est vue comme devant faire l'objet d'une réflexion, particulièrement au regard des enfants éventuels. De la même façon que dans la première représentation, le recours aux techniques «implique» cette réflexion, une réflexion personnelle (cependant, la

réflexion, dans cette représentation, ne donne pas une qualité supplémentaire à la technique). Par conséquent, l'autorégulation est le seul procédé légitime pour l'accès aux techniques. Procréer ou avoir des enfants est un choix et le moyen d'atteindre le but est également l'objet d'un choix qui ne supporte pas de balises préétablies en fonction de jugements moraux sur les personnes. Le choix d'avoir des enfants, les buts poursuivis à travers la procréation relèvent de la vie privée des personnes, lesquelles sont vues généralement comme étant aptes à faire des choix éclairés.

L'absence de référence à l'égoïsme et à l'altruisme dans les discussions à propos des NTR et de l'adoption est néanmoins peut-être un indicateur d'une place différente donnée à la réflexion dans la procréation, en comparaison des cas examinés dans les représentations précédentes. La spontanéité relative associée à la procréation ou à la venue d'enfants semble difficile à concilier avec la vision binaire de l'égoïsme/altruisme qui implique une confrontation du désir personnel avec la morale sociale, laquelle confrontation risquant davantage de survenir quand la procréation devient plus discutée, «publique».<sup>7</sup> Or, dans un des cas à tout le moins, on s'oppose féroce­ment à cette «socialisation» de la procréation.

*Les NTR objets de discours publics, l'«humain» entre la protection et la réification*

Les NTR en tant qu'objets de discours publics sont en quelque sorte le résultat des intérêts de groupes divers (cherchant à «capitaliser») et le résultat des problèmes d'éthique (actuels et virtuels) reliés au développement des NTR. La socialisation de la procréation serait, de ce point de vue, moins le fait des NTR en tant que telles que des pratiques scientifiques et discursives à leur propos.

Dans un cas, les discours publics sont contestés parce qu'on y voit une utilisation des personnes à des fins d'accroissement d'un capital scientifique, financier, universitaire. La publicité dans les média (publicité entourant les «premières» ou les cas complexes et étranges) est visée tout autant que les interventions publiques de personnes opposées aux NTR parce que l'une et les autres rendent davantage possibles les pratiques desservant les femmes ou les pratiques «vénales».

«(...) mettons il y a un article dans le journal qui dit bon 'tel médecin', (...) plus on publicise les choses plus on risque la vénalité. Bon je regarde tout le débat là qui a

---

<sup>7</sup> Il faut ajouter que les projets ne comportent pas la dimension d'avoir un enfant génétiquement lié à soi ou au couple et que les buts sont définis de telles façons que l'enfant ne doit pas venir à tout prix, l'identité personnelle n'est pas en jeu dans le projet.

eu lieu là sur la... l'Italienne de 56 ans là qui a accouché là ou qui est devenue enceinte, je pense qu'elle a accouché hein? **Je me rappelle plus** Alors tout le débat que ç'a suscité. Mais pourquoi? parce que le médecin voulait vouloir... pouvoir dire qu'il était capable de fertiliser des femmes passées un certain âge, c'est... Fait que finalement le le... on oublie l'humain pis on rentre dans un système là t'sais.» (e-3)

Le vice est chez le médecin de vouloir «dire» sa capacité plutôt que le fait même de poser l'acte et plutôt que le fait pour une femme de recourir à 56 ans aux NTR.

«(...) cette femme-là de 56 ans c'est difficile d'avoir une position là-dessus, je le sais pas,.... Moi j'avais un grand-oncle là moi qui est né, écoute il est mort à 99 ans hein? et pis sa mère elle l'a eu à 53 ans fait que... je sais pas. Bon, naturellement c'est ben sûr parce que dans ce temps-là, hey ça remonte à loin (...) ça nous ramène au 19<sup>e</sup> siècle (?). Les femmes en avaient des enfants des fois tard autrefois pis on en faisait pas tout un plat. Ça fait que là je je, (...) je peux pas te dire c'est bien ou c'est pas bien là, je trouve que ça dépend toujours de de la personne. Maintenant ce que je déplore c'est la publicité autour de ça tu vois?» (e-3)

Les discours publics, transmis par les médias, tels que ceux tenus autour des problèmes de la Commission Baird<sup>8</sup>, deviennent ici des prises de position idéologiques.

«(...) j'ai suivi ça [la commission] un petit peu, pas avec passion là mais un petit peu, ce que je me suis aperçue c'est que d'un bord comme de l'autre c'était un moyen bordel, (...) il y avait comme (...) deux clans, pis chacun accusait l'autre des pires choses là mais (...) moi j'ai trouvé qu'il y avait pas plus de vérité d'un côté que de l'autre côté, pis que les positions étaient noir et blanc, pis j'ai trouvé qu'il y avait pas de nuance. Alors si c'était la gang à Louise Vandelac on pouvait être sûr que la commission Baird avait pas d'allure (...) pis si c'était du côté de la présidente ben là c'était l'autre gang qui avait pas d'allure pis qu'ils étaient ceci pis qu'ils étaient cela.» (e-3)

De ce fait, les propos des commissaires sont réputés servir les intérêts des commissaires plutôt que ceux des femmes puisque qui dit position idéologique dit position morale préétablie et abstraite ne se laissant pas confronter à l'expérience des personnes concrètes concernées. Par là, ils équivalent à une recherche d'imposition de normes à propos d'un domaine appartenant à la sphère privée, laquelle devrait plutôt être préservée, être le plus libre possible de normes extérieures. A travers la critique des positions idéologiques, et en

---

<sup>8</sup> Il s'agit de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction qui a déposé son rapport en 1993. Les travaux de la commission ont été semés de conflits entre les commissaires, dont quatre sur neuf ont été congédiés suite à des protestations devant les tribunaux concernant le fonctionnement de la commission. Les médias ont couvert abondamment le conflit. Les répondantes qui ont fait référence à la commission ont toutes retenu que le conflit opposait la présidente, Patricia Baird, une pédiatre et professeur de génétique, à Louise Vandelac, une sociologue, et que ce conflit était en fait un conflit idéologique où Mme Baird, pro-NTR, faisait face à Mme Vandelac, anti-NTR.

fait plus spécifiquement des positions de Mme Vandelac (contre les NTR), on procède, d'une part, à la défense de l'autonomie des personnes (leur capacité de décider pour elles-mêmes de ce qui est bon ou non) et, d'autre part, à la promotion de la sauvegarde de la procréation contre le «système».

«Je me suis même demandé si c'était si nécessaire que ça d'en faire une commission royale d'enquête là, parce que je trouve que ça ça fait partie du domaine privé des couples, je vois pas à ce moment-là ce que ce que des commissions d'enquête royales publiques canadiennes fédérales provinciales viennent faire là-dedans.» (e-3)

«(...) si la médecine était pas intervenue j'aurais pas ma fille. Et pis elle a [x] ans maintenant pis... j'en suis contente là. Ça fait qu'à ce moment-là je me dis bon ben, y a-tu juste un discours là qu'on doit entendre, celui qui dit qu'il faut être contre et pis que bon c'est pas naturel pis que le corps appartient aux femmes pis appartient pas à la médecine, en tout cas là, tout le kit (éclat de rire). Ça me tombe un peu sur les nerfs! (rire). Voilà! (...) (rire) alors c'était la raison pour laquelle... quand j'ai vu ça j'ai dit ben tiens, j'ai une occasion là de de peut-être prendre le contre-pied de, du discours dominant, parce que je trouve que son discours à elle [Louise Vandelac] c'est un discours dominant. (...) je trouve que elle, on l'entend beaucoup. Trop (éclat de rire). (...) C'est parce que quand on reste dans le domaine théorique pis qu'on parle de ces choses-là on peut avoir des positions très... très pures hein? mais quand... bon... ç'a donné un résultat là, ce qu'on a fait là, ben c'est différent hein? [elle sort des photos] Regarde, le résultat de la technique de reproduction assistée! (éclat de rire). Je trouve qu'il est pas mal hein? (rire).» (e-3)

En même temps, néanmoins, le «système» (qui contient ici, plus ou moins pêle-mêle, des règles comportementales imposées, l'utilisation de l'humain à d'autres fins que l'humain par des pratiques médicales, discursives et mercantiles) est reconnu pouvoir être alimenté par les usagères et usagers, entre autres dans les cas de maternité de substitution (mère porteuse) quand il y a échange d'argent, de même que par l'Etat par «omission» (l'absence de couverture des NTR par l'Etat ouvre la porte au marché et à un manque de contrôle des pratiques médicales). Cependant, dans ce premier cas, en bout de ligne, la responsabilité dernière de la réification appartient aux pratiques discursives publiques sur les NTR.

«Mais quand il y a eu tout ce débat-là sur les mères porteuses, c'est... Moi je trouve qu'un moment donné c'est comme le fric qui corrompt les choses, un peu comme quand il y avait des mères porteuses pis que c'était, un peu pour rendre service ou... pour être sûre que son enfant serait dans un foyer qu'on aurait soi-même choisi là mais on veut pas le garder, je trouve ça correct. C'est quand un moment donné il y a carrément des offres de vénalité là qui se font que là ça devient... t'sais quand tu portes un enfant pour faire de l'argent. C'est la même affaire que quand tu t'intéresses aux techniques de la reproduction quand tu es médecin mais pour te faire du capital scientifique, ou quand tu prends une position sur les nouvelles techniques de reproduction mais parce que tu veux te faire du capital universitaire, tu comprends? quand il y a, quand il est question de capital, qu'on l'appelle financier, scientifique, n'importe comment, ça je suis pas d'accord.

Bon pis je me dis qu'on laisse donc le monde tranquille mais le monde ils sont comme pas capables de rester tranquilles parce que... ben là c'est ça il y a eu des... il y a eu des outrances avec les mères porteuses hein un moment donné il y a eu des 10000 piastres d'offerts pis il y a eu des procès à n'en plus finir pis... C'est comme si l'homme était pas capable d'être raisonnable. (...) ben l'homme, (...) l'homme en général, l'homme philosophique (rire), pis que des bonnes idées ou des bons sentiments ou des bonnes intentions ou des bonnes découvertes un moment donné ça finit toujours par se corrompre par par, par dégénérer, par avoir besoin de balises, mais je me dis plus on intervient plus... plus on risque aussi de faire dégénérer les choses.» (e-3)

Plus on en parle, plus on accroît les risques. Les NTR elles-mêmes, en tant qu'interventions sur le corps et dans la procréation, ne sont pas en cause, encore une fois. Ce n'est pas leur nature qui les rend à risque en termes de réification, c'est ce qu'on en dit. Le discours est une pratique ayant des répercussions éthiques et politiques.

Dans le second cas, les discours publics sur les NTR sont nécessaires à leur maintien ou à leur développement en tant que moyens d'assistance aux personnes et à la société. Les débats publics de même que la réglementation des pratiques par l'Etat sont essentiels pour protéger les personnes et la procréation de la réification. La méfiance à l'égard des médecins et biologistes point à nouveau. On ne sait pas exactement ce qu'ils font ou ce qu'ils peuvent faire avec le «matériel biologique», les ovules; c'est peut-être bon mais peut-être pas non plus. La commission Baird comme le comité du Barreau du Québec ont échoué en quelque sorte à éclairer sur les pratiques réelles et, par conséquent, n'ont fourni aucun moyen de réfléchir au recours à la FIV en termes d'éthique. En effet, dans ce cas, le couple a suivi un peu les travaux de la commission (et a pris connaissance des recommandations du comité du Barreau) en espérant trouver matière à réflexion pour orienter sa décision de recourir ou non à la FIV. De plus, peu de choses sont ressorties pour favoriser un encadrement par l'Etat des pratiques actuelles et futures. Or la menace qui plane consiste en une emprise de plus en plus grande des biologistes et des médecins sur la procréation humaine.

«**Tu as suivi la Commission royale** J'ai suivi un peu la Commission royale, j'ai regardé (...). **Tu étais pas encore dans le processus à ce moment-là** Non j'étais pas encore dans le processus, même avec mon chum à ce moment-là on avait dit tiens on va attendre ce qu'ils vont dire (...) il est quasiment rien sorti, pour vrai là, (...) il est pas vraiment sorti quelque chose en tout cas à mon avis. (...) on a pas eu tous les renseignements, je l'ai pas lu [le rapport], j'aurais accès (...), je pourrais le chercher, mais je l'ai pas lu (...) ça nous a pas fait pencher vers une position [inaudible], on pensait qu'il y aurait quelque chose de beaucoup plus intéressant qui allait sortir de là (...) pas juste la gratuité là mais là, il y avait recommandation au niveau de la gratuité, mais sur d'autres choses (...), les biologistes ont une mainmise là-dessus c'est peut-être dangereux ou qu'ils regardent un peu plus au niveau de l'éthique, parce qu'on est un peu perdu là-

dessus. (...) On est un peu perdu là-dessus, nous autres c'est ce qu'on nous amène pour pallier à mon infertilité et on se pose des questions au niveau de l'éthique (...) la Commission il y a rien qui a transpiré au niveau de c'est aller trop loin, on sait qu'il y a pas assez d'encadrement juridique... (...) on dit que c'est correct quand même (...). Mais c'est pas parce que (...) il y a pas d'encadrement que c'est pas correct. Fait qu'il y a rien qui est sorti, il y a rien qui nous a fait pencher d'un côté [ou de l'autre]. (...) Il y a eu le, un comité ad hoc du Barreau aussi qui ont sorti des recommandations ça fait longtemps je pense que c'est en 87 (...). Et j'avais lu ça bien sûr avec attention, [ils avaient une] orientation très science-fiction, qu'est-ce qu'ils font avec nos embryons etc. (...) comme c'était seulement des recommandations ça nous dit pas non plus qu'est-ce qu'ils font en réalité avec (...), moi je pensais à tout ça quand on m'a demandé de signer [pour donner son matériel biologique], ç'a été un non. Et au niveau de l'éthique j'ai dit non, au niveau de l'éthique pis au niveau de, leurs justifications je les trouvais pas assez justifiées pis au niveau de l'éthique pour moi c'était clair. (...) qu'est-ce qu'ils font vraiment (...) avec les embryons pis, c'est pas avec les embryons qu'ils disent, dans le protocole pour pouvoir accepter ou non c'est il semble qu'on touche pas aux embryons ni aux embryons congelés, que ce soit seulement sur le matériel génétique qu'ils jettent d'habitude, c'est quoi le matériel génétique? (...) Est-ce que c'est les ovules? on ne dit [pas] que c'est les ovules, on dit c'est du matériel génétique. Moi (?je dis) des ovules, le matériel génétique c'est pas les tampons [rire] mais j'ai pas envie moi qu'on les décortique et qu'on... Là-dessus il manquerait peut-être le cadre légal, s'il y avait un cadre légal peut-être que j'aurais peut-être, j'aurais peut-être été plus encline de l'accepter ça. Mais il y en a pas pis moi, moi je trouve ça normal que tant qu'ils, tant que je sais pas ce qu'ils font, je l'accepte pas. S'il y a un cadre légal on va être au moins capable de savoir jusqu'où ils sont capables d'aller avec ça.» (e-7)

Dans ce cas, comme dans le précédent, les NTR en tant qu'objets de discours publics prennent également figure d'enjeux dans une lutte idéologique apparaissant dans les discours publics. Il y a les pro-NTR et les anti-NTR. Les adversaires en lice sont représentés d'un côté par la présidente de la commission, Mme Baird, et M. Miron (directeur de l'Institut de médecine de la reproduction de Montréal) et, de l'autre côté, par Mme Vandelac. La méfiance de fond à propos de la médecine fait ici prendre position pour les «contre», et ce malgré l'attitude trop «tranchante» et, apparemment, sans nuance de cette partie.

«(...) ses positions sont tranchantes, c'est un non, ça semble un non, c'est peut-être plus nuancé que ça mais au niveau de la communication nous autres qui ne lisent pas les textes en arrière qu'elle produit, et qu'est-ce qui est transmis dans les média, ça semble être un non catégorique. Ce qui s'est passé à la Commission royale d'enquête aussi, le fait qu'elle ait, qu'elle soit sortie et de là qu'elle ait démissionné qu'elle ait dénoncé, (...) tout ce qu'on a pu retenir, parce qu'il y a eu beaucoup de choses qui ont été dit là-dessus, mais on a retenu qu'elle était contre la façon dont la présidente amenait son point de vue pis la présidente elle est pour les nouvelles technologies donc Louise Vandelac était contre les nouvelles technologies, ça s'arrête là. Pis c'est de valeur parce que son son, si elle a d'autres choses à dire au niveau des nouvelles technologies ça passe pas (...).» (e-7)

«Les médecins c'est des omnisciences pis c'est des personnes qui par rapport à ce qu'ils font vont toujours avoir... ils vont toujours, les choses qu'ils vont défendre, je l'ai entendu [le docteur Miron] aussi en entrevue à la télévision contre Mme Vandelac, pis je te jure que je prenais pour le discours de Mme Vandelac. (...) parce que la façon dont il emmenait ses choses je le trouvais très... (...) corporatiste par rapport à l'idée qu'il défendait et tout était bon, je le trouvais très... (...) Il défend, il défend ce que lui son... **Il va pas remettre (...)** [poser un regard critique sur sa pratique] Je le connais pas assez pour dire ça mais ça me surprendrait qu'il soit homme à le faire.» (e-7)

Si le débat public sur les NTR apparaît clairement nécessaire pour contrer les risques des pratiques (dont l'eugénisme, le contrôle médical de la procréation), d'un autre côté les NTR en tant qu'objets de discours publics menacent la préservation du «romantisme» dans la procréation via la FIV. Les discours publics, autrement dit, peuvent mener à une sorte d'obligation de réfléchir à la procréation dans sa vie personnelle, autrement dit de trop intellectualiser une chose qui est d'abord émotive plutôt que rationnelle. Ne pas trop savoir ce qu'«ils» font est nécessaire à la préservation de la procréation «humaine».

«(...) c'est sûr que je j'aurais pu faire une recherche beaucoup plus approfondie, si je rentre là-dedans [dans la FIV] ou non, comme (...) les gens qui sont contre l'avortement (...) pis qui se montent des films d'horreur [rire] pour se justifier pis à la limite j'aurais pu me dire c'est vrai que c'est pas ben ben ben le fun de penser que c'est le biologiste devant mon petit ovule qui le féconde avec le sperme t'sais de voir cette, c'est un peu plate, c'est un peu... Moi je regarde plus l'aspect, j'essaie de mettre ça quand même romantique là [rire], j'essaie de me voiler aussi les yeux, j'imagine qu'il y a des choses qui sont pas tellement agréables que je sache, je sais pas. La biologie hen... » (e-7)

Cette nécessité de se «voiler les yeux» est issue d'un savoir à propos des problèmes d'éthique possibles des NTR (dans l'extrait cité, on parle comme s'il était certain qu'on aurait appris des choses désagréables en lisant des revues spécialisées), savoir issu des discours publics sur les NTR, c'est-à-dire issu de la confrontation entre des adversaires sur la scène publique. Ainsi, en même temps que cette confrontation est nécessaire, elle présente en quelque sorte un risque au regard du maintien de la procréation dans le domaine privé, lequel est ici moins strictement défini comme autodétermination que comme sphère préservée de la froideur et du calcul. Le refus de savoir est donc une tentative de maintien de l'expérience dans le domaine privé, dans le «romantisme», par opposition au public, à l'intellectualisation, à un surcroît de réflexion.

Dans ce cas, on reconnaît la difficulté de maintenir la procréation dans la seule sphère privée quand les NTR sont en question. Et d'autant plus quand l'argent entre en jeu.

«En disant que c'est un projet de couple (...) est-ce que en disant ça est-ce que je remets en question aussi ce que je t'ai dit sur la régie [de l'assurance-maladie] pis

qu'on devrait le... on devrait pas le rembourser parce que c'est des choix personnels, c'est un peu le discours que la régie peut-être va tenter de tenir s'il y a un affrontement là-dessus et c'est comme d'acheter une auto est-ce que quelqu'un doit vraiment, est-ce que tout le monde c'est nécessaire?, est-ce qu'une maison c'est nécessaire, on sait c'est un besoin essentiel comme le le l'instinct de survie d'avoir des enfants c'est un besoin essentiel mais est-ce que l'Etat doit intervenir là-dedans? (...) C'est sûr que moi je vais te dire que la régie devrait payer parce que je je crois que c'est une, à cause que c'est une maladie et caetera. Mais est-ce que vraiment la régie doit payer, parce que c'est un choix personnel d'en avoir des enfants ou non, hen. (...) Tu vois c'est pas clair c'est c'est... J'ai l'impression que tantôt on on applique un discours qui tend plus vers le public tantôt on applique un discours qui va tout de suite dans le privé. (...) A la limite là elle doit avoir vraiment, même si elle paye pas elle devrait avoir un droit de regard beaucoup plus grand qu'elle l'a présentement là-dessus, j'ai peur que ça aille trop loin. **Oui?** [j'ai peut-être] trop lu de science-fiction [rire] mais j'ai peur que ça aille trop loin, peur qu'il y ait pas de contrôle là-dessus ou s'il y en a un que ce soit juste les médecins qui en aient un. (...) qui dit Etat dit réglementer, oui sûrement parce que l'Etat a un rôle au niveau de la société, justement c'est de gérer la... gérer la la société, on dit pas à l'Etat de gérer ce qu'on pense là mais de légiférer là-dessus, sur les les... les dangers.» (e-7)

«(...) je suis mélangée dans le discours entre le privé pis le public hen, c'est difficile de distancier ça quand on parle d'avoir un enfant. Dans le public le discours que je tiendrais ce serait plus un discours au niveau relié aux assurances relié à la régie relié à la la la société et le le l'instinct de survie, au niveau du privé c'est c'est si je me tiens à ce discours-là je te parlerais des, plus de ce qui nous tient mon chum et moi, ça irait au choix qu'on fait ensemble, est-ce qu'on va chercher une tierce personne et caetera. Je suis très mélangée parce que je sens qu'il y a une division qui se fait entre les deux parce qu'on parle d'enfant pis qu'on parle d'un choix aussi sexuel hen c'est une affaire de sexe aussi là-dedans il y a toujours une connotation sexuelle à faire un enfant, alors (...) on a j'ai tendance à diviser le public avec le privé pis je pense que c'est tellement mélangé pour moi aussi mais c'est tellement mélangé lorsqu'on parle des FIV lorsque j'entends les discours, (...). Mais mon discours moi que je tiens se coupe pas au couteau, j'ai de la misère à le couper au couteau. Pis, quand on parle de tout ça la FIV (...) je le sais pas, je le sais pas, on a fait un choix tous les deux, [son conjoint] et moi d'avoir un enfant ensemble, (...) j'ai pas assez, j'ai pas rationalisé (...), j'ai pas été capable de rationaliser d'intellectualiser je suis très forte habituellement là-dedans mais pas là-dessus j'ai pas été capable.» (e-7)

Le coût élevé de la FIV, dit-on, devrait être assumé par la collectivité puisque d'une part la capacité de procréer est un état physiologique normal. Soutenir, comme des personnes le font publiquement, que l'incapacité de procréer n'est pas une maladie parce que le fait de n'avoir pas d'enfant n'est pas une maladie et qu'en conséquence le paiement des frais des NTR devrait être assumé par les individus, constitue un argument «vicieux». D'autre part, il est de l'intérêt de la société, tout autant que des individus, que naissent des enfants.

Ainsi, en bout de ligne, et dans les deux cas, les conflits entourant les NTR et les constituant en objets de discours publics tendent à rendre davantage publique la



procréation. Et ce faisant, à complexifier un acte appréhendé avant tout comme simple et appartenant aux individus. Happée dans la sphère publique par les NTR ou les discours à leur propos et les pratiques qui en découlent, la procréation est ressentie comme une question privée mais vue comme une question publique.

La représentation est marquée par l'ambivalence; les NTR en tant que pratiques médicales et en tant que pratiques discursives portent deux chapeaux. C'est le sens de l'acte de procréer avec les NTR qui est ébranlé mais qu'on cherche à maintenir, tout en sachant qu'il est difficile sinon impossible à maintenir dans son intégralité. Dans cette représentation, les intentions des uns et des autres et la forme des pratiques occupent le devant de la scène davantage que les procédés eux-mêmes, que les risques des médicaments, que la fin visée personnellement.

## **8.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-moyens d'assistance et de réification**

La façon dont on construit les NTR dans cette représentation suggère d'emblée qu'on repérera une tendance réflexive dans l'analyse des bases de validité. La double dimension donnée aux NTR implique en effet des nuances et surtout la prise en considération de divers points de vue et une discussion (avec soi et avec d'autres). Par ailleurs, pour que les NTR soient vues en tant qu'objets de discours donc existant pour ainsi dire dans des pratiques discursives, il faut nécessairement être attentive à ce qui circule publiquement à leur sujet. Ce trait en lui-même serait insuffisant pour indiquer une tendance plutôt réflexive dans le mode de constitution de l'objet mais il ouvre des possibilités en ce sens. Et d'autant plus quand il s'ajoute à la double dimension (en fait, il la provoque peut-être).

*A priori*, on pourrait penser qu'en présentant les NTR à la fois comme assistance et comme son contraire, le point de vue peut difficilement être dogmatique. Ce trait particulier à cette représentation provoque une argumentation souvent structurée selon la double forme «parce que / si», telle qu'on la retrouvait aussi mais plus rarement dans la première représentation. Toutefois, comme dans les autres cas, on constatera des limites à la réflexivité, repérables dans des zones de certitudes indiscutables.

Les principaux arguments par lesquels est «défendue» la représentation sont les suivants: 1° l'adéquation du moyen à la fin, donc l'efficacité; 2° la possibilité ou non de l'exercice de l'autonomie; 3° la soumission ou non aux intérêts des femmes; 4° la sauvegarde ou non des caractéristiques de la procréation humaine.

### 8.2.1 L'argument de l'adéquation du moyen à la fin

Les NTR sont un moyen d'assistance parce qu'elles permettent d'atteindre les buts, donc parce qu'elles sont «efficaces», théoriquement à tout le moins. Le rapport entre le moyen et la fin n'est pas mis en doute du point de vue de la pertinence du moyen au regard de la fin. Toutefois, la fin étant définie de diverses façons, l'efficacité ne réside pas forcément dans l'actualisation des effets techniques des NTR (une grossesse).

Dans un cas, l'efficacité de l'IA est vérifiée par l'expérience vécue du point de vue de tous les buts poursuivis. En fait, l'efficacité est en partie garantie *a priori* puisque l'efficacité attendue porte une dimension relationnelle. Le but consistant à montrer au mari sa volonté de l'aider est immédiatement atteint par le fait de se soumettre à l'IA. Dans la discussion avec le mari cependant, on mobilise un argument de type objectif pour justifier la limitation des essais d'IA; on invoque les taux de succès fournis par le médecin pour convaincre de l'inutilité d'essais supplémentaires. Par ailleurs, l'efficacité de l'IA est également démontrée par la résolution du problème identitaire du mari face à sa famille; c'est en fait le résultat de l'IA - la «bedaine» et la naissance d'un enfant montré aux autres - qui démontre la virilité du mari. Les «autres» confirment l'efficacité du moyen, sa parfaite adéquation au but. L'IA ne peut produire cet effet cependant que si elle est secrète; son dévoilement annihilerait l'efficacité en jetant le doute sur la virilité du mari (sur sa puissance sexuelle). D'un autre côté, l'efficacité de l'IA - s'ajoutant au spermogramme, donc au test livrant la vérité objective sur la qualité du sperme - crée un nouveau problème pour le mari en invalidant la vérité conventionnelle (selon laquelle seules les femmes peuvent être infertiles) et en la remplaçant par une vérité objective, incontestable. Dans ce cas, il s'agit clairement de la résolution technique d'un problème qui n'est pas défini comme un problème technique ou biologique mais - et explicitement - comme un problème d'identité et de définition de la virilité. C'est parce que cette définition est indiscutable (pour la famille du mari) que l'IA est adéquate pour soi; si une discussion avait été possible, c'est-à-dire si cette définition avait pu être négociée, l'IA n'aurait pas été nécessaire. En même temps, c'est parce que ce motif de recours à l'IA est valable que les buts sont indéterminés *a priori* dans ce cas. L'insistance sur le caractère privé de la procréation s'éclaire peut-être par l'expérience vécue où les motifs du recours ne doivent pas être étalés sur la place publique ou discutés hors du couple et de la relation avec le médecin à cause de la détresse du mari (dont les causes sont vues comme sociales ou familiales).

Dans l'autre cas, l'efficacité attendue des NTR apparaîtrait dans une grossesse. Le problème de fertilité est défini ici comme un problème physiologique et, dans son cas personnel, ce problème est nettement délimité (absence de trompe). Les NTR sont des moyens d'assistance si elles ne font que remplacer les fonctions naturelles affectées. Ainsi la FIV *a priori*, mais pas dans l'expérience vécue, est un moyen d'assistance et est donc accordée au but. Cet argument est sous-tendu par un savoir incorporé de type objectif à propos du processus physiologique de la procréation et à propos du procédé de la FIV. La FIV telle qu'elle est pratiquée actuellement, donc telle qu'expérimentée, n'est cependant pas seulement palliative. L'adéquation de ce moyen à la fin devient ainsi incertaine. Les interventions supplémentaires affectent l'efficacité en ce qu'elles sont mal maîtrisées; elles ajoutent au caractère encore «expérimental» de la FIV et accroissent donc les possibilités d'échecs. Cet argument est validé par l'expérience vécue et une analyse des interventions du médecin, lequel a mal dosé les hormones et risque, par conséquent, de faire échouer le processus. D'un autre côté, l'expérience confirme *a contrario* que la FIV palliative serait mieux accordée à la fin, qu'elle pourrait être plus efficace. En effet, le traitement hormonal est vu comme un facteur d'accroissement de l'inefficacité alors que la fertilité du couple (vérifiée par des grossesses antérieures) serait un facteur d'accroissement de l'efficacité de la FIV et serait suffisante pour que la FIV strictement palliative soit efficace. La grossesse qui surviendrait suite à la FIV serait attribuée à la fertilité du couple et à la dimension palliative de la FIV (plutôt qu'à ses autres dimensions).

L'évaluation de l'efficacité des NTR repose sur des facteurs objectifs dans ce dernier cas et sur un mélange de facteurs objectifs et symboliques dans le premier. Cependant, on ne trouve ici aucun argument relatif aux manipulations des gamètes, par exemple, ni non plus relatif aux interventions «directes» et donc à la maîtrise du processus procréatif. Dans le second cas, le «calcul» auquel on a procédé pour peser les pour et les contre de la FIV inclut, comme on l'a vu au point 8.1, la prise en compte des taux de succès actuels de la FIV qui sont plus élevés qu'«avant» (et qui permettent de voir un certain progrès dans les NTR). Ces taux de succès ne sont pas mis en doute et deviennent un argument en faveur de la FIV, argument objectif pouvant être brandi pour justifier l'action. Ce trait est surprenant étant donné la méfiance à l'égard de la médecine et, surtout, la réitération de l'état expérimental et peu avancé de la FIV. Mais, comme on vient de le voir, il appert que ces taux sont immédiatement jumelés à la fertilité du couple pour évaluer les chances personnelles de succès. Ainsi, si le «calcul» et l'utilisation qu'on y fait des taux de succès ressemblent en bout de ligne à ce que l'on trouvait le plus souvent dans la première représentation, il apparaît ici moins «émotif» parce qu'on adjoint aux taux de succès la

fertilité vérifiée du couple. Les taux de succès acquièrent une validité non parce qu'ils signifient simplement qu'il existe une possibilité de succès mais parce qu'ils signifient d'assez bonnes probabilités dans le contexte personnel. Sous ces variations dans l'évaluation des chances se cachent peut-être la position différente face à la fin visée, les enjeux différents du recours. Dans ce cas-ci, il n'y a pas une telle chose qu'une exigence existentielle liée à la procréation.

Ce dernier trait fait apparaître une relative proximité dans l'efficacité attendue pour les cas concernés par cette représentation, du point de vue de la garantie ou des chances réelles, objectives d'atteindre le but. Dans le premier cas, cette garantie ne dépend pas nécessairement de facteurs techniques mais l'évaluation n'en est pas moins fondée sur un «calcul» de type plus objectif que subjectif, de la même façon que dans le second cas.

### **8.2.2 L'argument de l'autonomie**

Les NTR permettent ou non d'exercer son autonomie et par là sont ou non des moyens d'assistance ou de réification. L'autonomie signifie ici essentiellement la capacité de définir ses buts et sa ligne de conduite; elle implique l'absence de contrainte. Cet argument, comme les suivants, est invoqué à la fois pour évaluer les NTR en tant que pratiques médicales et en tant qu'objets de discours, donc les pratiques discursives.

D'abord, les NTR permettent l'exercice de l'autonomie, en tant que pratiques médicales, parce qu'elles sont «offertes» et qu'on choisit d'y recourir ou non. L'argument est validé sur la base de l'expérience vécue personnellement: le médecin a offert directement l'IA et on a réfléchi à l'offre ou la médecine «offre» en général les NTR et on a réfléchi à cette possibilité. L'argument de l'autonomie ressemble à l'argument du choix de la première représentation. Toutefois, il n'est pas développé de la même manière, notamment parce que dans les présents cas on ne trouve pas une telle chose que ce que j'ai appelé une exigence existentielle qui ferait ressentir le recours comme une nécessité pour soi.<sup>9</sup>

Les NTR en tant qu'objets de discours, telles que discutées publiquement, peuvent de leur côté soit restreindre les possibilités d'autonomie, soit les accroître.

---

<sup>9</sup> On se souviendra que, dans la première représentation, la confrontation aux autres oblige à voir le recours comme un choix, confirmant la nécessité du choix et heurtant d'un autre côté l'impression que le recours répond à une nécessité.

Dans le premier cas, les discours publics critiques des NTR énoncés sur la base d'idéologies préconstruites, particulièrement mais non exclusivement les discours de l'Eglise et de certaines féministes, auraient pour but de réguler les comportements des individus, sans tenir compte de leur situation concrète, et de les empêcher d'agir comme bon leur semble (notamment en recourant aux NTR). Or, d'une part, les personnes sont capables de décider pour elles-mêmes de façon éclairée (donc on n'a pas besoin de discours d'autorité pour décider) et, d'autre part, elles ne devraient pas être soumises à une évaluation (par une autorité extérieure) de leurs motifs d'action. L'argument de l'obstruction de l'autonomie est validé par l'expérience d'une confrontation directe avec une religieuse et par l'expérience d'une confrontation indirecte avec les opposantes féministes aux NTR (via les médias et des lectures). Par ailleurs, il repose sur des principes inviolables: l'autonomie des personnes et la prise en considération des situations concrètes des personnes. On peut noter au passage que ce dernier principe permet de voir se profiler une certaine façon d'appréhender la vie: ce qui semble importer ce sont moins les idées abstraites, la pureté d'une cause, que les personnes ici et maintenant, leur vie réelle avec tout ce qu'elle comporte de petites et grandes détresses, de secrets et de zones d'ombre, dans lesquelles tous et chacun essaient de se débattre. Cette hypothèse sur cette philosophie de vie permettrait d'éclairer par ailleurs la validité accordée à l'expérience vécue: le vrai est là, au sens «objectif» du terme (ce qui est le plus proche de la réalité) et au sens normatif du terme (ce qui compte vraiment, ce qui vaut la peine d'être entendu). L'expérience de la confrontation est sans doute ce qui suscite aussi l'argument. En ce sens, il aurait une validité subjective: l'obstruction de l'autonomie (ou plutôt les tentatives) a été ressentie devant les critiques. Celles-ci sont entendues comme des attaques personnelles, contre ses agissements, alors que dans sa vie concrète cette action est parfaitement compréhensible, fondée sur de «bonnes raisons» qui, par ailleurs, ne devraient pas faire l'objet de suspicion *a priori*... ni *a posteriori*, qui ne devraient donc pas être discutées. Cependant, il faut souligner que les principes énoncés valent en général et qu'on ne les défend pas sur la base de cette expérience de la confrontation.

D'un autre côté, les discours publics menacent l'autonomie parce qu'ils cherchent à réguler un domaine privé, la procréation. On verra plus loin que cette partie de l'argument est ébranlée par la menace qui pèse par ailleurs sur la procréation à cause de pratiques réificatrices et qui fait apparaître la nécessité d'une intervention publique (en actes et en paroles).

Dans l'autre cas, les discours publics critiques et plus généralement les débats à propos des NTR tendraient à accroître les possibilités d'autonomie s'ils contenaient davantage

d'informations à propos des pratiques réelles des biologistes et des médecins parce qu'on manque de repères pour prendre une décision éclairée, conforme à des principes éthiques. Les discours qui permettraient d'améliorer les bases de décision n'existent pas vraiment ou ne se font pas entendre: les propos issus des commissions ou comités d'étude des NTR ne donnent pas un aperçu de ce que les biologistes et médecins font réellement (on manque donc d'informations) et les discours critiques sont trop tranchants, bien que plus crédibles que celui des médecins (trop peu critiques d'eux-mêmes). Cette argumentation repose sur l'expérience vécue au moment de décider de recourir à la FIV et au moment de décider de donner ou non du «matériel biologique» pour la recherche, l'expérience en question ayant consisté en un questionnement sans réponses satisfaisantes. En même temps, l'argumentation repose sur un savoir à propos des risques de la «biologie», savoir incorporé (du même type que celui que j'ai associé à un atavisme) s'apparentant à un «réflexe» et diffusé par les médias, la science-fiction, etc. A quoi il faut ajouter *le fait même* des discours publics critiques sur les NTR (malgré leur insuffisance) qui confirme un savoir relatif aux risques. De plus, l'expérience antérieure de la médecine est au fondement d'une méfiance *a priori* à l'égard de la médecine et des médecins qui fait douter de ce que disent les médecins et préférer d'emblée le discours opposé malgré son manque de nuance.

### 8.2.3 L'argument des intérêts des femmes

En tant que pratiques médicales ou en tant qu'objets de discours, les NTR sont des moyens d'assistance parce que/si elles servent les intérêts des femmes, c'est-à-dire si celles-ci sont traitées comme des personnes particulières et si on ne les utilise pas pour d'autres buts que les leurs.

Dans un cas, cet argument, appliqué aux pratiques médicales, est essentiellement validé par l'expérience vécue personnellement et par d'autres femmes. Ainsi, en IA, le médecin apporte son aide à la femme et à son mari; le médecin se comporte à leur égard avec chaleur, empathie. De plus, les examens préalables à l'IA ne sont pas ressentis comme une forme de violence. Cette expérience permet de soutenir que l'IA est une forme d'assistance. D'un autre côté, l'expérience d'autres femmes permet d'affirmer que l'IA et les examens peuvent être des formes de réification. On n'accorde pas plus de validité à l'expérience vécue personnellement qu'à celle des autres femmes. Plutôt, on tente d'expliquer l'écart entre les perceptions par des hypothèses relatives aux conditions environnementales et professionnelles des pratiques: le degré d'urbanisation et le type d'hôpital ou de clinique (les grandes villes et les grands hôpitaux sont plus impersonnels),

le lieu de pratique de l'IA (le cabinet favorise une approche plus humaine qu'un laboratoire), le degré de spécialisation des médecins (plus ils sont spécialisés, plus ils tendent à traiter des organes plutôt que des personnes). Par ailleurs, la forte médicalisation de la grossesse et la présence quasi excessive du médecin pendant la grossesse tendraient à invalider une partie de ces hypothèses: une trop grande proximité, une trop grande préoccupation de la part du médecin finissent par devenir perçues non plus comme étant dans l'intérêt de la femme mais dans celui du médecin (quoique moins en tant que médecin qu'en tant que personne dans le présent cas). Il est possible que, comme on l'a vu plus haut, l'efficacité recherchée ne résidant pas forcément dans une grossesse, le fort accent placé sur la dimension relationnelle pour qualifier l'IA d'assistance ou de réification et donc pour évaluer si elle sert ou non les intérêts des femmes tend à dévaluer l'attention portée par le médecin au déroulement de la grossesse (si le but consistait à avoir l'enfant, cette attention pourrait être évaluée autrement).

Dans l'autre cas, la FIV telle que pratiquée actuellement dessert en partie les femmes, manifeste un manque de respect à leur égard, parce que la médecine contrôle complètement le processus et modifie le cycle naturel (et personnel) des femmes pour l'uniformiser. Ce faisant on multiplie les interventions dont l'utilité n'est pas évidente puisque la maîtrise est insuffisante (le mauvais dosage des hormones faisant foi de ce manque de maîtrise). Cet argument repose sur l'expérience vécue au cours de laquelle on observe et analyse les façons de faire des médecins et sur une comparaison avec une autre possibilité, c'est-à-dire faire la FIV à partir du cycle naturel de chaque femme. Par là, l'argument est aussi basé sur une compréhension du processus de la FIV. La comparaison entre la pratique actuelle et la pratique idéale est faite à l'aune d'un principe selon lequel les intérêts des femmes sont mieux servis quand on tient compte de leurs particularités: le respect du cycle naturel équivaut au respect des femmes.

L'analyse des pratiques des médecins ou d'un esprit de la médecine, apparaissant dans la façon dont la FIV est structurée actuellement, tient en partie d'une analyse de type politique dont les conclusions sont confirmées par l'expérience vécue. Ce trait est particulièrement frappant dans l'argument selon lequel la recherche à partir des dons de «matériel biologique» est mal orientée parce qu'elle est trop peu empirique et trop axée sur les gamètes. L'argument est en fait le suivant: la médecine ne tient pas compte de l'expérience concrète des femmes, n'est pas à l'écoute de leurs réactions, en d'autres termes elle n'accorde aucune importance au savoir des femmes sur leur corps. C'est pour cette raison que la recherche apparaît servir les intérêts de la médecine avant ceux des femmes. On oppose un savoir valide détenu par les femmes à celui de la médecine. Le

savoir médical n'est pas dévalué en tant que savoir objectif mais en tant que savoir limité et du point de vue de ses visées. Ce raisonnement n'est pas sans rappeler la validité accordée à l'expérience vécue des NTR dans la première représentation; dans ses diverses dimensions, le savoir issu de l'expérience est généralement plus fiable que celui que l'on peut acquérir par le médecin (ou plus précisément par la bouche du médecin). Ici cependant une méfiance de fond à l'égard de la médecine s'ajoute pour donner à l'analyse une couleur politique plus franche, pour montrer que la médecine poursuit des buts en partie antinomiques aux intérêts des femmes.

Cette analyse (et cette méfiance) se retrouve dans l'autre cas, quoique les dimensions concrètes des procédures ne soient pas intégrées au raisonnement. Ce cas cependant met en évidence les fondements normatifs de l'argument. Encore une fois, on procède par la comparaison entre sa propre expérience et le cas de l'«Italienne» vu dans les média (cette femme ménopausée ayant procréé suite à une intervention médicale): dans ce cas, contrairement au sien, le but des médecins n'était pas clairement orienté par les intérêts de la femme puisque le cas, justement, a été publicisé comme une «première» et qu'en conséquence les médecins semblaient viser l'exploit scientifique plutôt que le service. Le respect des femmes est un principe fondamental et indiscutable.

Le respect des femmes, le service de leurs intérêts ne sont pas mis en jeu nécessairement par les interventions médicales en elles-mêmes. L'accumulation des interventions présente seulement un risque sur ce plan.

Du point de vue des pratiques discursives, dans un cas, les NTR dit-on sont utilisées également au détriment des intérêts des personnes parce qu'à travers ce qu'ils et elles disent publiquement sur les NTR, les experts et expertes de divers domaines cherchent à accroître un capital (financier, universitaire, scientifique). Les discours publics sur les NTR apparaissent ainsi toujours nuisibles du point de vue des intérêts des femmes aux prises avec l'infertilité et recourant aux NTR; davantage nuisibles même que les pratiques médicales qui, elles, peuvent servir ou non ces intérêts. Cet argument est fondé sur une analyse des discours entendus dans les média et sur une comparaison avec l'expérience vécue personnellement. Ces discours, dit-on, manquent toujours de nuances et sont toujours théoriques, éloignés de la réalité concrète des personnes en situation. On voit poindre à nouveau la validité accordée *a priori* à l'expérience vécue et les fondements à la fois politiques et normatifs qui semblent ordonner ultimement cette validité. Le fait de qualifier, par exemple, le discours tenu par L. Vandelac de «discours dominant» marque bien le caractère politique des pratiques discursives dans lesquelles les personnes réelles



sont utilisées à des fins étrangères à leurs intérêts. Ce qui est ainsi mis en évidence c'est une inégalité entre ceux et celles parlant publiquement des NTR et celles qui vivent la situation concrète. Si l'on vise davantage le discours critique des NTR, il semble que ce soit moins parce qu'il est critique que parce qu'il serait tout aussi dogmatique que celui des «pro-NTR» sous des dehors vertueux (des positions «pures», dit-on), puisque l'on procède soi-même à une critique des NTR. En fait, le discours dit dominant apparaît desservir les femmes parce qu'il est dogmatique: ainsi, s'ajoute aux fondements politiques et normatifs de la validité de l'expérience vécue une «norme», non vue en elle-même, selon laquelle il faut refuser l'autorité. Cette norme prend davantage les traits d'une norme procédurale que substantielle; elle porte sur la façon de se positionner face aux discours (particulièrement ceux qui apparaissent les plus moraux), elle n'ordonne pas une position à propos de l'objet du discours.

#### **8.2.4 L'argument de la sauvegarde de la procréation**

Les NTR permettent ou non de procréer conformément à une idée préétablie de ce qu'est créer la vie. Comme on l'a vu au point 8.1, la procréation n'est pas définie principalement comme un processus physiologique; elle porte une dimension relationnelle importante qui, dans un cas, se confond en partie avec le biologique donnant à la procréation un caractère de totalité semblable à ce qu'on trouvait dans la deuxième représentation (à la différence que dans ce cas-ci la procréation n'équivaut pas, comme dans un des cas de la seconde représentation, à une capacité personnelle, à une sorte de puissance).

En tant que pratiques médicales, les NTR peuvent ou non comporter les caractéristiques associées à l'acte de procréation, à savoir de la chaleur, des liens entre les personnes, de la joie, une connotation sexuelle. Dans un cas, les NTR permettent en effet de conserver ces traits importants, la preuve résidant dans l'expérience vécue de l'IA. Dans ce cas, on conçoit cependant qu'il puisse en être autrement si certaines conditions ne sont pas réunies, notamment si le médecin adopte une attitude peu empathique et peu marquée par une volonté d'aider, si le médecin n'est pas engagé en tant que personne avec le couple dans l'acte donc si les procédures n'ont pas la même signification pour le couple et pour le médecin, si les lieux ne favorisent pas la convivialité. En fait, l'IA, telle qu'expérimentée, peut être associée à la procréation parce qu'elle a assisté en quelque sorte la formation de liens entre les personnes. On se souviendra que dans ce cas la dimension relationnelle ou sociale de la procréation prime sur ses aspects biologiques et génétiques, si ce n'est même que ces derniers sont ignorés. Le malaise ressenti face à l'impression de vivre une expérience de «trio» et face à l'engagement quasi excessif du médecin est dépassé parce

que la dimension relationnelle est sauvegardée. Le lien conjugal est confirmé (par l'aide apportée au conjoint), le lien au médecin est reconnu dans l'attribution du prénom à l'enfant, l'enfant-symbole de la virilité du mari rétablit le lien de celui-ci avec sa famille.

D'un autre côté, l'enfant né suite à l'IA est comme n'importe quel autre enfant; les NTR ne changent pas le statut de l'enfant, n'en font pas plus ni moins «mon» ou «notre» enfant, elles n'ajoutent ni n'enlèvent quoi que ce soit à l'enfant. L'IA contribue au même titre que la procréation naturelle ou l'adoption à la formation des liens familiaux. La dévaluation du lien génétique est notamment fondée sur l'expérience vécue de l'adoption et d'une comparaison suite à l'IA entre l'attachement à l'enfant adopté et à l'enfant né suite à l'IA. Cette dévaluation est nommée comme telle et par ailleurs apparaît grâce à la discussion avec d'autres personnes pour qui le lien génétique donne une valeur supplémentaire à l'enfant (des personnes, par exemple, trouvant curieux l'égalité de traitement des enfants dans la famille), de même que grâce à la discussion avec une femme enceinte qui s'enquiert de l'expérience de l'accouchement du premier enfant, l'oubli de l'adoption rendant évident le peu d'importance accordée au lien génétique et physique. En même temps, j'ai noté au point 8.1 que la façon de parler de l'enfant né suite à l'IA était marquée par une sorte d'extériorité: l'enfant n'est pas plus le «vrai» enfant du couple que l'enfant adopté apparemment parce qu'il a été procréé à l'aide de l'IA. L'équivalence entre l'IA et l'adoption, en tant que voies de formation des liens parents-enfants, semble ainsi être due à la même extériorité première par rapport à l'enfant, celui-ci semblant dans les deux cas venir d'ailleurs. D'un autre côté, l'absence de velléités de contrôle sur la procréation, du point de vue de l'idée que l'on se fait de la procréation, empêche d'accorder à ce dernier aspect une importance qu'il ne semble pas avoir dans ce cas; la façon de parler des enfants qui viennent comme ils peuvent et le «fatalisme» qui l'accompagne (par exemple l'absence de recherche d'un diagnostic) vont également dans ce sens.

Néanmoins, ce rapport d'extériorité à l'enfant et les raisons du recours à l'IA faisant de l'enfant, *a priori*, une «preuve» donnée aux autres de la virilité du mari, pourraient tendre à placer l'enfant dans un rapport de type instrumental. Si l'on dépasse cette première impression, et à la lumière de la façon de définir la procréation (où il n'est pas question de «désir d'enfant», de «projet» d'enfant), on peut constater que l'enfant en tant que «résultat» de l'IA est remis immédiatement dans un réseau normatif et identitaire où est placé l'enfant en général dans la société du mari et dans celle de la femme; l'enfant est un vecteur de liens. De ce point de vue, il n'est pas réifié, comme une «chose».

Dans ce premier cas, les procédures de l'IA ne sont pas prises en considération dans l'argumentation dont la validité repose sur l'expérience vécue confirmant une idée préétablie - et qui demeure intacte - de la procréation. Dans l'autre cas, l'expérience vécue et la subjectivité valident aussi une partie de l'argumentation, mais celle-ci comporte une référence aux procédures elles-mêmes.

La FIV ne permet de sauvegarder qu'une partie de la procréation, à savoir l'enfant «de nous deux» représentant le projet de couple, le lien conjugal. La procréation se présente comme une totalité dans laquelle est insérée le lien conjugal, le lien génétique à l'enfant et le sexe ou le «romantisme». Le maintien d'une des dimensions, l'enfant de nous deux, rapproche un peu la FIV de la procréation «naturelle» non pas parce que le lien génétique est conservé et par là lie objectivement les parents à l'enfant (en fait «notre» enfant), mais parce que le lien génétique est une partie de la procréation en tant que projet de couple. Les gamètes n'ont de sens qu'en tant que symboles de la relation conjugale. Cette vision subjective est vue comme telle à la lumière de la possibilité des échanges de gamètes; ceux-ci n'ont pas de sens pour soi parce que procréer pour soi est une affaire de couple, parce que la procréation d'un enfant ne signifie pas, pour soi, seulement avoir un enfant. La connaissance de la possibilité des dons de gamètes éclaire la vision personnelle de la procréation et l'existence d'autres visions de la procréation (valant pour d'autres personnes).

Par ailleurs, la FIV exclut le conjoint de la procréation en tant qu'acte, elle ne signifie pas faire un enfant «à deux» et prend par là figure de «technique», devient réificatrice. Cet argument repose sur l'expérience de la FIV dans ses dimensions techniques et plus globalement dans les procédures qu'elle implique. La FIV concrète ne comporte pas de chaleur, de romantisme, de sexualité; les procédures sont toutes accomplies sur la femme, l'homme (outre ses gamètes et la masturbation pour les obtenir) n'est pas mis à contribution. De plus, en créant des malaises physiques chez la femme, la FIV présente un risque d'éloignement pour le couple, notamment un éloignement physique. L'importance de la sexualité, des liens créés et confirmés à travers la sexualité, accentue l'écart entre la FIV et ce qu'est procréer. En tant que choix réfléchi plutôt que «spontané», la FIV introduit une différence dans la procréation et dans l'enfant qui devient clairement «désiré». Cet élément se rapportant au caractère «organisé» de la FIV n'est pas présenté comme un argument en défaveur de la FIV bien qu'il soit étranger *a priori* à ce qu'est créer la vie. On pourrait dire qu'il donne à la FIV un caractère d'assistance mais pour l'enfant parce que celui-ci court moins de risques que d'autres enfants d'être «délaissé». Cet argument repose en partie sur l'expérience vécue puisque la démarche réalisée a impliqué

une réflexion à propos du désir d'enfant et des actes «conscients» empreints de «sérieux» plutôt que de spontanéité. On peut noter une tentation de généralisation à l'ensemble des personnes recourant à la FIV, tentation néanmoins réfrénée: à nouveau, c'est pour soi et peut-être, sans doute, pour d'autres que la FIV est assistance dans ce sens. S'il représente un avantage pour l'enfant, le choix réfléchi toutefois, opposé à la spontanéité, ôte quelque chose au couple puisque la procréation est moins associée à la «rationalité» qu'à l'émotion comme on s'en souviendra. Un tel argument manifeste une réflexivité appliquée à sa propre vision de la procréation. Cet argument est aussi mobilisé dans l'évaluation des NTR en tant qu'objets de discours.

En effet, si la FIV en tant qu'ensemble de procédures est vue comme produisant un rapport rationnel à la procréation, les discours publics à propos des NTR tendent à provoquer le même effet. «Trop savoir», c'est-à-dire se mettre à l'écoute de ces discours publics et chercher à s'informer à propos des pratiques des biologistes à travers ces discours et des publications spécialisées, risque de dénaturer la procréation (via la FIV) parce que celle-ci peut finir par devenir plus intellectuelle ou rationnelle qu'émotive. Se «voiler les yeux», ou plutôt tenter de le faire, est l'attitude la plus susceptible de maintenir la procréation dans la sphère émotive. Cet argument est d'une certaine façon validé par l'expérience vécue: les discours publics (critiques et non critiques, ces derniers étant douteux *a priori* parce qu'ils ne doutent pas et parce que la méfiance à l'égard des médecins rend douteux ce qu'ils disent) forcent à réfléchir à la procréation dans sa vie personnelle, introduisent des questions et évaluations notamment en termes éthiques. Cette dimension est ainsi, implicitement, soutenue par la connaissance du contenu des discours publics donc par la connaissance des risques des NTR au plan éthique, des risques de perte de contrôle de la société sur les actes des biologistes. En un sens, on pourrait dire que c'est la confrontation des points de vue sur les NTR - l'existence d'une controverse - qui rend nécessaire la réflexion et qui la fait voir comme quelque chose d'étranger à l'idée de ce qu'est procréer. En même temps, les discours publics, cette confrontation publique de points de vue, peuvent contribuer à réduire les risques de modification fondamentale de la procréation, dont les risques d'eugénisme; du moins, il pourrait en être ainsi si ces discours comportaient un savoir à propos de ce que font réellement les biologistes avec le «matériel biologique». En l'état actuel des choses, les discours publics montrent qu'on ne sait pas et ce faisant provoquent de l'inquiétude... et obligent à réfléchir à ce dont on ne voudrait pas réfléchir.

La question du coût - en argent - des NTR fait elle aussi, d'un autre côté, passer la procréation dans la sphère de la réflexion et de la discussion et fait voir la procréation

comme une question publique (qui concerne la société) tout autant qu'une question privée. Cependant, les discours publics compliquent l'appréhension de la procréation, tendent à la modifier parce qu'ils séparent les aspects publics (le coût devant ou non être supporté collectivement) et les aspects privés du projet d'enfant quand il doit se réaliser à l'aide des NTR. La procréation tend à devenir vue comme une affaire publique, dans ses dimensions économiques, et privée, dans ses aspects émotionnels. Cette séparation est néanmoins plutôt ressentie comme «fausse» (du point de vue de l'idéal) mais elle est vue comme «vraie» (du point de vue de la réalité) à travers la discussion publique. Ce trait rappelle ce que l'on retrouve dans la première représentation: les «autres» (dans ce cas-ci moins des proches que les partis qui s'opposent sur la scène publique) et la question de l'argent font voir la procréation d'une façon autre que ce qui est ressenti et obligent à réfléchir à *partir* de cette séparation. Ici, davantage que dans la première représentation, la division oblige à réfléchir à quelque chose qui ne se «pense» pas ou qui ne se «calcule» ou ne se «contrôle» pas. La FIV introduit déjà un calcul et une réflexion (en tant que procédé impliquant des démarches, de l'argent, etc.), mais les pratiques discursives amplifient ces traits, notamment en confirmant une méfiance profonde et déjà là à l'égard de la médecine.

Dans l'autre cas, l'argent introduit aussi un risque de modification de la procréation mais dans un autre sens. C'est de la marchandisation de la procréation qu'il est question: elle existe déjà et doit être éliminée pour préserver la procréation idéale. On a vu que les discours publics sur les NTR présentent des risques de ce point de vue, auxquels discours s'ajoutent les pratiques «vénales» dans les contrats de mères porteuses et le désengagement de l'Etat dans le financement des NTR. En fait, les discours publics risquent d'empirer la situation, soutient-on, en rendant «publique» la procréation. L'argumentation est ici fortement ambivalente et semble reposer sur un principe intouchable selon lequel la procréation doit demeurer dans la sphère privée. Le raisonnement est le suivant: parler publiquement présente un risque parce que la procréation est sortie du privé et devient susceptible d'être soumise à une régulation extérieure (qui ne tient pas compte des personnes concrètes) et parce que sont accrues les possibilités de capitaliser avec de l'«humain»; en même temps, une certaine régulation est nécessaire, par l'Etat, parce qu'il y a des abus dans les pratiques et parce que les «bonnes découvertes» finissent toujours par se corrompre (l'«homme» n'étant pas raisonnable); d'un autre côté, plus on intervient, plus les abus risquent de se multiplier. Comme on le constate, dans la dernière partie du raisonnement, le problème est «résolu» par le refus des interventions publiques alors même qu'est reconnue la nécessité d'une intervention extérieure; le refus des interventions publiques prend ainsi davantage figure de dogme que

d'argument. En fait, il est possible que ce dogme trouve sa «raison» dans l'attaque ressentie personnellement à travers les discours critiques des NTR; il faut en quelque sorte nécessairement mettre à mal ces discours, en montrer les manques et les risques, même au prix de la cohérence, il faut les déboulonner. Ceci rappelle certains traits de la seconde représentation, où l'on fait feu avec tout ce qui tombe sous la main pour combattre les NTR.

On aura remarqué que, dans ce cas comme dans l'autre, les arguments avancés pour défendre l'argument plus général de la sauvegarde de la procréation comportent peu de référence à la nature. Ce n'est pas la «nature» qu'il faut conserver, qu'il ne faut pas forcer (contrairement à l'argumentation de la seconde représentation), c'est plutôt son caractère «humain» (l'envers de la technique)... ce qui rappelle la première représentation. Cependant, contrairement à celle-ci, on n'utilise pas l'argument de la nature pour défendre ou critiquer les NTR. La proximité avec la procréation naturelle est nommée, dans un des cas, mais n'est pas brandie comme un argument permettant globalement de classer la FIV dans une catégorie positive, le caractère naturel étant limité ici à l'enfant «de nous deux» dont le sens n'est pas l'exact équivalent de celui que l'on trouve dans la première représentation (où l'enfant semble répondre à une exigence existentielle personnelle et ne représente pas un «projet de couple» qui pourrait être autre chose qu'un enfant).

### **Conclusion**

La validité de cette représentation repose largement sur des principes et sur l'expérience vécue personnellement ou par d'autres femmes. Ce qui frappe, c'est le statut donné à l'expérience, celle-ci apparaissant comme une des dimensions de la validité des principes. En effet, une grande importance est accordée à l'autonomie et au respect des femmes et de l'humain en général; ce sont là des principes fondamentaux, devant valoir universellement. Or l'expérience vécue personnellement et par d'autres femmes semble valoir de par la valeur de ce que les femmes savent. Quand on analyse le traitement accordé à l'expérience, la sienne ou celle des autres, on constate qu'elle est en quelque sorte politisée. Contrairement à ce que l'on trouve parfois dans la première représentation, la validité de l'expérience des autres femmes semble moins reposer sur une identification ou une reconnaissance de soi dans les autres que sur la valeur du savoir; elle apparaît dépendante de la reconnaissance de l'autonomie et de la capacité des femmes de décider pour elles-mêmes et d'évaluer ce qui est vrai et bon pour elles. On traite sa propre expérience de la même manière.

La politisation comporte une large part affective d'un côté, de l'autre elle repose sur une analyse critique soit de la médecine plus particulièrement, soit des discours d'autorité vertueux. L'expérience antérieure de la médecine ajoutée à l'observation des pratiques (organisée par cette expérience antérieure, par un principe - le respect des femmes - et par une compréhension des procédures techniques) préside à cette analyse critique de la médecine et, par suite, sert de point de comparaison pour évaluer l'expérience actuelle. Dans l'autre cas, l'analyse des discours critiques des NTR est réalisée sur la base de l'expérience des NTR; on procède à une comparaison de ce qui est dit et de ce qu'on a vécu. Le fait de tenir compte de l'expérience des autres femmes, pouvant être différente de la sienne, empêche, parmi d'autres facteurs, d'adopter un point de vue dogmatique à l'égard des NTR mais n'empêche pas de refuser les discours critiques non pas parce qu'ils sont critiques, comme je l'ai noté, mais parce qu'ils se présentent comme des Vérités. Dans chaque cas, il y a ainsi une zone de refus *a priori*. Dans le premier, la méfiance profonde est ressentie face à ce que disent les médecins, alors que c'est le discours des critiques qui suscite la méfiance dans l'autre cas.

En fait, dans les deux cas ce qui est refusé concerne une certaine arrogance, associée au pouvoir, repérable dans le fait que les discours visés sont trop sûrs d'eux-mêmes, ne doutent pas d'eux-mêmes, alors que leurs tenants et tenantes peuvent se tromper. Dans le cas où la médecine est dans la mire, on est également agacée par le manque de nuances, le caractère trop tranchant des discours critiques. Ces refus ou agacements devant le manque de nuances ou le manque de doute apparaissent parfaitement cohérents avec certains des principes énoncés. Ils sont aussi en congruence avec la double dimension des NTR dans cette représentation (les NTR étant en même temps moyens d'assistance et de réification) puisque le point de vue est lui-même nuancé.

Ce dernier trait limite davantage que dans la première représentation la nécessité d'adopter un point de vue justificateur. En fait, les aspects justificateurs sont restreints aux motifs de recours aux NTR et, comme dans la première représentation, ils semblent issus de la controverse donc de la discussion publique à propos des NTR. Certains des arguments centraux justifiant le recours sont du même type que dans la première représentation en ce qu'ils constituent des normes indiscutables mais ayant un fort caractère procédural. Il en va ainsi pour l'«autonomie» et pour le «respect des femmes» (et, en général, de l'humain). L'autonomie ressemble au «choix», l'une et l'autre constituant à la fois des dimensions identitaires et des façons de faire et, d'un autre côté, n'ordonnant pas un contenu nécessaire du point de vue de l'orientation de l'action. Le «respect des femmes» (et de l'humain) concerne les pratiques (concrètes et discursives) davantage que les techniques

elles-mêmes, donc les façons de faire avec les NTR et les intentions qui organisent ces pratiques (déductibles des façons de faire). Ce principe ne comporte pas un contenu univoque (le respect des femmes étant possible de différentes façons) mais il contient une limite puisque les pratiques ne servant pas les intérêts - immédiats - des femmes (et de l'humain) ne devraient pas exister. Sur ce plan, ce n'est pas sans rappeler l'évaluation des buts que devraient poursuivre les NTR (la procréation, point à la ligne) formulée dans la première représentation. Cependant, le principe du respect des femmes plutôt que du respect de la nature fonde l'évaluation.

Quoique dans une moindre mesure, le savoir objectif, incorporé plutôt que valide parce qu'issu de la bouche des médecins, occupe un certain espace en tant que base de validité dans un des cas. Il est en effet frappant que le savoir des femmes valorisé constitue un savoir non seulement de ce qu'elles ressentent dans leur corps mais aussi un savoir compréhensif, sinon explicatif, des processus en jeu dans le système reproducteur fondé sur l'observation et la mise en relation de faits (objectifs, comme la température). Dans le cas de la répondante, ce savoir est acquis et approfondi par plusieurs années de pratique d'observation notamment. On se souviendra que des interventions médicales dans la FIV de même que la recherche sur le «matériel biologique» sont critiquées sur cette base. La compétence personnelle toutefois n'est pas présentée comme étant de la même nature que le savoir des professionnels médicaux, même si dans les deux cas il s'agit d'un savoir de type objectif apparenté du point de vue du mode d'explication des processus de la reproduction. Malgré la distinction faite entre eux, les deux savoirs sont présentés comme complémentaires en quelque sorte. Ainsi, à la différence d'un des cas de la seconde représentation - celui où le savoir objectif occupe une large place dans la validité -, le savoir détenu ne permet pas de se placer en position d'autorité face aux médecins et aux NTR mais plutôt d'évaluer les manques du point de vue des femmes (de leur savoir propre et de leurs intérêts). A ce titre, ce cas rappelle la première représentation quoique les intérêts divergents davantage que le savoir y servent de base d'évaluation des actes médicaux.



## **CHAPITRE 9 LES NTR-MOYENS D'EXPRESSION DE L'INDIVIDUALITE**

### **Introduction**

Cette quatrième représentation constitue les NTR comme des moyens d'expression de l'individualité, d'accomplissement de soi en tant que personne particulière, à travers la procréation. Cette représentation partage certains traits avec la première en particulier mais s'en distingue en plaçant les NTR dans la sphère du «plaisir». Les NTR sont données à voir comme des moyens d'expression de la personne et, en ce sens, constitueraient des façons de styliser la procréation et la famille. Le rapport aux NTR semble ainsi moins relever de la lutte contre un état indésirable que de la création d'une identité.

Comme pour les cas décrits dans les chapitres précédents, j'exposerai d'abord les éléments contextuels auxquels on peut relier la construction de cette représentation pour ensuite la décrire dans ses diverses dimensions. La seconde partie est consacrée à l'analyse des bases de validité des arguments mobilisés pour soutenir la représentation.

### **9.1 La représentation des NTR-moyens d'expression de l'individualité**

#### **9.1.1 La situation de départ: désir d'enfant sans conjoint**

La finalité poursuivie à travers la construction de cette représentation consiste à rendre possible et constructive, au plan du sens, la réalisation du désir d'enfant en l'absence d'un conjoint. Cette finalité recoupe bien sûr la raison avancée pour le recours aux NTR (à l'IAD), mais ne se confond pas avec elle. En effet, la situation précédant le recours est la suivante: un projet d'enfant est formulé (avoir un enfant à 30 ans) mais la femme n'a pas de conjoint à ce moment-là; elle décide de réaliser quand même le projet et explore les possibilités pour finalement entrevoir dans l'IAD le moyen le plus intéressant. Ainsi, à l'origine, le projet est moins d'avoir un enfant seule que d'avoir un enfant à 30 ans; il se transforme un peu par la force des choses, si je puis dire, et devient «avoir ma famille seule». Les NTR apparaissent donc en bout de parcours non pas comme une compensation pour l'absence d'un conjoint mais comme un moyen d'avoir un enfant à travers lequel se réaliser personnellement, exprimer son individualité. Comme on le verra, cette façon de définir les NTR est généralisante, ne s'appliquant pas seulement à son cas ou à des cas semblables au sien. La voie «choisie» pour construire la représentation, si l'on me passe un tel terme nettement trop volontariste, est celle d'une promotion de

l'individualité qui donne à la représentation (comme au projet d'ailleurs) un caractère positif. Une autre voie aurait pu être celle de la critique de l'institution familiale, du couple, du patriarcat, etc. Mais il n'y a ici rien de tel, d'où une certaine sérénité et le «plaisir» se dégageant de la représentation, d'où aussi la possibilité de généraliser la définition des NTR.

On constate d'emblée que si quelques éléments de cette représentation en rejoignent d'autres identifiés dans la première représentation (et la troisième jusqu'à un certain point), ce ne sont pas l'insécurité ou un risque de déstructuration personnelle qui organisent les éléments entre eux. Il n'y a pas de perte de contrôle sur sa vie, sur soi ni non plus quelque chose à vaincre ou à dépasser. Ainsi malgré le fort accent mis sur la réalisation de soi à travers l'accès aux enfants, l'identité n'est pas déjà atteinte et le risque qu'elle le soit ne fait pas partie du paysage: l'identité se construit positivement à travers la recherche d'un moyen et dans la réalisation du projet d'enfant. D'autant plus que l'IAD a donné lieu à une grossesse (et à la naissance d'un enfant) après un seul essai.

Ce dernier aspect est sans doute important dans la construction de la représentation. Elle comporte en effet assez peu d'éléments portant sur les aspects proprement techniques, sur les procédures des NTR et, en conséquence, peu d'éléments sur les risques ou problèmes de ces procédures appliquées sur le corps.

### **9.1.2 Au coeur des NTR-moyens d'expression de l'individualité**

Cette représentation comporte trois dimensions principales par lesquelles la connaissance des NTR en tant que moyens d'expression de l'individualité est développée: 1° les NTR sont un service offert par la médecine pour accéder à l'enfant; 2° les NTR sont des occasions de réflexion personnelle à propos de la procréation et des enfants; 3° les NTR en tant que pratiques concrètes permettent de réaliser réellement un projet personnel.

#### **9.1.2.1 Les NTR: un service aux individus et à la société**

Dans cette représentation, les NTR sont des moyens faisant partie de la médecine. C'est celle-ci qui offre une aide aux personnes afin qu'elles puissent accéder aux enfants et, ce faisant, vivre l'expérience de la maternité ou de la paternité. Cette expérience est une expérience personnelle à travers laquelle l'individu trouve un enrichissement. Ainsi, d'emblée, le but des NTR est clairement limité à la procréation. Les NTR (l'insémination artificielle, la FIV) sont en effet distinguées de pratiques ne visant pas la procréation, de telles pratiques sont en quelque sorte exclues de ce que «sont» les NTR telles que définies.

«(...) ceux qui veulent des bébés pis qui sont tenaces là au point d'en vouloir envers et contre tous là, oui [la FIV] c'est une technique qui peut... à laquelle on peut avoir accès. Mais c'est pas une technique que moi je serais allée. Je pense pas. (...) Ça je pense pas que j'aurais été capable d'aller en *in vitro*. Mais par contre ben c'est tout le clonage pis ces trucs-là ça c'est quelque chose qui est très questionnant hen, de faire des... des doubles avec des... des... petits machins-là. Ça c'est une autre affaire.» (e-9)

Le clonage «c'est une autre affaire», c'est différent de l'insémination et de la FIV, même si cette dernière est vue comme lourde, douloureuse, peu invitante pour soi et même si elle porte quelque chose d'excessif («au point d'en vouloir envers et contre tous»).

En tant que moyens permettant de procréer, les NTR sont un service médical pour les individus en général et pour la société ainsi que pour les individus ayant un projet particulier à réaliser. Les NTR sont classées d'emblée dans le progrès.

#### *Un service aux individus*

Les NTR sont un service pour les individus parce qu'elles apportent une réponse à un besoin d'amélioration d'une situation. Ici le problème ou la situation exigeant une amélioration ne se rapportent pas seulement à un problème physiologique (l'infertilité); ils l'incluent sans s'y limiter.

«On pallie à un défaut de la nature ou à un défaut quelconque donc si on amène un palliatif à quelque chose c'est parce qu'à quelque part on a besoin d'un plus par rapport à ce qu'on a comme difficulté.»

Les NTR peuvent ainsi être «utiles» pour des individus vivant diverses situations qu'ils jugent insatisfaisantes. Le flou relatif entourant les «difficultés» permet d'insérer la situation vécue dans les situations justifiant le recours aux NTR.

D'un autre côté, cette élaboration amène à comparer les situations difficiles à améliorer avec les handicaps, et les NTR avec des prothèses, des fauteuils roulants et autres instruments palliatifs (d'organes et de membres). Cette comparaison donne aux NTR une place dans la médecine, moins par le truchement d'une association avec la maladie ou un problème de santé que par l'analogie justement avec les handicaps physiques. Les situations problématiques ne sont pas identiques à ces handicaps; elles ont cependant en commun un «besoin» d'amélioration.

Par ailleurs, cette comparaison banalise les NTR en les mettant sur le même pied que d'autres types de services offerts par la médecine, mais surtout sur le même pied que les prothèses et béquilles, qui sont courants et relativement peu extraordinaires. On ne trouve

guère ici en effet d'émotion particulière reliée aux NTR qui en ferait quelque chose de dramatique ou qui les chargerait d'une auréole flamboyante. Les NTR sont offertes comme des moyens qu'on qualifie ici d'«utiles» à des personnes cherchant à avoir des enfants, qu'elles soient en couple ou non. Les NTR, à ce titre, ne sont qu'un moyen parmi d'autres pour avoir des enfants. Elles ne sont pas présentées comme ayant davantage ou moins de valeur que les rapports sexuels et l'adoption, quoique l'IA(D) pour les femmes seules soit considérée plus «sûre» que les rapports sexuels avec un homme (un inconnu ou un ami pouvant servir de père, c'est-à-dire de géniteur) puisque le sperme des donneurs est testé du point de vue des maladies transmissibles sexuellement et de certaines maladies génétiques.

Comme je l'ai déjà indiqué, la FIV n'est pas différente, du point de vue de son «utilité», de l'IA(D) et des rapports sexuels. L'excès relatif qu'elle porte a trait essentiellement à la lourdeur des interventions sur le corps des femmes, à l'angoisse qu'on suppose accompagner le processus.

«(...) les techniques [en FIV] sont dures, physiquement c'est éprouvant, moi je, la seule chose que j'ai vue au niveau de la fécondation *in vitro* c'est le film québécois là qui a été fait là-dessus, je ne connais que ça donc **La fiction là?** Oui la fiction là<sup>1</sup>, que j'ai vue et qui m'a... qui m'a touchée beaucoup parce que, bon oui il y avait aussi tout le côté déception là, mais en même temps le mal physique, la douleur au niveau des des techniques là pour aller chercher les ovules et tout ça, ça je suis pas sûre que je me serais prêtée à ça (...). C'est difficile pour moi de comparer là parce que j'ai pas eu à, je connais très très peu l'ins[émination], la fécondation *in vitro*, mais moi je sais que... de premier jet comme ça là, je vous dirais que non j'irais pas jusque là. Pour moi c'est une technique qui est très agressive, pis c'est douloureux, pis c'est une technique qui me paraît en tout cas très... très lourde, hen. C'est peut-être pas ça pantoute là mais il me semble que ça me paraît lourd moi.»

Ces aspects sont insuffisants pour ôter à la FIV son caractère de technique utile et légitime. Elle est complexe, «agressive» mais ne porte pas de risques indéfinis, entre autres au plan de son caractère artificiel, d'une rupture trop grande avec la procréation naturelle.

En fait, il faut souligner que, dans cette représentation, la procréation naturelle équivaut à la procréation en couple plutôt qu'aux rapports sexuels. Aussi on ne trouve pas une comparaison entre les NTR et la procréation naturelle telle qu'on la retrouve dans la première représentation où l'on opérait fréquemment des rapprochements entre ces modes

---

<sup>1</sup> C'est-à-dire *Portion d'éternité*, de Robert Favreau. On peut noter au passage qu'il y a un parallèle parfait entre la conception de la FIV de la répondante et les aspects du film qui l'ont touchée. De plus, on ne trouve aucune référence aux aspects du film frôlant la science-fiction (le médecin-scientifique procédant à des expériences, par exemple).

de procréation en insistant par exemple sur la présence des deux conjoints, sur la contribution génétique des deux, etc. Ici le caractère artificiel n'a rien d'un enjeu et on ne tente pas non plus de le minimiser. Pour tout dire, ce trait ne semble présenter aucune pertinence. Plutôt, l'insistance est mise sur le fait que l'IAD, dans son cas, est tout le contraire de la procréation naturelle au sens de la procréation en couple. En ce sens c'est moins la dimension technique qui est mise en évidence que les caractéristiques du projet. Dans ce cadre de pensée, la FIV n'est pas plus naturelle ou artificielle que ne l'est l'IAD.

Aussi, ce qui est réellement et pleinement inacceptable dans la FIV réside dans son coût et, par conséquent, dans l'accès limité à cette technique pour les personnes qui voudraient y recourir mais n'en ont pas les moyens financiers. C'est entre autres parce que la FIV, au même titre que l'IA(D), est un service aux personnes que son coût est inacceptable.

#### *Un «service public»*

C'est en rapport avec leur coût que les NTR sont (devraient être) considérées comme un «service public». L'analogie avec les fauteuils roulants ressurgit pour montrer que la prise en charge collective des coûts des NTR relève d'un «choix de société» au même titre que celle des palliatifs pour les handicaps. Il y a un élargissement de la notion de service: les NTR sont «utiles» aux individus mais également à la société par le biais des enfants qui peuvent en naître. Les enfants sont une richesse pour les individus tout autant que pour la société.

Le classement des NTR dans la catégorie «service public» repose essentiellement sur l'affirmation de deux principes fondamentaux selon lesquels, d'une part, les enfants ne doivent pas faire l'objet d'une commercialisation et, plus globalement, d'une réduction à des objets et, d'autre part, l'accès aux enfants ne doit pas être réservé aux riches. Ce sont à la fois le coût élevé de la FIV et la possibilité de choisir des caractéristiques physiques de l'enfant en IAD (l'eugénisme) qui sont visées par le premier principe, l'eugénisme étant vu comme une pratique de «magasinage» d'enfant. Il faut noter que l'adoption internationale est également considérée comme une pratique pouvant confiner à l'achat d'enfants.

On identifie une logique sous-tendant la non gratuité des NTR, une logique anonyme. Cette logique est en fait «illogique», «pas normale», «fausse».

**«Moi je pense que c'est un service. Et de votre point de vue ça Ça devrait être gratuit. C'est un service ça devrait donc être gratuit. Oui. Oui, parce que c'est pas vrai qu'on décide d'aller vers les nouvelles techniques de reproduction parce qu'on est millionnaire pis qu'on a l'argent pour se payer un enfant. C'est effrayant de penser comme ça. Pourriez-vous m'expliquer un peu Moi je**

pense que c'est ça si on regarde le coût d'un enfant qui a été conçu par exemple en *in vitro* c'est c'est quoi, je le sais pas, 10-15000\$ dans ces coins-là. En insémination artificielle c'était moins cher mais quand même, un enfant c'est pas quantifiable en terme de prix, c'est une vie alors à ce moment-là quand on décide d'avoir un enfant pourquoi on aurait à payer pour avoir un enfant parce que morphologiquement physiologiquement on n'est pas, il y a un problème? ben c'est pas de la faute de personne. Alors s'il y a un problème il faut qu'on pallie à tout ça et pis moi je trouve que ça devrait être gratuit et pis, je vois pas là qu'est-ce qui pourrait, qu'est-ce qui fait que cette technique-là de reproduction est payante. Pour moi c'est illogique, c'est de faire payer pour avoir un enfant, c'est illogique. Si on a affaire à des gens qui veulent avoir des enfants et qui sont pas capables d'en avoir, peut-être que l'insémination artificielle dans mon cas aurait dû être payante parce que c'était quelque chose qui était un... un luxe dans le sens que j'aurais pu en avoir d'une autre façon (...). Mais je pense que au niveau des techniques de reproduction c'est pas un luxe et pis c'est pas vrai que parce qu'on a je sais pas moi 50 000\$ à donner pour avoir un enfant qu'on va avoir plus de chance d'avoir un bébé que l'autre personne d'à côté qui a pas un sou pis qui en aura jamais. Je trouve pas ça juste.»

La forme «c'est pas vrai», utilisée à deux reprises et de curieuse façon dans l'extrait précédent, marque que la «vérité» devrait coïncider avec la justice et avec une attitude de refus de la quantification à l'égard des enfants.

Les NTR elles-mêmes sont distinguées des pratiques pouvant les accompagner, celles-ci n'étant pas inscrites dans la technique. La commercialisation et l'eugénisme menacent le caractère «service» des NTR, à la fois parce que les buts visés dans ces pratiques outrepassent le but légitime (procréer) et parce que les NTR deviennent un privilège réservé à quelques personnes. En tant que services, s'il s'agit réellement d'un service, les NTR sont un progrès du point de vue de la société puisque cela signifie en quelque sorte une reconnaissance de l'importance des enfants.

«C'est un progrès, oui parce que ça permet d'avoir des enfants à du monde qui en aurait pas eus avant, c'est un progrès parce que je pense que ça permet de faire des démarches personnelles par rapport à cette maternité ou à cette paternité là dans le cas de l'*in vitro*. Est-ce que c'est un progrès... social? oui, si c'est pas payant.»

Cependant, c'est encore d'un autre point de vue que les NTR représentent un progrès pour la société, un service rendu à la société par le truchement d'individus. En effet, à travers les NTR, les individus peuvent réaliser des projets particuliers pouvant faire avancer la société du point de vue de la multiplication des modèles familiaux.

#### *Contournement de la normalité*

«(...) je pense que c'est un progrès par rapport à des gens marginaux, marginaux dans le sens noble là, pas [rire] marginaux tout croches là, pas marginaux qui... qui sont en marge de la société dans le sens que des marginaux, original, dans le sens

de marginal de original. Donc qui ont des idées différentes et qui peuvent par des moyens comme ceux-là, dans d'autres choses aussi, il y a sûrement d'autres situations dans notre société où les marginaux ont fait que les choses ont avancé, mais je pense que dans les NTR je pense que oui les marginaux y trouvent un compte intéressant.»

Le projet particulier, «original», comme le sien d'avoir un enfant seule, est considéré comme un projet personnel ayant des répercussions sociales. Ici avoir un enfant seule signifie être seule parent de l'enfant, donc être seule à penser le projet et être seule responsable de l'éducation de l'enfant.

Ce projet est dit «égoïste», de la même façon que l'adoption - en cours - d'un enfant. On insiste même sur l'égoïsme des actes, comme si on le revendiquait, tout en le relativisant. Ce sont apparemment les réactions d'autres personnes (des hommes essentiellement) qui font percevoir de l'égoïsme dans le projet de maternité célibataire.

«(...) moi je leur dis que oui le geste est égoïste, bien sûr, d'avoir un enfant parce qu'on décide, parce qu'on veut avoir accès à un enfant et qu'on est seule c'est évident que c'est un geste qui est particulièrement égoïste mais en même temps c'est un geste de partage aussi. Partager avec l'enfant, de décider d'avoir une tâche double parce que il y a pas d'homme à la maison, ç'a été, ç'a pas été de la tarte hen la première année avec [surnom de l'enfant] toute seule (...).»

«[l'adoption] c'est un projet aussi très égoïste d'avoir un autre enfant juste pour moi (...).»

La revendication de l'égoïsme joue en fait pour accentuer le caractère particulier du projet. Sous cet égoïsme revendiqué, c'est en fait l'indépendance qui est mise en valeur comme caractéristique de la personne. Il ne s'agit pas ici de se reproduire soi-même mais de faire seule ce que normalement on fait à deux (le lien génétique entre soi et l'enfant ne semble pas avoir une importance décisive dans le recours à l'IAD<sup>2</sup>). Comme je l'ai indiqué au point 9.1.1, le projet ne se construit pas «contre» mais «pour» quelque chose. Ni rejet des hommes, ni remise en question des modèles familiaux existants<sup>3</sup>, le projet ne vise qu'à accéder à un enfant, à réaliser un rêve personnel, à accéder au plaisir de vivre avec un enfant; cela a pour *effet* d'ajouter simplement un autre possible dans un contexte social permettant la multiplicité des formes familiales.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Bien que le désir de vivre l'expérience physique de la grossesse et de l'accouchement puisse comporter le désir d'avoir un lien génétique avec l'enfant. Cependant, l'IAD est mise sur le même pied que l'adoption du point de vue de l'«égoïsme» (les deux sont également égoïstes).

<sup>3</sup> Ces affirmations sont ancrées dans les pratiques puisqu'on s'assure de mettre l'enfant en contact très fréquemment avec des hommes et des familles biparentales auxquels il s'attache.

<sup>4</sup> Il s'agit d'un effet non recherché, le but ne consistant pas à changer la société même s'il peut en résulter un tel changement par l'accumulation des actes comme le sien.

Dans ce cadre les NTR, l'IAD ici, sont un progrès pour soi et pour la société:

«(...) quand je me regarde avec [l'enfant], je suis sûre que pour moi c'est un progrès épouvantable d'avoir eu accès à cette façon-là, parce que si j'avais vécu peut-être il y a 20 ans avant ben je serais une vieille fille sans enfant acariâtre mauvais caractère non mais [rire], ou alors j'aurais décidé d'y aller avec des amis ou j'aurais décidé de me marier pis d'avoir des enfants pis d'être une moman ordinaire. Le fait que ça ça existe ça m'a permis de d'avoir un projet un peu original pis de pouvoir le mener jusqu'au port. Pour moi c'est un progrès. Au niveau de la société, je pense que oui aussi.»

L'originalité du projet, valorisée en elle-même, est à la fois un signe d'une évolution de la société (laissant davantage de place aux individualités) et une cause d'évolution possible, celle-ci résultant de la possibilité d'expression de l'individualité. L'individu est en quelque sorte présenté comme le moteur de la société.

La première dimension des NTR en tant que moyens d'expression de l'individualité montre les techniques comme des services offerts aux individus et, en conséquence, à la société. Ce trait des NTR ressemble en certains points à ce qu'on trouve dans d'autres représentations mais se caractérise par une quasi complète absence de risques associés aux NTR, outre celui que présente l'introduction de l'argent et, plus globalement, la réduction des enfants à des choses. Les risques ne concernent pas les femmes ou la société du point de vue des développements technologiques. En fait, sans constituer une promotion à proprement parler, la représentation valorise une certaine modification de la procréation ou, à tout le moins, valorise la différence avec la procréation naturelle. Celle-ci n'est pas un terrain à défendre, ni non plus cependant à déconstruire. Plutôt, ce qu'il faut défendre c'est l'accès aux enfants, par la voie des NTR ou autrement, c'est la possibilité pour les individus de réaliser un projet personnel à travers l'accès aux enfants, que ce projet soit ou non «original».

La promotion de l'individualité constitue également un aspect important de la seconde dimension dans cette représentation.

#### **9.1.2.2 Les NTR: des occasions de réflexion personnelle**

Le terme «occasions» que j'utilise dans ce sous-titre est connoté positivement; il évoque la chance, la possibilité d'actualiser une chose qu'on a à coeur ou qu'on veut depuis longtemps réaliser. Les NTR offrent la possibilité de réfléchir, donnent la chance de faire une démarche personnelle de réflexion. Cet aspect de la représentation des NTR rejoint un des traits de la première représentation mais ici il occupe un très vaste terrain. C'est une dimension centrale de la représentation.



La réflexion à propos de la procréation et des enfants a d'abord une valeur pour elle-même, elle constitue une source de plaisir. Il est intéressant en soi de chercher et découvrir ses motivations à avoir un enfant (et à l'avoir seule), de se connaître soi-même, d'imaginer la vie qu'on aura avec l'enfant.

«(...) on a eu des entretiens réguliers durant tout le temps de la grossesse et il y a eu un suivi aussi un petit peu après la naissance là comme... pour assimiler toutes les sortes de choses pis en même temps ça m'a permis moi en tout cas de découvrir beaucoup de choses sur mon état de femme, de fille de quelqu'un qui est en train de devenir mère de quelqu'un, ç'a été très intéressant ça.»<sup>5</sup>

«C'est des beaux moments, c'est des très très beaux moments. Ah oui. C'est... moi j'écris mon journal, durant toute ma grossesse j'ai écrit mon journal, du tout début là (...) avant même là de tout le processus quand j'ai commencé à en parler avec le médecin pis qu'il y a eu tout le, toute la période d'été où est-ce que j'y ai pensé comme il faut pis là les contacts avec les gynéco, l'urologue, l'insémination comme telle, tout le long de la grossesse, et j'écrivais tout le temps mon journal, pis je trouvais, je trouve que c'est un beau document à laisser à un enfant, de lui raconter pourquoi au moment où ça se passe pourquoi on choisit des choses, pourquoi on fait tel ou tel mouvement, pourquoi on pose tel geste, les réflexions qui nous passent dans la tête par rapport à un avenir, c'est des beaux moments ça.»

Il est intéressant par ailleurs de se voir en quelque sorte réfléchissant à tout cela; c'est une source de valorisation pour soi, c'est un signe d'un engagement sérieux et réfléchi dans le projet, c'est un signe de force et de maturité en quelque sorte.

«(...) c'était planifié, c'était pensé, c'était songé, c'était... ah oui ç'a été des super moments. Juste pour ça là, t'sais des fois je me dis, ah juste pour ce moment-là je recommencerais là, mais c'est... Oui c'est un très beau moment, ç'a été un très beau moment.»

Si la réflexion en ce sens présente des avantages pour soi, elle en a également pour l'enfant.

La réflexion occupe une place prépondérante dans la procréation. Il importe davantage de bien réfléchir à la venue de l'enfant et aux responsabilités qui en découleront que de procréer par tel moyen ou tel autre. Les moyens utilisés sont sans importance comparativement à la réflexion, à la condition bien sûr que celle-ci ait également porté sur ceux-là.

**«Le mode de conception à la limite est pas Pff t'sais c'est pas important là, c'est plus ça là hen (chevauchement) sinon que l'enfant pose une question de temps en temps là Oui oui pis ça c'est pas des choses que quand tu es certaine d'avoir été en accord avec toi-même, je dirais pas d'avoir fait le bon**

---

<sup>5</sup> Les entretiens dont il est question sont des rencontres avec une psychologue dans le cadre d'une recherche universitaire.

choix parce que ça peut être discutable ça, mais moi je pense que j'ai fait un très bon choix, mais d'être en accord avec ce que tu pensais, ça ça devient un détail là.»

La réflexion est nécessaire, peu importe comment on accède aux enfants, pour éviter les «déséquilibres» chez les enfants. Avant de mettre un enfant au monde, on devrait s'assurer le plus possible de son propre équilibre, de sa propre solidité psychologique. La très forte accentuation de la réflexion provoque ici une impression d'une extrême complexité associée à la parentalité.

De ce point de vue, les NTR apparaissent comme des occasions de réflexion et sont donc très positives. Cependant, par elles-mêmes les NTR ne «contiennent» pas d'emblée la réflexion comme c'était le cas dans d'autres représentations. On envisage ici que le recours aux NTR puissent se faire sur un coup de tête, trop rapidement, sans réflexion.

«(...) quelqu'un par exemple demain matin ah ce serait le fun d'avoir un enfant tac! je m'en va à la clinique au coin de la rue je me fais faire un bébé. Je pense que c'est pas la bonne façon là de d'avoir accès aux nouvelles techniques de reproduction. Ça risque de donner des enfants qui, qui peut-être ont été conçus sur un coup de tête ou qui répondent à un besoin immédiat là, bon mon chum il veut me laisser je vais me faire faire un bébé, t'sais le genre d'affaires comme ça.»

En fait, les NTR permettent de faire une réflexion personnelle pour les individus qui trouvent un intérêt dans une telle pratique puisque, contrairement à la procréation naturelle (en couple), il est aisé de planifier, on peut toujours réfléchir avant de passer aux actes. Mais elles permettent également à la société de prévenir la procréation qui ne serait pas le résultat d'une démarche de réflexion personnelle. Les NTR permettent la sélection et, ce faisant, la prévention de situations problématiques pour les enfants (et les parents).

«Moi je serais sélective oui oui, d'aller chercher des gens qui ont fait une démarche pour avoir un enfant, qui sont... sans être des Gibraltar là mais solides en tout cas pour vivre avec ça parce qu'il y a des questions et pis il y a des réflexions aussi des fois qui peuvent se poser qui peuvent peut-être nous remettre en question là pis nous faire tourner vite sur un 25 cents là. Sans aller là dans les critères, 12 critères et si vous répondez à 10 critères vous y avez accès, à neuf vous y avez pas accès là, mais je pense que sous une forme d'entrevue je pense qu'une entrevue de je sais pas deux ou trois séances avec des objectifs assez précis par rapport à la à l'objectif qui est choisi, à ce moment-là je pense qu'on pourrait arriver à vraiment penser d'une façon acceptable, d'une façon éthique là, que cette femme-là oui a la solidité qu'il faut pour avoir un enfant. Parce que bon on en connaît tous des femmes qui ont eu des enfants que des maris les ont laissées, des chums les ont laissées et que ça fait des enfants tout à fait déséquilibrés et, pis c'est une situation qu'on vit tous les jours ça mais en même temps c'est des situations qu'on aurait à, là on aurait un devoir je pense de prévenir cette situation-là parce qu'on a accès justement avant la fécondation aux gens qui ont choisi cette technique-là, donc on devrait être attentif un petit peu à ce genre de difficultés-là.»

On peut noter au passage que la sélection promue ici concerne principalement (mais pas exclusivement) les femmes célibataires et les couples de lesbiennes, donc les femmes vivant des situations atypiques, qui sont davantage exposées à des risques de déséquilibres chez leurs enfants du fait de la situation atypique et du fait, pour les célibataires, de faire face à une lourde tâche seule. C'est l'expérience vécue dans les premières années avec son enfant qui est à la source de cette idée de sélection.

«Je pense que si on est un couple ou une personne seule qui est équilibrée et qui veut avoir un enfant et qui est incapable pour une raison ou pour une autre d'en avoir un, je pense qu'il y aurait quelques affaires à surveiller au niveau de l'équilibre entre autres c'est important. Parce que c'est très très déstabilisant. En tout cas, pour... toute seule là, c'est très déstabilisant. Il y a des hauts et des bas... assez spectaculaires, surtout quand ils sont plus petits là, mais ça peut nous ramasser, ça mesure un mètre cinquante mais ça peut nous ramasser assez vite au plancher, [et plus grand] quand c'est assez brillant là, ça nous ramasse assez vite sur toutes sortes de choses et... tu es toujours toute seule par rapport à ça. Donc il faut que tu sois comme très très équilibrée et prête à encaisser aussi un certain nombre de choses, par rapport au questionnement qu'il peut avoir, ou au brassage d'émotions qu'il peut y avoir à ces âges-là. Je pense qu'il faut être prête à ça.»

D'un plaisir et d'une exigence individuelle, la réflexion devient en même temps une exigence que la société devrait imposer aux individus recourant aux NTR. Les NTR deviennent ainsi des occasions et des moyens pour les individus de procréer de façon idéale (en ayant réfléchi), mais aussi pour la société de prendre ses responsabilités par la prévention de problèmes liés au manque de réflexion préalable (faisant en sorte que des enfants sont mis au monde pour de «mauvaises» raisons ou sur des «coups de tête» et qu'ils sont donc exposés à des déséquilibres).

Si le projet d'avoir un enfant seule a impliqué une planification (à commencer par la recherche d'un moyen), des démarches auprès d'un médecin (et, comme on le verra au prochain point, un traitement il est vrai minimal) et une réflexion sérieuse en même temps que plaisante, la procréation à l'aide de l'IAD n'est pas associée à un effort, mais au plaisir. Davantage même et, disons-le, un peu étonnamment, procréer de cette façon, comme adopter d'ailleurs (qui implique également une planification, des démarches diverses), sont des gestes d'«acceptation» des enfants.

«(...) c'est la même chose pour moi [l'IAD et l'adoption], c'est des gestes d'amour, c'est des gestes d'accepter les enfants, c'est de de, oui c'est vraiment la même chose, d'avoir envie de partager, d'avoir envie d'écouter, d'avoir envie d'embrasser, de prendre dans les bras, de raconter des histoires, de voir la vie à travers les yeux d'un enfant, pis de l'amener vers d'autres choses, c'est des beaux moments, c'est des choses que on pourrait reproduire à multiples exemplaires et qui se ressemblent quelque part. Donc il y a pas beaucoup de différence pour moi, dans ces deux projets-là.»

«Pis jamais j'ai pensé adopter avant d'avoir un enfant. Pis... j'ai aucune raison, c'est c'est... Pis je pense qu'à l'époque on m'aurait proposé l'adoption pis j'aurais dit non. C'était vraiment un besoin physique d'avoir un enfant. Pis, bon je l'ai eu pis c'est bien comme ça pis là on va passer à une autre façon, c'est plus vieux pis c'est d'une autre façon, c'est juste... c'est une autre façon. Ouais c'est pas... c'est pas en réaction, c'est pas, c'est comme dans... la suite du monde. Pis comme je te dis ils me proposeraient deux enfants au lieu d'un, pis je les prendrais, c'est bien, ça arrive comme ça, c'est correct.»

Des «gestes d'accepter les enfants», c'est «dans la suite du monde» d'adopter, «ça arrive comme ça» en avoir deux au lieu d'un: ces façons de parler connotent l'inverse de la planification, une sorte de disposition à accepter les choses comme elles viennent, une espèce d'abandon à un ordre naturel.

Il appert que la réflexion, au coeur de la «bonne» procréation, se rattache moins ici au contrôle à exercer sur soi qu'à l'accomplissement personnel (sinon à la jouissance) et n'empêche nullement d'adopter une attitude se rapprochant davantage de la contemplation que de l'effort à l'égard de la procréation à l'aide de la technique. En fait, plus que de contemplation, il semble s'agir d'une stylisation si je puis utiliser ce terme. Ce trait apparaît de façon plus nette dans la troisième dimension.

### **9.1.2.3 Les NTR: des moyens de réalisation concrète d'un projet personnel**

Les NTR permettent concrètement, dans leur mode d'action et dans leurs effets, de réaliser le projet personnel et original d'avoir un enfant seule. En ce sens, elles sont réellement un moyen d'expression de l'individualité, un moyen par lequel on peut styliser la procréation selon son désir et en faire une expérience particulière, propre à soi. Cette dimension est développée par deux aspects: 1° l'action réalisée en IAD, les procédures elles-mêmes et ce qu'on y fait; 2° le «résultat», les suites de ces procédures où l'IAD apparaît dans l'enfant confirmant l'accomplissement.

#### *Procréer avec la technique*

Le recours à l'IAD ne s'inscrivant pas dans une histoire d'infertilité et d'échec de conception, l'IAD a été sélectionnée comme moyen de procréer parmi d'autres possibilités (avoir des rapports sexuels avec un inconnu ou avec un ami qui se serait apprêté à partir pour de bon dans un pays lointain). D'emblée, on ne fait donc pas face à une contrainte ni à l'insécurité. La demande d'IAD faite à un gynécologue, l'étape subséquente au choix du moyen, est reçue avec un brin d'étonnement, de vagues questions sur les motivations mais

sans être reléguée à un comité d'éthique ou de déontologie quelconque pour approbation. Le projet ne connaît aucune entrave.

Les procédures précédant l'insémination elle-même sont présentées de la même façon. La prise de température et la prescription d'hormone pour régulariser l'ovulation, autrement dit la (faible) médicalisation du processus, ne heurtent pas. Ces procédés apparaissent sensés à la lumière de ce qu'explique le médecin:

«(...) en voyant mes courbes il m'a dit ah bon vous êtes un peu comme une maman lapin, vous avez des ovulations n'importe quand, on peut pas fixer une date ça va être extrêmement compliqué, alors il m'a demandé est-ce que vous voulez qu'on fasse un traitement d'hormonothérapie pour vraiment arriver à avoir une date fixe pour votre ovulation. Euh, bon j'ai dit oui d'accord, alors il m'a donné je me souviens cinq pilules, c'est-à-dire qu'il m'a prescrit cinq pilules que j'avais à prendre lors de ma prochaine période de menstruations, et il m'a dit quand vous saurez votre période de menstruations vous me téléphonez et on va fixer à ce moment-là le premier rendez-vous pour une insémination. Alors ç'a été rigolo parce que je suis allée à la pharmacie chercher mes cinq pilules avec ma copine (...) et ç'a m'a coûté genre 40 quelques dollars, pis je m'étais acheté une brosse à dents pis je me souviens je me disais mon dieu sont chères les brosses à dents ici (...).»

La réflexion précédant le recours au moyen n'a pas comporté de recherche d'informations à propos de l'IAD. Dans la mesure où l'on ne se sent pas «exploitée» par les médecins, ceux-ci apparaissent dignes de confiance. D'autant plus qu'ils n'opposent aucune résistance au projet.

«J'avais aucune idée [de la façon dont se faisait l'IAD]. Donc j'y allais d'une façon très naïve. On me disait tu fais ci, tu fais ça, tu vas là, bon.»

«(...) je le savais que ça existait, mais je savais pas comment ça se faisait, à qui c'était accessible, est-ce que c'était cher, est-ce que c'était pas cher, comment se faisaient les références, c'est toutes des affaires que je savais pas, mais ç'a été simple finalement, dès que j'en ai parlé, d'expliquer pourquoi j'avais privilégié ce moyen-là plutôt que d'autres, bon tout de suite le médecin a été oui oui oui, les courbes de température et pis l'urologue, le gynéco, tac l'insémination, pis ç'a été comme ça, en ligne, sans autre chose. **Ça s'est fait presque** Magique. Pour moi là ç'a été des moments magiques ça. Très rapide pis...»

La sélection du donneur par l'urologue ne suscite pas non plus de doute, ni de crainte, d'autant plus qu'on fournit quelques informations sur lui (âge, profession, absence de maladie importante dans la famille, couleur de cheveux et d'yeux). Le fait que cette sélection soit faite par ordinateur n'est pas associée à une procédure froide. L'appariement du donneur à la femme semble plus raisonnable que logique, si l'on peut dire. En effet, c'est raisonnable parce que de cette façon, on ne cherche pas un type idéal, on ne sélectionne pas de caractères jugés idéaux. L'appariement à soi n'est pas présenté comme

une façon de s'assurer le plus possible de retrouver dans l'enfant ses propres caractéristiques mais d'éviter le «magasinage» d'enfant. C'est une pratique correcte au plan éthique.

Jusqu'ici dans l'action effectuée aucun contrôle ne semble devoir être exercé pour s'assurer de réaliser le projet conformément au désir puisque pour ce faire ce qui compte c'est d'être seule à penser l'enfant, qu'il n'y ait pas d'homme pouvant devenir parent de l'enfant éventuel. Ce que l'on «fait» consiste à procréer avec la technique et non avec quelqu'un.

«(...) ma situation de mère célibataire qui avait choisi d'avoir un enfant avec cette technique-là.»

«On fait pas je pense un enfant en nouvelle technique de reproduction comme on fait un enfant en couple hen? (...).»

Les médecins comme les infirmières ont le statut d'outils compétents, plutôt que de «personnes», ils se confondent avec la technique. Par exemple, dans l'extrait suivant, la présence de l'infirmière, en tant que «personne» assistant à l'insémination, n'est pas gênante mais n'est pas du tout importante, sauf à titre de source d'information sur l'efficacité de l'IAD.

«(...) je me souviens la première insémination j'avais demandé à l'infirmière qui me tenait la main là, c'est un peu, c'est un peu [rire] maternant, (...) pis là je lui demande **Pendant la** Pendant que la pipette, l'éprouvette se vide là, (...) je lui demande en général là ça prend combien de temps avant d'avoir un bébé l'insémination c'est deux fois, quatre fois, six mois, c'est quoi? Alors elle me dit ah en général pour les personnes qui sont pas trop nerveuses c'est trois mois, c'est trois fois, donc, ben six fois-là mais trois mois, mais pour les personnes qui sont nerveuses ça peut prendre jusqu'à sept, huit, neuf fois. Alors là je me dis ah mon dieu je l'aurai jamais pour mes 30 ans là (...) ah mon dieu ça marchera jamais. Mais en même temps je me souviens que durant l'insémination comme telle elle me parle là d'un certain nombre de choses mais j'écoute pas du tout, je fais beaucoup d'imagerie mentale, je fais beaucoup de techniques de relaxation pour, et bon c'est ça je me dis bon il faut que ça prenne rapidement et il faut que ça soit bien et il faut qu'il soit beau, il faut qu'il soit fin, il faut qu'il soit tout. Et ça je me souviens c'est aussi des beaux moments là.»

Ni l'infirmière, ni le médecin ne constituent des personnes avec qui établir une relation qui serait significative au regard de la procréation de l'enfant. Seuls les actes techniques posés importent et confirment qu'on procréé «avec la technique», donc seule... et avec du plaisir. On pourrait voir une certaine ressemblance entre ce trait de la représentation et un aspect important de la première où les médecins et autres personnels médicaux se confondaient avec la technique de façon à accentuer sa propre action, ou l'action du

couple, dans la procréation. Cependant, alors que dans la première représentation on tendait par là généralement à réduire la part technique, ici on semble plutôt chercher à la faire apparaître, à la reconduire. En d'autres termes, la technique semble ici contribuer à la particularité du projet. Procréer avec la technique n'est certainement pas l'équivalent de la procréation en couple, que celle-ci passe ou non par les NTR.

*L'accomplissement visible dans l'enfant «différent»*

Dans cette représentation, contrairement aux autres, on accentue plutôt qu'on ne réduit la différence portée par l'enfant et on l'attribue au célibat de sa mère et au mode de conception. En fait, dans d'autres représentations, on tend à voir dans la procréation par la technique un ajout d'une qualité à l'enfant (désiré) mais le plus souvent pour réduire en quelque sorte la portée du passage par la technique. Ici le passage par la technique ne rend pas l'enfant plus désiré ou désiré de façon plus évidente qu'un autre enfant. De plus, la technique ne présente pas l'avantage de donner accès à «mon» enfant. En d'autres termes, dans cette représentation, on sélectionne plus qu'on n'élimine les éléments qui seraient plus souvent laissés de côté dans les autres cas pour qualifier l'enfant qui naît suite au recours à la technique. Les NTR en tant que moyens d'expression de l'individualité se déploient de façon patente ici.

On pourrait penser que l'utilisation de termes comme «procréer avec la technique» est une façon de faire disparaître le donneur, c'est-à-dire l'homme qui a donné son sperme et contribué à la mise au monde de l'enfant. Le donneur semble réduit à du sperme, semble faire partie de l'IAD en tant que technique.

«(...) je pense que c'était indépendant hen d'avoir une technique qui était très indépendante par rapport à moi, c'était moi moi c'était pas moi et quelqu'un (...).»

Néanmoins, la réalité de la technique ne permet pas de soutenir qu'on a réellement procréé seule, de soutenir que le donneur n'existe pas en tant qu'homme et que cet homme ne peut être identifié par personne. L'anonymat recherché dans l'IAD ne peut pas être total. Dans l'extrait suivant, on explique que, quelques années après l'IAD, lors d'une brève conversation avec l'urologue, on a pris conscience de la possibilité de repérer le donneur et, en conséquence, de l'illusion entretenue à ce sujet:

«Et là un moment donné il me dit, quand il me dit je les connais [les donneurs] et (...) je faisais affaire avec trois ou quatre (...) par année, j'ai dit ça ça veut dire que comme [l'enfant] a été conçu en [année] et que [l'enfant] ne me ressemble pas vraiment (...), j'ai dit ça ça veut dire que si un jour vous me croisez avec [l'enfant] et que vous savez que cet enfant a été conçu par insémination artificielle dans votre bureau, vous auriez un doute sérieux sur qui est le père. Il me dit bien sûr. [pause

courte, petit rire dans un souffle]. Ça ç'a été épouvantable à encaisser, de savoir que quelque part quelqu'un peut mettre un nom sur un visage, ça m'a beaucoup touchée. Bon on vit avec hen, c'est pas grave, mais, pis je le verrai plus jamais [rire], mais en même temps ç'a été comme une espèce de bulle qui a éclaté en disant oups! c'est pas vrai qu'il y a pas personne qui peut savoir qui est son père. Moi je le sais pas, (...) il y a personne qui est supposé le savoir, mais il y a quelqu'un quelque part qui peut faire un rapprochement. Et ça ça m'a dérangée beaucoup. **Dans quel sens?** Ben de savoir que c'était plus anonyme là, (...) que quelqu'un peut faire un rapprochement entre son père et [l'enfant], ça ça m'a dérangée beaucoup, parce que je me suis dit moi quand j'ai eu recours à cette technique-là c'était justement parce que je voulais avoir un enfant moi et de pas avoir à partager là la garde, à partager les responsabilités même si c'était beaucoup, à partager les décisions qui le concernaient, avec personne.»

On aura remarqué que le donneur est nommé «père», il est le père à la fois reconnu et inconnu. Cependant, il n'a pas de part dans le projet, il ne participe pas à la réflexion alors que celle-ci est une dimension centrale de la procréation, plus importante que le moyen, plus importante que le corps même. Ainsi, malgré l'apparence, le donneur a davantage un statut d'«homme» que de «sperme» tout en demeurant une partie de l'IAD. Cette reconnaissance de l'homme permet quand même de soutenir que le projet d'avoir un enfant seule a été réalisé et permet donc de maintenir l'idée que les techniques permettent réellement de réaliser un tel projet personnel. Ce peut sembler contradictoire à première vue mais ce ne l'est pas. Il appert que la reconnaissance de l'homme dans le donneur ajoute au projet personnel, original, ajoute à l'accomplissement; visible à travers l'enfant, rendant l'enfant «différent» et «fascinant», le donneur partie de l'IAD rappelle le caractère si particulier du projet.

Le donneur apparaît d'abord dans les questions posées par l'enfant à propos de son père. L'enfant a su très tôt qu'il avait été conçu par IAD.<sup>6</sup> On insiste pour qu'il sache que son père n'est pas mort, qu'il existe quelque part dans la ville mais qu'il est et sera toujours inaccessible. Le statut «homme» du donneur est ainsi une source potentielle de «déséquilibre» pour l'enfant et met à l'épreuve les capacités de la mère de rétablir l'équilibre. Etant donné l'enjeu de l'équilibre, sur ce point il y a une tendance à minimiser la différence, tout en la reconnaissant.

«Ça fait vivre des choses, des questionnements qu'un autre enfant n'a pas à vivre. Je pense que moi quand [l'enfant] a vécu son deuil de père, il vivait un deuil comme n'importe quel enfant dont le père serait mort. (...) moi je suis quelqu'un de toute

---

<sup>6</sup> L'enfant a d'ailleurs assisté à une partie de l'entrevue, y mettant parfois son grain de sel. Sa mère, de toute évidence pas gênée par la présence de l'enfant, a affirmé qu'il avait déjà entendu, et probablement plus d'une fois, ce qu'elle disait. Quand l'enfant s'est mis au lit, il est apparu qu'elle avait seulement utilisé des termes moins forts pour parler, en sa présence, des premières années vécues avec lui. Cette période, d'abord dite «très difficile», a ensuite été qualifiée d'«enfer».



façon, de par ma formation hen l'équilibre est importante donc c'est évident que constamment je vais me préoccuper de l'équilibre affectif, émotif, intellectuel, physique. Tout ça doit s'harmoniser, pis s'il y a quelque chose à quelque part qui crée une brèche il faut la crever, il faut aller la chercher, pourquoi ça t'énerve, pourquoi telle affaire, pourquoi telle affaire plutôt que telle autre. Ce qui ne serait probablement pas le cas si j'avais eu [l'enfant] avec un autre avec un homme. Parce qu'il vivrait dans une situation à peu près normale, il aurait un père une mère, il vivrait des conflits par rapport à un père et à une mère, il aurait souvent deux points de vue (...). Tandis que là j'ai à réfléchir avec lui sur plusieurs choses. Et on réfléchit beaucoup ensemble. (...) on réfléchit beaucoup à plusieurs choses, on réfléchit beaucoup sur ce que l'école lui demande, (...) est-ce qu'il est content de lui, ça je le ferais avec n'importe quel enfant, ça c'est des choses que je fais d'une façon régulière. Par contre la réflexion plus personnelle, l'équilibre personnel, ça je pense que je suis un peu plus vigilante, parce que il y a eu, il y a des déséquilibres pis cet enfant-là se pose à quelque part sûrement des questions, ben des questions peut-être pas des questions mais en tout cas vit une situation différente des autres enfants, pis moi je pense qu'il faut être attentif à ça.»

Le donneur apparaît principalement dans la «fascination» qu'exerce l'enfant. D'une part, l'enfant porte en lui une part d'«inconnu» qui est attribuée au donneur puisque la mère ne s'y reconnaît pas. Il y a une insistance en fait à associer l'inconnu dans l'enfant au donneur:

«Il y a eu beaucoup beaucoup de curiosité, beaucoup d'étonnement, parce que veut veut pas génétiquement ils sont là les gènes hen, donc on ne se reconnaît pas par rapport à un caractère, par rapport à des goûts, c'est pas nécessairement appris ça le caractère et les goûts, pis [l'enfant] a des goûts, il a un caractère qui est tout à fait différent de moi (...).»

Le sentiment d'étrangeté ressenti devant l'enfant (quand il était petit, spécifie-t-on) est attribué au fait de ne pas connaître le père (donc à l'IAD qui implique précisément cela, qui a été utilisée pour cette raison) plutôt qu'à autre chose. Etant donné le projet d'avoir un enfant seule, il est étonnant qu'une autre stratégie ne soit pas utilisée pour expliquer l'inconnu dans l'enfant.<sup>7</sup> En fait, le caractère «fascinant» de l'enfant, dû à l'inconnu, ajoute quelque chose à l'enfant. La reconnaissance du père dans l'enfant, qui ressemble à l'interprétation habituelle des traits et comportements des enfants (ce trait vient du père, tel autre de la mère), rappelle le projet, les choix et les actes posés; l'inconnu dans l'enfant est une raison d'être fascinée par l'enfant, de l'observer avec intérêt. Il nourrit en quelque sorte l'impression d'avoir accompli une «belle réalisation».

«Mais c'est sûr que c'est quand même quelque chose de spécial comme sentiment d'avoir un enfant de qui au fond on connaît pas. Ben en même temps ça te ramène au choix que tu as fait hen, à l'essentiel des choix que tu as faits.»

<sup>7</sup> Comme celle, par exemple, à laquelle recourait une femme - interviewée dans une autre recherche - qui avait adopté un enfant: elle parlait de lui comme s'il n'avait pas eu de parent biologique, comme s'il était venu seul au monde.

«(...) c'est toujours un peu fascinant de voir un enfant qui est supposé être un peu de toi, qui est un peu de toi et qui n'est pas nécessairement tout toi pis que tu as pas accès à l'explication de ce qu'il est dans autre chose. Donc ça c'est fascinant, c'est pas déstabilisant, c'est fascinant. Je me souviens quand il était plus petit, (...) c'était comme on, on pourrait dire si on connaît notre père ou notre mère ah c'est tout le portrait de son père tout le portrait de sa mère, mais il y a des grands bouts où moi je disais c'est tout le portrait de quelqu'un d'autre, parce que c'était pas de moi, donc, et ça c'était fascinant, ça j'ai trouvé ça fascinant, de le regarder évoluer d'une autre façon ça j'ai trouvé ça très très très le fun. Pis même aujourd'hui ce qu'il est c'est sûr que là l'éducation a fait qu'il est rendu là où il est, mais il a quand même une base là qui est différente, et ça c'est intéressant. Oui, c'est bien ça.»

L'IAD apparaît clairement comme une technique par laquelle on réalise un projet personnel, particulier, dans lequel l'individualité s'exprime. On aura noté que contrairement à celle du donneur, sa propre part génétique dans l'enfant est presque déniée («un enfant qui est supposé être un peu de toi» suivi d'une reprise: «qui est un peu de toi»). Outre l'absence de ressemblance physique qui, sans doute, contribue à cette quasi négation, on peut souligner que son propre lien génétique à l'enfant n'apparaît jamais comme quelque chose d'important, comme une des raisons d'avoir fait l'IAD. D'ailleurs, l'adoption est considérée comme un projet «semblable» à l'IAD. Les gamètes ne semblent pas remplir de fonction «liante», ne font pas «mon» enfant. Aussi l'IAD comme moyen d'expression de l'individualité n'est pas telle parce qu'elle permet d'avoir un lien génétique à l'enfant, mais plutôt parce que ce qu'on réalise avec elle est un projet personnel, particulier.

La «différence» de l'enfant est encore marquée par sa connaissance de sa conception qui l'a amené à réfléchir plus que d'autres enfants, à se poser des questions que les autres enfants n'ont pas à se poser. La réflexion de l'enfant sur son identité est en quelque sorte un effet de l'IAD révélée (plutôt que de l'IAD en soi). La réflexion ajoute aussi quelque chose à l'enfant.

«(...) c'est un enfant que je regarde évoluer d'une façon très intéressante. (...) C'est un enfant qui est fascinant et les gens qui le regardent le disent, il y a un côté fascinant dans cet enfant-là. La réflexion qu'il a peut-être faite par rapport à tout ce truc-là, parce que depuis qu'il est tout petit qu'il le sait (...).»

Par ailleurs, la façon dont on lui a raconté l'histoire de sa conception contribue à marquer la différence. Dans cette histoire, la présence de la technique n'est pas minimisée mais affirmée clairement. La métaphore du guichet automatique utilisée pour expliquer sa conception à l'enfant montre cette insistance: la conception, en IAD, est une affaire de «codes» et d'«éprouvettes».

«(...) à quatre-cinq ans: où est-ce qu'il est mon père? [soupir] bon c'est pas évident d'expliquer ça. Alors moi j'avais pris le principe du guichet automatique, on rentre un certain code et il sort de l'argent alors il savait comment on faisait des bébés donc au lieu de l'argent c'était le petit spermatozoïde là qui permet de faire des bébés, donc ça il a compris ça rapidement, **Avec la, le parallèle** Le parallèle avec l'argent, parce que c'est pas évident hen, comment on fait pour rentrer dans les codes tout ça, à l'époque on n'avait pas d'ordinateur donc les codes d'entrée on les avait pas. Fait que ç'a été de cette façon-là que ç'a été expliqué.»

«C'est comme l'année passée ou il y a deux ans qu'il avait dit à un enfant qui disait c'est qui ton père pis qu'il avait dit ah moi c'était par insémination artificielle pis là le petit gars l'avait regardé pis il avait dit c'est quoi ça, ah il dit mon père c'est une éprouvette [rire]. Fait que ç'a été oup lai! [rire]. Ça va être beau quand ça va arriver chez eux ce soir ça! Mais... il l'avait quand même en gros là (...).»

La comparaison avec le guichet automatique et les ordinateurs tend à faire de l'histoire de l'enfant, de prime abord, une histoire anhistorique et technique. Ce trait apparaît également dans la relation de l'écoute par l'enfant d'une émission de télévision portant sur les NTR:

«L'autre fois on a vu, bon c'est ça on a vu des techniques à la télé, il a regardé ça, c'était fascinant hen parce que c'était un peu son histoire, et ah c'est comme ça que ça marche ah regarde-donc ça, bon.»

Mais ce n'est là qu'une partie de l'histoire, celle du moyen par lequel on peut «faire des bébés». En effet, l'histoire de la conception de l'enfant comporte la réflexion de sa mère à propos de lui. Le journal tenu durant les démarches d'IAD et la grossesse raconte tout autrement qu'en termes techniques la préparation et l'action ayant mené à sa mise au monde.

«(...) je trouve que c'est un beau document à laisser à un enfant, de lui raconter pourquoi au moment où ça se passe pourquoi on choisit des choses, pourquoi on fait tel ou tel mouvement, pourquoi on pose tel geste, les réflexions qui nous passent dans la tête par rapport à un avenir.»

De ce point de vue, la mise au monde de l'enfant sort de la sphère technique pour prendre place dans l'esprit de la mère mais sans perdre néanmoins son caractère particulier, sa «différence».

Le «résultat» de la technique, son «efficacité» (tous termes qui ne font nullement partie du vocabulaire de cette représentation), du point de vue de ce que sont les NTR, apparaissent ainsi dans l'enfant «différent», «fascinant».

Dans ce cadre de pensée, l'IAD n'est pas taboue; elle ne l'est ni pour l'enfant (comme on l'a vu), ni pour l'entourage. La révélation à l'enfant de son mode de conception a été

décidée dès le début des démarches (lesquelles étaient «publiques», souligne-t-on). L'absence de secret est présentée comme une façon de protéger l'enfant, d'éviter les «déséquilibres» pouvant survenir quand il manque de transparence. En même temps, non seulement il n'y a pas de honte reliée au recours à l'IAD, mais tout au contraire c'est un objet de fierté puisqu'il a permis un accomplissement. Parler de l'expérience de ce point de vue constitue un plaisir.

«Moi c'est pas tabou là, je considère pas que je suis une espèce unique, je considère pas que c'est quelque chose qui doit être caché, je me sens pas dévalorisée par ce moyen de reproduction-là ou au contraire au-dessus de tout le monde [rire], c'est quelque chose qui a fait partie de ma vie pis qui fait encore partie de ma vie, comme tangible maintenant là, pis comme je te dis ç'a été tellement pour moi des beaux moments que j'ai envie aussi de les partager avec les autres, quand ça les intéresse. Je sens pas, ben comme je te dis des fois il y a des réactions là, mais en général les gens sont fascinés par ça. **Ah oui?** Oui, ils veulent savoir, comment ça se passe, t'as-tu accès t'as-tu une photo du père, comment ils font, bon des trucs comme ça là. Ça c'est des choses que j'ai racontées 32 fois et quart là **Et encore une fois ce soir! [rire]** [rire] Oui mais ça c'est pour le plaisir. C'est toujours très plaisant pour moi de raconter ça, parce que ç'a été une belle réalisation, un beau moment.»

Si l'IAD n'est pas taboue, on ne l'expose pas non plus sur la place publique. On en parle aux gens «concernés», c'est-à-dire en contact avec l'enfant, qui, s'ils n'étaient pas au courant, seraient susceptibles de blesser l'enfant et aux personnes «intéressées» avec qui il est possible d'en parler avec plaisir. Ainsi la fierté de l'accomplissement, la fierté devant la «belle réalisation» ne constitue pas un sentiment de valorisation par rapport aux autres. C'est pour soi, par rapport à soi, que l'accomplissement compte. On n'a rien vaincu, on a réalisé une partie de soi. L'expérience est personnelle.

Cette représentation est quelque peu étonnante et, à plusieurs égards, très différentes des autres parce que traversée par le plaisir. Le seul fait d'avoir finalement atteint le but est insuffisant pour expliquer le plaisir puisque, dans d'autres cas examinés, l'obtention d'une grossesse et même l'arrivée d'un enfant ne modifient pas fondamentalement la représentation des NTR pour les colorer de ce trait. Par contre, l'absence d'infertilité, le fait de n'avoir pas vécu d'échecs de conception répétés, de n'avoir rien à régler personnellement, de pouvoir utiliser d'autres moyens, jouent certainement pour réduire et, en fait, pour éluder presque totalement les problèmes des NTR soulevés par d'autres. A cela il faut ajouter qu'une grossesse est survenue après un seul essai d'IAD.

Un des aspects frappants réside dans la présence simultanée de traits planificateurs, contrôlants, axés sur la volonté, et de traits presque contemplatifs. La «belle réalisation» ressemble davantage à une oeuvre qu'à un projet planifié réussi, le plaisir a presque une

saveur esthétique. L'insistance sur l'équilibre à préserver ou à retrouver de même que le refus viscéral de la marchandisation des enfants (qu'elle prenne la forme de l'échange d'argent ou de l'eugénisme) apparaissent d'un côté comme une forte tendance à la maîtrise de l'environnement et de soi et, de l'autre, comme une préoccupation à l'égard des enfants qu'il faut protéger à tout prix. Cette protection semble correspondre à la nécessité de maintenir une sphère non pas de «nature» mais d'«humanité» ouverte aux enfants. Dans ce cadre, les NTR apparaissent comme des moyens parmi d'autres d'accéder à des enfants (elles sont «utiles») et comme des moyens intéressants pour préserver l'équilibre des enfants et pour conserver cette sphère où les enfants sont accueillis et protégés. En même temps, cette sphère est celle du plaisir puisqu'elle inclut la réflexion, c'est-à-dire la démarche personnelle de connaissance de soi et de ses motivations et désirs, garante par ailleurs de la protection des enfants. Il appert, en bout de ligne, que ces aspects sont indissociables entre eux et constituent une partie importante de ce que sont les NTR, à savoir des moyens d'expression de l'individualité. L'idéal n'est pas de recourir aux NTR mais de s'assurer de réaliser son individualité à travers les projets d'enfants, donc de prendre conscience de soi et de suivre en quelque sorte sa voie propre. Or les NTR permettent cela parce qu'elles impliquent (ou devraient impliquer) la réflexion. Celle-ci n'est pas associée à une répression, si je puis dire, des désirs et de soi, mais au plaisir puisqu'il s'agit d'un déploiement de l'individualité, celle-ci semblant moins reposer sur le substrat corporel (y compris le lien génétique) que sur l'esprit et la sensibilité. L'extériorité dans le rapport à l'enfant qui semble en découler serait en quelque sorte trompeuse. L'enfant est d'abord une pensée dans la tête des parents, il les «habite» donc au plus près.

## **9.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-moyens d'expression de l'individualité**

Si le point de vue adopté sur l'objet est principalement de type subjectif, de la même façon que dans d'autres représentations, d'un autre côté il est très clair que le sujet se constitue dans un rapport avec d'autres. On se projette, pour ainsi dire, dans l'objet, on le perçoit à partir de là où l'on est, mais le soi investi dans l'objet apparaît comme une identité construite par un ensemble d'éléments; ceux-ci ne peuvent être traités comme quelque chose d'«extérieur» en bout de ligne. Il en va ainsi, par exemple, du savoir biomédical et du savoir psychologique: comme on le verra, il apparaît curieux de les nommer de cette façon tant ils semblent faire partie de la personne plutôt qu'être extérieurs à elle. On constatera l'écart important sur ce plan entre ce cas et ce que l'on trouve dans la représentation suivante où c'est plutôt le savoir déjà là du monde duquel on vient qui fait

partie de soi. L'écart en question concerne ce qui apparaît à première vue comme un savoir extérieur (comme les savoirs spécialisés) plutôt qu'il ne concerne l'intégration de ce savoir. En même temps, les sources de ce savoir, donc leur contenu, ne sont pas indifférentes en ce que certaines d'entre elles suscitent, dans ce cas-ci, des possibilités de mise à distance.

L'analyse de l'argumentation montre une certaine diversité des bases de validité. La représentation apparaît nourrie de savoirs provenant de sources multiples et constituée à travers une réflexion/discussion. En même temps, un certain nombre de principes prenant la forme de «conventions» de même que des éléments des savoirs objectifs constituant des zones de certitude contribuent aussi à l'ancrage de l'objet.

La diversité des bases de validité est repérable dans l'élaboration en sous-arguments de chacun des arguments principaux, c'est-à-dire tout autant dans l'argument du service que sont les NTR, dans celui de la réflexion et enfin dans celui de l'adéquation du moyen à la fin poursuivie.

### **9.2.1 L'argument du service**

Les NTR sont un moyen d'expression de l'individualité parce qu'elles sont un service rendu aux individus pour leur permettre d'accéder à un enfant c'est-à-dire, dans la présente logique, de faire une démarche personnelle de maternité et de paternité. La façon dont est développé cet argument général montre qu'il est relié à la normativité au sens où, par son entremise, on classe les NTR en termes normatifs. Il repose ainsi sur la définition générale des buts devant être poursuivis par les NTR et sur le «progrès» que représentent les NTR.

Les NTR sont un service parce qu'elles comblent un manque chez les individus, améliorent une situation jugée déplorable par eux. L'analogie entre les NTR et les prothèses renvoie moins à des problèmes physiologiques qu'à un manque dans la vie de l'individu, comme on l'a vu. Elle joue ainsi comme un transfert d'un domaine à un autre déjà classé en termes normatifs: les prothèses sont utiles, un service incontesté donc les NTR le sont aussi. En quoi consiste le «manque»? en un enfant ou plutôt en la procréation. Les NTR sont donc un service parce qu'elles permettent de procréer. Le clonage n'est pas une NTR de ce point de vue. Les NTR et le clonage sont évalués au plan du rapport entre le moyen et la fin; cette évaluation est validée sur une base objective et sur une base normative. Les NTR permettent objectivement de procréer contrairement au clonage qui a pour but de «faire des doubles». La distinction repose sur un savoir

objectif (et peu développé, de l'aveu même de la répondante) à propos des procédés des NTR et du clonage. Les NTR permettent d'atteindre un but légitime et positif, contrairement au clonage. La FIV est connotée par l'excès («jusqu'à») et jugée agressive parce qu'elle est lourde physiquement et psychologiquement pour les femmes. Cet argument relatif à la FIV est fondé sur l'information acquise par le film *Portion d'éternité*. En même temps, on semble disposée à modifier ce jugement à la lumière d'autres informations puisqu'on dit dans le même élan qu'elle n'est peut-être pas aussi lourde qu'on le croit. Les commentaires à propos de la FIV ne viennent aucunement modifier le classement des NTR: c'est pour soi que la FIV est trop lourde, les femmes qui y recourent poursuivent un but correct, la procréation.

Par ailleurs, la procréation comme but des NTR repose sur le postulat de l'efficacité des NTR au sens de la possibilité d'obtenir un tel résultat. Ce postulat, qui trouve appui sur une confiance en général en la validité du savoir biomédical, est nécessaire à la construction. Sans lui, les NTR ne peuvent ni être un service utile ni, par suite, un moyen d'expression de l'individualité puisque si le but (procréer) n'est pas atteint, l'expression de soi à travers les projets multiples de procréation n'est pas possible. Ici le simple fait de recourir aux NTR ne peut suffire à atteindre le but; on ne semble pas imaginer que d'autres buts puissent être poursuivis (notamment obtenir une paix de l'esprit ou aider son conjoint). De ce point de vue, il y a une généralisation sur la base de l'expérience personnelle et une proximité dans la définition des buts avec la fonction technique des NTR telle que définie socialement en général (obtenir une grossesse). Sur ce plan, on peut noter une différence avec la première représentation dans les cas où le but poursuivi et dévolu aux techniques consiste à procréer: dans ces cas, en effet, la distinction des buts (procréation *versus* eugénisme par exemple) en termes normatifs semble servir à placer les techniques dans la sphère non technique, à maintenir la procréation dans la nature (ou l'humanité) alors qu'ici la distinction des buts ne sert pas une telle visée. En fait, la différence réside dans l'attribution des buts des NTR: ici le but est la procréation (même si on procède par une commercialisation le but demeure, la fonction des NTR est la procréation) alors que dans les autres le but devrait être la procréation mais peut être l'eugénisme. Dans ces derniers cas, une plus grande ambivalence apparaît dans l'appréhension des procédures, de la technique elle-même, alors qu'il n'y en a pas dans le cas présent. C'est ce pourquoi la confiance en la médecine et en ses praticiens est ici plus nette.

La définition des buts s'accompagne d'une définition de la façon dont ces buts doivent être poursuivis. Les NTR sont un service si les pratiques protègent la procréation et les

enfants de la marchandisation. La critique des pratiques de commercialisation les distingue des NTR en tant que procédés. Elle repose sur des principes ne devant sous aucun prétexte être négociés et qui constituent des arguments pour promouvoir la prise en charge publique des coûts des NTR: d'abord, la richesse matérielle ne doit pas être une condition pour avoir des enfants, ceux-ci ne pouvant s'acheter et, ensuite, les enfants sont une richesse pour la société et les individus. En fait, dans la réalité, des pratiques n'y correspondent pas mais elles font figure d'«erreurs» plutôt que de possibilités valant autant que d'autres pratiques possibles. La distinction entre les pratiques et les NTR est par ailleurs soutenue par un argument relatif à l'adoption internationale: celle-ci peut équivaloir à l'achat d'enfants donc introduire l'enfant dans la sphère du marché... donc les pratiques de commercialisation ne sont pas limitées aux NTR. Cet argument est validé par une connaissance acquise à propos de l'adoption (des informations obtenues au cours des démarches d'adoption et qui ont servi à la sélection d'un pays) mais surtout sur une interprétation de ce que signifie l'argent donné en adoption internationale.

C'est aussi à travers les arguments relatifs au progrès que les NTR apparaissent comme un service et de là un moyen d'expression de l'individualité, selon le raisonnement présenté plus haut auquel s'ajoutent ici les bienfaits, pour la société, obtenus par le biais de cette expression de l'individualité (l'individu moteur de la société). Les NTR sont ainsi un progrès d'abord parce qu'elles permettent d'avoir des enfants à des gens qui n'en auraient pas eus auparavant et, ensuite, parce qu'elles permettent de réaliser un projet original donc de contourner la normalité et ce faisant, à long terme, elles permettent à la société d'évoluer.

Comme les arguments présentés plus haut, ceux-ci reposent en partie sur le postulat de l'efficacité. Au-delà de cette base de validité occupant une zone non soumise à la discussion, le premier argument est fondé sur une valeur selon laquelle avoir des enfants est une richesse et une bonne chose pour les individus, notamment parce qu'à travers la procréation on peut faire une démarche personnelle de maternité et de paternité. Cette valeur est explicite et est dotée d'un caractère universel. En effet, la richesse que représentent les enfants pour la société, comme on l'a vu, est une vérité incontestable. Le fait que le désir d'enfant ne soit pas partagé universellement (c'est un choix d'avoir des enfants) et qu'un tel désir doive être soumis à une réflexion ne modifie pas la valeur des enfants pour la société (une société sans enfant est morte, dit-on) et pour les individus désirant des enfants.



La dimension historique du progrès (avant/maintenant) est tenue dans l'argument précédent mais apparaît un peu plus nettement dans le second. Les deux mondes soumis à la comparaison, implicitement, sont distingués du point de vue de la tradition: un des mondes est traditionnel, alors que l'autre est non traditionnel et ouvert sur des possibles. L'IAD est un progrès parce qu'«avant» on n'aurait pas pu réaliser le projet d'avoir un enfant seule et on aurait été soit une célibataire sans enfant et moins heureuse, soit une «moman ordinaire» c'est-à-dire une femme mariée avec des enfants. Ou bien on aurait réalisé le projet avec un homme, un inconnu ou un ami... avec les risques impliqués par un tel procédé. Ce dernier trait vient nuancer l'argument du point de vue de la comparaison et lui ajoute une dimension: le projet aurait pu être réalisé «avant» (sans l'IAD) mais aurait exposé à des risques. En dernier lieu, l'argument prend la forme d'un calcul coût/bénéfice, calcul effectivement réalisé dans l'expérience personnelle. L'IAD est plus sûre que les rapports sexuels parce que d'une part des tests sont effectués sur le donneur et sur son sperme. Elle est donc un progrès pour cette raison dont la validité est de type objectif et fondée sur la confiance dans les tests médicaux. D'autre part, l'IAD est plus sûre que les rapports sexuels parce qu'il y a peu de chance que le père/géniteur revienne et soit reconnu comme un parent de l'enfant. Cette raison est validée par l'expérience d'un ami qui, s'étant prêté à la procréation d'un enfant, s'est trouvé mêlé quasi malgré lui à la vie de la mère et de l'enfant (la paternité étant patente dans la ressemblance physique entre lui et l'enfant).

On pourrait considérer que cette validité est en fait fondée sur la confiance dans la parole de cet ami. Toutefois, il s'agit moins de la parole que de l'authenticité de cette parole relatant une expérience pertinente au problème. En ce sens, l'expérience relatée prend figure d'une information valide: ce qui est «vrai» c'est l'expérience, la parole vaut non pas parce qu'elle vient d'un ami mais parce qu'elle relate une expérience de telle façon qu'elle apparaisse crédible et susceptible d'éclairer la réflexion personnelle. C'est différent de ce que l'on trouve dans d'autres cas (particulièrement ceux de la cinquième représentation, comme on le verra) où ce que disent les autres vaut si ces autres sont significatifs (indépendamment du fait qu'ils aient vécu une expérience pertinente); mais c'est semblable à d'autres cas (particulièrement dans la première et troisième représentations) où l'expérience des autres est valide en tant que source de savoir «vrai» sur l'objet au même titre que l'expérience vécue personnellement. En un sens, on pourrait dire que dans tous ces cas la confiance en l'émetteur est du même type du point de vue du statut donné à l'émetteur (on peut se fier à telle personne parce que c'est une personne qui a vécu telle chose, le fait d'avoir vécu devenant un «attribut» comparable à d'autres attributs comme le

fait d'être une personne très religieuse ou le fait d'être un expert). Néanmoins, la validité de l'expérience vécue, donc la confiance en l'émetteur ayant vécu l'expérience, telle que présentée ici, me semble comporter une différence importante relative au mode d'appréhension de ce qui est dit, à savoir une appréhension médiatisée plutôt qu'immédiate.

Par ailleurs, l'argument selon lequel les projets originaux de marginaux font avancer la société repose sur un raisonnement de type sociologique, c'est-à-dire sur une explication de l'évolution de la société. Les marginaux font avancer la société: c'est vrai dans toutes sortes de domaines, soutient-on. Par conséquent, le projet personnel d'avoir un enfant seule a des répercussions sociales positives. L'argument, s'il a des allures objectives (du fait d'être associé à une perspective généralisante et explicative du changement social), comporte surtout une dimension normative puisqu'il vise moins à décrire un état de fait qu'à le qualifier et, plus précisément, à qualifier le projet personnel. La référence à l'«égoïsme» pour qualifier le projet va d'ailleurs en ce sens.

Le projet est égoïste, dit-on, parce qu'il s'agit d'avoir un enfant seule, parce qu'il s'agit de répondre à une volonté individuelle. Ce sont les discussions avec d'autres personnes, des hommes essentiellement, qui provoquent cette façon de qualifier le projet. Cependant, comme on l'a vu, les raisons invoquées par ces hommes pour critiquer le projet ne sont pas recevables. Ce que disent les autres est confronté, d'une part, aux raisons personnelles de réaliser le projet (il ne s'agit pas d'un rejet des hommes) et, d'autre part, à l'expérience concrète de la maternité célibataire. Celle-ci n'est pas égoïste parce qu'elle consiste à «partager» avec l'enfant et à assumer une double tâche très lourde. L'argument selon lequel ce projet fait avancer la société parce qu'il consiste à ajouter un possible à côté de la biparentalité (hétérosexuelle) est une autre façon de réfuter les arguments des autres à propos du caractère égoïste du projet. La confrontation aux autres, ces hommes agressifs et, plus largement, la «société», semble constituer la source de l'énoncé de l'argument. Les autres contribuent, par opposition, à la construction d'une argumentation à travers laquelle la valeur de la norme sociale (la biparentalité) est remise en question en tant que seule norme valide. Il est probable que l'argument de l'avancement de la société soit finalement redevable de cette confrontation aux autres, principalement ces autres hostiles au projet.

### 9.2.2 L'argument de la réflexion

Les NTR sont un moyen d'expression de l'individualité parce qu'elles fournissent une occasion de réflexion personnelle. Cet argument, constituant le pivot de la représentation, est développé par des sous-arguments alimentant le caractère avantageux et positif de la réflexion personnelle. La forte insistance sur cette dimension se donne à voir comme une façon de justifier l'action face à soi-même et face aux autres en général, montrant par là la valeur qui lui est accordée, valeur implicitement conçue comme étant partagée largement. La réflexion se présente comme une «garantie» de la correspondance du projet à des normes fondamentales: j'ai bien réfléchi donc il n'y a pas de risque pour l'enfant. J'ai noté à la fin du point 9.1 comment l'expression de l'individualité est intimement liée à une forme de rapport aux enfants fortement axée sur leur protection et à la réflexion. L'analyse des arguments éclaire les fondements de ces liaisons.

D'abord, les NTR prennent figure de chance (l'occasion) parce qu'elles permettent de faire une réflexion personnelle à propos de la procréation, des enfants, de son rapport aux enfants, de son identité. Cet argument est validé par l'expérience vécue personnellement qui a consisté en un plaisir, ce plaisir étant associé à la conscience plus élevée de soi, à une clarification de ses motivations et de ses actes. Les NTR sont aussi une chance parce que l'on prend conscience, à travers la réflexion, de la réflexion que l'on fait et qu'elle constitue un signe du sérieux de l'engagement, source de valorisation personnelle. Autrement dit, se voir réfléchissant accroît l'estime de soi. Par là, la réflexion apparaît comme une dimension morale<sup>8</sup> de l'identité. Jusqu'ici, la réflexion, en tant qu'argument, est validée par l'expérience, par le plaisir effectivement ressenti.

Par ailleurs, la réflexion prend aussi figure de moyen: elle est nécessaire pour l'enfant parce que, d'une part, elle permet de prévenir les «déséquilibres» pouvant être dus à une absence de réflexion à propos des conséquences de ses actes et, d'autre part, parce qu'elle permet de prévenir les déséquilibres pouvant résulter d'un désaccord avec soi-même c'est-à-dire si les actes posés ne sont pas fondés sur une connaissance de soi ou si les actes sont posés nonobstant un manque de solidité psychologique. C'est sur ce point que les liaisons entre la réflexion, l'expression de l'individualité et la protection des enfants trouvent leur explication. En effet, les arguments sont validés par un savoir psychologique de type objectif (issu d'une formation professionnelle), savoir incorporé pour constituer en bout

---

<sup>8</sup> Au sens de Taylor (1989), c'est-à-dire un fondement d'orientation de soi dans le monde permettant d'évaluer son action en fonction de ce qui est bien ou bon ou de ressentir que son action est en conformité avec un idéal (au sens d'un accomplissement).

de ligne un savoir personnel et d'autre part par l'expérience vécue personnellement d'une réflexion insuffisante (trop romantique) n'ayant pas permis d'envisager avec réalisme la lourde tâche et ayant exigé des efforts dédoublés pour faire face à la situation concrète de la maternité célibataire. Le savoir incorporé comporte ceci de particulier qu'il fournit des indications sur la parentalité idéale; ces normes de comportement sont «objectives» (la psychologie est une source de savoir valide, vérifié) mais en même temps normatives en ce qu'elles deviennent un idéal précisément. La forte valeur accordée à la réflexion apparaît ainsi confirmée (et alimentée) par le savoir objectif, d'autant plus que ce savoir valide, quand on l'applique dans sa vie, passe par une réflexion à propos de soi. L'expérience plaisante de la réflexion, d'un autre côté, joue comme une vérification de la validité du savoir objectif. On peut voir aisément ici le jeu de réciprocity entre la valeur accordée à la réflexion, la validité du savoir objectif et l'expérience personnelle.

Par ailleurs, si les NTR sont une occasion de réflexion, elles ne contiennent pas la nécessité de la réflexion puisqu'elles peuvent être utilisées sur un «coup de tête» et pour de mauvaises raisons. Cet argument, constituant une critique des modes d'accès aux NTR, repose sur l'expérience d'enfants «déséquilibrés» rencontrés dans la vie professionnelle; on opère ici un transfert des NTR à des situations d'enfants déséquilibrés par les problèmes de leurs parents<sup>9</sup>: ces situations étant déplorables, donc déjà «classées», l'association des modes d'accès aux NTR à ces situations ordonne automatiquement le classement de ces modes d'accès. En même temps, l'expérience personnelle permet d'affirmer qu'avoir un enfant, de la façon dont on l'a eu, est «déstabilisant». C'est sur l'expérience de ces enfants et l'expérience personnelle et, plus précisément, une évaluation de ces expériences du point de vue d'un savoir professionnel (objectif) que repose l'argument selon lequel les NTR représentent une «chance» pour la société. Les NTR permettent de prévenir des situations déplorables pour les enfants (et leurs parents) parce qu'il est possible de sélectionner les candidates et candidats sur la base de leur solidité psychologique et de leurs motivations à procréer avant qu'ils et elles procréent. Les NTR sont placées ainsi dans un rapport moyen-fin où la fin (protéger les enfants) est définie sur la base de normes elles-mêmes fondées sur un savoir objectif.

En bout de ligne, les NTR apparaissent comme une «chance», pour les individus et la société, parce qu'elles permettent de procréer de façon idéale, c'est-à-dire en ayant réfléchi. On trouve une ressemblance avec la première représentation notamment en ce que la réflexion prend la forme d'une norme inébranlable comportant une part substantielle et

---

<sup>9</sup> Ces enfants n'étant pas nés suite au recours à une NTR (du moins on le présuppose).

une part procédurale. Cependant, en tant que procédure, la réflexion n'oriente pas vers un contenu prédéterminé et de ce point de vue, de la même façon que dans la première représentation, sa part non négociable accroît la possibilité d'une négociation à propos des objets de la réflexion.

### **9.2.3 L'argument de l'adéquation du moyen à la fin**

L'argument concerne de façon plus directe ici le rapport entre le moyen utilisé et la fin poursuivie personnellement donc la réalisation concrète du projet «original». L'efficacité dépasse donc, dans cet argument, les dimensions objectives ou techniques bien qu'elle les inclue. C'est ainsi largement l'expérience vécue personnellement qui valide l'argument. Comme pour les précédents, des sous-arguments viennent étayer cet argument principal.

Les NTR sont un moyen adéquat pour réaliser concrètement le projet d'avoir un enfant seule parce que ce projet n'a pas été entravé par les médecins. C'est l'expérience du contact avec les médecins (le fait de n'avoir pas été soumise à des questions insistantes de leur part) qui valide l'argument. Par ailleurs, elles sont un moyen adéquat parce que les procédures précédant l'IAD (la prise de température et l'hormonothérapie) ne constituent pas des entraves au projet; au contraire, elles seraient plutôt des moyens dont dépend l'efficacité - au sens de l'action technique - de l'IAD. Cet argument, du type d'un rapport moyen-fin impliquant les procédures, concernant donc la logique interne du moyen IAD, est fondé sur l'explication fournie par le médecin qui rencontre pour ainsi dire une compréhension ou un savoir déjà là à propos du processus physiologique de la procréation. La validité de l'argument est donc principalement de type objectif (ce savoir valide fournissant un appui supplémentaire à l'argument principal de type subjectif).

Ensuite, l'IAD est adéquate parce que dans la sélection du donneur on ne cherche pas des caractéristiques physiques - supposées - idéales; plutôt le médecin apparie le donneur à soi. Le projet d'avoir un enfant seule et, par là, d'exprimer son individualité doit être conforme, dans sa réalisation, aux principes relatifs à la protection des enfants de la marchandisation ou de la transformation en objets. J'ai montré plus haut les relations nouées entre la réflexion, l'expression de l'individualité et la protection des enfants et par là les liaisons inextricables entre le savoir objectif, l'expérience et la normativité. On retrouve ici le même type de rapport entre l'expérience et la normativité, en tant que bases de validité: l'argument est en effet validé par l'expérience au cours de laquelle le médecin a effectivement observé les caractéristiques de la mère pour sélectionner le donneur et, par ailleurs, l'expérience est immédiatement évaluée du point de vue de sa conformité au

principe. Si l'IAD est adéquate pour atteindre le but c'est donc pour des raisons relatives à l'expérience et à des principes, l'expérience permettant d'affirmer que l'IAD peut être conforme au principe. Cependant, l'expérience ne suffit pas à généraliser l'énoncé; le mode de sélection du donneur montre qu'il est possible de choisir le donneur selon d'autres critères et donc de procéder à une sélection eugéniste (de «magasiner» un enfant). Les actes du médecin, observés en cours d'expérience, sont ainsi mis à distance, sortis pour ainsi dire de l'expérience personnelle et vus sous un autre angle.

Des arguments par ailleurs sont invoqués, pour soutenir l'argument principal, selon lesquels on procréé «avec la technique», donc seule, et ce parce que ni le médecin et l'infirmière, ni le donneur ne sont des personnes avec qui l'on procréé. En ce qui a trait au personnel médical, l'argument est basé sur l'interprétation personnelle donnée aux actes posés dans l'IAD, et par l'expérience, c'est-à-dire ce que l'on a fait soi-même pendant l'IAD (penser à l'enfant, faire de l'imagerie, relaxer, ne pas écouter l'infirmière). Quant à la partie de l'argument se rapportant au donneur, elle repose sur la définition de la procréation où la réflexion occupe une place majeure. Ainsi c'est parce que le donneur n'a pas participé à la réflexion et donc au projet qu'on procréé seule avec la technique. Comme la réflexion renvoie à la fois à la normativité (du point de vue de l'enfant à protéger) et à la subjectivité (du point de vue de l'identité personnelle, de la satisfaction ou du plaisir liés à la réflexion), l'argument trouve sa validité sur ces deux plans. L'argument selon lequel on a procréé seule parce qu'il n'y a pas d'homme d'impliqué, comme on l'a vu, a été révisé à la suite d'une discussion avec le médecin quand celui-ci a affirmé pouvoir savoir qui est le donneur (et a fourni les «preuves» de ce qu'il avançait).

D'un autre côté, la procréation est aussi définie en termes de procédures. On se souviendra de la façon dont on explique à l'enfant la conception: il s'agit d'une affaire de «codes» (d'où le parallèle avec le guichet automatique et les ordinateurs). Les gamètes portent un code génétique, leur rencontre donne un enfant. Cette façon de définir, en termes biologiques et, plus précisément, génétiques, repose sur un savoir objectif incorporé, sur la familiarité de la répondante avec le domaine de la génétique (à travers sa vie professionnelle). En tant que sommes de gènes, les gamètes ne sont pas l'équivalent des personnes. La reconnaissance du lien génétique n'empêche pas de soutenir qu'on a procréé avec la technique, donc seule, puisque le lien génétique ne crée pas le parent même s'il détermine l'enfant (en partie).<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> La façon d'envisager l'adoption confirme ce trait: l'adoption est un projet semblable à l'IAD parce qu'on est (encore là) seul parent de l'enfant. L'absence de lien génétique ne modifie pas le lien parent-enfant.

La possibilité de réaliser le projet original d'avoir un enfant seule par l'IAD est un argument principalement développé à travers une série de sous-arguments relatifs aux particularités de l'enfant. Ainsi on a vraiment réalisé un tel projet parce que l'enfant porte une part d'inconnu et qu'il en résulte des conséquences telles que le projet particulier est visible. L'argument est validé par plusieurs sources incluant l'expérience, le savoir objectif, la convention, les réactions des autres (l'entourage). La part d'inconnu dans l'enfant repose sur la reconnaissance de l'impact des gènes du «père» sur l'enfant: les goûts et le caractère, dit-on, ne sont pas seulement acquis, ils dépendent aussi de l'hérédité. De plus, les caractéristiques physiques de l'enfant, très différentes des siennes, proviennent du «père». Cette première partie de l'argument repose sur une convention (les enfants ressemblent à leurs géniteurs), utilisée pour marquer l'originalité du projet (non conventionnel), mais en même temps sur le «fait» de l'impact des gènes sur les goûts et caractère de l'enfant donc sur un savoir objectif (où l'on distingue l'inné et l'acquis). La partie de l'argument se rapportant aux conséquences de l'inconnu dans l'enfant est validée par l'expérience et par les autres. D'une part, en tant que source de déséquilibres chez l'enfant, l'inconnu exige un déploiement des capacités de la mère en vue du rétablissement de l'équilibre (ce qui confirme l'originalité du projet et, en accroissant les exigences de réflexion, confirme la réalisation de soi - l'identité réalisée comportant cette réflexion). D'autre part, la réflexion faite par l'enfant, du fait de son mode de conception et donc de l'impossibilité de connaître son «père», le rend fascinant. Ce trait de l'enfant résulte d'une entente avec d'autres personnes de l'entourage, l'enfant est (réellement) fascinant non seulement parce que personnellement on le trouve fascinant, mais aussi parce que les autres le confirment.

Enfin, la capacité, la volonté et le plaisir de parler de l'expérience vécue constitue un argument plaidant en faveur de l'argument principal selon lequel l'IAD a permis la réalisation du projet original, personnel. En fait, parler de l'expérience sans malaise signale la congruence parfaite entre le désir, examiné entre autres du point de vue de l'identité (la connaissance de soi par la réflexion permet de comprendre ce désir et de le concevoir comme étant conforme à une part de soi), et le projet tel qu'il a été réalisé. C'est la relecture des expériences fréquentes de relation (de l'expérience en IAD) à d'autres personnes qui fournit à l'argument sa validité.

## Conclusion

Les savoirs objectifs en tant que bases de validité de la représentation sont largement incorporés, font partie de soi. La psychologie et la médecine apparaissent comme des savoirs valides et incontestables, dignes de confiance. Le savoir médical et les techniques en découlant ne font pas l'objet de doute. Il s'agit moins d'une confiance envers les médecins qu'envers le savoir médical en tant que savoir explicatif (on se souviendra des références aux «codes» génétiques) et efficace puisque par ailleurs les pratiques sont objets de critique (notamment les pratiques reliées à l'eugénisme et celles exigeant un coût en argent - surtout s'il est élevé). De plus, il n'y a pas de généralisation quant au traitement reçu de la part des médecins; l'expérience a été «magique» (sans entrave) pour soi. Le fait de mentionner qu'on ne s'est pas sentie «exploitée» laisse penser que, par ailleurs, on sait qu'il aurait pu en être autrement. La médecine ne semble absolument pas étrangère, ni mystérieuse, ni être porteuse de risques indéfinissables (on ne trouve en effet pas de risques reliés à l'«inconnu», comme dans d'autres cas).

La psychologie surtout fournit des bases d'évaluation, c'est-à-dire des principes à l'aune desquels les comportements sont évalués, et des critères relatifs à la construction de l'identité. L'importance de la réflexion semble relever de cela. La réflexion est un moyen (à utiliser avant d'agir, avant de procréer, pour protéger les enfants) en même temps qu'une source de plaisir (se voir en tant que personne réfléchissant sur soi et cherchant à se connaître) et une preuve de maturité pouvant être brandie face aux autres pour justifier ses actes. La valeur de la réflexion ne fait absolument pas l'objet de doute: on ne trouve ici aucune remarque laissant entrevoir que la réflexion puisse être excessive, puisse donner lieu à un manque de spontanéité (celle-ci n'étant apparemment pas souhaitable). Ce qui est plus frappant dans ce cas c'est l'association au plaisir, à la constitution de soi en tant qu'identité réalisée, donc la dimension expressive qui est liée à la réflexion. Sa dimension autoritaire (quand la réflexion est dite devoir être imposée idéalement avant la procréation) est minimisée par le fait que l'individu sort toujours gagnant en quelque sorte quand il réfléchit sur lui-même.

A cette dimension expressive est aussi associée une dimension créative, une valorisation de la découverte donc de l'inconnu, l'inconnu qui ne suscite pas de peur mais de la fascination et qui exige de la vigilance. L'identité apparaît en constante construction, notamment par la confrontation avec l'inconnu qui, d'un autre côté, permet de confirmer



l'orientation générale donnée à cette identité (fondée largement sur la réflexion et ses résultats).

Le statut de la réflexion et ses bases de validité diversifiées (bien que fondées à ce qu'il semble sur un savoir psychologique incorporé comme une part de soi) apparaissent comme une forme de croyance, de référence fondamentale susceptible d'expliquer et d'orienter l'action. Comme le ferait la religion en un autre temps ou un autre lieu. Cependant, la réflexion est une procédure à appliquer dont l'issue est indéterminée quant à son contenu. Le caractère dogmatique de la réflexion est ainsi limité par le fait même qu'il porte sur la procédure.

Malgré le recours important à un savoir objectif, le point de vue général sur l'objet n'est pas celui d'une «experte», c'est-à-dire que le regard ne se résume pas à l'objectivité mais est plutôt subjectif. Quand on détaille l'argumentation, ce regard se donne à voir comme constitué de multiples sources. En fait, le savoir psychologique oblige dans le présent cas à faire une large place à l'expérience personnelle, à la voir, à l'analyser en tant que telle. On est soi-même objet pour soi d'une connaissance de type objectif, mais celle-ci fonctionne par le langage et prend la forme d'une discussion avec soi-même et avec l'enfant notamment. La dimension «thérapeutique» (et professionnelle) de la discussion se double toutefois d'une forte dimension affective puisque le plaisir y occupe un espace important. L'expérience personnelle et la subjectivité sont des bases de validité de la représentation confortées par la psychologie; l'expérience n'est pas seulement énoncée mais analysée (déjà analysée en grande partie avant son énonciation dans l'entrevue, notamment par la rédaction d'un journal personnel, des entretiens avec une psychologue, les multiples narrations de l'expérience). De plus, l'expérience et son analyse sont redevables de la confrontation aux autres, ces autres poussant à justifier ses actes, à évaluer l'expérience et à «voir» la subjectivité du point de vue (se résumant ainsi: mon point de vue est bon pour moi, ce que j'ai fait n'est pas idéal dans l'absolu mais conforme à mes aspirations et valeurs). Enfin, des principes indiscutables et énoncés explicitement constituent une autre partie importante des bases de validité. Ces principes sont relatifs à la protection des enfants, non seulement en termes de déséquilibres mais au plan de leur statut en tant que personnes ne devant pas être «marchandées» et constituant une richesse.

## CHAPITRE 10 LES NTR-EPREUVE

### Introduction

Dans cette cinquième représentation, les NTR sont classées principalement dans la catégorie de l'«épreuve». Elles sont des moyens médicaux auxquels on se soumet afin de contrer la possibilité d'une épreuve plus lourde encore, cette épreuve résidant moins dans l'infertilité que dans les conséquences possibles de l'infertilité sur soi et sur le maintien des liens avec les autres. J'écris «on se soumet» mais ici il serait plus juste d'écrire «on est soumise» puisque la contrainte exercée par les autres est reconnue et n'apparaît pas comme une atteinte à la personne. Ce trait est frappant dans cette représentation; l'individu ne semble pas pouvoir être défini par le strict rapport à soi, il existe dans ses relations avec les autres. De ce point de vue, l'exclusion ou la rupture des liens aux autres est un enjeu important, un des risques découlant de l'infertilité.

Le recours aux NTR apparaît ainsi comme une épreuve à travers laquelle on se lie ou se relie aux autres. Le caractère «épreuve» est nécessaire si l'on peut dire à la réitération du lien ou, à tout le moins, il la sert. Par ailleurs, l'épreuve évoque une chose que l'on subit, qui ne dépend pas de soi, sur laquelle on n'a pas de prise. Dans cette représentation, ces différents traits sont reliés entre eux pour donner à voir un monde dans lequel on est inséré plutôt qu'un monde sur lequel on agit. On ne s'étonnera pas, en conséquence, de trouver des références à Dieu qui décide en dernier ressort du destin de chacun et, par ailleurs, de trouver un certain abandon de la responsabilité, une certaine soumission à une autorité extérieure à soi (qu'il s'agisse des autres, de l'Eglise, de Dieu, des médecins, du conjoint). On pourrait penser que cette attitude va à l'encontre du recours aux NTR puisque celui-ci pourrait plutôt évoquer l'antithèse du fatalisme. En fait, l'attitude n'est pas fataliste; le recours apparaît comme une action à portée limitée permettant de confirmer la prééminence des liens aux autres. C'est davantage ce que l'on fait ou non à travers les NTR qui illustre l'abandon; de plus, c'est quelque chose que l'on fait à la limite contre soi, à quoi l'on se soumet. Les NTR «sont» une épreuve donnant une valeur aux liens.

Dans les pages qui suivent, je présenterai dans un premier temps les éléments des situations de départ desquels on peut déduire les finalités poursuivies à travers la production de cette représentation. Ensuite, je détaillerai les diverses dimensions de la représentation des NTR en montrant les procédures de sélection appliquées sur l'objet de même que les «tactiques sémantiques» utilisées pour lier les différents éléments et faire

apparaître une image des NTR. La seconde partie, comme dans les chapitres précédents, sera consacrée à l'analyse des bases de validité de cette représentation.

## **10.1 La représentation des NTR-épreuve**

### **10.1.1 La situation de départ: le risque d'exclusion**

La situation dans laquelle les femmes se trouvent au moment où les NTR surviennent dans leur vie est fortement marquée par un risque de rupture des liens aux autres et par une aversion à l'égard du recours à la médecine en général ou pour procréer en particulier. Dans les deux cas concernés ici, les situations concrètes sont différentes mais se ressemblent sur ces points.

Dans le premier cas, la femme et son mari ont tenté sans succès de procréer suite à la naissance d'un premier enfant. N'en ayant soufflé mot à l'entourage, parce que n'éprouvant aucune fierté du fait de leur condition, la femme est dans une position relativement marginale dans son groupe d'appartenance (qui est également un sous-groupe d'une minorité ethnique originaire des Antilles): en ayant un seul enfant et des conditions de vie confortables, elle semble trop s'attacher aux valeurs matérielles et, surtout, se distinguer des autres personnes du groupe. Elle répugne à recourir à la médecine de la reproduction pour procréer étant donné que c'est honteux, mais elle ne peut procréer autrement. *A priori* c'est à la médecine et non aux NTR qu'il est question de recourir; l'insémination artificielle homologue (IA) a été proposée et, en fait, décidée par le médecin comme une suite évidente au traitement hormonal qui constituait le traitement adéquat à son problème de fertilité<sup>1</sup> (cycles irréguliers, probablement anovulatoires).

Le second cas est celui d'une femme dont le conjoint désire beaucoup un enfant. Elle n'aime pas les médecins et ne les visite qu'en cas de nécessité, c'est-à-dire quand elle est malade visiblement. Après plusieurs années de vie commune sans utilisation de contraception, le conjoint soupçonne l'existence d'un problème de fertilité et la pousse à consulter un médecin; après quelque résistance, elle s'y rend même si, de son point de vue, elle n'a pas d'autre raison que le long intervalle depuis la dernière visite. On détecte un kyste ovarien exigeant une chirurgie. Plusieurs problèmes surgissent suite à la chirurgie qui devait être relativement simple et bénigne. Elle apprend qu'on lui a laissé son utérus et un ovaire mais qu'on a dû ôter les trompes et l'autre ovaire. En annonçant la stérilité, on annonce aussi qu'il est possible de faire la FIV mais qu'il faudrait faire vite

---

<sup>1</sup> Le problème hormonal provoquant l'infertilité dans ce cas provoque également d'autres problèmes de santé, dont une fatigue continue.

puisqu'il y a un an il faudra peut-être procéder à une ovariectomie et à l'hystérectomie. Le conjoint est enthousiaste à l'égard de la FIV, contrairement à elle qui se relève à peine de la chirurgie. Elle accepte de faire la FIV pour combler le désir du conjoint. Le rapport au conjoint ressemble dans ce cas-ci à une sorte de symbiose menant à une quasi disparition de soi. Le lien au conjoint apparaît essentiel dans la vie de la femme dont l'univers social semble restreint à celui du conjoint. La stérilité risque de porter atteinte à la relation conjugale et, à travers elle, à la possibilité de maintenir le réseau de relations plus large.

Ainsi dans les deux cas on retrouve ces traits centraux d'une menace au maintien de sa position dans un univers social déterminé provoquée par l'infertilité et d'une aversion à recourir à la médecine.

La finalité poursuivie à travers la construction consiste à réconcilier au plan du sens le recours à la médecine de la reproduction et aux NTR avec l'aversion pour le recours; cette réconciliation se fonde sur la confirmation des liens qu'on trouve à travers les procédés des NTR et leurs résultats. Les raisons du recours reposent largement sur le risque d'exclusion. Mais comme dans les autres cas, la représentation des NTR est englobante, généralisante; ce pourquoi on recourt personnellement aux NTR ne recoupe pas exactement les «raisons» de la constitution de cette représentation plutôt qu'une autre. Ainsi, d'un point de vue plus généralisant, les NTR restent classées dans la sphère de l'«épreuve», mais une épreuve permettant le maintien (ou la création) de liens.

### **10.1.2 Au coeur des NTR-épreuve**

Cette représentation est développée à travers deux dimensions principales. La première montre les NTR et, plus généralement, la médecine de la reproduction comme des procédés et moyens «éprouvants» que l'on «subit» sur divers plans. La seconde dimension renvoie au classement normatif des NTR; elles appartiennent au progrès et ce, entre autres parce qu'elles peuvent être des sources de liens. On verra que les distinctions entre l'«acceptable» et l'«inacceptable» reposent sur une définition de la procréation qui a beaucoup à voir avec les préoccupations concrètes apparues dans la situation de départ, ce qui laisse penser que celle-ci est, comme dans les autres cas déjà examinés, largement dépendante d'une vision du monde déjà là avant l'avènement de la situation problème et de l'introduction des NTR dans sa vie.

### 10.1.2.1 Subir les NTR

Les NTR apparaissent comme des procédés médicaux auxquels les femmes sont soumises, qu'elles subissent. D'une part, en effet, elles signifient la perte de la capacité de procréer et par là placent la femme soit dans une position inférieure face aux autres, soit dans une position de «coupable» face à l'autre. Ensuite, on subit les traitements parce qu'ils impliquent des problèmes, sont pénibles à divers points de vue. Elles sont subies encore sur un autre plan: l'efficacité de l'action effectuée à travers les procédés ne dépend pas fondamentalement de soi, ni même à la limite des médecins mais d'une force supérieure, de Dieu. Enfin, on subit les procédés médicaux parce que le résultat est une confirmation de la «soumission» de son désir à celui des autres. Avant de présenter ces quatre sous-dimensions, une remarque est nécessaire.

J'ai utilisé un vocabulaire à la fois adéquat et inadéquat en recourant à des termes comme «subir» et «soumission». Il faut bien avoir en tête en lisant ces termes qu'ils ne portent pas dans cette représentation la charge péjorative qu'ils ont habituellement. J'ai indiqué en introduction de ce chapitre qu'on ne semble pas ici se concevoir en tant qu'individus indépendants ou hors de son réseau de relations. Ainsi, à titre d'exemple, on n'«avoue» pas avoir eu recours aux NTR sous la pression des autres ou pour l'autre malgré son aversion; on le dit simplement, on l'affirme sans justifications, sans commentaires ou jugement porté sur cette «soumission». Aussi les termes «subir» et «soumission» sont, si je puis dire, objectivement adéquats du point de vue des discours tenus (comme on le verra plus loin), mais inadéquats si on leur associe la pleine signification qu'on leur donne habituellement.

#### *Les NTR signes d'un état d'infériorité face aux autres*

Les NTR et plus globalement en fait le recours à la médecine pour un problème de fertilité placent les femmes dans une situation désavantageuse face aux autres. La centralité des liens apparaît ici et distingue cette représentation des autres. L'infertilité est un problème non seulement pour soi quand on désire avoir un enfant mais pour ses rapports aux autres. Les NTR et la médecine sont porteuses de ce problème puisqu'elles le montrent en se proposant de le résoudre. L'appréhension des NTR est fondée sur la définition de l'infertilité en tant que problème ayant une importante dimension relationnelle.

Dans un cas, l'infertilité est définie comme un problème dans le corps ayant comme effet de «diminuer» la personne. Jusqu'ici, on pourrait considérer que cette diminution est

ressentie comme une atteinte à l'image de soi. C'est le cas en effet, mais la comparaison des NTR avec l'adoption montre que la dimension relationnelle est inextricablement liée à l'image de soi, celle-ci dépendant du regard des autres (le regard des autres est intériorisé, le regard porté sur soi se confond avec celui des autres). Recourir à la médecine et à ses techniques est un signe de diminution puisque ce faisant on «quémante» quelque chose à quelqu'un alors que l'adoption d'un enfant est un signe de capacité.

«Oui je me sentais diminuée étant femme parce que la première fois j'ai pas eu à faire de traitement, (...) c'était normal et puis mes amies n'en font pas, elles l'ont normalement et puis moi il faut passer par les techniques pour avoir l'enfant, il faut passer par là... c'est comme quémander, donnez-moi les services, je veux l'avoir, alors que j'ai pas un physique à 100% me permettant d'avoir, c'est une diminution pour moi, je me sens diminuée.» (e-14)

«[quand on veut adopter] on en parle à ses amis, (...) c'est une grande, pour moi l'adoption c'est parce que financièrement tu es capable [rire], si tu as déjà un enfant tu vas en adopter un autre c'est que tu es capable, tu as pas peur d'en parler, c'est une fierté, comprenez-vous? De ce côté-là psychologiquement c'est plus grand, si tu es capable d'en adopter c'est que financièrement tu es capable (...).» (e-14)

On peut noter au passage que le recours à la médecine et aux NTR associé à «quémante» pour avoir un enfant est également placé sous le signe de la relation à quelqu'un à qui l'on demande quelque chose. C'est ainsi non seulement face à l'entourage que l'infériorité est ressentie mais également face à la médecine.

Dans l'autre cas, l'infertilité prend figure d'un problème à la fois «médical» et moral. En fait, le caractère médical dépend du site du problème (dans le corps) et de l'absence de faute chez la personne. Un problème médical signifie un problème dans le corps dont on n'est pas responsable et qui peut être traité ou pris en charge par la médecine. Le fait de définir «médical» de cette façon, en termes d'absence de faute entre autres, le ramène dans la sphère morale plutôt que dans celle de la vérité objective (la définition même de la maladie, ses causes biologiques). C'est après des discussions avec le conjoint, le médecin et des personnes de l'entourage en qui elle a confiance (des personnes, spécifie-t-on, qui sont très religieuses), que la femme en vient à considérer qu'elle n'est pas responsable du problème, qu'il s'agit d'un problème médical au même titre qu'un cancer ou un handicap provoqué par un accident. Néanmoins, la faute ou son absence maintiennent le problème dans la sphère morale et, plus précisément, en font un problème essentiellement relationnel. C'est parce que le conjoint veut beaucoup un enfant et qu'elle ne peut satisfaire ce désir sans recourir à la FIV que le problème est un problème. L'application du critère moral est étendue à l'infertilité en général plutôt que restreinte à son cas particulier. L'infertilité n'est pas la «faute» des personnes. Bien que sachant que la FIV

est appropriée à son propre cas (étant donné l'absence de trompe), la FIV semble moins répondre à un problème tubaire qu'à un problème plus général (la procréation impossible), puisque la FIV n'est jamais présentée comme un palliatif aux trompes comme on le verra plus loin. Cette dissociation entre le problème particulier au plan physiologique et la FIV rend celle-ci susceptible de répondre au problème relationnel. Dans son cas particulier, le recours à la FIV se présente comme une façon de se délester d'un sentiment de culpabilité à l'égard du conjoint. La récurrence du terme «faute» pour parler de l'infertilité marque bien la dimension relationnelle du problème puisque la faute ou l'absence de faute n'a aucun rapport avec la seule intégrité personnelle, un sentiment de n'être pas capable d'accomplir un projet personnel. Ainsi, contrairement à ce que l'on trouve dans d'autres cas étudiés, il ne s'agit pas d'un échec face à soi-même mais d'un risque d'échec de la relation conjugale.<sup>2</sup> Et contrairement au cas précédent, ce n'est pas face aux autres personnes de l'entourage que son état la place dans une situation d'infériorité ou, à tout le moins, contraignante. Si l'infertilité elle-même est déjà un état culpabilisant face au conjoint, la possibilité de faire la FIV accroît le désarroi du simple fait d'être là, disponible. Cependant, à l'inverse du cas précédent, recourir à la FIV n'accroît pas le problème relationnel, il le résoud au sens où le recours lui-même est déjà un signe donné au conjoint. Il reste néanmoins que la FIV est «subie», comme l'est le recours à la médecine dans l'autre cas.

### *Les NTR: des procédés pénibles*

Dans cette représentation, les traitements impliquent des difficultés diverses: physiques, psychologiques, relationnelles/conjugales et économiques. En fait, on tend à parler des procédures davantage en termes des difficultés qu'en termes des avantages qu'elles présentent. Les éléments sélectionnés pour décrire les procédés et leurs effets secondaires divers sont présentés de telle sorte que les procédures semblent être d'abord pénibles, sinon essentiellement pénibles. Dans un cas, on procède à une accentuation de la lourdeur, alors que dans l'autre cas c'est à une réduction de cette lourdeur qu'on procède, tout en la réitérant. On peut noter d'emblée que le caractère pénible des traitements ne met jamais en cause les médecins, le personnel médical. A l'inverse, ceux-ci sont plutôt

---

<sup>2</sup> Dans les autres représentations, il est dit fréquemment que l'infertilité pose des problèmes dans le couple. Cependant, elle n'est jamais présentée comme un problème ayant comme principale conséquence des problèmes conjugaux ou un risque de ce genre. C'est principalement face à soi-même, parce qu'on désire beaucoup personnellement avoir un enfant et souvent depuis longtemps, que l'infertilité est un problème. Dans le cas présent, la femme ne dit pas ne pas vouloir d'enfant mais d'un autre côté elle dit: «lui il en voulait des enfants à tout casser, tandis que moi c'était pas vraiment une question de vie ou de mort là (...) mettons que ça change rien dans ma vie.» (e-6)

présentés comme des sources de réduction de la lourdeur (ce qui est un autre indicateur de cette lourdeur...).

Dans le premier cas, chaque «étape» (e-14) du traitement, chaque élément pose un problème. Il y a une extension des problèmes au-delà du corps, c'est la personne entière et la relation conjugale qui est affectée. Les traitements sont une «bataille» à tous points de vue pour avoir un enfant. On peut souligner au passage que, dans cette représentation, les NTR n'apparaissent pas comme des «étapes» à franchir; l'utilisation du terme «étape» dans le présent cas renvoie essentiellement à des aspects pénibles du traitement subi et non à un ordre logique à suivre pour atteindre le but.

Dès le départ, comme on l'a vu, le fait de recourir aux traitements est humiliant. A ce premier problème (qui est une conséquence de l'infertilité mais qui persiste une fois les traitements entamés, ceux-ci étant signe de celle-là) s'ajoutent les effets secondaires des hormones administrées. Ces effets sont physiques et psychologiques puisque les hormones font «enfler» et par suite affectent psychologiquement la femme, atteint son image d'elle-même. De plus, les hormones sont une source de stress quant à leurs effets sur la santé de l'enfant virtuel. D'un autre côté, le risque de grossesse multiple associé aux hormones n'est pas considéré comme un problème. Au contraire, la vue d'un seul fœtus à l'échographie suscite la déception.

«(...) j'ai été faire l'échographie et je me souviens en regardant ça le technicien a dit j'ai vu un coeur, j'ai dit mais un coeur vous n'en voyez pas plus que ça, j'aurais aimé en avoir plus de coeurs [rire] parce que mon objectif c'était les enfants, c'était je veux avoir une maison comblée avec les enfants, ça m'apporterait plus de joie, parce que moi je travaillais j'avais un bon salaire, mon mari avait un bon salaire mais moi je me sentais pas plus heureuse que ça.» (e-14)

On retrouve, à travers ce trait, le but visé qui consiste entre autres à faire la preuve de son appartenance au groupe par l'attachement à des valeurs fondamentales de ce groupe, en particulier le détachement à l'égard du matériel et l'importance accordée à la famille (signe de ce détachement). L'utilisation du terme «coeur» (et sa répétition), dans l'extrait cité, ajoute à ce trait.

Les examens auxquels on procède pour contrôler les niveaux d'hormones sont douloureux et, pour certains, humiliants.

«(...) c'était pour moi la partie la plus pénible, (...) il fallait prendre la radiographie je pense pour voir, c'était cette radiographie qui pouvait permettre de voir je pense la grosseur de l'ovaire, une affaire de ce genre, avant de dire c'est tel jour qu'on va faire maintenant l'insémination artificielle. C'était la partie la plus pénible. Après, non. Oh bon les autres parties les plus pénibles aussi c'était les examens... mon



Dieu, les examens au niveau génital, ça c'était pas intéressant là, toujours ouvrir les jambes, se faire consulter. (...) C'était des examens de routine mais, mon Dieu s'exposer tout le temps (...). Mais c'est l'une des parties les plus dures aussi de ce traitement. Une des étapes...» (e-14)

Par ailleurs, les horaires des cliniques sont une autre source de stress important en ce qu'ils obligent les femmes à s'absenter fréquemment de leur travail.

«Parce que on est stressé à ce point de vue là, (...) moi à cette époque-là je pense j'avais pas de voiture, il fallait prendre l'autobus, le métro, je regardais j'ai rendez-vous à telle heure avec le gynécologue, mais arrivée là-bas il y a deux, trois femmes qui attendent, à quelle heure je vais sortir, j'ai laissé mon travail au bureau là. C'est quelque chose, c'est quelque chose. Pour avoir un enfant. C'est là que je vous dis que toujours je reviens on se sent diminué mon Dieu, on se bat pour avoir un enfant (...).» (e-14)

De ce point de vue, les traitements exposent les femmes au risque de perdre leur emploi.

«(...) à la fin je me dis bon ok même si ça arrive qu'on me renvoie ça m'est égal parce que je veux aller jusqu'au bout (...).» (e-14)

C'est vrai pour le traitement hormonal et l'IA et d'autant plus pour la FIV dont le coût élevé expose encore davantage au risque de voir ses conditions matérielles se détériorer.<sup>3</sup>

D'un autre côté, l'hospitalisation requise pour le suivi du traitement hormonal suscite des problèmes conjugaux. L'organisation de la vie familiale est affectée par l'hospitalisation et il s'ensuit de l'inquiétude pour la femme à l'égard de ce qui se passe à la maison, étant donné que c'est son domaine et que le conjoint résiste à la redéfinition des tâches, même temporairement.

L'IA elle-même est présentée comme une procédure simple, pas douloureuse. Cependant, elle nécessite la contribution du conjoint, cette contribution prenant la forme du recueil du sperme par la masturbation. Or la masturbation est «dégradante».

«Et arrivée à la fin maintenant de cette séance d'injection d'hormone il fallait maintenant l'insémination artificielle. Ça c'était pour moi la partie la plus dure du fait que là il faudrait faire embarquer mon mari et avec l'éducation que tous deux on a eue on trouvait que la masturbation tout ça c'était c'était [rire] c'était dégradant, surtout pour lui, vous le connaissez pas mais surtout pour lui, tout ça.» (e-14)

<sup>3</sup> La façon de présenter les risques économiques liés aux traitements en termes de risques de perte de son emploi est particulier à ce cas. Il faut préciser que l'emploi occupé au moment des traitements était permanent et comportait une gamme de bénéfices marginaux, dont des congés pour maladie. En fait, il appert que la crainte de voir son niveau de vie réduit est largement dépendante de l'appartenance à un groupe minoritaire issu d'un pays en voie de développement (ou, sans euphémisme, très pauvre) dont une large frange ne bénéficie pas d'emplois aussi intéressants en termes financiers entre autres.

«(...) je lui ai jamais parlé [à mon mari] de la façon qu'il a fait, je pense que ça l'aurait diminué, je lui ai jamais parlé de ça, jamais, c'est un sujet clos. C'est comme si c'était des petites étapes, des petites étapes malheureuses et puis on veut pas s'en parler, on sait que ça s'est passé et puis bon on ferme la porte c'est fini.» (e-14)

L'obtention du sperme nécessaire à l'IA est une importante source de stress et une source de conflit dans le couple; elle exige de vaincre la résistance du mari comme de dépasser les contraintes morales de son milieu auxquelles on adhère soi-même (les tabous entourant la masturbation sont puissants dans le groupe d'appartenance, faire l'IA prend donc figure d'une transgression). Dans ce cas, on fait appel à un proche (médecin) pour convaincre le mari de l'importance de fournir son sperme.

La «bataille» menée pour avoir l'enfant ne s'achève qu'à la naissance de l'enfant. La grossesse et l'accouchement sont en effet intégrés dans le traitement en tant qu'épreuve, passage pénible. Comme on le constate, la lourdeur concerne la totalité des éléments impliqués. Aucune partie de soi, de sa vie n'est épargnée par le traitement. Cependant, la lourdeur de la démarche ne prend pas une signification péjorative. En effet, l'attitude à l'égard des NTR est positive (mises à part certaines techniques, comme on le verra plus loin). Il appert même qu'elle est d'autant plus positive du fait de l'association des NTR à une épreuve, à une «bataille». Les traitements sont ainsi comparés à la «vie», sont une illustration de ce qu'est la vie.

«(...) le fait de passer par toute cette étape-là et d'arriver d'avoir (...) un deuxième enfant qui est en santé en plus de ça, en pleine santé. C'est ça que j'ai trouvé beau. Avec toutes les inquiétudes. Tous les tracas. Toutes les tricheries de dire au travail que je m'absentais pour ça alors que c'était pas pour ça tout ça. Et pis d'arriver, le contact avec les médecins, les infirmières, l'encouragement des infirmières, comme à un certain moment je me sentais découragée (...). Pis à la fin d'avoir [l'enfant] et pis c'est fini, après l'accouchement c'était fini. Tout ce tracas-là c'était fini après 9 mois. On peut dire 10 mois, 10 mois. J'ai trouvé ça très très très beau. **C'était beau dans le sens, comme** C'était étape par étape et (...) c'est pour vous dire que, plusieurs étapes à franchir mais qu'il y en avait pas de belles seulement, qu'il y avait aussi d'autres très pénibles. Alors c'est pour vous montrer que la vie, il y a des fois pour atteindre un objectif il faut pas se leurrer d'illusions, il y a des fois il faut passer par beaucoup d'épreuves, pour arriver à l'objectif. L'objectif est là mais pour réellement l'atteindre il faut passer beaucoup d'étapes et parmi ces étapes-là il y en a qui sont très pénibles. Donc c'est ça que j'ai trouvé qui était beau. Je trouve que la traversée, c'est une vie c'est réellement la vie, ce que j'ai traversé pour moi c'est ça la vie. (...) Les hauts et les bas de la vie (...)» (e-14)

Dans l'autre cas, comme je l'ai indiqué plus haut, on cherche plutôt à minimiser la lourdeur des procédés, au plan physique mais surtout aux plans psychologique et conjugal. La tendance à la banalisation ressemble à la procédure utilisée dans certains cas

de la première représentation. Et, de la même façon, on procède à cette banalisation par des comparaisons; celles-ci dans le présent cas prennent souvent la forme langagière «c'est moins pire» ou «c'est pire que» ou «c'est moins stressant», «c'est moins dur», etc. Cependant, à la différence de ce qu'on trouvait dans la première représentation, on insiste très fortement, on compare constamment, si bien qu'en bout de ligne la réitération continue des formes langagières banalisantes provoque un effet non banalisant.<sup>4</sup>

Dans un premier type de comparaisons, on oppose sa propre situation à celle d'autres femmes, les effets des hormones à ceux produits chez d'autres femmes ou à ceux présentés par les médecins; on oppose la lourdeur de la FIV à la lourdeur de l'accumulation de traitements subis par d'autres femmes, les problèmes conjugaux des autres provoqués par l'infertilité et les traitements à sa propre relation harmonieuse, etc.

«Pis à 28 ans peut-être aussi que les médicaments tu le prends pas mal mieux qu'à 40 ans, parce que il y en avait là-bas là, tu arrivais le matin là, (...) ils avaient l'air d'avoir passé la nuit sur la corde à linge tandis que nous autres on arrivait pis on était en vacances, on s'en va à la clinique le matin pis après ça on s'en va aux courses on se promène, on sort là on reste pas là à penser rien qu'à ça là fait que. Pis vu que c'était pas une question de vie ou de mort ben c'était moins pire.» (e-6)

«Moi j'ai jamais eu d'effets secondaires. (...) J'ai jamais... deux-trois matins tu te lèves déprimée... mais ç'a ben été. Juste un moment donné les prises de sang. Tu en as pendant une semaine. Ben là tu, tu as l'air d'une junkie, les fesses c'est bleu, t'sais à tous les matins c'est la piqûre icitte, tu arrives là-bas une autre piqûre, là ils te repitchent une échographie, une prise de sang pis... Ça c'est stressant. Mais à part de ça, pas pire là. Je me suis jamais levée en pleurant le matin. Tandis qu'il y en avait d'autres là-bas tu arrivais le matin là, mon dieu, ça va mal à la shop.» (e-6)

«(...) elle a fait toutes sortes d'affaires, de traitements pis ils ont jamais trouvé c'était quoi son problème pis, ça je trouve ça pire. (...) T'sais comme nous autres bon il nous dit, bon tu peux pas avoir d'enfant tu es stérile à cause de ça ça ça mais tu as ça à faire. Tandis que une personne qu'ils savent même pas pourquoi (...) me semble que c'est pire. T'sais, sans le savoir pourquoi, me semble que c'est plus compliqué pis que tu fasses 56 000 tests sans savoir pourquoi, tandis que nous autres on n'a pas vécu ça dans le fond, on n'a pas vécu de de stress bon c'est de ta faute c'est de ma faute ou...» (e-6)

On compare également certains éléments du traitement à d'autres:

«(...) après l'insémination il faut que tu attendes deux semaines, pis ça, on dirait que ça, l'attente est plus longue que le traitement dans le fond, ça c'est pire que pire. C'est vrai. Parce que quand tu fais le traitement ça va vite, à tous les matins

<sup>4</sup> La banalisation dont il est question concerne moins la technique FIV elle-même que sa lourdeur. La FIV, en effet, n'est pas présentée comme une technique «banale»; au contraire, elle est associée à la «science-fiction», à quelque chose qu'on ne «rencontre pas à tous les coins de rue». Cependant, ce caractère ésotérique de la FIV permet de l'associer au progrès sans pour autant lui adjoindre un côté inquiétant, comme c'était le cas dans d'autres cas étudiés plus tôt. Je reviendrai plus loin sur cet aspect.

tu y vas tatata. (...) c'est comme deux semaines à la maison tu seule, (...) il y a tant de jours tu seule à la maison au Lupron après ça tu y vas pis là ils te donnent du Pergonal t'sais ils checkent, tu as comme deux semaines et demie à aller à la clinique pis deux semaines de piqûres chez vous, tu déjeunes avec les seringues le matin ça c'est pas drôle mais... (...) Après ça ils te font l'insémination. Mais le temps que tu sais que ç'a-tu marché ç'a-tu pas marché, me semble ça ç'a été pire.» (e-6)

On compare encore la FIV à l'expérience antérieure vécue personnellement en médecine (la lourde chirurgie au bout de laquelle on s'est retrouvée stérile). Il semble qu'on tente par là de dissocier la FIV d'autres genres de traitements médicaux, comme si on tentait de sortir la FIV de la médecine qu'on dit «haïr». Ainsi, on dit qu'on aurait recommencé la FIV si elle avait échoué même si on n'aime pas les médecins, ce qui est tout dire.

«J'ai fini le traitement ils m'auraient dit ç'aurait pas marché tu le referais-tu, je l'aurais fait 100 milles à l'heure (...). Pis moi pis les médecins c'est l'enfer.»<sup>5</sup> (e-6)

«(...) à côté de mon opération la clinique ç'a été 50 fois plus facile que l'opération, 100 milles à l'heure, physiquement c'était rien là, c'était niaseux, des petites piqûres à tous les jours (...).» (e-6)

La FIV est présentée comme un traitement différent. Cette différence tient au fait que les médecins et infirmières rencontrés sont «l'fun», au fait qu'à la clinique toutes les personnes ont le même genre de problème. En plus, la FIV «a bien été» dans son cas contrairement à celui d'autres femmes; elle n'a pas subi les effets appréhendés des hormones. La comparaison de la FIV avec d'autres traitements subis (la chirurgie) et avec d'autres traitements pour la fertilité subis par d'autres femmes (comme les traitements hormonaux étendus sur plusieurs mois qui s'avèrent coûteux et inefficaces), avec l'accumulation de traitements et de tests qui sont à la longue du «niaisage» où les médecins «pitchent» les gens d'un côté et de l'autre, tend à faire de la FIV un traitement idéal et différent, presque une panacée qu'on devrait donc proposer plus rapidement aux femmes (et rendre accessible à moindre coût). Ces comparaisons ne modifient pas le caractère pénible de la FIV; celle-ci est «moins pire» que tout ce qui précède... mais elle n'est, apparemment, que moins pire.

«T'sais comme lui il dit ah ma blonde a été brave, t'sais là il est tout fier [rire] de ça là. Fait que... **Toi qu'est-ce que** Ah moi je me suis trouvée ben brave [rire], même des fois je te dis, ah tabarnouche comment j'ai fait, t'sais là [rire]. **Tu te dis ça des fois?** Ah oui, je me dis moi qui aime pas les docteurs là, je me suis trouvée bonne là, ayoye! T'sais surtout comme moi c'était moins pire là, c'était pas

<sup>5</sup> Cet extrait apparaît, pourrait-on dire, comme une façon de parler; il semble signifier qu'en comparaison des autres choses la FIV est «moins pire», puisque plus loin la perspective d'un nouvel essai est présentée avec beaucoup moins d'enthousiasme.

une question de vie ou de mort là<sup>6</sup>, fait que ç'a été, là je me dis ayoye je suis bonne hein. (...) même des fois je lui dis hey on a été bon pareil là, d'avoir tout fait ça là, c'est pas tout le monde qui l'aurait fait là, on a été pas pire pareil. (...) Même lui il sait comment j'aime pas les docteurs pis des fois il dit ah j'en reviens pas tu as fait ça à tous les jours tu y penses-tu là, ah non fais-moi le pas penser là [rire] je suis de bonne humeur là, mais. Non c'est pas pire.» (e-6)

«Mais j'étais déçue, moi je voulais des jumeaux. **Tu étais déçue d'en avoir juste un?** Oui, je voulais avoir des jumeaux. **C'est vrai?** Oui, parce que tu dis c'est pas une affaire que tu recommencerais... Ben dans notre cas oui parce que j'ai quand même juste 28 ans, c'est pas la fin du monde.» (e-6)

Outre les comparaisons, la récurrence des mentions se rapportant à ce qui «aide» à faire la FIV tend à la fois à réduire le caractère pénible de la FIV tout en le confirmant.

Ainsi le fait de ne pas nourrir d'espoir personnellement à travers le traitement est souvent présenté comme un des facteurs ayant facilité la FIV dans son cas.<sup>7</sup> La gentillesse du personnel médical, le suivi psychologique offert par la clinique «aident» à faire la FIV. L'assistance de psychologues est présentée comme un moyen de prévenir les problèmes conjugaux pouvant survenir au cours de la FIV quand celle-ci est investie de tant d'espoir que le désir d'enfant devient une «obsession» et menace le couple. Par ailleurs, le fait de parler avec les autres personnes présentes dans la salle d'attente est une source de support.

«Fait que ça ça aide un peu parce que tu en parles, tu as plein de monde, là tu jases pis il y en a un qui est rendu là l'autre il est rendu là pis comment ça va pis t'sais c'est.» (e-6)

«(...) tu y vas à tous les jours pendant un mois ben tu te connais, là ça jase blablabla, fait que c'était pas... tu avais pas l'impression que tu étais plus malade qu'un autre là, tout le monde est là pour ça de toute façon là, c'était moins, moins stressant là. Fait que c'était ben le fun. Il y en avait là-bas qui peut-être aussi que les conjoints étaient peut-être moins là, t'sais si tu feel pas le matin pis tu t'en vas là, déjà en partant bon j'ai un problème je suis là c'est de ma faute pis tu es plus déprimée tandis que là-bas nous autres, (...) on jasait, un moment donné c'est tout le temps le même monde tu commences ton traitement c'est une nouvelle batch pis là tu te retrouves un mois de temps avec les mêmes personnes, c'est comique. Tu jases, tu placotes, c'est plus drôle là.»<sup>8</sup> (e-6)

Un autre facteur d'«aide» réside dans le fait même d'être affectée par le traitement. Cet élément exige une courte explication. J'ai mentionné dans le premier point du chapitre que

<sup>6</sup> «Pour moi c'était moins pire, c'était pas une question de vie ou de mort» signifie qu'elle ne tenait pas à avoir un enfant, au point de faire la FIV et certainement pas à ce moment là puisqu'elle se relevait à peine d'une chirurgie et que ses «cicatrices [n'étaient] même pas sèches».

<sup>7</sup> A ce titre, il faut rappeler que pour la femme le recours à la FIV ne vise pas la procréation mais la satisfaction du désir du conjoint. L'engagement personnel dans le traitement est relatif, bien que la personne physiquement soit engagée fortement - et forcément - dans la FIV.

<sup>8</sup> La «nouvelle batch» renvoie ici à la façon de procéder en FIV par cohorte.

la femme concernée ici ne visite le médecin qu'en cas de nécessité donc en cas de maladie évidente plutôt que dans une perspective préventive (qui semble lui être étrangère). Il est insensé de visiter un médecin quand on n'est pas malade. De ce point de vue, le fait de se sentir mal en cours de traitement devient en quelque sorte une bonne raison d'aller à la clinique étant donné que les motifs de l'engagement dans la FIV sont détachés d'une certaine façon des effets habituellement attendus (une grossesse, un enfant). En d'autres termes, les malaises donnent un sens aux visites répétées à la clinique.

«Je me levais le matin pis j'avais le taquet bas, mais j'avais plus l'impression, c'est bizarre là mais j'avais l'impression d'aller chez le médecin parce que j'avais quelque chose.»<sup>9</sup> (e-6)

Enfin, la présence constante du conjoint est présentée comme un facteur d'aide, de même que l'absence de pression de sa part associée à la demande de faire la FIV.

«Pis les traitements, moi j'ai trouvé ça facile, parce que lui il était tout le temps là, prélèvement il était là, l'insémination il a tout le temps été là, prise de sang à tous les matins il était là, ils faisaient des échographies il était tout le temps là lui, fait que ç'a ben été.» (e-6)

«(...) on a été pas pire pareil. Autant l'un que l'autre là. Parce que lui dans le fond aussi il a été correct, il a fait les traitements il a toujours été là, j'aurais pas feelé une journée pis... T'sais un, t'sais quand tu as, c'est ça, j'avais le choix là, c'était pas heavy là. J'aurais pas voulu continuer ç'aurait été fini bon, t'sais on niaise pas pis c'est tout là.» (e-6)

«(...) lui il disait au moins essayer une fois. Pis même pendant les traitements c'était clair, parce que lui aussi un moment donné, c'était ben beau tout ça qu'est-ce qu'ils disent là mais tant que tu l'as pas faite tu le sais pas là t'sais, tu, tu le sais pas là à quoi tu vas t'attendre. Pis là on arrivait là, il y a des matins qu'on, on voyait le monde dans la salle, mais il y avait des femmes qui avaient l'air le taquet bas pis que, bon, les, les hormones ben là ça fait débalancer ton système, ça... Pis lui ça il trouvait ça moins, moins comique, mais c'était clair net et précis que si j'y allais, si jamais un moment donné là pendant le traitement que je feelais pas lui il arrêta tout. Il m'avait dit là écoute si tu te lèves un matin pis tu es tannée là tu en as plein ton casque là, ben il dit au moins je sais que tu auras essayé, c'est pas parce que tu voulais pas, tu as essayé pis tu as pas, tu feelais pas ben fait que, fait que il aurait tout arrêté. Même s'il y aurait eu 5 000 en jeu lui, il disait écoute j'aime mieux te garder là, 5 000 piastres c'est pas la fin du monde, t'sais tu vas être mieux après, c'était pas, c'était pas grave. Fait que dans le fond je me dis j'étais ben backée pareil (...).» (e-6)

En fait, à travers l'attitude «aidante» du conjoint, c'est également une confirmation en quelque sorte de l'attachement du conjoint à soi qui est perçue. En ce sens, la présence du conjoint est une aide pour faire face à un risque qui apparaît plus important que les risques

<sup>9</sup> Cet extrait est inséré, dans l'entrevue, dans une énumération d'éléments ayant réduit la lourdeur de la FIV.

physiques, à savoir le risque de divorce. Elle confirme que le risque de rupture est écarté. On voit ici ressurgir le but visé: satisfaire le conjoint, lui donner la preuve qu'on veut lui permettre de réaliser son désir d'enfant. C'est apparemment également ce qui est entre autres recherché par le conjoint («au moins je sais que tu auras essayé, c'est pas parce que tu voulais pas»).

La FIV est «moins pire» quand, à travers elle, la relation est confirmée en tant que chose importante pour le conjoint. Le caractère pénible de la FIV apparaît comme une occasion de s'assurer de l'amour de l'autre; réciproquement, celui-ci contribue à réduire la lourdeur. Dans l'extrait suivant, la reconnaissance de la lourdeur de la FIV par le conjoint semble jouer pour provoquer une minimisation de la difficulté, comme si une fois reconnu ce qu'on fait pour lui il n'est pas nécessaire d'y insister (sur cette difficulté).

«[pendant le prélèvement des follicules] un moment donné j'ai steppé 20 pieds de haut pis ça faisait mal pis lui il dit là là tu étais blanche comme un drap il dit si tu steppais une autre fois là on arrêtais tout j'arrêtais tout pis c'était fini drette là. Pis on était rendu à un poil de la fin là pis lui là il était pas capable là. Si là tu aurais, ils t'auraient pas plus endormie il dit c'était ben de valeur mais moi j'arrêtais tout, quand même qu'ils auraient pris un ovule ou deux ou, qu'ils auraient même pas commencé je m'en foutais je voulais pas te... **te voir souffrir?** Lui il se sentait, lui dans le fond de lui il se sentait ben plus coupable que moi, parce qu'il avait l'impression que c'était de sa faute à lui qu'on y allait mettons, pas que c'était de sa faute parce que c'est moi qui a le problème physique mais que lui me poussait là fait qu'il avait l'impression que c'était de sa faute si je souffrais pis là là c'était plus drôle là (...) mais t'sais là, c'est bizarre mais c'est lui qui était rendu qui se sentait coupable à la fin là. T'sais si j'avais des bleus tout partout c'était lui qui se sentait coupable là, pis il disait crime tu fais pitié là, (...) t'es-tu sûre que tu veux pas arrêter pis là je disais ben non ça fait pas mal c'est juste, c'est fatigant mais c'est toute, c'est pas la fin du monde là.» (e-6)

Ainsi les NTR apparaissent comme des procédés plutôt pénibles et ce trait occupe une place importante dans la représentation. On subit physiquement mais surtout psychologiquement les procédés appliqués sur soi. On pourrait considérer que cette dimension des NTR qui est aussi très présente dans la première représentation ne distingue pas cette représentation-ci de la première, puisque aussi bien dans la première représentation les NTR apparaissent comme des moyens éprouvants. Cependant, cette dimension doit être reliée à l'ensemble des dimensions contribuant à la construction de ce que sont les NTR. Et, de ce point de vue, les stratégies utilisées dans la première représentation visaient non seulement à banaliser (le plus souvent) ou à dramatiser les problèmes mais surtout à mettre en évidence le contrôle qu'on exerce soi-même ou le contrôle exercé par d'autres. Or dans le premier cas examiné ici la stratégie est nettement dramatisante et n'est pas accompagnée de tentatives pour montrer qu'on exerce ou qu'on

perd du contrôle et, dans le second cas, où la tendance est plutôt banalisante, on montre non pas un contrôle exercé par soi ou d'autres mais seulement le caractère moins dramatique pour soi de l'épreuve comparativement aux autres. C'est une «chance» qu'on a eue soi-même, contrairement aux autres, de passer à travers la FIV sans trop de problèmes.

La troisième sous-dimension éclaire ce point de vue qui commence seulement à apparaître dans les sous-dimensions précédentes. En effet, on verra dans les prochaines pages que le caractère pénible des NTR n'est qu'un élément qui contribue à faire des NTR quelque chose que l'on subit.

#### *Action technique et responsabilité dans l'efficacité*

La responsabilité de l'efficacité des NTR est attribuée dans cette représentation à Dieu qui trace le destin de chacun. C'est Dieu, en dernière instance, qui décide du dénouement des efforts déployés par les individus.

«T'sais on est croyant (...) Comme nous autres on disait, c'est pas à nous autres de décider si ça va marcher ou pas. Ça marche? tant mieux mais si ça marche pas c'est pas de notre faute à nous autres là. C'est pas quelque chose qu'on n'a pas fait on a tout fait pour que ça marche là. (...) Fait que lui dans le fond il l'a, c'est ça, ç'a été fait c'est parce que le bon Dieu le voulait là, c'est ça.» (e-6)<sup>10</sup>

«J'avais 2 enfants, un mari, je suis à la maison, je peux faire l'éducation des enfants, oh c'était la belle vie. Je me disais souvent mon Dieu vous m'aimez à ce point? C'est comme si j'étais la femme la plus heureuse au monde, j'étais comblée (...).» (e-14)

La femme/le couple, les médecins, la technique ressemblent à des médiateurs de l'action divine. La responsabilité des médiateurs consiste à mettre en place les conditions qui favoriseront l'efficacité technique si le plan divin permet d'actualiser le désir. Cette façon de présenter l'action accomplie à travers la technique n'ôte pas aux personnes la responsabilité à l'égard de cette mise en place mais la responsabilité à l'égard du résultat final. C'est ce pourquoi le fait de recourir à la médecine et aux NTR ne va pas à l'encontre

---

<sup>10</sup> Cet extrait illustre un trait récurrent dans cette entrevue: la répondante parle en donnant les opinions ou les vues de son conjoint au lieu des siennes. Selon les aspects traités, les opinions du conjoint rejoignent les siennes ou non. Dans le présent cas, on peut considérer que l'opinion du conjoint est conforme à la sienne puisque l'usage du «on» (est croyant) la lie à l'énoncé. Il faut préciser qu'elle utilise très souvent le pronom «je» ou «on» (nous) indifféremment, ce qui produit parfois des incongruités comme on le verra plus loin. D'un autre côté, l'enjeu de la relation conjugale (en elle-même et en tant qu'elle donne accès à un réseau social plus large) est à ce point important dans le présent cas qu'il est possible qu'il camoufle la «véritable» pensée de la femme. Dans l'état des choses accessibles cependant, il est impossible de distinguer cette «véritable» pensée de celle du conjoint (si en effet elles sont distinctes), à moins, comme cela se produit parfois, que la femme les distingue elle-même.



des convictions religieuses, l'attitude fataliste concerne le résultat plutôt que l'état d'infertilité.

L'infertilité elle-même est entre autres définie en termes physiologiques (et relationnels, comme on l'a vu plus haut) qui autorisent l'intervention humaine (par la technique). La croyance religieuse fournit des cadres normatifs et le sens du résultat obtenu. Puisque les NTR peuvent permettre de procréer, créer la vie, elles ne vont pas à l'encontre (dans certaines limites cependant comme on le verra plus loin) de sa religion, contrairement à l'avortement. Dans les deux cas, en effet, l'opposition à l'avortement est affirmée et est présentée comme relevant de l'adhésion à la religion catholique.

«(...) on est tous les deux un peu catholiques sur les bords. T'sais on est croyant, on est croyant. (...) Comme mon chum il est contre l'avortement, lui ça lui rentre pas dans la tête là. Lui il dit c'est pas à une personne de décider qui c'est qui vit pis qui c'est qui meurt.» (e-6)

«(...) moi je suis catholique apostolique romaine pratiquante, je suis contre l'avortement je vous le dis [rire].» (e-14)

Le dernier extrait est nuancé plus loin; l'avortement est admissible en cas de viol ou de danger pour la vie de la femme. Mais dans de tels cas, la décision n'appartient pas à la femme.

«C'est là que je vous dis que je suis contre l'avortement. Je parle pas d'une femme que sa vie est exposée là, il faut sauver la vie, l'enfant ou la femme, ou bien une femme qui se fait violer et puis mon Dieu qui a toutes sortes de choses. Ça ce sont des cas problèmes que j'appelle là ok, c'est la famille, le médecin, le cortège médical, c'est à eux de décider, c'est eux qui peuvent savoir.» (e-14)

Ce détour par l'attitude à l'égard de l'avortement est instructif sur un point important: l'autodétermination n'est pas nécessaire et même n'est pas un enjeu. La façon de présenter l'action accomplie à travers le traitement et les NTR est cohérente avec ce trait fondamental. Une fois engagée dans le traitement, on s'en remet aux autres, aux médecins, on s'abandonne en quelque sorte à un traitement que quelqu'un d'autre fait sur soi. «S'en remettre» ici ne prenant pas figure d'action (contrairement à ce que l'on trouvait par exemple dans la première représentation où «faire confiance» était une action volontaire).

Ce trait est nettement marqué dans le premier cas où la femme subit un traitement hormonal suivi d'une IA. L'action personnelle de la femme consiste à partir «à la recherche d'un enfant» (e-14) c'est-à-dire à s'engager dans le traitement «jusqu'au bout». Le reste relève des médecins. Les raisons de l'hospitalisation, des examens gynécologiques répétés

pendant l'hospitalisation et même de l'IA font l'objet d'hypothèses (et non de certitudes) à propos de ce qui est recherché par les médecins. Ces diverses «étapes» qui sont pourtant des sources importantes de problèmes pour la femme, si l'on se souvient, ne font pas l'objet de questions adressées au médecin et encore moins de résistance. Ces étapes sont décidées par lui et on doit donc s'y soumettre.

«Je pense que, et il ne me l'a pas dit tout au début, non il ne me l'a pas dit. Il me l'a dit... (...) vers jeudi il me dit vous savez madame je pense que maintenant il va falloir qu'on parle à votre mari parce que là le terrain est bien préparé. Alors moi je pensais que c'était pour lui parler pour nous dire quoi qu'il faut faire, les heures qu'il faut faire ça et patati patata, et j'ai, avant même qu'il continue je lui ai dit pourquoi? pis là il me dit c'est pour une insémination artificielle. J'ai dit ah oui? Là je me suis dit mon Dieu, est-ce qu'il va falloir réellement faire ça, faut passer par l'étape de ça. J'ai dit ok je vais lui en parler.» (e-14)

«**Pourquoi il fallait que ça se fasse par insémination artificielle?** Euh... Pour moi la raison pour laquelle le médecin il voulait, le fait que au point de vue médical, pour moi c'est ma façon de penser, que tout était beau, tout était bien préparé pourquoi ne pas prendre la chance à 100% de faire l'insémination, parce qu'après il fallait avoir des relations pendant toute la semaine je pense, continuer à en avoir même si on ne s'aimait pas, on se haïssait [rire], il fallait toujours en avoir t'sais comme pour solidifier les bases, c'est la façon que je le vois, donc c'était tellement beau pourquoi ne pas prendre la chance de le faire tout de suite là, de mettre la quantité de sperme qu'il fallait pour ne pas perdre... **L'occasion** l'occasion c'est ça. Donc pour moi c'est à cause de ça qu'ils l'ont fait. Ça aurait pu être fait sans ça, d'après moi, mais c'était plus sûr, c'était plus sûr pour eux. C'était plus sûr pour eux.» (e-14)

Dans le second extrait, l'hypothèse développée à propos des raisons de l'IA est relative à la plus grande efficacité, attendue par le médecin, de l'IA comparativement aux rapports sexuels, ceux-ci servant à «solidifier» les bases fournies par l'intervention médicale. Dans l'IA, le médecin met la «bonne quantité de sperme» dans l'utérus. Après quoi, on demande à la femme «de tourner un bord, de tourner un autre bord» de façon à ce que «ça se propage dans toute la matrice d'après moi, pour avoir plus de chances encore.» (e-14)

L'action du médecin, dans la procédure d'IA comme dans l'hospitalisation et les examens gynécologiques d'ailleurs, est interprétée comme potentiellement efficace du point de vue de la grossesse à obtenir, étant donné le contrôle exercé. Les décisions et actions du médecin apparaissent dignes de confiance *a priori*.

«(...) **pourquoi on vous gardait à l'hôpital de fait pour ce traitement-là?** A ce moment-là... je sais pas pourquoi. (...) quand j'ai parlé aux infirmières après ils m'ont dit on fait plus ça à l'hôpital maintenant, (...) on garde plus les personnes maintenant à l'hôpital. Pour moi je sais pas pourquoi. Peut-être parce que l'endocrinologue, pour moi c'est au niveau de l'endocrinologue. Il voulait avoir un suivi à 100% (...).» (e-14)

«Ces examens [gynécologiques, à répétition] pour moi c'est pour voir l'état de la matrice, (...) c'est surtout ça d'après moi si c'est, si le terrain est réellement bien préparé pour l'implantation de du spermatozoïde.» (e-14)

Dans l'autre cas, une certaine ambiguïté flotte à propos de la part des divers acteurs et actrices impliqués. Sa propre part est reconnue en même temps qu'elle disparaît sous celle du conjoint et des médecins.

En effet, dans la FIV les hommes n'ont «pas grand chose à faire», contrairement aux femmes:

«Il y avait ça à essayer pis lui il voulait absolument l'essayer. Si ça aurait pas marché on aurait fait d'autre chose mais... lui c'était clair net et précis dans sa tête, il s'en allait là pis c'est tout là, c'était pas... **Ok, et toi?** Ben moi je trouvais ça moins évident admettons parce que, lui dans le fond ils ont pas grand chose à faire là là, tandis que nous autres c'est plus les traitements, les piqûres à tous les jours c'est un mois de, c'est un mois ben intensif là, les piqûres de Lupron à la maison, après ça tu as le Pergonal, Profasi, les prises de sang à tous les jours, blablabla (...).» (e-6)

Mais d'un autre côté, le conjoint fait beaucoup:

«(...) dans le fond c'était mon problème à moi mais lui l'a fait avec moi d'un bout à l'autre, à tous les jours il venait à la clinique, il a pris ses vacances pour ça (...).» (e-6)

L'action accomplie dans la FIV est associée à des efforts fournis par tous ceux et celles impliqués.

«(...) tu as travaillé pour là, t'sais me semble c'est... Je le sais pas. Lui... des fois c'est, il parle mettons à son monde là il est tout fier il a travaillé pour avoir (rire) cet enfant-là (...).» (e-6)

«**Tu as l'impression aussi d'avoir, comme lui dit, travaillé?** Ouais c'est ça là (...) même des fois je lui dis hey on a été bon pareil là, d'avoir tout fait ça là, c'est pas tout le monde qui l'aurait fait là, on a été pas pire pareil. Autant l'un que l'autre là. Parce que lui dans le fond aussi il a été correct, il a fait les traitements il a toujours été là, j'aurais pas feelé une journée pis...» (e-6)

«(...) c'est sûr qu[e le médecin] prêche pour sa paroisse mais il est tellement content que ça marche ses affaires pis ils prennent tellement ça à coeur que, on dirait qu'ils feraient n'importe quoi pour que ça marche là. Nous autres on est sorti de là on était content, (...) mais les infirmières étaient aussi contentes que nous autres, elles étaient même plus contentes que nous autres là, t'sais, quasiment là. Quand on a vu le docteur après deux semaines là, il était tout fier là. T'sais comme ah wow, pis il était tout content pis ahah il avait travaillé fort lui aussi là.» (e-6)

La référence au travail, comme dans la première représentation, est une façon de dire l'effort fourni à travers la multiplicité des actes posés. On aura remarqué la tendance à

minimiser sa propre action dans la FIV, sa part dans la réussite. Les injections que l'on se donne soi-même, à la maison, dans la première phase du protocole de FIV, ne sont pas présentées comme une action significative donnant une prise sur le processus, comme si l'on se faisait subir à soi-même des injections.

«C'est pas évident regarder un paquet de seringues à tous les matins pis te dire ouais je me pique pour déjeuner là t'sais c'est... (rire) pas ben appétissant le café pis la seringue là, ça j'ai trouvé ça dur un peu là mais, c'était pas pire.» (e-6)

Les piqûres demeurent des piqûres et non une étape dans la procréation de l'enfant. Pour la femme ici faire la FIV n'équivaut pas à «faire un petit», contrairement au conjoint, même si l'on sait, bien évidemment, que la FIV peut mener à un tel résultat; faire la FIV c'est «faire son possible».

«(...) j'avais l'impression des fois d'aller là pour, ma piqûre ok là, je m'en retourne chez nous là. **comme si tu voyais pas** Ouais c'est ça là **éventuellement le bébé au bout?** j'y allais le matin, c'est ça là, t'sais on s'était pas mis... Lui peut-être un peu là (...) lui il le faisait pour ça (...).» (e-6)

«(...) le fait d'y aller lui c'était comme, ah wow on va faire un petit là t'sais lui c'était le bébé qu'il voyait tout le temps (...).» (e-6)

«(...) comme je suis allée mais je m'attendais pas... à rien. (...) Non, pas à rien mais, t'sais comme, c'est pas moi qui va décider ça là de toute façon ça marche ça marche pas, mais moi je fais mon possible c'est tout. Quand même que je pleure que je fais ci que je fais ça, qu'est-ce que tu veux faire là.» (e-6)

Le conjoint et les médecins semblent avoir la plus grande part dans l'action. D'autant que le conjoint «joue au docteur» en assistant aux procédures; le fait d'être là participe de l'action effectuée.

«Mon chum était tellement fier d'expliquer comment ce qu'il avait fait là [rire], pis qu'il avait joué au docteur pis t'sais là qu'il était là pis qu'il avait vu ça pis t'sais là il disait à tout le monde hen toi tu as eu ton, tu l'as vu à tant de mois, moi je l'ai vu il était petit de même (...) il expliquait tout ça en détail lui là là [rire], la grosse affaire là.» (e-6)

En fait, du point de vue de la femme, la procédure technique de la FIV ne semble pouvoir signifier la procréation que dans la mesure où le conjoint est présent, et très présent. Faire la FIV équivaut à «faire un enfant à deux» dans ce cas, ce qui signifie procréer. L'implication dans l'une ou l'autre des procédures elles-mêmes, le fait de faire concrètement quelque chose comme s'injecter des hormones, semblent insuffisants pour parler de procréer, de «faire» l'enfant.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> De son point de vue à elle plutôt que du point de vue du conjoint.

Ainsi, malgré qu'il s'agisse de la FIV, malgré donc qu'on applique soi-même une partie du protocole médical, on se place, dans ce cas comme dans l'autre, sous l'autorité médicale. C'est la médecine qui agit à travers ses propres actes. La confiance en la médecine, comme dans le cas précédent, n'est pas une «action», et ce malgré l'aversion pour les médecins. Cette confiance est en fait une confiance en l'efficacité des procédures.

«(...) tu sais-tu à peu près comment ça marche? **Oui en gros.** Bon ok. Quand on a eu la stimulation ovarienne eux autres ce qu'ils font c'est qu'ils te donnent, pour que tu aies le plus d'ovules dans ton ovaire. Nous autres on en avait six. Ce qu'ils font c'est qu'ils prennent les trois plus fortes, ils t'inséminent avec les trois plus fortes pis ils peuvent prendre les autres pis ils peuvent geler pour plus tard.» (e-6)

L'efficacité repose en partie sur le fait que les ovules fécondés inséminés (transférés) sont les plus «forts». Mais également sur le fait qu'on en transfère trois au lieu d'un.

«(...) ils t'en inséminent trois pour être sûr que il y en ait au moins un qui prenne. Mais ben souvent il y en a qui ont des triplés, il y en a qui ont des jumeaux (...) pis il y en a qui en ont juste un. **C'est-à-dire que les autres sont éliminés** C'est ça. Mais c'est... Je sais pas comment, pourquoi il y en a qui se collent plus que d'autres là mais.» (e-6)

Il peut sembler surprenant qu'on accorde une importance aux chances accrues fournies par les procédés décrits ci-haut étant donné que l'efficacité soit par ailleurs présentée comme une décision divine. En effet, outre ces procédés, on accorde foi aux taux de réussite fournis par la clinique. Davantage, ces taux sont présentés de telle sorte que la FIV, comme je l'ai mentionné dans la partie précédente, prend figure de panacée.

«Dans le fond la fécondation *in vitro* elle coûte cher mais c'est 50-50. **Tu veux dire?** Les chances sont rendues à, comme là cette année elles sont rendues à 49.9% de chances que ça marche. Au lieu de faire niaiser une personne pendant cinq ans sans jamais trouver de problème là, t'sais qu'ils essaient je le sais pas pendant un an de trouver un problème mais si au bout de ça il y en a pas, ils en voient pas, ben qu'ils fassent ça tout de suite là, au moins tu as 50-50 que ça marche là. Si ça marche pas là ça va peut-être marcher la deuxième fois, tu es pas chanc[euse], t'sais si tu le fais trois fois un moment donné il faut que ça marche à quelque part là.» (e-6)

Il n'y a pas d'association nécessaire entre un problème physiologique défini et la FIV, celle-ci peut permettre de procréer et, par là, d'éviter des problèmes plus graves comme des divorces et des dépressions. Cette FIV-panacée porte, par ailleurs, une étrangeté et introduit dans l'étrangeté.

«(...) je trouve que quelqu'un qui commence un programme comme ça là on dirait que tu embarques dans un livre de science-fiction. (...) c'est tellement, c'est

tellement pas imaginable qu'est-ce qu'ils font là. (...) t'sais geler pis dégeler me semble tu te dis tabarnouche qu'est-ce c'est ça t'sais.» (e-6)

«(...) **tu dis c'est un peu de la science-fiction** Ouais ben moi je trouvais parce que tu es pas au courant de rien. Tu arrives là-bas pis ils t'expliquent toutes sortes d'affaires, des affaires que tu es même pas au courant que ça se fait pis tu te dis tabarnouche. Comme moi ça me rentrait pas dans la tête là l'histoire de geler, même aujourd'hui là quelqu'un me demande comment ce qu'ils font, je le sais pas pantoute moi. Ce que je sais c'est que c'est des cellules vivantes, ils les gèlent ils les dégèlent pis ça vit pareil là t'sais c'est comme... pas évident là t'sais là. Il y a des chances que ça marche pas par exemple mais tu as quand même une chance de 50-50 qu'ils survivent au dégel, ben c'est pas évident là, tu penses à ça là tu te dis bon. T'sais c'est aussi, toute les comment ce qu'ils le font, la préparation, quand ils t'inséminent ils te montrent tes cellules là qu'est-ce qu'elles ont l'air là. (...) ils te montrent ça au microscope ils t'installent pis, ça ç'a, t'sais quand tu regardes ça pis tu te dis ayoye c'est ça qui fait un bébé t'sais c'est comme... bon, ah ouais? (rire) me semble c'est dur à, à concevoir. Moi je pensais, un bébé-éprouvette avant, avant je pensais moi que c'était un bébé qui se développait en éprouvette là, je le sais pas là, c'est pas évident là.» (e-6)

«[J]e sais pas comment, pourquoi il y en a qui se collent plus que d'autres là», «c'est pas imaginable», «ça me rentrait pas dans la tête», «c'est dur à concevoir»: la FIV est laissée dans l'ésotérisme, introduit du mystère. La résolution de ce qui est vu comme des mystères ne semble cependant pas nécessaire avant de faire la FIV, pour faire la FIV. L'étrangeté de la FIV ne gêne pas, ne crée pas de malaise, ne semble rien heurter de fondamental.

Ce trait, ajouté au caractère panacée de la FIV, marque bien qu'on s'abandonne en quelque sorte à des procédés et que ces procédés sont mystérieusement efficaces. En fait, l'attribution à Dieu de l'efficacité dernière n'est pas contradictoire avec la reconnaissance de l'efficacité de la FIV dans la mesure où, dans un cas comme dans l'autre, la responsabilité ne relève pas de soi-même. L'ésotérisme non résolu de la FIV va dans le même sens, il maintient la personne hors de l'action. D'autant plus qu'ici on ne cherche d'aucune façon à s'«informer» sur la FIV, l'information fournie au moment du rendez-vous à la clinique suffit.<sup>12</sup> La FIV, malgré son étrangeté, n'est pas une chose qu'il faut connaître. Sur ce plan, ce cas ne se distingue pas du premier. En effet, dans le cas précédent, la femme connaissait l'IA avant d'y faire face mais n'a pas cherché des informations à propos du traitement hormonal subi.

Une certaine déresponsabilisation et une attitude de soumission à l'autorité, celle de Dieu comme celle des médecins, sont repérables dans les deux cas examinés. Les NTR, de ce

<sup>12</sup> On mentionne presque par hasard qu'on a obtenu cette information de la part de la clinique.

point de vue, n'apparaissent pas comme des procédures à travers lesquelles on agit soi-même pour atteindre son but. Ou plutôt l'«action» consiste davantage en un «abandon». Ce sont les médecins, par le moyen de procédures préétablies, qui agissent. Les médecins ne semblent pas constituer de simples outils qu'on utilise, ni non plus des «personnes» à qui on se lie. Ils apparaissent davantage comme des détenteurs d'un savoir et d'un certain pouvoir qu'ils n'ont pas à partager avec quiconque. Cependant, cette action des médecins n'équivaut pas à la procréation puisque en FIV «on fait un enfant à deux» et que, dans le cas de l'IA, l'épreuve que constitue le recours ne s'achève qu'à la naissance de l'enfant, en conséquence la procréation est l'oeuvre du couple et principalement de la femme.

*Le résultat: une preuve du lien*

Le résultat attendu de l'action médicotéchnique est, idéalement, un enfant. Mais cet enfant est largement présenté comme un symbole de l'importance des liens à conserver ou à reconstruire.

Dans un cas, l'enfant est un signe donné aux autres de son appartenance au groupe par l'adhésion que l'on manifeste à travers lui aux valeurs du groupe. Le passage par la technique, c'est-à-dire la traversée de l'épreuve, ajoute une qualité à l'enfant puisqu'il symbolise un attachement aux valeurs non matérielles à un degré tel qu'on a été disposée à se soumettre à une dure épreuve. Davantage encore, le résultat de l'épreuve est présenté comme une conversion.

«Et d'autre part aussi moi je trouve que ça m'a beaucoup changée au point de vue social parce que j'avais une frustration à l'intérieur de moi de voir que d'autres amies qui voulaient pas d'enfant pouvaient les avoir comme ça (...) Donc je me sentais malheureuse, j'étais, je pouvais même dire j'étais jalouse d'elles juste à ce niveau-là, j'étais d'une jalousie réellement... réellement malhonnête je trouve envers mes amies, (...). Mais quand j'ai eu cet enfant-là ben ç'a changé immédiatement. J'étais ouverte, je devenais plus naturelle, c'est la nature réellement que je voulais vivre, les enfants, la nature, le bien-être des autres tout ça. Avant je pense que je m'attachais un petit peu plus au matériel. Je donnais plus de valeur à ça avant. **Avant d'avoir** Avant d'avoir... mon second enfant.» (e-14)

Le résultat consiste en un changement de la personne lui permettant de revenir à ce qui est fondamental. Or le détachement relatif à l'égard du «matériel» est nécessaire pour retrouver sa position dans le groupe d'appartenance.

«(...) eux autres ils pensaient que on voulait être riche, on voulait être millionnaire alors que, c'est ça qui, ça aussi m'a poussée à faire ce traitement. **Ah oui?** Oui, ça aussi m'a poussée parce que le monde pensait que, parce que on menait réellement la belle vie à l'époque. (...) puis on nous traitait toujours de millionnaires, les petits millionnaires, c'était toujours ça. Mais ils savaient pas

qu'on souffrait, qu'on voulait avoir un enfant. Pis en dernier lieu c'est pour ça j'ai dit non je vais foncer, il faut que j'aie un enfant. Je me sentais poussée aussi de l'extérieur, du jugement que les autres portaient. **Ah oui? pour leur montrer que Oui ils avaient tort, que** Ils avaient tort. Oui. Il y a ça aussi qui m'a poussée. Ça m'a beaucoup poussée. C'est pour ça que j'ai dit coûte que coûte il faut que j'aie un enfant, et je voulais avoir plus qu'un, des enfants, des enfants. (...) Pour leur montrer que avec tout ce qu'on avait on n'était pas plus heureux que ça [rire].» (e-14)

«Elles étaient toutes surprises, disons les amies, elles étaient toutes surprises de savoir que j'étais à la recherche d'un enfant et que je suis allée passer par là [rire]. Que j'étais réellement poussée à avoir un enfant pour aller jusque là pour aller le chercher. Elles étaient toutes surprises. (...) **Étant donné ce que vous disiez tantôt qu'elles pensaient que vous vous étiez** C'est ça c'est ça, c'est ça **vous vouliez être millionnaire** C'est ça c'est ça c'est ça. C'est ça. C'est ça. [tape dans ses mains] C'est bien ça.» (e-14)

Le sentiment de diminution provoqué par l'infertilité laisse place à un sentiment de force.

«(...) je me sentais grande, je me sentais très très très grande, forte aussi. Psychologiquement j'étais très très très forte. (...) c'était une porte que je venais de passer à travers et je me trouvais dans la grande salle avec des roses [rire], c'est ainsi que je le voyais.» (e-14)

Qu'y a-t-il dans le traitement pour provoquer cet effet? Des «étapes» constituant une épreuve.

Dans l'autre cas, le résultat de la FIV consiste en un enfant désiré par le conjoint, un enfant constituant une preuve de l'attachement au conjoint et d'un désir de le satisfaire. En même temps, d'un point de vue plus général, la FIV résulte en la naissance d'un enfant désiré de façon évidente (ce trait est constaté chez les autres: le conjoint comme d'autres femmes rencontrées pour qui avoir un enfant est une «question de vie ou de mort»). Les deux types de «résultat» - l'enfant preuve de l'attachement et l'enfant manifestement désiré - dépendent largement de la difficulté traversée.

Ainsi la FIV change quelque chose à l'enfant et à la relation, leur ajoute des qualités. La comparaison de la FIV à la procréation naturelle est présentée par la dénégation des différences entre elles et par la reconduction simultanée de différences, le tout prenant la forme suivante: il n'y a pas de différence «même que», suivi d'avantages que présente la FIV.

«(...) tous les traitements ça s'est fait à deux, le prélèvement ça s'est fait à deux, l'insémination ça s'est fait à deux, toutes les échographies ça s'est fait à, tout s'est fait à deux là. Fait que je vois pas la différence moi. (...) Même qu'on a fighté ben plus qu'un autre qui aurait eu des enfants de même là. C'est pas, t'sais une personne qui s'en va en FIV c'est parce qu'elle le veut son enfant là, t'sais sont



rendus là c'est parce que tu en veux là. Fait que je vois pas la, je vois pas de différence entre les deux (...). Même que, nous autres des fois on dit ça au monde pis sont toute comme ah ouais, t'sais c'est, impressionnant. Pis là mon chum il part ouais nous autres on les a vus là c'était des cellules là, t'sais lui ça lui, (...) t'sais pour lui c'est ben impressionnant pis il a vu ça au microscope pis il était là pis t'sais là. Fait qu'on dirait que, on dirait qu'il est plus fier quasiment que si ç'aurait été fait de même là. Je le sais pas, c'est peut-être niaiseux là, mais lui il est tout fier de ça pis... (...) t'sais il a aussi une fierté là, t'sais, aussi, comme de son bord envers moi ben plus là, j'aurais tombée enceinte de même il aurait dit ok, il aurait été content, mais là de voir que... t'sais dans le fond j'ai tout fait ça pour lui, ah là là, hey là c'est c'est quelque chose là ben plus. Fait que on voit pas de différence entre les deux.» (e-6)

«Tu vois pas ça à tous les coins de rue non plus là. Moi je vois pas la différence. Tu l'aimes autant d'un bord pis de l'autre, (...) même je pense que entre le naturel pis comme la FIV mais le monde qui sont allés en FIV pis que ç'a marché ben souvent ils sont ben plus fiers parce que tu le voulais, c'est pas un accident, c'est pas comme, c'est pas planifié, (...) tu as travaillé tu l'as fait tu es fier, tu es plus con[tent].» (e-6)

Le leitmotiv «je vois pas de différence» signifie qu'il n'y a pas de perte dans la FIV, parce qu'elle est exigeante (et par là donne une preuve supplémentaire du désir d'enfant de l'un et du désir de faire quelque chose pour l'autre) et parce qu'elle n'empêche pas de «faire un enfant à deux». Le changement opéré par la FIV n'est pas d'ordre technique; la dimension proprement technique (au sens des procédures appliquées) est présentée comme quelque chose n'ayant pas d'importance ni d'impact (c'est la lourdeur qui produit un effet, la différence). L'essentiel de la procréation est conservé dans la FIV, si procréer consiste à confirmer le lien conjugal.

### **10.1.2.2 Les NTR et l'enjeu des liens aux autres**

Je l'ai déjà mentionné et on a pu le constater au long des points précédents, l'attitude à l'égard des NTR est positive. Davantage encore, les NTR appartiennent au progrès puisque, ou si, elles permettent de procréer de façon «acceptable». Dans cette représentation, procréer de façon acceptable signifie deux choses: procréer dans un cadre «normal» et maintenir ou créer des liens au lieu de les rompre. Le classement dans le progrès, donc dans ce qui est bon, n'a pour ainsi dire aucun rapport avec la présence d'un caractère artificiel ou le degré d'interventions dans la procréation. Le caractère artificiel est reconnu mais ne présente apparemment aucun problème au plan du sens, il ne constitue pas une menace au maintien de la définition de la procréation.

Dans un cas, la différence entre la procréation naturelle et les NTR réside non dans le caractère artificiel mais dans le fait de l'infertilité et dans la masturbation impliquée par l'IA

qui constitue l'élément de la technique qui heurte («dégradant») et qui contribue à en faire une épreuve. On pourrait penser que ce trait se confond avec le caractère artificiel mais ce n'est pas le cas puisque pour une femme célibataire c'est tout à fait acceptable de procéder par l'IAD (à certaines conditions que j'exposerai plus loin) et puisque la FIV est tout à fait acceptable même si l'on «prend le sperme [et qu'on le fait] féconder à l'extérieur tout ça» (e-14).

Le caractère pénible, par ailleurs, du recours à des traitements ne rend pas les NTR inacceptables. On trouve en effet une claire distinction entre les techniques difficiles mais acceptables et les moyens techniques inacceptables, les critères d'acceptabilité n'étant pas reliés aux risques physiques ou psychologiques des NTR pour les femmes mais au maintien des liens.

Ainsi, les dons de sperme sont acceptables pour les femmes célibataires s'ils ne sont pas anonymes. Le rejet de l'anonymat se retrouve aussi dans l'adoption. Il faut permettre de créer ou de maintenir des liens entre les personnes impliquées.

«Il y a les banques de sperme. Ça encore je me demande... En tout cas. Moi j'aurais bien aimé connaître au moins le père de mon enfant. Même si je ne vis pas avec lui, même si on se fréquente pas, même si il ne prendra jamais la charge de cet enfant mais j'aurais au moins aimé une fois pointer cet homme du doigt et dire à mon enfant c'est lui votre père. On sait jamais quel lien qui pourrait se créer, ça peut faire une belle histoire, une belle histoire d'amour. (...) **Mais le principe de d'aller chercher du sperme d'un donneur ou de, ça c'est pas quelque chose qui vous** Il faudrait que le donneur soit connu. (...) d'après moi ça devrait être qu'il accepte, c'est comme un don qu'il fait à cette femme-là. Donc il devrait se faire connaître. C'est tellement important qu'il devrait s'identifier. C'est l'anonymat que j'aime pas dans ça. Même si, admettons que je serais dans ce cas-là et puis je dirais que moi je prendrais la charge de mon enfant à 100%, tout ce que j'ai besoin c'est le sperme que j'ai besoin mais je veux connaître cet homme-là qui me fait ce don-là. C'est l'anonymat que j'aime pas dans ça.» (e-14)

L'IAD pour les femmes célibataires est en fait associée à la monoparentalité suivant le départ de l'homme et, plus particulièrement, à des cas connus où les pères refusent de connaître leur enfant malgré le désir de celui-ci de savoir qui est son père. C'est pourquoi l'anonymat semble associé, dans l'extrait précédent, à la volonté de l'homme plutôt qu'au désir de la femme. De plus, on peut constater que le don de sperme est placé dans la sphère des liens; le don crée ou devrait créer un lien entre les personnes. L'homme fait un don à la femme «donc» il devrait se faire connaître.

L'IAD, d'un autre côté, dans les cas où le mari est vivant, est associée à l'adultère en même temps qu'on admet que ce n'est pas la même chose. Mais ce serait peut-être «trop

forcer la main de Dieu» (e-14). Ce classement de l'IAD, dans pareils cas, rend cette technique plutôt inacceptable étant donné qu'on sort des cadres normaux et acceptables.

Le choix du sexe constitue une autre technique inacceptable. On l'associe aux infanticides des filles et aux avortements sélectifs de fœtus féminins en Chine. Ainsi le choix du sexe constitue une forme de discrimination à l'égard des femmes et une des formes de l'avortement (qui est *a priori* inacceptable, comme on l'a vu). Le caractère inacceptable de cette technique est, de plus, accentué par son association à une forme de violence à l'égard des femmes.

«Et si parce que immédiatement que c'est une fille qui arrive s'ils le veulent pas ils vont le tuer, c'est toujours ça, c'est un crime pareil. La mère n'est pas en danger, on n'a pas à sauver ni de mère ni d'enfant et puis là ce sont des expériences c'est faire servir de cobayes ces femmes-là.» (e-14)

Mais, par-dessus tout, c'est «la technique de la mère porteuse» qui constitue la pire technique. Le contrat, l'argent en jeu et les conflits sont parties intégrantes de cette «technique» et la rendent «inhumaine». Les liens naturels unissant l'enfant à la mère ne peuvent être rompus dans de telles conditions. L'enfant est l'enfant de la femme (ici le géniteur est totalement absent): elle l'a nourri pendant neuf mois et, surtout, l'accouchement crée des liens inextinguibles dans le corps même de la femme.

«Moi la technique que je n'aime pas du tout c'est la mère porteuse. (...) Je trouve c'est déchirant pour les deux. Qu'après avoir porté un enfant neuf mois que vous le donniez à quelqu'un d'autre... c'est votre enfant. Ça je trouve c'est bas bas, c'est une technique que je pense qu'on devrait réellement éliminer, je trouve que c'est inhumain réellement. C'est votre enfant. Vous l'avez porté, vous l'avez nourri pendant neuf mois et vous le voyez partir comme ça. Non.» (e-14)

«(...) la mère porteuse moi je suis contre à 100% parce qu'il y a le côté argent qui rentre en ligne de compte. (...) j'ai l'impression même si elle n'est pas en santé elle va toujours vendre son ventre pour porter l'enfant et en partant elle voit dans les mois-là qu'elle porte l'enfant, avant que les liens se créent réellement, elle voit l'argent au bout du fil, ce n'est qu'après l'accouchement là, le déchirement, parce que l'accouchement il y a quelque chose qui se passe qui est très mystérieux, il faut réellement, pour moi là, (...) c'est un morceau de chair qui sort de la mère, qui tout en sortant laisse des lignes, vous voyez ça me donne la chair de poule, tout en sortant du corps de la mère laisse des des comme des rapports invisibles qui restent, ça reste. On voit pas ça mais ce lien-là ça reste (...).» (e-14)

«Et puis ça ferait aussi comme un conflit social entre trois personnes pour créer un enf[ant], l'enfant en partant, dès sa naissance on a bâti son problème là, le problème de sa vie s'est déjà bâti, ça commence dans la justice, on le sépare en deux, (...). On a fait la vie de l'enfant, mais quelle vie mon Dieu, quelle vie. (...) Il y a un conflit qui se crée, à la base de la naissance. Déjà pas même à la base, à la base de la procréation de cet enfant (...).» (e-14)

Dans le second cas, on met l'accent sur l'étrangeté, sur l'inconnu dans la FIV mais c'est sans conséquence semble-t-il. Comme on l'a vu, le caractère ésotérique, mystérieux de la FIV ne provoque pas de rupture insurmontable, même si les mystères ne sont pas élucidés. Ces traits de la FIV n'empêchent nullement de classer normativement la FIV dans ce qui est bon et dans le progrès. Davantage encore, le fait de cet ésotérisme semble ajouter au progrès sans susciter de crainte à propos de l'apparente absence de limite.

«(...) c'est tellement, c'est tellement pas imaginable qu'est-ce qu'ils font là. T'sais comme, ils te montrent toutes les cellules comment ce qu'ils sont, ils font à cette heure la microinjection, ils sont capables de prendre un sperme qui est faible pis de l'insérer, c'est microscopique ça là, tu te dis tabarnouche ils sont capables de faire ça c'est, t'sais geler pis dégeler me semble tu te dis tabarnouche qu'est-ce c'est ça t'sais. C'est plus ça je trouve, (...) c'est rendu bon qu'est-ce qu'ils peuvent faire là, ç'a quasiment plus de limite leur affaire là.» (e-6)

Ces traits de la FIV ne la rendent pas risquée, ni en général ni au plan plus particulier du sens de ce qu'est procréer. Les NTR comportent toutes sortes d'éléments étranges mais elles permettent de procréer à deux, donc c'est acceptable. Tout est en effet centré sur le couple. En certains points, on trouve des ressemblances avec la première représentation quand on compare les NTR à la procréation naturelle; cependant, ici, la comparaison ne se fait pas avec la procréation naturelle. L'enjeu ne réside pas dans le fait que ce soit ou pas «naturel» mais dans le fait que les deux soient présents, donc que le conjoint soit présent. Il n'y a pas de réflexion à propos des procédures par exemple qui se passent temporairement à l'extérieur du corps, il n'y a pas de négation ou de minimisation des diverses étapes de la FIV pour, par exemple, accentuer la dimension du projet ou la grossesse et l'accouchement. En fait, ici il n'y a pas vraiment, pour ainsi dire, de projet d'enfant; c'est le conjoint qui «s'en va faire des petits», pas elle. L'impression qui se dégage en fait c'est celle d'une indifférence (relative) aux procédés, au sens où ils sont sans importance si le conjoint est là. Toutes les procédures sont prises en compte et tout est considéré comme ayant été «fait à deux». L'insistance sur ce trait donne lieu à des formes langagières étonnantes: «Ah nous autres ç'a marché, on a trois mois, je suis trois mois enceinte là.», «on a passé les spermogrammes», «comme nous autres (...) on a été inséminé le [date].», etc. Mais surtout, cela trace la voie de la distinction entre l'acceptable et l'inacceptable; celle-ci repose presque exclusivement sur une définition de la procréation selon laquelle un enfant «se fait à deux». Ceci signifie deux choses: 1° procréer est un signe de l'amour entre des personnes, donc de liens harmonieux et 2° procréer est une affaire de liens entre deux personnes.

Ainsi, «faire un enfant à deux» signifie que les membres d'un couple s'aiment. La procréation implique l'amour, l'absence de conflit dans le couple et, plus largement, dans les rapports avec des tiers. La possibilité du divorce (qui plane toujours comme une ombre dans ce cas-ci, qui apparaît comme le risque le plus grave accompagnant l'infertilité et les NTR) est absolument incompatible avec les efforts de procréation, même si les traitements sont difficiles.

«(...) moi je trouvais ça bizarre que la psychologue te dise ça ça cause des divorces, me semble tu fais un enfant à deux parce que les personnes s'aiment, t'sais si tu divorces t'sais me semble c'était bizarre là, tu te dis ben oui mais ils font un petit ils peuvent pas se divorcer là, me semble, pourquoi là, je trouvais ça bizarre là.» (e-6)

«(...) elle a été suivie pendant des années, elle elle en voulait c'est devenu une obsession là. Pis ç'a fait un divorce. Ça lui a coûté cher en médicaments, elle a eu une laparoscopie, il y a rien qu'elle a pas eu, physiquement ils ont tout essayé, ils ont jamais rien trouvé, ils se sont séparés en fin de compte. T'sais ç'a pas donné grand-chose là. Ç'a été le divorce.» (e-6)

Contrairement au cas précédent, les mères porteuses sont vues comme des femmes donnant un «cadeau» à un couple. *A priori*, c'est donc un moyen acceptable. Le problème accompagnant ce moyen concerne les conflits fréquents qui rompent l'harmonie nécessaire à la procréation.

«La seule affaire c'est que là les mères porteuses ça fait de la chicane parce que ben souvent elles décident de le garder là. Pis ça, je les comprends aussi là. T'sais je me dis si moi je l'aurais porté pendant neuf mois pis là j'accouche pis t'sais, c'est pas sûr que je voudrais le donner mon bébé là.» (e-6)

Comme plus haut, l'enfant né d'une mère porteuse est l'enfant de cette femme, le géniteur ou l'argent échangé ne changent pas cette vérité. Cependant, l'enfant donné devient l'enfant du couple. Le lien génétique est ici dévalué au profit du rapport conjugal. Les gamètes ou embryons donnés par des tierces personnes sont, comme l'enfant d'une mère porteuse, «un cadeau de vie» (e-6). En cas de dons de gamètes ou d'embryons, l'enfant n'est pas moins «fait à deux» si les deux membres du couple sont présents.

«(...) si la madame elle porte le bébé pis qu'elle sait que c'est pas le sperme de son mari là, dans le fond, ils vont l'avoir à deux pareil cet enfant-là, c'est elle qui va avoir la grossesse, c'est elle qui va accoucher, lui va être là là.» (e-6)

«[recourir au sperme] de quelqu'un de quelque part d'autre que tu connais pas, [son conjoint] en aurait pas vu de différence. Il aurait vécu toute la grossesse, il aurait tout vécu l'accouchement (...).» (e-6)

La dévaluation du lien génétique n'a pas pour corollaire une dévaluation du passage par le corps, la grossesse et l'accouchement apparaissant comme des moments de la procréation

auxquels participe le conjoint, donc comme des moments importants du point de vue de la définition de la procréation (faire un enfant à deux). C'est davantage le passage par le corps qui définit le lien parents-enfant que les gamètes, ceux-ci n'étant que des cellules, au même titre que l'embryon d'ailleurs. De ce point de vue, le don des cellules n'équivaut pas au don d'enfant, bien que celui-ci puisse être acceptable également (s'il n'y a pas de conflit entre la mère porteuse et le couple demandeur).

D'un autre côté, «faire un enfant à deux» est un principe ordonnant l'évaluation de l'accès aux techniques pour les femmes seules et lesbiennes. L'IAD pour une femme seule fait partie de l'inacceptable. C'est littéralement insensé de donner accès aux NTR à une femme sans conjoint; c'est «moins pire» de donner l'accès à un couple de lesbiennes qu'à une femme célibataire.

«(...) dans le fond t'sais tu veux faire un enfant ben ça y prend son père sa mère pis, mais mettons, ça se fait à deux là, c'est important là que tu aies pas une femme seule. (...) On en a nous autres une lesbienne (...) dans notre famille pis je trouve pas qu'elle... elle élèvera pas plus mal son enfant parce qu'elle est lesbienne ou pas là. T'sais si le couple, ça fait, de toute façon ça fait tant d'années qu'ils sont ensemble, je vois pas le mal qu'il y aurait là-dedans. Malgré qu'il aurait pas de père cet enfant-là là. Je le sais pas là (...) ça devrait être accessible, parce que c'est pas parce que la femme est lesbienne (...) si elle en veut des enfants qu'elle aura pas autant de problèmes dans le fond qu'un autre qui sont mariés (...). J'ai pas de préjugé contre ça là, fait que. (...) **C'est pas comme une femme toute seule, célibataire qui voudrait avoir des enfants?** Ouais c'est ça, me semble c'est moins pire là. (...) Je le sais pas, me semble... ça compense parce que ils sont deux à s'en occuper, tu es plus complet me semble, je le sais pas. (...) Me semble un enfant ça se fait à deux personnes, pas tout seule.» (e-6)

Le principe énoncé selon lequel un enfant se fait à deux signifie au départ que la procréation implique un lien entre une femme et un homme. Ce principe est légèrement modifié pour signifier en bout de ligne que la procréation implique un lien entre deux personnes. L'accès aux NTR à un couple de lesbiennes est «moins pire» qu'à une femme seule; il y aurait une plus grande rupture dans ce dernier cas que dans le cas où il y a deux personnes même si elles sont du même sexe.

Malgré les différences repérables entre les deux cas examinés, notamment sur les risques d'excès portés par certaines techniques du point de vue du «progrès» (dans le premier cas, l'insémination artificielle avec ou sans donneur et la FIV «c'est assez»), on trouve une insistance sur les liens entre les personnes impliquées dans la procréation. Celle-ci est définie principalement dans ces termes, soit d'une façon restrictive (au plan du couple), soit d'une façon plus large (au plan de tous les «participants», y compris l'enfant). Procréer consiste à créer ou à confirmer les liens. Il est frappant, quand on compare cette

représentation aux précédentes, de ne pas trouver de référence à la «réflexion» en tant que trait de la procréation, ni en tant qu'avantage que présenteraient les NTR, ni en tant que critère d'accès aux NTR. Pour faire image, on pourrait dire que procréer ici n'est pas une affaire de «tête» mais de liens. L'enfant ne doit pas nécessairement être d'abord un projet dans l'esprit de ses parents.

Les NTR-épreuve, c'est-à-dire en tant qu'on les subit de diverses manières, trouvent leur signification dans les liens et dans l'inclusion dans un monde plus large que soi, source d'orientation et d'ordre. Subir (les procédures, les pressions, les décisions issues d'autorité) n'est pas dénué de sens. Si on contraste cette représentation avec la première, on constate que ce sens réside moins dans l'enfant concret et symbole à la fois de la réalisation de son identité et de la «vie» que dans l'acte ou l'enfant en tant que symboles des liens aux autres donc de confirmation de son identité comme membre d'un groupe (groupe nécessaire à la définition de soi, du sens de sa vie). En comparant avec la seconde représentation, ou à tout le moins avec le cas de la femme qui vit l'expérience de la technique comme une très lourde épreuve, on remarque également un écart énorme: dans ce cas, comme dans ceux que l'on vient d'examiner, l'épreuve est omniprésente mais elle n'a pour ainsi dire pas de sens; aucune transposition n'est apparemment possible.

## **10.2 Les bases de validité de la représentation des NTR-épreuve**

Le point de vue adopté dans la connaissance de l'objet est principalement subjectif mais la subjectivité impliquée se présente moins comme une source de description de l'objet tel que vécu (susceptible donc de constituer une parole vraie) que comme une source d'évaluation ou de jugement. C'est en ce sens que le point de vue subjectif apparaît immédiatement et en même temps normatif. La double importance des liens dans la représentation, en termes d'enjeux personnels et de valeur, est en correspondance avec le type de regard sur l'objet où subjectivité et normativité se fondent apparemment l'une dans l'autre.

Trois arguments principaux sont invoqués pour soutenir la représentation: 1° la peine endurée dans les NTR; 2° l'efficacité; 3° la création ou la confirmation des liens.

### **10.2.1 L'argument de la peine**

Les NTR en tant que procédés pénibles sont présentées suivant deux modes distincts selon les cas. Si c'est l'expérience personnelle qui constitue la principale base de validité, la façon de la placer dans l'argumentation montre dans un cas une réflexivité relativement

faible et dans l'autre une tendance constante à comparer, donc à mettre à distance et à évaluer cette expérience.<sup>13</sup>

Dans le premier cas, soutient-on, les NTR sont pénibles parce qu'il s'agit d'une «bataille» pour avoir un enfant. Cet argument principal donne accès au fondement au plan de la validité. Il repose en effet sur une vision subjective, et présentée comme telle, de ce qu'est la vie (pour soi) c'est-à-dire «des hauts et des bas», une lutte. Cet argument est simplement illustré par une série de faits, traduisibles sous la forme de sous-arguments.

Ainsi les NTR sont pénibles (une bataille) parce que les hormones administrées ont des effets physiques (enflure) et psychologiques (image de soi affectée) qu'on a réellement ressentis. De plus, le traitement impliquant des absences fréquentes du travail est une source de stress mais surtout expose au risque de voir ses conditions matérielles de vie se détériorer (si l'on perd son emploi). L'argument du stress dû aux absences du travail est fondé sur l'expérience vécue personnellement mais en même temps on tend à la généralisation: c'est vrai parce que je l'ai vécu et parce que ce doit être la même chose pour toutes les femmes.<sup>14</sup> Le risque de perdre son travail, et plus globalement de déchoir économiquement, est un argument validé par une évaluation subjective, laquelle est alimentée par un cas - vu dans les médias - d'un couple ayant exposé tous ses avoirs pour faire la FIV. Comme je l'ai mentionné dans la partie précédente, la prééminence de ce risque (et la récurrence de ce thème) semble reposer sur le sentiment de la fragilité des acquis matériels personnels étant donné la pauvreté régnant dans le groupe d'appartenance. Cependant, ce n'est pas ce sentiment qui est invoqué; il apparaît plutôt comme un point aveugle de l'argumentation. En fait, l'argument du risque matériel relié aux NTR apparaît intégré implicitement à un calcul coût-bénéfices; sur un plateau de la balance, on place le risque économique (considéré élevé) et sur l'autre plateau le «gain» possible. Par là, l'argument du risque, à partir du moment où il est valide, peut jouer dans la structuration de la preuve de la volonté réelle d'atteindre le but; ceci permet de soutenir la représentation des NTR vues à la fois comme une «épreuve» et positives. On peut noter que la prise de ce risque (et le calcul coût-bénéfices) n'est pas placée dans une argumentation relative au «choix», contrairement à ce que l'on trouve dans d'autres représentations, mais bien relative à la peine.

---

<sup>13</sup> Quoique d'une façon différente de ce que l'on trouve dans d'autres cas examinés avant.

<sup>14</sup> La répondante recommande en effet de modifier les horaires des cliniques de façon à ce que les personnes ne soient pas obligées constamment de quitter en pleine journée leur travail.



Ensuite, les procédés sont pénibles parce que l'hospitalisation qu'ils impliquent est une source de stress et de conflit dans le couple. C'est à nouveau l'expérience personnelle de l'impact sur les rapports avec le conjoint qui est à la base de l'argument. De la même façon que les arguments précédents, celui-ci illustre l'argument principal de la bataille. Il en va de même pour la masturbation «dégradante», argument mobilisé pour alimenter l'idée de la bataille. Cependant, cet argument comporte une autre base de validité que l'expérience vécue; le caractère dégradant, donc la qualification plutôt que le constat simple et objectif de la masturbation en tant que partie de l'IA, est au centre de l'argument. Celui-ci repose sur une norme et cette norme est vue en tant que norme culturelle ne valant pas pour tous et toutes mais valant pour soi, le conjoint et plus généralement pour le groupe d'appartenance puisque les personnes de l'entourage, par leur silence à propos de cette partie du procédé de l'IA (elles ne posent pas de questions directes), confirment la norme. Il est possible que ce soit le contraste, provoqué par l'entrevue, entre le groupe d'appartenance et les personnes extérieures à ce groupe (dont je suis) qui contribue à concevoir la norme en tant que norme.

Dans l'autre cas, l'expérience vécue constitue la principale base de validité de l'argumentation. On pourrait dire qu'il s'agit de l'expérience vécue en général plutôt que la seule expérience personnelle, à la façon dont dans d'autres représentations l'expérience est la source de savoir la plus pertinente. Mais ici, contrairement à d'autres cas, la validité de l'expérience n'est pas dépendante d'une méfiance à l'égard du discours médical par exemple.

Comme on s'en souviendra, la FIV telle que vécue est «moins pire» qu'un ensemble d'autres choses. Déjà la qualification «moins pire» introduit une distance face à l'expérience vécue personnellement de la FIV, elle contient une comparaison. L'expérience personnelle de la FIV est relue à la lumière de celle des autres femmes vues à la clinique, de celle d'une amie et encore de l'expérience d'autres femmes connue à travers des échanges avec la psychologue de la clinique. Elle est encore relue par la comparaison avec l'expérience personnelle antérieure (la chirurgie lourde subie peu avant). Ainsi les effets des hormones moindres à 28 qu'à 40 ans, le peu d'effets secondaires subis, l'absence de problèmes conjugaux provoqués par la FIV, la clarté du problème de fertilité et la détermination rapide du traitement approprié (de même que sa durée réduite) et, ce qui s'ensuit, le peu d'effets difficiles au plan psychologique de la FIV, sont comparés à ce qui est vu chez d'autres femmes ou connu par des conversations. C'est pour soi que la FIV est «moins pire», supportable aisément. L'évaluation est issue de la confrontation aux autres; c'est cette confrontation qui fait voir la FIV comme quelque chose de pénible en

général et «moins pire» pour soi que pour d'autres. Cette comparaison pourrait rappeler ce que l'on trouve dans la troisième représentation (l'expérience des autres jouant pour nuancer le point de vue général sur les NTR); toutefois, dans le présent cas, les autres éclairent l'expérience personnelle, la font voir «moins pire» alors que dans la troisième représentation ce ne sont pas les autres qui font qualifier d'«assistance» les NTR telles qu'expérimentées, les NTR pour soi ne sont pas assistance seulement quand on se compare aux autres.

D'un autre côté, l'expérience est aussi relue par le biais de la comparaison avec les problèmes possibles de la FIV exposés par le médecin. La comparaison fonctionne ici de la même manière que les précédentes pour éclairer l'expérience personnelle, c'est-à-dire pour la mettre à distance et l'évaluer. Le discours du médecin n'est pas invalidé par l'expérience personnelle, de la même façon que l'expérience des autres femmes vaut tout autant que la sienne. On voit se dessiner ici une tendance que l'on retrouve dans d'autres arguments, ceux se rapportant au support du conjoint qui «aide» à réduire la difficulté de la FIV.

La FIV a été «moins pire» (pour soi) parce que le conjoint était toujours présent et parce qu'il n'a pas fait de pression pour continuer coûte que coûte. Le premier argument est validé par l'expérience personnelle. Le second cependant repose essentiellement sur ce qu'a dit le conjoint donc sur la confiance dans le conjoint. Cet argument et sa base de validité éclairent une tendance générale à faire confiance aux autres (et non pas «décider» de faire confiance) plutôt qu'à s'en méfier *a priori*. A la différence, par exemple, d'un cas repéré dans la première représentation où le conjoint exerçait des pressions en faveur de la FIV, ce que dit le conjoint (ou les autres) n'est pas vu comme des arguments à soupeser mais comme la vérité. De ce point de vue, les autres arguments relatifs à ce qui aide à faire la FIV, s'ils sont validés par l'expérience personnelle, semblent aussi relever de ce parti pris *a priori* en faveur de la confiance. Ainsi la FIV est «moins pire» (que pour d'autres femmes ou que d'autres genres de traitements) parce que le personnel médical est gentil, parce qu'on dispose de l'assistance d'une psychologue, parce que la FIV se faisant en cohorte (en «batch») on peut parler avec les autres personnes dans la salle d'attente. Il est intéressant de contraster ce dernier argument avec le traitement accordé au fait de la cohorte dans la troisième représentation: elle y est vue comme un «moule» et donc un signe du manque de respect à l'égard des personnes individuelles alors qu'ici elle est une occasion de parler avec des personnes qu'on rencontre tous les jours. Le personnel médical, la psychologue, les autres couples dans la salle d'attente sont appréhendés du point de vue de l'aide qu'ils apportent. Comme dans les autres représentations, la

validation des arguments sur la base de l'expérience personnelle est généralement sous-tendue par autre chose à partir de quoi on évalue l'expérience, on relit l'expérience. La confiance apparaît ainsi sous-tendre l'argumentation dans ce second cas. On verra plus loin qu'il s'agit d'une constante.

### **10.2.2 L'argument de l'efficacité**

La façon de présenter l'efficacité du moyen utilisé, comme on a pu le constater déjà, contribue à faire des NTR une épreuve en ce que, d'abord, l'efficacité ne dépend pas de soi, implique un abandon de la responsabilité personnelle et, ensuite, en ce que le résultat obtenu en fin de processus confirme le caractère éprouvant (ce qui permet de donner son sens au recours aux NTR). L'évaluation de l'efficacité est dépendante jusqu'à un certain point de la définition du problème. Le problème est défini sur deux plans, de la même façon que l'efficacité dont l'évaluation apparaît en réponse au dédoublement du problème. Avant de présenter les arguments qui concernent directement l'efficacité, il faut donc s'attarder aux arguments portant sur la définition du problème.

L'infertilité est définie, dans un cas, comme un état d'infériorité face aux autres parce que le corps ne fonctionne pas normalement, parce que les autres femmes de l'entourage sont capables de procréer contrairement à soi et parce qu'on se retrouve en position de «quémander» des services à la médecine. Le premier argument est de type objectif et repose sur un savoir incorporé à propos des processus physiologiques de la procréation; le problème hormonal est compris du point de vue de son effet sur la fertilité et en ce sens l'infertilité comporte une dimension physiologique. L'argument de type objectif est toutefois immédiatement associé aux autres arguments. Le second est basé sur une comparaison des expériences (la sienne et celle des autres femmes) et implicitement sur une norme selon laquelle l'identité féminine implique la maternité. J'ai peu insisté dans la première partie du chapitre sur un ensemble d'éléments qui confirment cet aspect, notamment des références à une division sexuelle des tâches dans le couple (qui apparaît entre autres dans les problèmes suscités par l'hospitalisation). Cette norme n'est pas négociée ni non plus vue comme une norme parmi d'autres. Quant au troisième argument, il est validé par ce qui est ressenti, subjectivement: pour soi, chercher de l'aide c'est «quémander», c'est être placée en état d'infériorité face aux médecins et il en serait de même face aux autres s'ils savaient qu'on cherche de l'aide (ce pourquoi on n'en parle pas, contrairement à l'adoption si un tel projet était envisagé).

Dans le second cas, l'infertilité n'est pas un état d'infériorité face aux autres parce que le problème est corporel et parce qu'on n'en est pas responsable, mais d'un autre côté l'infertilité place dans un état de culpabilité parce qu'elle empêche de satisfaire le désir d'enfant du conjoint et menace la relation conjugale. On soutient la première assertion par un double argument comportant une dimension objective (l'infertilité est un problème biologique, «médical») qui vaut mais qui ne se suffit pas à elle-même, qui doit par ailleurs être associée à une dimension «morale» et relationnelle (puisque la culpabilité est ressentie face au conjoint). Cette seconde dimension est prééminente. La vérité du problème repose ainsi moins sur l'objectivité, l'état objectif du corps, que sur le consensus à propos de l'absence de «faute». L'argument est ainsi validé par le biais de la discussion avec d'autres ou plutôt par la confiance dans ce que disent les autres (les beaux-parents «religieux», le conjoint aimant, le médecin). En même temps, les autres confirment *a contrario* que le problème appartient à la sphère morale puisqu'ils en parlent en termes de responsabilité ou de faute. Ce que disent les autres ébranle sans néanmoins remplacer la «vraie» vérité, c'est-à-dire la seconde assertion selon laquelle l'infertilité est culpabilisante face au conjoint. Cette vérité est fondée sur la subjectivité (c'est pour soi que c'est culpabilisant) en même temps que sur une norme relative à ce qu'on pourrait appeler le contrat conjugal. Cette norme est explicite et constitue un argument pour accepter le recours à la FIV: il est «égoïste» d'empêcher son conjoint ou sa conjointe de réaliser un désir aussi fondamental pour lui ou elle (avoir un enfant). La norme est énoncée par le biais d'une comparaison entre sa propre situation et celle de couples de l'entourage où l'un des membres refuse de procréer malgré le désir de l'autre. La norme est un principe qui devrait valoir en tout temps et pour tous et toutes; le fait que d'autres n'agissent pas en conformité avec ce principe est jugé défavorablement, les deux types d'action (se conformer ou non) ne sont pas également valables. En ce sens, la norme n'est pas négociable. Sous cette norme, c'est en fait le but ou l'enjeu qui transparait, c'est-à-dire la sauvegarde du couple. Ce but fait partie des zones qui ne font pas l'objet d'une discussion, de la même façon d'ailleurs que dans le premier cas où le but, le rétablissement des liens au groupe, sous-tend l'argumentation sans être lui-même défendu à l'aide d'arguments.

Dans les deux cas, la définition du problème joint des aspects objectifs et normatifs, ces derniers étant prééminents. La base de validité, donc ce à quoi on reconnaît une valeur pour fonder la vérité de cette définition, est principalement normative. Les normes en question prennent davantage figure de dogmes que de principes pouvant être soumis à la discussion. Dans un tel cadre, on pouvait s'attendre à ce que l'analyse des arguments ou

raisons fondant l'évaluation de l'efficacité des NTR montre une relative indifférence aux aspects proprement techniques et une tendance à se fonder sur l'autorité en tant que base de validité. C'est en effet ce que l'on trouve dans le premier cas, mais les choses se présentent de façon moins nette dans le second.

Si l'on se souvient, l'efficacité des NTR en dernière analyse dépend de Dieu. Mais le raisonnement prend la forme suivante: si les techniques ont été efficaces c'est parce que Dieu créateur de la vie l'a voulu et c'est bien sûr parce que les actions accomplies ont favorisé la réalisation du plan divin. Le premier argument est moins une explication de l'efficacité au sens strict qu'une source du sens ultime de cette efficacité qui permettrait aussi, en conséquence, de faire face à l'inefficacité. Si l'on compare à la première représentation, ici c'est Dieu plutôt que le savoir biomédical qui explique en dernière instance; on pourrait dire que Dieu dans cette représentation occupe la même case que la médecine dans l'autre. De plus, la croyance en Dieu est connue comme une croyance, au sens où l'on sait que tous et toutes ne la partagent pas. A ce titre, cette mise à distance de la foi rappelle les cas de la première représentation où la croyance en la médecine était vue justement comme une croyance. La référence à Dieu n'est toutefois pas antinomique avec le second argument. Celui-ci est développé de façon différente dans chacun des cas.

Dans le premier, l'IA est efficace et, plus précisément, plus efficace que les rapports sexuels parce que le médecin veut procéder à l'IA. On se rappellera que le médecin a annoncé qu'il procéderait à l'IA plutôt qu'il n'a proposé l'IA. L'efficacité est ainsi moins expliquée qu'elle n'est énoncée, dans un premier temps. Les hypothèses émises après coup (à ma demande, dans l'entrevue) sont relatives à l'intervention elle-même, c'est-à-dire au «terrain bien préparé» suite au traitement hormonal et à l'injection du sperme et, ensuite, relatives à la «quantité» de sperme injecté. Ces explications reposent sur des fondements de type objectif et sur une connaissance du processus physiologique de la procréation. Cependant, c'est davantage l'autorité du médecin qui compte pour statuer sur l'efficacité. On pourrait dire que la confiance dans le médecin, probablement du fait de son expertise, suffit pour croire en l'efficacité plus grande et que les hypothèses sont énoncées pour justifier cette confiance *a priori*; les hypothèses ne sont pas présentées comme le point de vue personnel sur l'efficacité, développé par une discussion avec le médecin ou avec d'autres, mais comme le point de vue du médecin distinct du sien.

La FIV dans l'autre cas a été efficace pour plusieurs raisons. D'abord parce que chaque personne impliquée a fourni l'effort approprié à sa position, chacun a «fait son possible», a agi de façon à ce que le résultat soit obtenu s'il devait être obtenu. Ce premier argument

est validé d'une part à travers l'interprétation de la satisfaction de chacun une fois le résultat obtenu: les infirmières et le médecin sont «contents», le conjoint également, parce que toutes ces personnes ont «travaillé fort». La référence au travail (à l'effort) repose, implicitement, sur l'expérience personnelle au cours de laquelle on a vu ce travail. Cependant, outre les efforts déployés par le conjoint - qui sont décrits fréquemment comme on l'a vu -, le «travail» du personnel médical ne fait pas l'objet d'une élaboration. D'autre part, l'argument est également validé par l'expérience personnelle - donc son propre effort - revue et marquée par la lourdeur, le caractère intensif du traitement (notamment les injections que l'on s'est donné et qu'on a reçues).

Le second argument invoqué en faveur de l'efficacité concerne la procédure: la FIV est efficace parce qu'on sélectionne pour le transfert les ovules fécondés les plus «forts» et parce qu'on transfère trois ovules fécondés. L'argument est de type objectif; il est validé par la connaissance du procédé de la FIV (dont la sélection et le transfert constituent une partie). On peut ajouter que l'argument contient une référence à des «quantités» plutôt que, par exemple, à la précision des procédures ou à l'intervention directe sur les gamètes ou encore au fait que la procédure remplace le travail de la trompe. Le fait de ne pas mentionner l'absence de trompe (qui constitue l'indication médicale pour la FIV dans son cas) et la mise en évidence du caractère quantitatif dans l'efficacité rappelle la dissociation, qu'on a vue dans d'autres représentations, entre le problème de fertilité diagnostiqué et servant à orienter vers une technique plutôt qu'une autre et le problème à résoudre. L'efficacité ne se mesure pas à l'aune du problème physiologique, du point de vue d'une logique interne et d'ordre médical, mais bien à l'aune du problème à résoudre.

Enfin, un troisième argument est invoqué pour valider l'assertion de l'efficacité de la FIV. Celle-ci est efficace et devrait donc être proposée plus rapidement aux femmes parce que ses taux de succès sont élevés. Les taux sont une preuve de l'efficacité. L'argument repose en fait sur la confiance dans le médecin qui a fourni les chiffres. Cette raison est peut-être en partie dépendante de l'argument précédent (la procédure est telle que l'efficacité n'est pas douteuse et en conséquence les taux sont vrais). D'un autre côté, cette raison rappelle un des arguments repérés dans le cas précédent mais surtout la forte tendance à faire confiance *a priori*. Par ailleurs, il n'est pas impossible que l'expérience personnelle de la FIV soit implicitement en cause dans l'évaluation de l'efficacité puisque la FIV a donné lieu à une grossesse après un seul essai. Si l'on compare toutefois ce cas à d'autres cas où une grossesse a été obtenue, il est difficile d'accorder à cet aspect une grande importance (et d'autant plus que l'expérience n'est pas invoquée explicitement pour soutenir l'argument) puisque l'expérience du «succès» ne fait pas disparaître dans les

autres cas la possibilité d'un échec; on se souviendra que les taux de succès sont souvent interprétés aussi comme des taux d'échecs même si on a tendance à insister davantage sur les possibilités de succès; en fait celles-ci renvoient davantage à la «chance» qu'on a eue ou qu'on aura qu'à une certitude fondée sur un calcul. Or, dans le cas présent, la possibilité de l'échec n'existe pas, du moins après quelques essais; la technique «est» efficace.

Les arguments ou raisons présentées jusqu'à maintenant pour justifier l'efficacité ont trait à une des dimensions du problème de fertilité, sa part corporelle. La seconde, la dimension relationnelle, est la plus importante en ce qu'elle se rapporte au but visé personnellement et ultimement à travers le recours. L'adéquation entre le moyen et la fin en termes d'efficacité ou du résultat obtenu est validée principalement par la reconnaissance obtenue d'autrui.

Ainsi l'IA est efficace parce qu'il en résulte d'abord une modification de la personne (une conversion) dans le sens d'une adhésion plus claire à des valeurs fondamentales, à un détachement du matériel et parce qu'elle permet effectivement de reprendre une place dans le groupe d'appartenance à travers l'enfant qui naît à sa suite. Le premier argument est fondé sur la subjectivité, une interprétation personnelle de l'expérience; l'argument vaut pour soi, il n'est pas généralisé à toutes les personnes vivant l'IA ou une autre technique. Il est difficile de ne pas y voir toutefois, dans ses soubassements, une reconnaissance par le groupe dont les valeurs sont aussi les siennes de façon indistincte; en d'autres termes, si l'on peut dire qu'un changement s'est effectué et qu'il a pris cette forme-là c'est qu'on l'a ressenti ainsi (c'est donc «vrai») mais le jugement porté sur ce changement (il s'est fait dans la bonne direction), jugement immédiatement posé, repose quant à lui sur une entente régnant dans le groupe dont on fait partie. Le contenu de cette entente est déjà là et constitue la vérité (au plan normatif). Le second argument est validé en partie indirectement par les autres (c'est-à-dire de la même manière que le premier) et en partie directement: la réaction des autres avant le traitement (les commentaires désobligeants) et après l'IA (leur surprise) permet d'affirmer qu'avec l'IA on a atteint son but. Les deux arguments prennent appui sur l'«épreuve», donc sur les difficultés vécues, lesquelles servent de preuves à brandir aux yeux des autres. L'argument de l'épreuve prend figure de principale raison de l'efficacité: c'est parce que le traitement est une épreuve qu'on peut atteindre le but, être reconnue par les autres comme appartenant au groupe. A ce moment de l'argumentation, cette raison n'est pas validée par l'expérience personnelle mais bien par les autres qui reconnaissent la difficulté traversée.

La même argumentation apparaît dans le second cas. Là aussi c'est la reconnaissance, par le conjoint, de l'épreuve endurée qui constitue la base de validité. Cette reconnaissance apparaît dans la parole du conjoint. La FIV est efficace pour atteindre le but, à savoir confirmer le lien conjugal. Mais dans ce cas, outre la difficulté ou l'épreuve, s'ajoute l'occasion qui a été donnée au conjoint de vivre une expérience que ne permet pas la procréation naturelle (l'activité déployée notamment en «jouant au docteur», le fait d'avoir vu les embryons). La FIV est ainsi efficace du point de vue du but parce qu'elle comporte des procédures à travers lesquelles le conjoint puise une grande fierté. Du point de vue du conjoint, c'est la femme qui fournit l'occasion de vivre l'expérience en se soumettant à la FIV: c'est cela qui est perçu par la femme à travers la parole du conjoint et qui permet de constater l'efficacité (confirmation du lien).

Dans les deux cas, l'enfant né ou qui naîtra est porteur du désir (de la femme) du lien aux autres davantage que du désir de ses parents pour lui en tant qu'individu. En tant que «résultat» final, l'enfant est pour ainsi dire une preuve de l'efficacité, au même titre que l'épreuve. Cependant, dans un cas, l'épreuve est mobilisée en tant que preuve du désir d'enfant: l'enfant est désiré plus clairement en FIV que dans la procréation naturelle parce que la FIV est une épreuve, est exigeante. Cet argument est validé implicitement par l'expérience vécue (et celle qu'on attribue aux autres femmes ou couples): on peut penser que l'expérience a permis de constater qu'il puisse en être ainsi (ou qu'il en est normalement ainsi) vu la lourdeur de la FIV. La déduction de la force du désir d'enfant de l'épreuve est surprenante dans ce cas, et d'autant plus que l'assertion est présentée comme une vérité universelle, puisque par ailleurs on soutient que son propre désir d'enfant n'est pas si grand.<sup>15</sup> On a apparemment ici une manifestation d'une tendance fréquente dans ce cas à éclipser son point de vue au profit de celui des autres, particulièrement de celui du conjoint. Il se pourrait donc que ce soit davantage dans l'expérience du conjoint que l'on puise pour valider l'argument (puisque'il a «fait tout le traitement», dit-on) ou encore dans ce que disent les autres femmes de leur expérience. Quoi qu'il en soit, on peut voir dans l'argument de l'épreuve, tel que développé en appui à l'assertion sur le désir d'enfant comme d'ailleurs à celles sur l'efficacité, une façon de classer la FIV dans une catégorie normative positive, ce qui est l'objet de l'argument général suivant.

---

<sup>15</sup> C'est là un euphémisme puisqu'on dit qu'avoir ou non un enfant «ne change rien dans ma vie», ce qui est quelque peu outrancier pris au pied de la lettre et doit sans doute être compris comme l'expression soit d'une absence de désir d'enfant (en général ou à ce moment-ci), soit comme un désir d'enfant certainement pas assez fort pour justifier, sans autre raison, le recours à la FIV.



### 10.2.3 L'argument de la création ou confirmation des liens

Former des liens (se relier aux autres ou confirmer le lien conjugal) ne constitue pas seulement le but poursuivi personnellement mais le but des NTR et plus généralement de la procréation. Les NTR sont un progrès parce que ou si elles permettent d'atteindre ce but. Le classement dans le progrès de certaines NTR n'implique pas ici de comparaison dans le temps (sinon de façon très ténue, dans un cas); parler de progrès est une façon de poser un jugement positif. Dans le premier cas, la forme de l'argumentation, «parce que/si», indique une mise à distance, un regard critique sur les NTR fondé sur des normes valides et généralement relatives aux liens. Si dans les deux cas on se fonde sur des normes principalement et si ces normes concernent les liens entre les personnes, elles sont cependant différentes en plusieurs points et ne s'appliquent pas de la même manière pour les mêmes techniques. Je procéderai donc comme plus haut, en présentant les argumentations tour à tour.

Les dons de sperme sont acceptables s'ils sont destinés à une femme célibataire et non à un couple (hétérosexuel) parce que faire l'IAD - ou la FIV avec du sperme d'un tiers - pour un couple, même si ce n'est pas un adultère, signifierait «peut-être trop forcer la main de Dieu» (e-14). L'argument renvoie à une norme qui dans la seconde représentation était énoncée du point de vue de la «nature», c'est-à-dire du lien conjugal. Le «peut-être» dans l'argument importe puisqu'il marque l'incertitude; celle-ci ne pourrait être résolue dit-on qu'en se référant à une autorité détentrice de la vérité en la matière, l'autorité ecclésiastique. Il serait acceptable pour une femme célibataire de jouir d'un don de sperme (elle n'est pas soumise à la norme du lien conjugal) mais à la condition que le donneur soit connu. L'absence d'anonymat est nécessaire parce que, d'abord, l'homme fait un don à la femme, ensuite parce que des liens pourraient se créer entre l'homme et l'enfant et, enfin, parce que l'enfant doit pouvoir savoir qui est son père. Le premier argument relève d'une convention, d'une façon de faire nécessaire. Cette convention semble reliée en fait à une logique où le don implique un lien, même minimal, entre deux personnes qui occupent des places prédéterminées, un donateur et une donataire. Le don est fait à la femme et non à une institution (ou à l'enfant puisque ce qui est donné c'est du sperme et non un bagage génétique, cette notion étant complètement absente ici). L'argument est énoncé comme une évidence. Le second argument est validé implicitement par une valeur attribuée au lien en général: le lien est toujours préférable à son absence. Enfin l'argument relatif au besoin de l'enfant de savoir qui est son père est illustré par l'expérience d'une femme de l'entourage dont l'enfant cherche à connaître son père; le fait qu'il n'y ait pas eu de don de

sperme mais plutôt une conception «naturelle» dans le cas rapporté à l'appui de l'argument contre l'anonymat et, surtout, le fait qu'il n'y ait aucune référence à cela ajoutent à la dévaluation des procédés techniques (leur absence en fait) dans les arguments permettant de classer les NTR en termes normatifs.

La technique du «choix du sexe» est quant à elle inacceptable parce qu'elle constitue une pratique semblable aux infanticides en Chine, donc parce qu'il s'agit d'une forme d'avortement, puis d'une forme de discrimination à l'endroit des femmes et parce qu'il s'agit d'expériences sur des femmes qui sont dès lors transformées en cobayes. A nouveau, les arguments sont validés sur la base de principes valant universellement. Ces principes ne concernent pas les liens, exceptionnellement ici, mais plutôt l'opposition à l'avortement (dont on a vu qu'elle s'articule à l'adhésion au catholicisme) et le respect des femmes. L'argument des femmes traitées comme des cobayes a davantage l'apparence d'une flèche qui tombe sous la main et qui peut servir à combattre que d'un argument au sens strict. L'association aux infanticides pratiqués en Chine et plus précisément aux infanticides des petites filles montre nettement un transfert d'un ensemble de concepts à un autre qui est déjà classé au plan normatif. Le caractère absolument inacceptable des meurtres de nourrissons féminins en Chine place immédiatement le «choix du sexe» qui lui est associé dans l'inacceptable. D'un autre côté, les arguments relatifs au respect des femmes sont en certains points semblables à l'argument de la «nature» tel qu'on le trouve dans d'autres cas examinés précédemment: le respect des femmes peut fonctionner comme argument, il vaut par lui-même de la même façon que la «nature»; les deux semblent avoir un poids suffisant pour que leur invocation produise un effet. En même temps, c'est du respect des femmes dont on parle et non de la nature; si l'on considère, comme je l'ai fait jusqu'à maintenant, qu'il n'est pas indifférent de choisir un argument plutôt qu'un autre, il faut voir dans ces arguments (et l'association aux infanticides et donc à une forme de violence envers les femmes) une connaissance déjà là, incorporée, à propos de la condition sociale des femmes qui présente des risques du point de vue du maintien des acquis (les portes ouvertes aux femmes pourraient se fermer, dit-on). Encore une fois, on ne mobilise pas d'arguments relatifs aux dimensions strictement procédurales impliquées par la technique discutée.

L'opposition à la «technique de la mère porteuse» est alimentée par trois arguments. On invoque d'abord la rupture du lien naturel entre la mère et son enfant. Le lien créé par la grossesse et l'accouchement, soutient-on, est inscrit dans le corps de la mère (l'enfant en naissant laisse des «lignes» dans le corps maternel), ce n'est donc pas un lien volontaire ni non plus symbolique mais naturel (au sens biologique), même si les «lignes» ne sont pas

visibles. Donner son enfant correspond à nier l'existence de ce lien. L'argument se présente comme une vérité absolue: la théorie à propos de l'accouchement ne constitue pas un énoncé pouvant être soumis à une révision ni non plus devant être prouvé du point de vue d'un savoir objectif (ou savant). C'est sur cette théorie que repose la norme selon laquelle la rupture des liens est inacceptable. En fait, des exceptions à ce principe sont justifiables dans la mesure où la mère ne peut pas garder son enfant pour différentes raisons; mais là encore les liens ne doivent pas être rompus complètement puisque l'adoption d'un enfant ne doit pas impliquer l'anonymat ni l'impossibilité pour la mère et l'enfant de se connaître et se fréquenter.

L'argent reçu par la mère porteuse s'ajoute comme argument en défaveur de cette «technique». Donner son enfant est déjà inacceptable mais le faire pour l'argent est encore pire. Dans ce cas-ci ce n'est pas l'enfant qui est vendu, il ne s'agit donc pas d'un principe relatif à la marchandisation de l'enfant (quoiqu'on peut penser que celle-ci serait refusée). Plutôt, c'est son ventre que la femme vend. On peut remarquer que dans la façon de présenter la grossesse on lui associe une forme de travail puisque la mère «nourrit» pendant neuf mois son enfant (elle n'attend pas, n'est pas passive). Mais ce «travail» est orienté vers l'enfant. Dans le cas de la mère porteuse, ce n'est pas l'enfant qui donne son sens à la grossesse mais l'argent. L'argument de l'argent n'est pas explicité mais simplement énoncé. Il appartient à l'ordre des évidences que l'argent ne peut pas, dans un monde «humain», ordonner l'activité maternelle.

Le troisième argument invoqué à propos du caractère inacceptable des mères porteuses concerne les conflits entre les protagonistes (la mère porteuse et le couple demandeur). On crée le problème de l'enfant, dit-on, dès sa conception puisque la technique provoque un conflit. La technique est immédiatement associée à des conflits, à des luttes pour l'obtention de l'enfant. Cette association est probablement due à la publicité dans les médias ayant entouré les procès de mères porteuses aux Etats-Unis. De la même façon que l'argument précédent, celui-ci ne fait que s'ajouter au principe ordonnant le lien mère-enfant.

Si l'on fait un bref bilan du mode de classement des NTR en termes normatifs, dans ce premier cas, on peut noter que l'IA (avec le sperme du conjoint) et la FIV ne semblent pas avoir besoin d'être justifiées et ne font pas l'objet de critiques. Les NTR en général font l'objet d'un regard critique, fondé strictement sur des normes valides et absolues; de ce point de vue, une mise à distance à l'égard des NTR dans leur ensemble est appliquée mais elle ne l'est pas du point de vue des normes ordonnant le classement de chaque technique.

Dans le second cas, les choses se présentent autrement: il n'y a pas de «si» mais des «parce que», les NTR sont un progrès indéniable et quasi absolu.

D'un point de vue général, les NTR appartiennent au progrès donc à la sphère de l'acceptable parce qu'«ils» (les médecins) réalisent des choses difficiles à imaginer et complexes. Le classement dans le progrès en termes d'avancée est marqué par une locution («c'est rendu bon») plutôt que par une élaboration en termes historiques (avant/maintenant) comme on en retrouve dans d'autres représentations. En fait, comme je l'ai indiqué dans la partie précédente, le constat de la complexité et l'impression d'entrer dans la «science-fiction» suffisent à qualifier les NTR de progrès. L'association implicite à la haute technologie ne s'accompagne pas d'un «mais» comme c'était le cas dans la première représentation. Cette évaluation immédiate (plutôt que médiatisée) semble être confirmée par la réaction des autres (l'entourage à qui l'on annonce qu'on a eu recours à la FIV); ils sont simplement «impressionnés», les explications fournies à propos des procédés suscitent de la curiosité mais pas d'inquiétude ni d'ambivalence.

Comme on l'a vu abondamment depuis les premières pages de ce chapitre, le caractère positif des NTR repose cependant moins sur ses aspects techniques, de progrès techniques, que sur la possibilité offerte de conserver le lien conjugal. C'est principalement de ce point de vue que sont évaluées les NTR. Ainsi elles sont un progrès parce qu'elles (plutôt que «si», comme dans le cas précédent) permettent de créer ou de maintenir les liens. Cet argument général est développé par des sous-arguments.

Le plus important de ces sous-arguments porte sur le couple. Les NTR sont une bonne chose parce qu'elles permettent de «faire un enfant à deux». Il faut entendre par là qu'elles sont une forme de médiation des liens amoureux. Cet argument est validé par l'expérience personnelle (l'énoncé est vrai puisque l'expérience a été telle) et par un principe déjà là et indiscutable selon lequel un enfant se fait à deux et dans un contexte amoureux. Le point de vue apparemment subjectif prend ainsi plutôt l'allure d'une généralisation. L'expérience d'autres personnes ayant fait la FIV et ayant divorcé, rapportée par la psychologue de la clinique, est perçue comme étant «bizarre», insensée. Elle ne modifie aucunement l'idée de la FIV comme médiation du lien; au contraire, elle apparaît comme une erreur. Les personnes sont en cause mais pas la FIV puisque celle-ci crée des liens étant donné qu'elle équivaut à procréer «à deux». L'expérience de l'amie s'étant divorcée est aussi traitée d'une façon telle que la FIV conserve cette caractéristique: si l'amie avait fait la FIV (au lieu d'être soumise par les médecins à des tests et traitements inefficaces), elle n'aurait probablement pas divorcé.

On retrouve le même argument pour classer les dons de sperme et d'ovules ou même d'embryons dans la sphère de l'acceptable. S'y ajoutent cependant des arguments à propos de leur statut qui viennent confirmer l'argument conjugal. Les dons sont acceptables parce qu'ils constituent des «cadeaux de vie» faits au couple par des personnes généreuses; les dons permettent de «faire l'enfant à deux». La possibilité du don de gamètes et d'embryons repose sur un argument relatif à leur qualité: le don est possible et acceptable parce que gamètes et embryons sont des cellules. L'argument est de type objectif mais en même temps validé par l'expérience personnelle au cours de laquelle on a vu les embryons sous la lentille du microscope. Il n'y a apparemment pas de chevauchement entre le symbolique et le biologique; tout se passe comme si les embryons appartenaient avant la FIV à l'ordre de l'impensé, pris dans la totalité de la procréation, et qu'une fois «vus» ils passaient simplement dans l'ordre du biologique, de la matière brute, sans avoir transité dans la sphère du «nous». Toutefois, s'il n'y a pas d'hésitation à propos de leur statut suite à la FIV (ce que j'ai appelé, dans la première représentation, le «désancrage» non encore complété du sens des gamètes et embryons), les embryons peuvent devenir des «cadeaux de vie»; le symbolique ressurgit mais, contrairement à d'autres cas, il ne s'appuie pas sur le caractère génétique. En d'autres termes, la dimension symbolique ne concerne pas le lien entre le couple et l'enfant mais entre les personnes donneuses et le couple (ce sont des «cadeaux» plutôt que «notre enfant» ou «son enfant», des cadeaux permettant d'avoir notre enfant c'est-à-dire de faire l'enfant à deux). L'argument du «cadeau» est ainsi en dernier lieu validé par une valeur de fond implicite accordée au lien, aux rapports harmonieux entre les personnes, à l'altruisme.

De ce point de vue, on ne trouvera guère surprenant le classement des «mères porteuses» parmi les techniques acceptables. La mère porteuse fait cadeau de son enfant à un couple, de la même façon que les personnes donnant leurs gamètes ou embryons. L'argument est identique au précédent. Cependant, il est nuancé par la possibilité du refus de la mère de donner son enfant. Ainsi les dons des mères porteuses sont acceptables mais souvent, dans les faits, problématiques parce qu'ils peuvent susciter des «chicanes». Cet argument semble être validé, comme dans le cas précédent, par les cas publicisés dans les médias de mères porteuses ayant refusé de remettre l'enfant au couple demandeur. Les mères porteuses sont acceptables si les rapports entre elles et les couples demandeurs demeurent harmonieux. L'échange d'argent ne modifie apparemment rien au fait qu'il s'agisse d'un «cadeau»; ce n'est pas là un argument en défaveur de ce moyen. En effet, si l'argent rend le moyen un peu «plate», dit-on, parce qu'il tend à ressembler à l'achat d'un enfant, il ne s'agit pas d'un achat parce que donner l'argent à une mère porteuse ou le donner à une

clinique est du même ordre; or on n'achète pas un enfant à la clinique. Deux hypothèses sur les bases de validité de cet argument peuvent être émises. La première a trait à une norme qui place l'enfant hors de tout marché: un enfant ne peut pas être acheté. Une référence au coût élevé de la FIV irait dans le sens de cette hypothèse. La FIV coûte cher mais on dépense aisément des milliers de dollars pour une automobile donc «pour de la tôle»; autrement dit, la quantité d'argent ou le fait même de dépenser pour avoir un enfant est pour ainsi dire sans rapport avec une valeur économique (l'enfant est sur ce plan incommensurable) ou avec le marché. La seconde hypothèse concerne une norme relative au lien conjugal; c'est le but visé personnellement qui réapparaîtrait ici. L'échange d'argent n'équivaut pas à acheter un enfant parce que de toute façon ce n'est pas un enfant qui est recherché mais la satisfaction du désir du conjoint et le maintien du lien conjugal. Or, comme on l'a vu plus haut, la conservation de ce lien est une valeur fondamentale et les actions en sa faveur prennent figure de normes de comportement nécessaires. La première hypothèse relèverait peut-être du point de vue du conjoint, mais comme je l'ai mentionné au point 10.1 il est difficile de départager entre le point de vue du conjoint et le sien propre. Quoi qu'il en soit, la discussion à propos du coût de la FIV et sa comparaison avec l'automobile est présentée comme un argument apporté par le conjoint. Il est donc possible qu'on adhère à ce point de vue et que celui-ci soit devenu le point de vue personnel suite à un échange avec le conjoint. Dans ce cas, la norme aurait fait l'objet d'une discussion. La seconde hypothèse, quant à elle, apparaît plus fidèle au point de vue général animant la représentation où l'enfant n'importe que dans la mesure où il symbolise le lien conjugal et où le recours à des moyens suffit à montrer au conjoint l'amour éprouvé pour lui. Etant donné le faible engagement affectif personnel à l'égard de l'enfant virtuel, il est possible que le moyen «mères porteuses» soit évalué, en dernier lieu, simplement du point de vue de la possibilité de maintenir le lien; il serait placé sur le même pied que les autres moyens. On pourrait sans doute émettre la même hypothèse à propos des dons de gamètes et d'embryons, quoique ceux-ci permettent plus clairement de confirmer le lien (en faisant l'enfant à deux). Si la seconde hypothèse était juste, l'argument serait ainsi validé par une norme indiscutable.

Bien que dans les deux cas examinés ici la procréation soit définie en termes de liens avec d'autres, le second cas diffère du premier dans l'évaluation de l'acceptabilité de l'accès aux NTR pour diverses catégories de personnes. Ainsi l'IAD n'est acceptable que pour les couples parce qu'un enfant se fait à deux. Les raisons apportées pour soutenir l'argument se rapportent, d'une part, au besoin de l'enfant pour qui il est nécessaire d'avoir un père et une mère ou, à tout le moins, deux personnes pouvant s'occuper de lui et, d'autre part, à

la charge importante que représente l'enfant pour les parents (à deux on peut «compenser»). Cependant, sur ces raisons flotte une vague incertitude qui leur donne un caractère marginal en comparaison d'un principe fondamental; celui-ci est énoncé à la façon d'une vérité dont on peut difficilement envisager qu'elle puisse être négociée: «Me semble un enfant ça se fait à deux personnes, pas tout seule». La centralité du lien conjugal est réitérée, à nouveau, pour organiser l'espace normatif.

### **Conclusion**

On peut constater les liens étroits unissant la base de validité et le contenu représentationnel. L'analyse révèle en effet que les raisons invoquées trouvent leur validité dans l'autorité attribuée à d'autres, dans des normes ou valeurs préétablies ou encore dans l'expérience vécue personnellement ou par d'autres.

Dans un cas, l'expérience personnelle apparaît moins «analysée» qu'énoncée en tant qu'elle serait exemplaire des valeurs. Dans l'autre cas, il y a une mise à distance de l'expérience personnelle, celle-ci étant souvent relue par une comparaison avec celle des autres. Ce qui est étonnant et particulier à ce cas, c'est que cette mise à distance s'accompagne d'une absence de doute, c'est-à-dire qu'elle ne résulte pas du doute mais de la confiance (*a priori* et tous azimuts). Or il est frappant dans ce cas que l'harmonie dans les rapports aux autres importe au plus haut point. La mise à distance de son expérience propre prend ainsi figure d'un moyen ne visant pas à analyser l'expérience mais à minimiser son importance sinon à l'effacer ou à s'effacer, condition possible (ou nécessaire?) de l'harmonie recherchée. La mise à distance, que l'on voit s'appliquer dans ce cas essentiellement à l'expérience personnelle, consiste moins en une discussion qu'en une opération de positionnement côte à côte de son expérience, de celle des autres, de celle du conjoint (souvent confondue à la sienne). Dans ce cas, si on le compare à l'autre, l'inclusion dans sa société ressemble ainsi davantage à un refuge, une façon de se mettre à l'abri des conflits qu'à une source d'identification bien ancrée (et de longue date). Dans le second cas, les rapports aux autres n'impliquent pas une absence de conflit bien qu'il y ait une adhésion très forte à la culture du groupe, donc qu'il y ait une entente sur le fond. L'évaluation des NTR montre clairement une forte cohérence et surtout un ancrage dans une logique explicative du monde susceptible de fournir une orientation très nette. La radicalité du point de vue apparaît révélatrice de cela.

J'ai déjà indiqué au début de ce chapitre que l'individu ici ne semble pas se concevoir détaché d'un monde plus vaste qui l'englobe. De ce point de vue, on pourrait dire que la

part subjective du point de vue est immédiatement incluse dans une intersubjectivité qui ne connaît pas la confrontation. On a vu par exemple, dans un des cas, que le fait d'être dans une situation différente de celle des autres, à cause du problème de fertilité, ne mène pas à discuter avec les autres de cette situation et ne mène pas non plus à remettre en question les évidences sur lesquelles reposent les réactions désobligeantes. De ce point de vue, on pourrait faire un rapprochement avec un des cas examinés dans la troisième représentation où la vérité conventionnelle (l'infertilité est féminine) n'est pas soumise à la discussion. Toutefois, il y a une différence importante entre les deux cas puisque dans l'un d'eux on n'adhère pas à cette vérité, elle est vue comme une convention (ridicule) et dans l'autre cas on adhère pleinement aux évidences du groupe.

Du point de vue des bases de validité, on constate que cette représentation comporte peu de références au savoir objectif des experts et en général aux dimensions proprement techniques des NTR. Les références principales appartiennent à une logique étrangère à la médecine, logique qui reste intacte apparemment. En fait, les NTR «touchent» cette logique mais essentiellement dans le sens de la confirmation du déjà là et sans que cette confirmation se fasse par une négociation: la certitude n'est pas remise en question et ensuite confirmée, elle est quasi directement confirmée, contrairement à d'autres représentations où la confirmation suit une interrogation et une réflexion. L'analyse de l'argumentation et de ses bases de validité donne en fait l'impression qu'il n'y a pas de désancrage et de réancrage (ou, pour reprendre les termes de Giddens, de *disembedding/reembedding*) ou alors à un faible degré. Le processus d'ancrage n'apparaît pas complexe. Ainsi l'importance accordée aux liens et l'inclusion dans un monde plus large que soi, quasi indistinct de soi, semblent favoriser une forte référence à des normes partagées et surtout à des normes qui ne se laissent pas bouculer. Ce monde qui semble fortement intégré fournit apparemment des règles nettes, des références solides (et substantielles plutôt que procédurales) pour orienter l'action. Le ton de l'«argumentation», relativement peu justificateur, n'est probablement pas étranger à cela.

Il en résulte une connaissance des NTR que l'on pourrait qualifier de dogmatique dans une large mesure (par opposition à réflexive).



## CHAPITRE 11 LA RATIONALISATION DE LA CONNAISSANCE DES NTR: DES TENDANCES MULTIPLES

### Introduction

Aucune des représentations sociales étudiées ne pourraient être qualifiées de totalement réflexives ou rationalisées, comme on pouvait s'y attendre. Dans tous les cas, plus ou moins rapidement, survient un point au-delà duquel on ne passe pas, une barrière infranchissable, formant le fond sur lequel prendre pied (ce que j'ai appelé dans les chapitres précédents les zones de certitude). D'un autre côté, aucune représentation n'est totalement non rationalisée.

Dans ce chapitre, je comparerai d'abord les représentations du point de vue de leur degré de réflexivité en faisant ressortir leurs caractéristiques sur deux plans se rapportant à la première hypothèse posée: 1° la diversité des bases de validité et 2° les postures à l'égard des bases de validité. Pour le premier point, je reviendrai au concept de «décentration» utilisé par Habermas et pour le second les critères énoncés au Chapitre 4 guideront les conclusions. Les deux plans sont distincts (mais complémentaires) parce que le premier appartient à une définition de la réflexivité comme décentration (globale) reproduite dans le rapport à un objet et le second, plus près des propositions de Giddens, à la réflexivité comme posture de doute à l'égard des contenus de l'objet marquant un doute à l'égard des bases de validité elles-mêmes.

Ensuite, j'examinerai les caractéristiques des représentations au plan plus spécifique de la place occupée par la validité objective de façon à cerner les cas où il y a colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale et ceux où des possibilités de colonisation par ce type de rationalité semblent se faire jour. Je reviendrai ici aussi sur les critères, énoncés au Chapitre 4, se rapportant à la rationalité cognitive-instrumentale. Ce second point, du strict point de vue des critères énoncés, se rapporte largement à la réflexivité comme décentration, c'est-à-dire à la diversité des bases de validité en tant que sphères de référence pour appréhender l'objet (et lui donner un caractère de réalité). Ainsi il ne semblait pas nécessaire de le traiter comme un point distinct de ce niveau de réflexivité. Toutefois, l'insistance dans les écrits notamment - et peut-être aussi dans mon propre esprit - à associer les NTR à une extension de la raison instrumentale m'a pour ainsi dire forcée à traiter plus avant cette question et même à chercher à voir si, par-dessous, une logique «technicienne» ne s'infiltrerait pas dans le rapport à l'objet et aux dimensions qui lui sont associées (principalement la procréation et le rapport aux enfants). C'est en

quelque sorte le... doute à l'égard du critère de la décentration comme élément ultime de vérification de la colonisation qui m'a entraînée dans cette direction et m'a poussée à envisager des «possibilités» de colonisation. En bout de piste, on constatera que, même appréhendées avec un pareil arsenal, les représentations les plus susceptibles apparemment de porter des possibilités de colonisation comportent encore des dimensions telles qu'on ne puisse les qualifier de colonisées... et que le critère de la décentration est le seul susceptible de déjouer les illusions des liaisons nécessaires entre rationalisation et réduction à la raison instrumentale.

## **11.1 A propos du caractère réflexif des représentations**

### **11.1.1 La réflexivité comme «décentration»: des représentations multiples, des points de vue plus ou moins décentrés**

Pour entamer la discussion à propos de la réflexivité et procéder à la comparaison des représentations sur cette base, il est utile de revenir à la notion de décentration reprise par Habermas pour décrire la différenciation de la sphère des valeurs; la décentration renvoie aux postures diversifiées à adopter selon le monde auquel on se rapporte. Le monde ou les mondes équivalent ici à l'objet (NTR). Les NTR peuvent être vues appartenant aux mondes objectif, normatif ou subjectif selon les éléments sélectionnés. La décentration permettrait de les saisir de plusieurs manières.

Un premier trait remarquable des représentations sociales des NTR consiste précisément en leur diversité. Celle-ci indique que les représentations sont en effet «sociales» puisque le même objet (les NTR) est négocié de plusieurs façons et que cette négociation diversifiée relève d'un processus communicationnel à l'échelle de ce qu'il faut bien appeler la société globale. La disponibilité de discours multiples, et en fait de discours tout court, rend improbable l'univocité des représentations. Ainsi à l'échelle de la société globale on peut constater une forme de réflexivité, une certaine forme de discussion à propos des NTR qui fracture l'objet NTR et en montre des facettes différentes (que l'on retrouve à divers degrés dans les représentations): des dimensions médicotéchniques, éthiques, économiques, psychosociales notamment. La diversité des représentations et, comme on l'a constaté au fil des chapitres précédents (6 à 10 mais aussi bien au Chapitre 3), la multiplicité des discours sur les NTR montrent s'il en était besoin une décentration en effet au niveau de la société globale, puisque les NTR sont effectivement traitées de diverses façons se rapportant à différents mondes. Ce premier niveau de réflexivité diffère du suivant où les bases de validité sont variables à *l'intérieur* des représentations; celles-ci

comportent ou non des références à des zones multiples de validité. On peut dès maintenant constater que cette décentration ou réflexivité au niveau global se trouve développée inégalement dans les «microsociétés» puisque, si l'on observe les représentations, certaines manifestent un degré élevé de décentration, alors que d'autres apparaissent peu décentrées.

La possibilité de se référer à différentes bases de validité constitue un indicateur de la réflexivité en ce qu'elle implique une ouverture à la discussion, théoriquement à tout le moins. Cette réflexivité s'applique directement à l'objet. Elle semble dépendre de la décentration au niveau de la société globale qui fracture l'objet.

Du point de vue des hypothèses de la recherche, une plus grande diversité des bases de validité signifie 1° une tendance vers la réflexivité au sens d'une plus grande décentration par rapport à l'objet et 2° l'absence de colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale ou, autrement dit, des possibilités de se référer à de multiples sources pour produire le sens. Comme je l'ai annoncé en introduction, je traiterai ce dernier point en seconde partie de chapitre.

La cinquième représentation, où les NTR sont une «épreuve», apparaît dans un cas relativement peu décentrée si l'on considère le rapport à l'objet alors que dans l'autre cas on note une certaine décentration, où la normativité toutefois occupe une place prépondérante. Le premier critère énoncé au Chapitre 4 pour évaluer la réflexivité concerne, si l'on se souvient, l'expression d'une critique (ou d'un doute) à propos d'éléments de l'objet. Or le premier cas comporte davantage de critiques à l'endroit des NTR que le second (bien qu'il n'en soit pas dénué); dans les deux cas, il y a donc une mise à distance de l'objet mais fondée essentiellement sur la normativité. La validité de la représentation repose ainsi largement sur ce qui est déjà là, surtout des normes ou principes et sur l'expérience peu médiatisée. L'objet NTR est saisi principalement à partir d'un point de vue relativement limité au monde d'appartenance ou d'origine. En soulignant au Chapitre 10 que l'ancrage semblait peu modifier ce monde, j'aurais pu aussi bien indiquer que ce monde apparaît relativement imperméable à ce qui, de prime abord, lui est extérieur (le savoir biomédical, d'autres façons de vivre le rapport aux NTR, d'autres normes et valeurs, etc.). Ce monde fournit les clés de l'ordonnement et donc de compréhension de l'objet, donnant l'impression de l'absorber. Il se montre pour ainsi dire autosuffisant et dans un cas tendant vers le monolithisme.

La seconde représentation (les NTR-excès) est également peu décentrée en ce que le point de vue, de la même façon que dans la cinquième représentation, est relativement limité, plutôt un que multiple du point de vue des bases de validité. Le rapport à l'objet est ordonné par un point de vue occupant le «centre» et duquel on s'écarte peu. Il peut être surprenant de rapprocher ces deux représentations puisque la seconde est très critique (des NTR) et porte un regard d'«experte» sur l'objet. En fait, les deux sont fort différentes au plan de leurs fondements (ce qui ordonne le sens donné à l'objet, notamment les idéaux poursuivis aux antipodes les uns des autres). On pourrait dire de la seconde représentation qu'elle donne l'impression d'être le *résultat* d'une décentration au niveau de la société globale plutôt qu'être elle-même décentrée puisque les bases de validité (limitées) se présentent comme une nouvelle source de certitude (ou vérité) susceptible, comme dans le cas précédent, d'ordonner la totalité du monde. Elle semble résulter d'une réflexivité globale parce que, contrairement à la cinquième représentation, on fait valoir un savoir de type objectif (soit socioéthique, soit biomédical) que l'on pourrait considérer «extérieur» *a priori* au monde d'origine, celui-ci aurait été pénétré par les savoirs extérieurs davantage que celui donné à voir dans la cinquième.

Dans cette représentation, on constate la réduction à un domaine principal de validité dans les deux cas produisant un point de vue du même type que celui des experts observant à distance l'objet (et ce qui l'entoure, dont les personnes impliquées) et ne mobilisant pas la subjectivité en tant que base de validité, ni des normes partagées (pour un des cas, l'autre se référant à la normativité mais sur la base de l'objectivité<sup>1</sup>). Le fait que le recours à ces bases de validité puisse être analysé comme de la rhétorique recouvrant, sous un vernis «rationnel», un rapport à l'objet largement émotif ne change rien au constat puisque ce à quoi on se rapporte pour asseoir l'argumentation, donc ce qui vaut, est ici l'objet de l'analyse (ce qui vaut, donc ce que l'on juge pouvoir être entendu et «efficace» pour faire valoir le point de vue sur l'objet).<sup>2</sup>

En comparaison des précédentes, la première représentation (NTR-moyens de contrôle) et la troisième (NTR-moyens d'assistance et de réification) apparaissent plus décentrées. Les

---

<sup>1</sup> Ce cas est intéressant en ce qu'il met en jeu, du moins dans l'analyse que j'en fais, le statut du savoir des sciences humaines et sociales - que j'ai appelé socioéthique - du point de vue de son objectivité. Dans ce cas, j'ai traité nombre des références à la normativité comme des références à un savoir de type objectif étant donné la tendance à adopter un regard extérieur sur l'objet et surtout la tendance à procéder à une analyse de type sociologique de la société, des rapports individus/sociétés, de la place de la technique dans la société, etc.

<sup>2</sup> S'il faut le préciser, la même remarque s'applique à toutes les représentations au sens où l'argumentation et ce sur quoi on la base peuvent toujours être analysés comme des formes de «rationalisation» (au sens psychanalytique du terme) ou comme de la rhétorique.

bases de validité se rapportent aussi bien à l'objectivité et à la normativité qu'à la subjectivité. Le regard emprunte à diverses sources. Certaines variations sont repérables à l'intérieur de chaque représentation (selon les cas) au plan du degré de décentration.

Dans la première, l'objet NTR est constitué de plusieurs facettes, les NTR étant redevables pour leur définition d'un savoir de type objectif, d'un ensemble de normes et de la subjectivité (y compris l'expérience personnelle). Une partie du savoir objectif est incorporé dans un savoir déjà là. On a vu aussi qu'une partie de ce savoir objectif est acquise par le biais de l'expérience personnelle et d'autres femmes. Il appert ainsi que l'expérience ne comporte pas que des dimensions subjectives au sens où par elle on a accès à une connaissance de l'objet dans ses dimensions objectives.

Si l'on s'attarde à la troisième représentation, dans un des cas, les dimensions des NTR relatives aux aspects procéduraux sont quasi invisibles; le point de vue comporte à un faible degré des références à l'objectivité et semble structuré principalement par l'expérience (personnelle et celle des autres) et par des principes. On pourrait donc considérer que ce cas est moins réflexif que le second ou moins décentré et se rapproche donc de ce que l'on observe dans la cinquième et la seconde représentations. Le second cas concerné par la troisième représentation est, à l'égard de la réflexivité, davantage du type des cas observés dans la première représentation. Le point de vue apparaît en effet plus clairement décentré, s'abreuvant aussi bien à l'objectivité, à la normativité qu'à la subjectivité.

Il en est de même dans la quatrième représentation (les NTR-moyens d'expression de l'individualité). Le savoir de type objectif (psychologique) y occupe cependant une place importante. Pourtant, comme on l'a vu, on ne peut ignorer l'espace de la subjectivité, le regard sur l'objet pouvant difficilement être associé globalement à un regard d'«experte». En même temps, d'une façon rappelant un des cas de la seconde représentation, la normativité dépend ou découle en partie de ce savoir de type objectif.

Deux constats généraux ressortent à ce point-ci. La diversité des représentations indique à l'échelle de la société globale un processus de décentration. Le contraire (ne trouver qu'une seule représentation) aurait été surprenant puisque, vue à ce niveau, la société n'est pas une masse monolithique et est traversée par des courants multiples donnant à l'objet NTR telle figure et telle autre. On peut penser en effet qu'un univers ordonné par un courant unique ne donnerait pas lieu à de multiples représentations d'un même objet mais imposerait un point de vue sur l'objet.

Plus intéressant pour le présent propos, on doit aussi constater que ce processus global ne se retrouve pas simplement «reproduit» dans chaque représentation. Parmi elles, on trouve trois types de décentration: 1° une quasi absence de décentration où le monde d'origine absorbe l'objet en son sein pour en tirer sa vérité; 2° une faible décentration où le monde a subi déjà une décentration dans une direction principale et fournit une vérité sur cette base à l'objet et 3° une décentration multidirectionnelle et encore en action donnant à l'objet plusieurs faces aussi «vraies» les unes que les autres.

Il faut se demander maintenant si le processus de communication apparaissant dans la décentration se poursuit par delà ce premier niveau et si elle tend ou non à accroître les désancrage/réancrage à propos des savoirs déjà là et à propos de ce qui «vaut» pour soutenir ces savoirs. Au-delà de la variabilité des bases de validité, il faut donc se pencher sur la «posture» à leur égard, c'est-à-dire sur la réflexivité appliquée à ces bases de validité. Les représentations se distinguent en effet du point de vue de ce que j'appelle les zones de certitude et de discussion.

### **11.1.2 Les postures à l'égard de ce qui «vaut»**

Comme on l'a vu plus haut, la diversité des bases de validité ou la décentration ne dit rien par elle-même de la posture à l'égard de ces bases de validité sinon qu'elles valent ou non. On peut se référer à la subjectivité (ce que je dis ressentir est authentique), à la normativité (ce qui est juste/bon) et à l'objectivité (ce qui est vrai ou efficace) de façon réflexive ou dogmatique, donc par une mise à distance et une discussion ou une absence de mise à distance et une impossibilité de discussion.<sup>3</sup> Ce niveau de réflexivité s'ajoute pour ainsi dire au précédent qui ne peut suffire à poser un diagnostic sur la réflexivité ou son absence dans les représentations. J'ai déjà indiqué qu'aucune représentation n'est totalement rationalisée et inversement. On a pu constater, au fil des chapitres 6 à 10, la récurrence - à divers degrés - de zones de certitude qui semblent constituer des fondements aux représentations et qui, plus encore, semblent relever de l'émotivité, de dimensions affectives lourdement chargées. Qui dit «validité» dit «valeur», celle-ci peut avoir un caractère absolu ou être discutable et il semble qu'on finisse toujours, dans les cas observés, par atteindre un noyau dur dont la dissolution équivaldrait à tomber dans un vide de sens. Aussi on pourrait dire que ces zones de certitude sont en quelque sorte porteuses de la validité ultime. Celle-ci peut apparaître largement procédurale ou plutôt substantielle.

---

<sup>3</sup> Les postures à l'égard des bases de validité sont en fait, empiriquement, celles adoptées à l'égard des énoncés ou arguments, ceux-ci s'appuyant sur des domaines de validité.

Dans l'analyse des bases de validité des chapitres précédents, quatre postures principales sont apparues dans le rapport à la validité sur laquelle reposent les arguments avancés pour soutenir les représentations. La première consiste en une attitude de confiance *a priori* en l'émetteur ou en l'autorité; ce que disent ou font les autres est inclus de façon immédiate dans le savoir contrairement à la seconde posture où l'inclusion procède par une évaluation (mobilisant soit simplement la réflexion, soit la méfiance). La troisième posture susceptible d'être adoptée équivaut à doter d'une valeur universelle ou à généraliser les arguments et leurs fondements en termes de validité (ce qui signifie dans certains cas une tendance à vouloir imposer son point de vue), alors que l'adoption de la quatrième posture consiste à relativiser ces arguments et fondements ou à leur attribuer un caractère hypothétique. La troisième posture peut correspondre aussi bien au fait de ne pas «voir» par exemple certaines normes (ce qui équivaut à recourir à une convention en tant que convention) qu'à énoncer de telles normes de façon dogmatique (même si parfois des éléments qui les contredisent pouvaient être apportés). La première et la troisième postures sont associées à un moindre degré (ou une absence) de réflexivité puisque les possibilités de discussion sont réduites, la «communication» ayant un caractère monologique (ou unilatéral) plutôt que dialogique. Dans la première, on pourrait dire que les «autres» détiennent la vérité (entière et absolue) et que «je» détiens la vérité (entière et absolue) dans la troisième.

Les postures dont je traite ici correspondent, comme la décentration mais de façon plus nette, aux modalités de l'ancrage des représentations, ancrage pouvant se présenter comme un processus de désancrage/réancrage plus ou moins accentué, indiquant des possibilités d'accroissement de l'incertitude dues à l'ébranlement de la «vérité» (aux sens objectif ou normatif du terme) par l'intrusion continuelle de nouvelles données.

En conclusion du Chapitre 10, sur la cinquième représentation, j'ai indiqué que cette représentation semble s'être formée sans que l'ancrage procède par une modification du «déjà là pensé», autrement dit sans désancrage/réancrage (ou à un faible degré). Le monde déjà là semble assez fort pour absorber en quelque sorte les nouveaux éléments sans être ébranlé. Cette forme d'intégration de l'objet, qui inclut comme on s'en souvient un rejet ou une critique de certaines techniques ou pratiques, fonctionne par une multiplication de «clôtures» *a priori* ordonnées par des normes substantielles permettant un classement immédiat des éléments retenus des NTR. Si l'on examine les postures adoptées, on remarque d'abord une propension élevée à faire confiance aux «autres» et à ce qui provient d'autorités, à intégrer leurs avis ou informations de façon plus immédiate que médiatisée (ou à laisser de côté ces données, comme c'est le cas pour les explications médicales de

l'IA qui semblent absolument étrangères). D'autre part, la posture à l'égard de la normativité est davantage du type d'une tendance soit à ne pas «voir» les normes en question (donc à les utiliser comme des conventions), soit à les considérer comme devant valoir universellement. Dans un des cas, l'expérience est comparée à celle des autres de façon constante, ce qui indique une attitude réflexive à l'égard de ce qui est vécu et ressenti personnellement: ce qui est vrai pour moi ne l'est pas - forcément - pour les autres. Comme je l'ai noté au Chapitre 10, ce traitement de l'expérience donne l'impression d'une tentative d'oblitération de soi, d'une identification plutôt qu'une distinction par rapport à son monde (dans une tentative plus globale de préserver l'harmonie - et les liens - à tout prix). En somme, cette réflexivité à l'égard de soi semble porter quelque chose d'accidentel, comme si elle n'était pas du tout déterminante sinon comme point d'appui pour en réduire la portée. Ainsi, alors que les cas se distinguent jusqu'à un certain point au plan de la diversité des bases de validité, les postures à leur égard se ressemblent.

Dans la seconde représentation, les postures principales à l'égard des arguments et de leurs fondements recourent pour une part, implicitement, une confiance en une autorité (essentiellement les discours critiques des NTR et de la société) et pour une autre part une forte tendance à la généralisation et à l'énonciation de normes universelles absolues, dont certaines conventions utilisées comme des conventions. C'est dans cette représentation que l'on retrouve le moins de doute à l'égard de ses propres croyances et convictions qui ne sont pas présentées comme telles mais comme des vérités ou normes universelles. L'expérience personnelle fait l'objet de références qui vont essentiellement dans le sens d'une démonstration de ces vérités ou normes, elle n'est pas traitée comme relevant de la subjectivité mais déplacée vers l'extérieur pour prendre place dans l'objectivité ou dans la normativité. L'expérience est énoncée comme un exemple des normes et «exemplaire» (qu'il faudrait imiter) plutôt que comme une source de savoir valide.

Cette représentation ressemble en certains points à la cinquième en termes de réflexivité, mais elle s'en distingue si l'on se penche sur deux des critères de la réflexivité des représentations énoncés au Chapitre 4. En effet, au plan de l'autodétermination<sup>4</sup>, cette représentation se distingue de la cinquième puisqu'on retrouve des références à cela sous diverses formes dans la représentation, notamment à travers l'importance accordée à la réflexion (empêchée par les NTR) pour définir l'individu éclairé. Cependant, on peut remarquer ici que les références aux discours d'autorité sont, comme je l'ai indiqué, *implicites* (bien que visibles par l'usage de locutions). Tout se passe comme si

---

<sup>4</sup> Les critères 4 et 5: l'affirmation d'un devoir de penser par soi-même et l'importance accordée à la responsabilité de la constitution de soi par soi.



apparemment on ne se réfère qu'à soi ou que l'on réfléchissait sans adopter de façon immédiate les avis énoncés par d'autres, mais qu'en-dessous ou «réellement» on s'y réfère de façon immédiate, c'est-à-dire de par la valeur accordée *a priori* aux discours critiques. Néanmoins, le fait de faire référence à ces aspects relatifs à l'autodétermination (à un point même peut-être plus élevé encore que dans les autres représentations, je pense notamment au détachement promu à l'égard de la société) indique une valeur accordée à cette autodétermination. De ce point de vue, les critères que j'ai associés, au Chapitre 4, à la plus forte probabilité de réflexivité semblent pouvoir en être, au contraire, dissociés. Autrement dit, cette représentation semble montrer que l'on peut se référer à des normes relatives à l'autodétermination sans pour autant adopter à l'égard des bases de validité une posture réflexive. D'un autre côté, on peut se demander si l'utilisation que l'on fait de ces normes dans la représentation (essentiellement pour alimenter la critique des NTR et de celles qui y recourent) n'est pas plus importante que le fait même de se référer à ces normes; si tel était le cas, l'association entre ces critères et la posture réflexive serait maintenue.

L'ancrage ne semble pas vraiment procéder ici non plus par un désancrage/réancrage; le déjà là (constitué du savoir objectif, biomédical ou socioéthique, et de principes qui dans un des cas semble découler du savoir objectif) ordonne le rapport à l'objet sans être ébranlé. Dans cette représentation, on remarque, de la même façon que dans la précédente, une forte tendance à «fermer» la discussion principalement par l'impression donnée qu'on détient soi-même la vérité à propos de l'objet. Les bases de validité auxquelles on se réfère ne font pas l'objet d'une évaluation; elles sont source d'évidences apparemment indiscutables.

La quatrième représentation (les NTR-moyens d'expression de l'individualité) comporte des références aussi bien au savoir objectif et à des principes qu'à la subjectivité. Quelles postures sont adoptées à l'égard de ces bases de validité? L'ancrage, sur ce plan, apparaît en partie médiatisé et en partie immédiat. On ne trouve pas de tendance à faire confiance *a priori* mais plutôt à évaluer, par la réflexion personnelle, ce qui est dit par les autres. De l'autre côté, cette évaluation repose le plus souvent sur des bases de validité dotées d'un caractère universel et indiscutable plutôt qu'hypothétique ou relatif. En d'autres termes, on juge les divers éléments de l'objet sur des bases multiples et valant indiscutablement. Les savoirs biomédical et psychologique constituent des sources solides sur lesquelles s'appuyer. De plus, des principes (découlant pour une part de la psychologie) sont affirmés fortement, prenant figure de normes universelles. Un des principaux concerne la protection des enfants et les règles à adopter (individuellement et socialement) pour

l'assurer, dont la «réflexion» liée à la connaissance de soi. On pourrait voir dans l'évocation de ces principes et règles une forme de confiance en l'autorité puisque le fait de ne pas évaluer les savoirs objectifs est une façon de leur accorder une autorité. Toutefois, ces savoirs sont détenus en propre si l'on peut dire, contrairement à ce que l'on trouve dans la cinquième représentation. C'est pourquoi la communication unilatérale prend la forme d'une vérité détenue personnellement et projetée à l'extérieur plutôt que d'une vérité détenue par d'autres et simplement entendue et incluse. On retrouve ainsi la même posture que dans la seconde représentation. Les deux se distinguent néanmoins de façon notable au plan du traitement de l'expérience et de la place occupée par la subjectivité, notamment à ce qu'il semble en ce que les bases de validité indiscutables les nourrissent, forcent d'une certaine façon à leur accorder de l'importance. La réflexion sur soi conduisant à la connaissance de soi entraîne l'adoption d'une posture réflexive à l'égard de l'expérience, laquelle d'un côté apparaît - justement - personnelle, conforme à la nature intérieure et de l'autre côté fait l'objet d'une critique. Cette posture est accentuée par la discussion (entre autres une confrontation conflictuelle) avec d'autres. Ainsi, contrairement à la seconde représentation, l'expérience n'est pas instaurée comme exemplaire (elle n'est pas réputée devoir être imitée, ni ne sert simplement d'exemple pour démontrer la validité des normes et du savoir objectif). En comparaison de la cinquième représentation, d'un autre côté, l'expérience n'est ni seulement énoncée puisqu'elle est analysée, ni ne sert une dévaluation de la subjectivité puisque ce qui est vécu et ressenti vaut pleinement et est déterminant dans la représentation.

On pourrait faire un rapprochement avec la seconde représentation quant à la dissociation apparente entre la réflexivité à l'égard des bases de validité et l'affirmation de l'autodétermination étant donné qu'ici comme là l'autodétermination côtoie des postures - relativement - peu réflexives. C'est la place dévolue à la subjectivité et aux normes découlant du savoir objectif (normes dont le «contenu» est en partie de type procédural plutôt que substantiel et liées à la constitution de l'identité) qui limite les rapprochements étant donné que dans la quatrième représentation mais pas dans la deuxième elle impose une certaine relativisation et empêche d'associer des contenus prédéterminés à nombre de «certitudes». L'autodétermination, dans la seconde, se manifeste par une réflexion suivie nécessairement d'un renoncement à recourir aux NTR (ou à la FIV); la réalisation de soi passe par une lutte et, dans un cas, par la manifestation des capacités personnelles de procréer et non par une connaissance de soi ouvrant des possibilités indéterminées *a priori*. La seconde représentation ne comporte pas cette réflexivité «intégrée» au déjà là et à la subjectivité qui semble disposer, dans la quatrième représentation, à accepter l'incertitude

et à agir avec elle comme si elle était un donné. En d'autres termes, le caractère relativement indéterminé des contenus de l'autodétermination tendrait à accroître la réflexivité et, en ce sens, l'une et l'autre seraient bel et bien associées, malgré les apparences.

Apparemment, l'ancrage se produit donc sans un fort désancrage/réancrage, le déjà là, comme dans les deux représentations précédentes, semblant pouvoir accueillir sans être trop ébranlé les éléments de l'objet. C'est là une chose curieuse d'une certaine façon, le rapport à l'objet étant largement différent. En fait, le déjà là comporte précisément, parmi ses éléments indiscutables permettant d'accueillir la nouveauté sans être remis en cause, une disposition à la remise en cause ou à l'acceptation de la nouveauté. Les certitudes contiennent si l'on peut dire une part d'incertitude (qui n'est pas connotée négativement comme c'est généralement le cas dans la première représentation). Cette représentation manifeste une forme d'adaptation aux conditions de la modernité; elle serait en quelque sorte exemplaire de l'analyse de Giddens en ce qu'elle montre une intégration d'une réflexivité, mais s'en éloigne en même temps puisque l'incertitude n'équivaut pas à un sentiment d'insécurité, elle est intégrée comme un donné source de défis et de découvertes.

Du point de vue de la réflexivité, la quatrième représentation se trouve davantage à proximité de la première (les NTR-moyens de contrôle) que de la seconde. Les postures à l'égard des bases de validité, dans la première représentation, recourent les quatre possibilités énoncées mais à divers degrés. La confiance en ce que disent les autres, d'abord, est plutôt limitée à l'expérience des autres femmes, celles-ci toutefois fournissant tout autant des informations de type objectif que des indications sur la manière de vivre l'expérience. On trouve donc couramment un chevauchement entre une confiance *a priori* montrant une identification aux autres femmes (qui a pour corollaire une certaine méfiance à l'égard des médecins) et une confiance reposant sur une forme d'évaluation de ce que ces femmes disent fondée sur un savoir déjà là de type objectif (biomédical) par lequel les informations «objectives» acquièrent une validité et s'insèrent aisément dans les cadres préexistants. On retrouve, sur ce dernier point, la même forme que dans la deuxième et la quatrième représentations: la valeur du savoir biomédical ne dépend pas du fait qu'il soit énoncé par les médecins mais du fait qu'il soit jusqu'à un certain point partie du savoir personnellement détenu. Ce qui renvoie à la troisième posture qui accorde une valeur universelle sur la base de la détention d'une «vérité» davantage que d'une confiance en l'autorité *a priori*. D'un autre côté, cette représentation comme la suivante comporte dans un certain nombre de cas une tendance à adopter la quatrième posture à l'égard du savoir objectif biomédical, c'est-à-dire à le doter d'une valeur relative et hypothétique. Ce savoir

peut ne pas tout expliquer ou bien peut être une source valide du sens des phénomènes en jeu pour soi mais pas pour d'autres qui n'y «croient» pas.

En comparaison des représentations précédemment examinées, la quatrième posture est nettement plus couramment adoptée à l'égard de la normativité et de la subjectivité y compris l'expérience personnelle. On trouve ainsi une plus grande propension à établir une mise à distance à l'égard de ses croyances et convictions. L'importance de la subjectivité (et de l'expérience), nourrie par la normativité (ces normes énoncées favorisant une prise en considération de la subjectivité dans l'évaluation, donnant un cadre de construction de l'identité «idéale») et ajoutée aux normes procédurales, accroît la propension à relativiser le caractère universel des contenus des choix et des désirs vus comme subjectifs. La réflexivité y est d'autant accentuée que, parmi les normes (ou principes) à l'égard desquelles on adopte la troisième posture, un certain nombre sont du type de celles énoncées dans la quatrième représentation, normes absolues ayant un caractère davantage procédural que substantiel et dont l'application mène à un résultat *a priori* indéterminé. Dans cette première représentation, on trouve avec le plus de clarté l'entente intersubjective implicite, de type conventionnel, régnant à propos de ces normes. En effet, le «choix», la «réflexion», la nécessité de «savoir» sont confirmées, en tant que normes valides, par une confrontation avec les autres qui exigent (aux sens propre ou figuré) la démonstration de la conformité à ces normes. Ce qui n'est pas discutable (donc du type d'une convention) c'est la nécessité du choix, de la réflexion, du savoir et non le contenu du choix, de la réflexion, du savoir. Il faut souligner ici que le «choix» en tant que norme, contrairement aux autres normes, est en quelque sorte «vu» par la confrontation aux autres qui forcent à évaluer son propre comportement. Ainsi cette norme est indiscutable au plan de sa nécessité (et de son caractère universel), réaffirmée, mais est mise à distance (vue) en tant que norme. Le choix d'avoir des enfants, qui pourrait ressembler à une évidence, est vu comme un choix et c'est la même chose pour le «choix» du recours aux NTR qui ne peut plus, suite aux échanges avec les autres, tenir de l'évidence «invisible». Dans cette représentation comme dans la quatrième, le résultat du choix et de la réflexion est *a priori* indéterminé puisqu'il doit être en correspondance avec la nature intérieure des personnes, donc être fondé sur une connaissance de soi, sur une fidélité à soi-même. Les «autres», quels qu'ils soient, ne peuvent ni ne doivent ordonner une ligne de conduite, imposer un contenu aux choix; ce qu'ils disent n'est pas réputé influencer la décision (au sens de l'imposition) mais servir de moyens pour clarifier la réflexion personnelle et, si possible, soutenir la personne dans sa démarche. De façon semblable à la quatrième représentation, la constitution de soi par soi, c'est-à-dire la

construction de son identité et concrètement de sa vie, constitue une responsabilité de l'individu qui doit repérer ses désirs propres et orienter sa vie en conséquence. La subjectivité occupe ici aussi une place prépondérante, au contraire de la seconde représentation, et particulièrement du cas où le renoncement est promu, où le résultat du choix doit plutôt être fondé sur l'objectivité et la normativité, c'est-à-dire sur un calcul prenant notamment en considération les intérêts collectifs.<sup>5</sup>

Là où les deux représentations se distinguent, c'est dans le plaisir associé ou non à cette responsabilité. La première représentation donne l'impression, contrairement à la quatrième, qu'on est forcé d'assumer cette responsabilité, celle-ci apparaissant comme une tâche davantage que comme un plaisir, une tâche assortie à l'infertilité d'une part qui empêche de se laisser emporter simplement par le courant de la vie et, d'autre part, assortie aux exigences normatives liées à l'identité (la reconnaissance par les autres et par soi-même d'un statut de personne mature, éclairée). Cette représentation illustre au mieux le paradoxe provoqué par la réflexivité et par des bases de validité fournissant des contenus absolument valides prenant figure de sources d'accroissement de la réflexivité dans un contexte de recherche de certitudes (et de tranquillité).

L'importance accordée à l'action, qui inclut le «savoir» en tant que nécessité indiscutable, est sans doute ce qui provoque dans cette représentation les possibilités importantes de désancrage et de réancrage du déjà là. Les modalités de l'ancrage, les postures donc à l'égard des bases de validité, tendent davantage que dans les représentations précédentes à ébranler un déjà là qui, comme dans la quatrième représentation, prédispose si l'on peut dire à cet ébranlement. D'une part, la tendance à se méfier des médecins et à évaluer les discours des «autres» de l'entourage prenant appui sur l'expérience personnelle et d'autres femmes aussi bien que sur les «informations» (de divers ordres) acquises par la quête d'informations semble être le résultat entre autres du «savoir» (comme nécessité) qui expose à l'acquisition de données diverses et contradictoires. D'un autre côté, d'autres normes indiscutables, confirmées par la confrontation aux autres, favorisent l'exposition à d'autres possibilités d'action que celles choisies (avoir un enfant, recourir aux NTR) et vont aussi dans le sens d'une modification du déjà là (l'évidence d'avoir un enfant et d'avoir un enfant génétiquement lié au couple). Ainsi il appert que l'attitude réflexive à l'égard de ce qui est dit et l'attitude non réflexive à l'égard d'un certain nombre de normes

---

<sup>5</sup> Comme je l'ai noté, c'est ce qui est promu et non ce qui s'est effectivement produit dans le cas dont il est question puisqu'on a renoncé aux essais d'IAD étant donné que ce moyen ne correspondait pas au désir personnel (avoir un enfant du conjoint). Dans les faits, il appert que la femme, dans ce cas, a agi de la façon promue par les femmes concernées par les quatrième et première représentations, c'est-à-dire sur la base d'un désir subjectif.

accroissent le désancrage et obligent à un «travail» de réancrage. On retrouve donc ici aussi un exemple de l'analyse de Giddens, mais plus fidèle que ne l'était la quatrième représentation puisqu'ici, mais pas là, désancrage et réancrage tendent davantage à accroître l'incertitude alors que cette incertitude ne fait pas partie du donné auquel on serait «adaptée» mais d'un donné contre lequel lutter (pour ainsi accéder à une forme de tranquillité).<sup>6</sup>

La troisième représentation (les NTR-moyens d'assistance et de réification) a quelque parenté avec la première du point de vue des postures adoptées à l'égard des bases de validité et, jusqu'à un certain point, de l'inconfort lié à la réflexivité et à l'incertitude qui l'accompagne. A la différence que dans la troisième représentation la normativité ne comporte pas à un aussi haut degré les normes relatives à l'identité - liées au choix, à la réflexion et au savoir- qui poussent de façon contraignante vers la réflexivité.

Dans cette représentation, on ne trouve quasi rien indiquant l'adoption d'une posture de confiance *a priori* ou de confiance en l'autorité. Au contraire, la critique (à la fois au sens neutre de la mise à distance et au sens de reproches adressés à quelqu'un) ordonne le rapport aux autres, à ce que disent les autres, révélant une tendance à adopter la seconde posture. Dans un cas en particulier, le refus *a priori* des discours d'autorité est lourdement chargé émotionnellement et fait apparaître non seulement la prééminence de la deuxième posture mais également une tendance vers l'adoption de la troisième posture, c'est-à-dire qu'on érige en principe indiscutable la méfiance à l'égard des discours d'autorité et plus particulièrement ceux ayant la prétention de détenir la vérité sur le plan moral. A un dogmatisme substantiel, on oppose un dogmatisme procédural. Penser par soi-même, se fonder sur une réflexion personnelle éclairée par certains principes et par la connaissance de soi tiennent autant du principe que d'une pratique insérée dans les réflexes, l'action devant révéler une fidélité à soi (à ses désirs) et à ces principes. Dans un des cas, penser par soi-même n'implique pas l'exclusion d'une discussion à l'aide d'un apport extérieur (à propos par exemple des aspects éthiques des développements des NTR et de la génétique). Dans l'autre cas, l'apport extérieur apparaît davantage limité par les préventions contre les discours d'autorité. Néanmoins, dans les deux cas, l'autodétermination n'est pas associée à un détachement à l'égard des autres en général. En fait, elle semble se définir essentiellement comme un contrepoids aux détenteurs du pouvoir ou à ceux qui y prétendent. De ce point de vue, cette représentation se distingue quelque peu des autres

---

<sup>6</sup> C'est la tendance générale dans la première représentation, mais on y retrouve également de façon plus ou moins accentuée une ouverture à l'incertitude, du type de ce que l'on trouve dans la quatrième représentation.

concernées par ce trait de l'autodétermination, non pas parce que cette dimension du pouvoir est totalement absente des autres mais parce qu'elle y est plus ténue.<sup>7</sup>

Une confiance à l'égard de ce que disent les autres femmes, par ailleurs, est repérable qu'on ne peut cependant associer à une confiance *a priori* mais plutôt à une confiance précédée d'une évaluation. L'expérience des autres femmes est ici moins une source d'identification et davantage une source de savoir valide.

L'attitude à l'égard du savoir objectif montre que celui-ci ne fait pas l'objet de doute du point de vue de sa validité. Le savoir de type biomédical vaut en tant que savoir universel; l'attitude à son égard tient de la troisième posture, c'est-à-dire qu'il se présente comme une vérité, détenue personnellement en ce qu'il fait partie du déjà là (et comme dans les autres représentations - sauf la cinquième -, détenue personnellement et confirmée par d'autres) plutôt que sur la base de son énonciation par les médecins. Le doute à l'égard de la médecine concerne la pratique médicale et le genre d'orientations données à cette pratique plutôt que le savoir lui-même. Dans un cas en particulier, la pratique médicale est précisément critiquée entre autres sur la base d'un savoir du même type que le savoir biomédical, ce savoir étant acquis notamment par l'expérience dans la médecine et par la pratique d'observation de son cycle menstruel par la femme. Mais la pratique médicale est également critiquée sur la base de principes indiscutables, dans ce cas comme dans l'autre. La posture à l'égard de la normativité tient donc en partie du dogmatisme, certains principes étant énoncés comme des vérités universelles, mais on trouve aussi une assez forte propension à relativiser certaines normes. Il faut ajouter que les principes indiscutables ont souvent l'allure de procédures plutôt que de contenus prédéterminés. Il en va ainsi du refus de l'autorité, comme on l'a vu plus haut, et de la valeur accordée à l'autocritique (les médecins comme les opposantes aux NTR sont considérés être trop peu critiques d'eux-mêmes ou trop tranchantes), de même que de l'autonomie. Le principe de la «réflexion», en tant que préalable à la procréation, n'est pas moins indiscutable que dans les représentations précédentes (sauf la cinquième d'où il est pratiquement absent). Il ressemble davantage à celui que l'on trouve dans les première et quatrième représentations, puisqu'aucun contenu nécessaire n'est donné à la réflexion. L'autre principe fondamental, le respect des femmes et de l'humain en général, s'il est indiscutable, comporte lui aussi

---

<sup>7</sup> C'est peut-être là une explication de la moins grande valeur donnée, dans cette représentation, à certaines normes définissant l'identité, dont la nécessité de faire la preuve face aux autres qu'on a réfléchi, choisi, etc., bref qu'on exerce un contrôle sur soi et sur sa vie. On exerce une force sur soi dans la mesure seulement où l'on est soi-même exposée au risque de se faire imposer une force de l'extérieur, on se braque face au pouvoir mais pas face à ce qui ne menace pas, c'est-à-dire soi-même, les autres (en autant qu'ils ne soient pas justement porteurs de ce risque d'imposition).

une large part procédurale et, dans une moindre mesure, une part substantielle. Enfin, dans cette représentation également, l'expérience personnelle est évaluée donc mise à distance d'une part et d'autre part elle n'est pas généralisée ou traitée essentiellement comme un exemple de normes énoncées par ailleurs. L'expérience est une source de connaissance valide en elle-même. La subjectivité, dans un des cas surtout, semble receler en fait la vérité ultime au sens où elle apparaît s'instituer comme la source de ce qui compte au-delà de tout. Dans ce cas, le principe du respect des femmes et de l'humain semble reposer en partie sur la subjectivité puisque le contenu du principe dépend entre autres du rapport subjectif à l'objet (le respect ressenti ou non par la personne est une base de l'évaluation du respect).

Dans cette représentation, les modalités de l'ancrage tendent à prendre une forme mitoyenne entre la première et la quatrième représentations. D'un côté en effet, le déjà là indiscutable dispose à une relative incertitude qui n'est pas vécue en général comme une source d'insécurité mais qui constitue apparemment un donné à partir duquel agir (comme dans la quatrième représentation). En même temps, dans un cas en particulier, l'exposition à des informations, qu'on a recherchées volontairement bien qu'avec quelque réserve, introduit une forme d'insécurité et ébranle ce qu'il faudrait conserver intact (principalement le caractère spontané et impensé de la procréation). Le «savoir» comme forme d'action ayant un caractère nécessaire ne fait pas partie des principes indiscutables, contrairement à ce que l'on trouve dans la première représentation mais il produit, une fois mis en acte, le même effet déstabilisant. Cette déstabilisation introduit davantage de regret (une nostalgie d'un «enchantement» perdu) que d'insécurité, bien qu'on puisse en repérer également des signes dans la crainte ressentie face aux développements (inconnus) de la biologie. De l'autre côté, la méfiance à l'égard du manque de critique d'eux-mêmes chez les prétendants à la Vérité (les médecins et les critiques des NTR) introduit potentiellement un degré supplémentaire de réflexivité, davantage proche de la première représentation que de la quatrième. En d'autres termes, on trouve davantage de «doute» au sens de la méfiance *a priori* que dans la quatrième représentation (où ce type de doute est quasi absent). Mais, comme je l'ai noté, ce doute ne résulte pas en une insécurité, il vaut ou a une valeur positive de la même façon que la réflexion dans la quatrième représentation et, comme elle, il est inséré dans un déjà là qui comporte donc une disposition à faire face à l'incertitude.

Si l'on compare les représentations entre elles du point de vue des postures adoptées, un constat s'impose. Les représentations où l'on repère une tendance à se référer à plusieurs bases de validité sont aussi celles où l'on trouve une plus grande tendance à adopter à leur



égard une attitude réflexive ou à faire valoir des éléments (de validité) de type procédural donc susceptibles d'accroître les possibilités de réflexivité.

Une seconde remarque s'impose aussi mais cette fois au plan de la formation des représentations en lien avec la réflexivité. Les bases de validité des représentations fondent, comme le mot l'indique, le rapport à l'objet, au sens où à travers elles on construit l'objet de façon à ce qu'il soit «vrai», une réalité. Les représentations sont sociales en ce qu'elles sont formées par le biais de processus communicationnels et en ce qu'elles prennent figure de réalités ce qui signifie qu'elles sont ou pourraient être reconnues telles par d'autres que soi. Ces processus communicationnels cependant prennent des formes diverses. On les retrouve au plan de la décentration, comme on l'a vu, et aussi au plan des postures à l'égard des bases de validité. Ces postures indiquent des rapports diversifiés à l'objet, mais également aux «autres» ou à la société et à soi puisqu'elles portent justement sur des types de communication. Par quoi le rapport à l'objet inclut, pour ainsi dire, un rapport à soi et aux autres. Les postures à l'égard des bases de validité de ce point de vue montrent des alliances inconditionnelles ou conditionnelles, des luttes, des possibilités de discussion, des terrains d'entente, etc. La confiance comme le doute - ou la méfiance - sont toujours des postures adoptées par rapport à quelqu'un qui parle ou agit, que ce soit un «autre» universel ou restreint à l'entourage ou restreint aux personnes vivant la même condition ou une institution, etc.

La troisième posture (où l'on détient personnellement la vérité, que celle-ci soit «invisible» ou «vue» mais indiscutable), la seule que l'on retrouve dans toutes les représentations, indique une limitation de la communication ou son impossibilité parce que, pourrait-on dire, une «entente» règne. Cette entente peut s'appuyer sur des vérités issues du monde d'origine ou bien être le résultat d'une décentration ayant donné lieu à une «nouvelle» vérité devenue incontestable (ainsi par exemple du savoir de type biomédical détenu personnellement). Dans ces conditions, la limitation de la communication, qui est en fait mieux nommée ici par limitation de la discussion (dogmatisme), est une manifestation d'une participation à un domaine commun donc d'un rapport aux autres marqué par une forme de confiance (et conséquemment d'un rapport d'exclusion aux «autres» ne partageant pas ce domaine). Cette confiance diffère de celle impliquée par la première posture parce que dans la première ce qui est invoqué importe moins que ceux ou celles qui l'invoquent alors que dans la troisième les contenus priment.

Cette troisième posture, comme on l'a vu, se retrouve aussi dans les représentations où l'autodétermination occupe une place importante. Or j'ai associé l'autodétermination dans

les critères énoncés au Chapitre 4 à la plus forte possibilité de réflexivité et c'est effectivement ce que l'on trouve en général, sauf dans la seconde représentation. L'autodétermination renvoie à un type spécifique de rapport aux autres, un rapport marqué par la distance (ce pourquoi précisément je l'ai associé à la réflexivité). Cependant, ce qui apparaît dans les représentations et particulièrement dans l'adoption de la troisième posture, c'est d'abord que cette distance face à la société ou aux autres n'équivaut pas nécessairement à une absence de confiance. Ensuite, cette distance est elle-même constitutive d'une zone commune (un terrain d'entente à propos duquel la discussion n'est pas possible). Ce lieu commun indiscutable peut signifier que ce qui vaut pour moi ne doit - absolument - pas être imposé aux autres (ouverture donc aux autres) ou bien que ce que je pense ou crois est un absolu (fermeture). Ainsi l'autodétermination en tant que distance face aux autres ou à la société peut signifier une tendance vers le dogmatisme où le soi distinct des autres est en quelque sorte «supérieur» à ces autres (où donc des rapports de violence peuvent s'instaurer), comme elle peut signifier une tendance vers la discussion (la communication dialogique) où le soi distinct des autres reconnaît ceux-ci comme des égaux.

Cette courte discussion montre que les représentations se forment effectivement via des processus communicationnels, mais que ceux-ci peuvent être conflictuels quand bien même une base est commune (ou *parce que* la base commune comporte les possibilités de conflits).

D'un autre côté, la quatrième posture correspond à l'envers du dogmatisme au sens où ce qui «vaut» est discutable. Il y a toutefois deux sens différents à cette assertion. La reconnaissance de l'existence d'autres points de vue possibles peut en effet consister en une disposition à remettre en question ses certitudes personnelles ou bien en une revendication de la valeur de son point de vue sans exclusion des autres points de vue. Dans le premier sens, il est possible de parler au sens strict de discussion avec d'autres, alors que dans le second sens une telle discussion peut être absente, les points de vue coexistant davantage qu'ils ne se confrontent entre eux (ce qui équivaut à un relativisme égalisateur). Toutefois, dans les deux cas, il y a une ouverture à l'autre, une nécessaire écoute même minimale, une reconnaissance de quelque chose ou quelqu'un qui n'est pas soi et dont le point de vue a droit de cité. Dans le premier sens, cette reconnaissance est source de risque puisqu'on s'expose à voir ébranler ses certitudes c'est-à-dire ce qui fonde la représentation. De ce point de vue, il n'est pas surprenant que les représentations dans lesquelles on retrouve ces attitudes réflexives soient aussi celles où l'on retrouve des éléments de validité de type procédural à l'égard desquels la troisième posture est adoptée,

c'est-à-dire que ces vérités détenues (et partagées avec d'autres) ne consistent pas en des contenus. Dans ces représentations, le processus d'ancrage a ainsi davantage de chance de prendre la forme d'un processus de désancrage et de réancrage.

Si l'on fait un bilan, trois des représentations (les première, troisième et quatrième) tendent vers la réflexivité - sans être totalement rationalisées - et les deux autres vers le dogmatisme. Parmi les trois davantage rationalisées, on trouve une décentration à l'égard de l'objet (diversité des bases de validité) et l'adoption de postures réflexives ou de la troisième posture mais portant plus souvent et de façon notable sur des éléments procéduraux au plan de la normativité. Dans ces représentations, du point de vue de la quatrième posture, une tendance vers le relativisme est repérable mais est moins marquée dans la troisième représentation. La première posture (la confiance *a priori*) est très rare dans ces représentations à l'inverse des deux autres.

La tendance vers la réflexivité ou vers le dogmatisme, du point de vue des postures à l'égard des bases de validité, est relativement indépendante de la tendance vers la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale. Les représentations les plus rationalisées du point de vue des postures adoptées ne peuvent être associées d'emblée à une telle colonisation.

### **11.2 A propos de la colonisation des représentations par la rationalité cognitive-instrumentale**

C'est à deux questions qu'il faut maintenant répondre: les représentations montrent-elles une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale? et, pour les cas où il faille répondre par la négative à la première question, trouve-t-on néanmoins des possibilités de déploiement d'une telle tendance? Ces questions sont jusqu'à un certain point indépendantes de celles relatives à la réflexivité (les représentations sont-elles ou non rationalisées?) mais jusqu'à un certain point seulement puisque les constats déjà établis à propos de la diversité des bases de validité fournissent une partie des réponses aux questions concernant la colonisation. Si en effet on peut se référer à plusieurs bases de validité pour établir le rapport à l'objet NTR, on ne peut parler de colonisation. De plus, on a également constaté une tendance plus grande à l'adoption de postures réflexives à l'égard des bases de validité dans les cas où plusieurs bases de validité fondent les arguments. Ainsi seule la seconde représentation montrerait une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale, puisque dans la cinquième, également peu décentrée et montrant un faible degré de réflexivité, le savoir objectif n'est pas la principale base de

validité. Pourtant, on constate immédiatement que ce raisonnement est incomplet ou qu'il faut lui ajouter des dimensions puisque, d'une part, dans un des cas de la seconde représentation, si l'on se réfère en effet à un savoir de type objectif, ce savoir est «socioéthique» et comporte donc en lui-même une référence à la normativité et puisque, d'autre part, dans les autres représentations, principalement la première et la quatrième, certains aspects centraux pourraient apparaître pénétrés par une logique instrumentale. D'où les deux questions posées.

Pour plus de clarté, je me pencherai dans un premier temps sur la place occupée par la validité objective (en tant que principale base de validité) puis ensuite sur les possibilités ou, à tout le moins, les apparences de pénétration des univers de sens par la rationalité cognitive-instrumentale.

### **11.2.1 L'espace occupé par la validité objective**

Si l'on considère les références (explicites ou implicites) à des savoirs spécialisés, repérables dans tous les cas, ces savoirs ne constituent pas forcément une source de validité. Dans un cas de la cinquième représentation, on se souviendra que si le contenu de ce savoir est utilisé, le savoir biomédical est laissé pour ainsi dire dans la sphère médicale distincte de l'univers de la femme. Toutefois, généralement, les références à des contenus des savoirs spécialisés constituent en même temps des références à une base de validité, ce qui apparaît par l'usage «approprié» des contenus, au sens où ceux-ci sont intégrés par exemple à des explications valides du type de celles des savoirs spécialisés plutôt qu'intégrés à des logiques qui leur seraient étrangères. En ce sens, ces savoirs sont une des sources nourrissant le savoir (valide) sur l'objet.

Mais il faut distinguer la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale de l'incorporation à divers degrés, dans le savoir déjà là, d'éléments du savoir objectif et de leur acquisition en cours d'expérience. Dans les chapitres précédents, j'ai souvent fait référence à une telle incorporation où les savoirs (supposés) «extérieurs» semblent faire partie d'un savoir «intérieur» ou personnel (et en fait, d'un savoir partagé avec d'autres donc commun). J'ai utilisé ces références pour nommer des parties du savoir et les distinguer au plan de leurs bases de validité pour ensuite examiner les contenus de façon à cerner une éventuelle colonisation. Toutefois je n'entends pas, par colonisation, le fait en soi de se référer au savoir objectif mais plutôt le fait de se référer seulement ou principalement à ce savoir donc l'appauvrissement des sources de sens dû au remplacement de ces sources par une seule (et l'identification éventuelle de la vérité et de

l'efficacité). Il s'agit d'un appauvrissement parce que ce savoir serait une nouvelle pensée unique et, de là, parce qu'il ne comporte pas des explications permettant de donner un sens à l'existence (et à la souffrance, notamment) et d'établir des rapports à soi, aux autres et au monde sur d'autres bases qu'un rapport à un «objet».<sup>8</sup> Ainsi la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale signifie la prééminence d'un type de rapports, soit le rapport sujet/objet.

Dans un cas seulement, une telle colonisation est repérable quasi au premier coup d'oeil. Il s'agit du cas de la seconde représentation où le savoir objectif de type biomédical occupe un très large espace dans la définition de l'objet. En effet, ce cas est exemplaire de l'établissement d'un rapport sujet/objet dans presque toutes les dimensions de l'objet représenté. Le (presque) strict regard objectif posé sur l'objet le dénude pour ainsi dire, lui donne un caractère mécanique, donne à voir un objet vide de dimensions par lesquelles un sens pourrait être donné à l'épreuve. La comparaison de soi à une vache et des femmes recourant à la FIV à des incubateurs place les femmes elles-mêmes dans la position d'objets. Le rapport à soi place la femme dans la position d'une chose sur quoi s'applique des procédés techniques dénués d'autres sens que leur sens objectif. Dans ce cas, on se soumet soi-même à ces procédés sans en même temps pouvoir transposer ces procédés hors de leur logique technique. On se soumet donc non pas à un désir subjectif, à des principes dans lesquels on croit, mais à des moyens techniques puisque rien d'autre n'habite les techniques. En fait, pour être plus précise, il y a bien un désir subjectif et une norme repérable dans le recours aux NTR dans ce cas, mais l'un et l'autre sont clairement insuffisants pour résoudre le problème du sens posé par le recours aux NTR. Le désir d'avoir un enfant porteur de ses gènes et plus globalement symbole de sa capacité personnelle de procréer, ce désir même puissant n'ordonne pas le sens donné aux NTR. La norme (procréer comme tout le monde), de son côté, est un obstacle pour modifier le sens des NTR et, en conséquence, pour que l'action effectuée ne soit pas vécue comme une forme de violence puisque précisément les NTR sont l'antithèse de la procréation «normale».

Si la colonisation est relativement indépendante de la réflexivité (en tant que procédure de discussion, de remise en question de ce qui est donné), on peut toutefois se demander si l'adoption d'une posture dogmatique à l'endroit du savoir objectif (comme c'est le cas ici) n'accroît pas néanmoins la colonisation. En effet, la vérité absolue associée au savoir

---

<sup>8</sup> Les règles issues de ce savoir ne peuvent rien dire de ce qui est juste, bon, ni de ce qui est «beau», à moins justement de considérer la justice ou la justesse et la beauté comme des équivalents de la vérité (objective) et de l'efficacité.

objectif empêche peut-être de réviser la définition donnée, de relativiser les énoncés et d'introduire par là des ouvertures d'alimentation du sens par d'autres sources.

On peut se demander pourquoi dans le cas discuté ci-haut on ferait face à une colonisation mais pas dans le second cas de la même représentation ni dans la quatrième représentation où le savoir objectif (principalement psychologique) occupe un espace important dans les bases de validité.

Au plan formel, le second cas de la deuxième représentation, étant donné que la principale base de validité semble relever de l'objectivité, pourrait donner lieu à une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale. Il semble qu'il faille distinguer les savoirs objectifs du point de vue de leur capacité à tarir les sources de sens. Le savoir «socioéthique», en tant que savoir objectif, peut donner lieu à une réduction normative (plutôt que biologicotechnique) et impliquer une forme de domination puisque l'individu y est construit de telle façon qu'il doive se soumettre à des intérêts collectifs et qu'il est, par là même, occulté dans ses dimensions spécifiques, subjectives. Il ne comporte pas moins de dimensions autoritaires que le savoir biomédical, mais son objet n'est pas identique à celui du savoir biomédical. L'un et l'autre savoirs construisent un sujet amputé soit de ses rapports à un monde social et à un monde intérieur ou subjectif, soit de ses rapports à lui-même y compris dans ses aspects biologiques. Cependant, pour parler de colonisation il faudrait que le savoir socioéthique dont il est question dans la seconde représentation mène à une forme de réification (l'instauration d'un rapport sujet/objet). Or si l'on trouve des éléments allant dans ce sens, notamment dans les «calculs» quand sont placés dans la balance les intérêts individuels et les intérêts collectifs (comprenant la gestion de la masse d'enfants sans parents), il semble évident que des principes éthiques plutôt que l'efficacité gestionnaire sous-tendent le calcul. Il ne s'agit pas en effet d'une vision des NTR qui mettrait en jeu l'efficacité comparée des NTR et de l'adoption en fonction d'un but défini comme la gestion planétaire des orphelins. Comme je l'ai abondamment souligné au Chapitre 7, la préoccupation porte sur les rapports individus/société technologique et sur les risques que présente une telle société du point de vue des valeurs présidant à son développement. Le point de vue adopté dans ce cas est difficilement associable à une rationalité instrumentale du même type que dans l'autre cas. Il n'est pas non plus du même type que celui adopté, par exemple, dans les projets technocratiques visant à résoudre des problèmes sociaux et donnant lieu à des politiques de gestion et de prévention par exemple. Par ailleurs, et c'est empiriquement ce pourquoi il n'y a pas de chute dans le non sens dans ce cas, ce sur quoi on assied la représentation (les bases de validité des arguments) fournit des ressources (bien que limitées) permettant de se placer soi-même

dans une position non pas d'objet mais de sujet. En ce sens, le savoir socioéthique procure des éléments pour établir un autre type de rapport à soi qu'un strict rapport sujet/objet, son objet étant un sujet ou en tout cas pouvant être un sujet. Dans ce second cas, le point de vue est ainsi d'abord et avant tout normatif mais fondé non pas sur une entente intersubjective et plutôt sur un savoir objectif qui fournit des normes de comportement allant dans le sens d'une rupture avec les valeurs de la société actuelle et d'un rattachement à des valeurs d'une société «idéale» (prenant modèle sur un monde passé).

La quatrième représentation donne à voir des éléments qui, de prime abord, ressemblent à ce second cas de la deuxième représentation, bien que formellement on ne puisse parler de colonisation puisque la représentation trouve sa validité aussi bien dans l'objectivité que dans la normativité et la subjectivité. Au plan formel, elle est plus près de la première et de la troisième représentation. Cependant, j'ai indiqué au Chapitre 9 l'importance, en termes d'espace occupé dans la validité, du savoir objectif, psychologique principalement. Le savoir psychologique peut donner lieu lui aussi à une réduction non pas sociale ou biologique mais «subjective» ou individualiste, tendant à laisser tomber dans la définition de l'individu qui est son objet ses dimensions sociales et, éventuellement, biologiques. Dans le cas qui m'occupe ici, le point de vue sur l'objet est principalement subjectif, sans néanmoins être dénué d'autres dimensions, et fondé en partie sur un savoir objectif incontestable donnant sens à cette subjectivité. C'est de ce point de vue que l'on pourrait faire un rapprochement avec le second cas de la deuxième représentation en ce qu'ici comme là un savoir objectif fonde des principes (ou à tout le moins est brandi pour ce faire) ou des dimensions subjectives. Mais là s'arrêtent les ressemblances puisque, dans la quatrième représentation, les dimensions subjectives sont issues du savoir objectif aussi bien que de l'expérience et d'une entente intersubjective étant donné le caractère normatif associé à la subjectivité (à travers la construction de l'identité sociale et personnelle).

En somme, la quatrième représentation montre la distinction entre la colonisation et l'existence d'interrelations entre les bases de validité quand le savoir objectif nourrit apparemment l'univers normatif aussi bien que subjectif. En fait, dans cette représentation, on pourrait aussi bien dire que c'est l'univers subjectif qui, à travers l'expérience analysée, donne sa validité au savoir objectif (l'expérience permet de «vérifier» les assertions du savoir objectif) ou que l'univers normatif fonde la validité du savoir objectif (les principes fondant ce qu'il faut faire et être peuvent être premiers et donner sens à un savoir qui les systématise) aussi bien qu'il ordonne le sens donné à l'expérience (conforme à des principes). Toutefois, de la même façon que le savoir

socioéthique, le savoir psychologique travaille sur un objet contenant pour ainsi dire un sujet et généralement un sujet lié à d'autres.<sup>9</sup> La réduction psychologique comme la réduction socionormative opèrent moins de fermeture que la réduction biologique au plan du sens, si ce n'est qu'en ce qu'elles empêchent la déshumanisation, c'est-à-dire impliquent minimalement un sujet indépassable.

Si l'on procède à un bilan provisoire, il faut retenir que le premier cas de la seconde représentation montre une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale. Dans le second cas de cette même représentation, on constate une colonisation formelle en ce que l'objectivité fonde le sens donné à l'objet. Quant à la quatrième représentation, on ne peut parler de colonisation puisque l'objectivité n'est pas la base de validité essentielle même si elle semble inextricablement liée à la normativité et à la subjectivité.

### **11.2.2 Des tendances vers la colonisation?**

Pour répondre à la deuxième question relative à la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale (est-ce que des tendances en ce sens pourraient être repérables?), il faut revenir sur certains des critères énoncés au Chapitre 4 à la suite des hypothèses, c'est-à-dire: 1° le rapport entre moyen et fin incluant l'efficacité et les calculs «coûts-bénéfices», 2° la biologisation et 3° la maîtrise. Disons-le d'emblée: c'est à propos de la maîtrise que la question des possibilités de colonisation se pose de la façon la plus aiguë en ce que cette idée de maîtrise est le point nodal de la rationalité cognitive-instrumentale, les autres dimensions lui étant pour ainsi dire soumises ou pouvant apparaître secondaires.

Ce sont principalement la première et, jusqu'à un certain point, la quatrième représentations qui posent question et qui exigent ce détour par les «possibilités de colonisation», étant donné que suite à la stricte application du critère de l'unidimensionnalité du point de vue il demeure une certaine ambiguïté au sujet de cette colonisation. La place centrale du «contrôle» dans la première représentation appelle des éclaircissements. Pourquoi, en effet, cette représentation, au contraire de la seconde, ne serait pas colonisée par la rationalité cognitive-instrumentale alors même que son noyau est constitué d'un élément au fondement de la définition de la raison instrumentale?

En pareils cas, les possibilités de colonisation résulteraient d'un fondement dans la rationalité cognitive-instrumentale de la normativité et de la subjectivité. Autrement dit, pour parler de telles possibilités, il faudrait que la validité ultime s'apparente à la rationalité

---

<sup>9</sup> Même s'ils peuvent être interprétés comme une source de problèmes et dont il faudrait donc se libérer, ces liens sont inclus dans le sujet qui est l'objet de son savoir.



cognitive-instrumentale, que ce soit celle-ci qui organise subrepticement les autres bases de validité et qui fonde le rapport à l'objet NTR. Par extension, si l'on tire les conséquences jusqu'au bout, les rapports à la procréation, à l'enfant, à soi-même, notamment, qui apparaissent à travers la représentation de l'objet NTR, devraient également être fondés ultimement sur ce type de validité. Autrement dit, le rapport à la procréation, à l'enfant, à soi devrait être du type du rapport à un «objet».

J'ai indiqué, en présentant au Chapitre 4 le premier critère, que l'établissement d'un rapport entre moyen et fin était insuffisant pour classer une représentation dans la catégorie rationnelle instrumentale. En effet, la raison instrumentale est définie comme cette forme de rationalité en finalité où la fin est en quelque sorte remplacée par ce qui n'était à l'origine qu'un moyen. La rationalité en finalité n'implique pas forcément la réduction de la fin à un moyen.

Le recours aux NTR s'inscrit toujours, dans les cas étudiés, dans un rapport moyen-fin. Comme on l'a vu abondamment, le moyen est diversement défini et il en va de même pour la fin visée. Dans certains cas, j'ai indiqué que le seul fait de recourir aux NTR suffisait pour atteindre le but. C'était le cas dans la première représentation dans l'accent mis sur l'action, le simple fait d'agir constituant une forme de soulagement; cependant, il serait réducteur de considérer ce trait comme une illustration d'une transformation de la fin en moyen, de la même façon que dans la troisième représentation (le cas du recours à l'IA) et dans la cinquième (le cas du recours à la FIV où celui-ci suffit à montrer les liens), puisque la fin ne réside certainement pas dans la technique. Dans tous ces cas, la technique est en effet transposée dans une sphère non technique, elle n'est pas elle-même la fin. Par ailleurs, dans la plupart des cas concernés, le recours aux NTR ne suffit pas pour atteindre la fin visée, puisque cette fin est un enfant.

Il faut ici se pencher sur cette fin qui est en fait «des» fins, l'enfant n'étant généralement pas réductible pour ainsi dire à lui-même en tant qu'entité biologique ou individuelle. Dans l'enfant sont insérés des buts secondaires et des buts ultimes qui prennent parfois davantage figure de «sens» que de «fins» précises.<sup>10</sup> L'enfant «biologique» porteur d'un «nous», l'expérience physique de la grossesse et de l'accouchement, la réalisation de soi, le rétablissement ou la création de liens aux autres, l'inscription dans le groupe d'appartenance, la retransmission de ce qu'on a reçu soi-même, le don et la réception

---

<sup>10</sup> J'emprunte cette distinction à Moscovici (1988b: 164 et sq.). Le «sens» équivaut à une fin éloignée, davantage du type d'une «cause» qui exige d'agir.

d'amour: ce sont là des buts contenus dans les NTR et dans l'enfant qui naîtra peut-être suite au recours.

Les fins apparaissent en fait comme des fins *et* comme des sens, le rapport moyen-fin chevauchant ainsi la rationalité en finalité et la rationalité en valeur. Comme on l'a vu, on assiste dans toutes les représentations à divers «calculs» (dans la cinquième représentation, ces calculs sont plus implicites), à des évaluations des possibilités au regard des buts en comptant avec les risques et les coûts en argent par exemple. L'efficacité est jaugée à la fois en termes objectifs (les taux de succès et d'échec) mais le plus souvent, dans la première représentation en particulier, en termes à la fois objectifs et subjectifs puisque le rapport entre les procédés et la fin est admis (la procréation est entre autres un phénomène physiologique) et que les possibilités de réussite envisagées se fondent sur cette logique et sur la «chance» qui jouera pour soi... peut-être. Dans les cas où l'efficacité dépend en partie du simple fait du recours, l'évaluation est essentiellement subjective. Dans la plupart des cas, on constate l'application d'une rationalité en finalité. En même temps, la finalité dépasse la stricte grossesse en tant que signe d'efficacité technique, la grossesse contenant autre chose qu'un processus physiologique. La finalité devient ainsi également un «sens» dépassant largement le biologique ou reliant le biologique à des dimensions sociales et existentielles. On pourrait considérer ce genre de fins-sens comme des «rétrécissements» en comparaison de «causes» plus larges ouvrant sur autre chose que la vie quotidienne pour nourrir l'existence et le sentiment d'un accomplissement (ouvrant si l'on veut sur la transcendance). Dans un contexte où la vie quotidienne est le lieu principal de l'accomplissement, ce qui semble «petit», quasi insignifiant en face d'enjeux sociopolitiques par exemple, gagne en importance. Il n'est pas impossible par ailleurs qu'une forme de banalité soit recherchée et qu'elle constitue une résistance à la course à la «différence», au choix continu, à l'incertitude. J'ai fait allusion à cet aspect au Chapitre 6 relatif à la première représentation dans laquelle l'insécurité est palpable devant une vie sans enfant et devant une vie qui menace de ne pas correspondre aux aspirations de longue date. C'est en ce sens que les fins poursuivies sont aussi, sinon surtout, des sens.

Il est pertinent ici d'ouvrir une parenthèse. Le «sens» porté par l'enfant est variable comme je l'ai noté. Ce sens peut apparaître comme une réduction cependant. Si l'on compare principalement les cas de la première et de la quatrième représentation au cas de la seconde qui montre une colonisation, on note une insistance sur la réalisation de soi comme sens (ou un des sens) porté par l'enfant. Or, dans le cas de la seconde représentation, l'enfant apparaît comme le symbole de la capacité personnelle de procréer; le lien à l'enfant semble essentiellement défini comme un lien de soi à soi (on se

souviendra que la maternité est présentée en termes de fertilité, de capacité biologique de procréer). Dans les autres cas, ce sens est parfois présent mais toujours accompagné d'autres sens. Les NTR ont ainsi un horizon plus vaste, ouvrent sur une maternité ou une parentalité qui ne se laissent pas enserrées dans l'espace rétréci du lien à un soi «capable». Par ailleurs, on se souvient d'un cas de la première représentation où les NTR-moyens de contrôle menacent de devenir des moyens de perte de contrôle: la femme dit se sentir comme un «rat de laboratoire». Les raisons de persister malgré tout résident dans la fin visée, l'enfant. Jusqu'ici ce cas ressemble au cas de la seconde représentation. Pourtant, les NTR n'ont pas le même sens. Ce qui semble empêcher la chute dans le non sens, ou la transformation de soi en objet, c'est le sens porté par l'enfant. Cet enfant, à la différence de celui de l'autre cas, n'est pas un symbole de la capacité de procréer. La fin ne dépend pas strictement de l'efficacité technique bien qu'elle passe par elle. Dans l'autre cas, le rapport moyen-fin est délimité par les possibilités techniques; la fin, autrement dit, même si on peut la considérer comme un «sens», est celle contenue dans la technique ou la dépasse à peine (la fin coïncide avec celle «permise» par la technique objectivement parlant, c'est-à-dire la capacité de procréer).

En ce qui a trait à la biologisation, ce sont principalement le lien génétique - à travers les gamètes et les embryons - et, par suite, le lien familial qui sont en question. Trois tendances sont repérables du point de vue du traitement du lien génétique. La première (que l'on trouve dans la première représentation et dans un cas de la cinquième et de la seconde) consiste en une appréhension objective ou une biologisation en même temps qu'une symbolisation des gamètes; il y a dans ces cas un chevauchement et, parfois, celui-ci crée une incertitude quant au statut des gamètes et des embryons qui deviennent des objets non seulement de réflexion mais de questions auxquelles on n'a pas de réponse définitive. Les gamètes et embryons prennent figure de «choses» précieuses en même temps qu'ils portent quelqu'un (soit nous, moi ou les donneurs). Le lien biologique en tant que lien immédiat entre parent et enfant (j'ai fait référence à cela en parlant de la fonction liante des gamètes) se rapporte à la définition conventionnelle (dans notre culture) du lien familial mais est supporté par la vérité objective. Le chevauchement autorise la circulation des gamètes et embryons en même temps qu'il limite leur utilisation.

Dans la seconde tendance (se retrouvant dans un cas de la troisième, de la seconde et de la cinquième représentations), on ne peut repérer de possibilités de colonisation puisque les gamètes ne sont pas discutés en termes objectifs (de «cellules») mais sont enserrés dans la procréation en tant que totalité (incluant la dimension biologique sans la distinguer des autres dimensions) ou sont seulement symbolisées (elles ne sont pas des cellules mais

quelqu'un). La circulation des gamètes est ainsi soit problématique, soit possible si elle n'implique pas d'anonymat.

La troisième tendance (correspondant à certains cas de la première représentation et à la quatrième) m'apparaît la plus surprenante en ce que la biologisation du lien génétique est la voie d'une «débiologisation» du lien familial. Les gamètes sont des cellules, donc réduits à leur stricte objectivité, et sont distincts de l'enfant; les gamètes font l'enfant, biologiquement (ou génétiquement) parlant, mais ne créent pas de liens particuliers, ceux-ci étant produits après coup et non donnés *a priori*. Dans ces cas, l'enfant n'est pas défini, du point de vue de sa relation aux parents et à la famille plus large, en termes biologiques/génétiques. Dans la quatrième représentation toutefois, les gamètes (le sperme du donneur) «portent» quelqu'un, mais celui-ci est encore défini non comme le parent mais comme le père génétique, donc en stricts termes génétiques. Cette dimension du père importe puisque dans ce cas les gènes renvoient à l'inné dans l'enfant (des goûts, le caractère, par exemple). Comme on l'a vu au Chapitre 9, de ce fait, l'enfant porte une part d'inconnu correspondant aux gènes du géniteur. Mais le lien familial n'est pas génétique, les gènes ne font pas le parent. Ainsi, même dans ce cas où l'on trouve une reconnaissance d'une pertinence de la dimension génétique dans la constitution de l'individu, cette dimension n'est pas pertinente dans la définition du lien familial. C'est dans la quatrième représentation que la réification non pas du lien familial mais du donneur est la plus nette; dans les autres cas concernés, la réification est limitée aux gamètes (constituant une matière dissociée des personnes qui les donnent, que ces personnes soient des tiers ou soi-même).

D'un autre côté, au regard du critère de la maîtrise, on constate que, même dans les cas où il y a une nette biologisation ou une tendance vers la biologisation des gamètes et embryons, ceux-ci doivent être épargnés des manipulations (ayant des visées eugénistes en particulier); leur utilisation est limitée à un but strict de procréation. Si les NTR, dans des représentations, permettent d'exercer une maîtrise ayant une valeur positive, cette maîtrise n'a ainsi pas pour objet l'enfant à naître (à travers les gamètes et embryons). La maîtrise positive offerte par les NTR ne porte pas non plus sur la procréation en tant que processus physiologique, si la maîtrise signifie une transformation radicale de la procréation telle qu'elle se produit «naturellement». La possibilité d'une telle maîtrise est vue et fait l'objet d'une critique, notamment par la restriction des buts pouvant légitimement être poursuivis (la procréation, point à la ligne). Les NTR, au plan du corps, ne font que se substituer à un processus qui aurait pu se produire autrement si le corps n'avait pas souffert d'une carence. L'infertilité est définie objectivement et principalement à l'aide des catégories

biomédicales. Les NTR telles qu'utilisées sont une réponse à un état plutôt qu'un moyen de contraindre un corps qui ne répond pas à la volonté<sup>11</sup> et plutôt qu'un moyen de modifier la procréation *dans le but* de la modifier ou de l'«améliorer». C'est ainsi plutôt la maîtrise à l'égard de soi et de sa vie, par le biais de la procréation et des enfants, qui est en question dans les NTR, quand la maîtrise porte une valeur positive. Cette maîtrise est un enjeu central dans toutes les représentations, sauf la cinquième. Dans la seconde représentation, les NTR bloquent cette maîtrise, dans la troisième les NTR peuvent l'accroître ou la réduire et dans les première et quatrième les NTR l'accroissent davantage qu'elles ne la réduisent.

Du point de vue du type de maîtrise à exercer, la troisième représentation se distingue quelque peu des autres puisqu'on y trouve une tendance à laisser la procréation dans une sorte d'«impensé» relatif. La réflexion à propos de la procréation porte sur la disposition générale à avoir des enfants; exercer une maîtrise sur soi et sa vie, être autonome, n'implique pas dans le domaine de la procréation autre chose que ce type de réflexion. Comme on l'a vu, dans le recours aux NTR cependant d'autres dimensions doivent être prises en considération; la maîtrise que permettent ou empêchent les NTR ne dépend pas des femmes recourant aux NTR, elle n'est pas liée à un accroissement ou à une réduction de leur faculté mais plutôt aux pratiques (médicales et discursives) des «autres» qui affectent ou non l'autonomie des femmes. Cette représentation ne comporte donc pas d'éléments laissant entrevoir des possibilités de colonisation, du moins en comparaison des autres, l'autonomie n'y étant pas associée à une forme de domination de soi sur soi (où le soi pourrait être réifié) ou à des principes pouvant y être apparentés.

Dans la seconde représentation, la maîtrise sur soi et sur sa vie passe par une réflexion devant mener à la domination de ses pulsions donc au renoncement à recourir aux NTR (ou à la FIV en particulier) et en plus, pour un cas, par une réflexion s'apparentant à celle que l'on trouve dans les première et quatrième représentations, c'est-à-dire une exploration du désir d'enfant et des moyens de le satisfaire. Dans tous ces cas, comme dans ceux de la troisième représentation d'ailleurs, une mise à distance de la procréation, c'est-à-dire sa constitution comme objet de réflexion, est présente et est accentuée apparemment par l'infertilité (ou l'absence de conjoint), par l'éventualité du recours aux NTR et par la discussion dans la société plus large à propos de ces questions.

---

<sup>11</sup> En ce sens, en tant que palliatif d'un état jugé déplorable, les NTR ont un statut semblable à d'autres types de traitements ou d'aide médicale.

Deux choses distinguent les première et quatrième représentations de la seconde: d'abord, l'insistance sur la réflexion et sur le désir d'enfant qui lui est associé comme nécessités préalables à la procréation et les ouvertures qui en découlent du point de vue du contrôle à exercer sur la procréation et sur les critères d'accès aux NTR des personnes susceptibles d'y recourir; ensuite, les dimensions normatives de l'identité qui sont liées à la réflexion et qui laissent place à une forme d'individuation ne passant pas par la domination de soi mais par la recherche d'une expression authentique de soi. Ces deux éléments appartiennent à l'ordre des contraintes, comme on l'a vu dans les chapitres concernés. Pour la première représentation, ces éléments ont trait à la façon de faire dans le domaine des NTR, c'est-à-dire que le recours doit comporter notamment ces éléments pour que les NTR «soient» des moyens de contrôle, donc pour avoir du sens. Il n'en va pas autrement pour la quatrième représentation.

Dans ces derniers cas en particulier, la maîtrise, comme enjeu des NTR, se rapporte principalement à la normativité puisqu'elle appartient à l'ordre des valeurs partagées et à l'identité sociale. Cependant, elle «contient» des éléments divers caractéristiques d'une logique instrumentale: la réflexion, le désir et la volonté associés à la planification et à la prévision, l'action. On se souviendra que ces dimensions prennent figure de «nécessités» dans les première et quatrième représentations. Davantage même, elles valent parfois en elles-mêmes, la maîtrise «vide» constitue une fin (*la fin*). En ce sens, la normativité apparaît pénétrée par la raison instrumentale. D'un autre côté, on a vu amplement que des raisons d'ordre pratique, normatif et subjectif «remplissent» la nécessité de la maîtrise et il est impossible de repérer dans cette maîtrise un rapport à des «objets»; les NTR seules sont placées dans un tel rapport quand leurs dimensions techniques (utilitaires) sont en cause. La planification, la prévision et la réflexion ont des dimensions pratique et psychologique qui dépendent en partie de raisons d'ordre normatif, celles-ci portant sur une réduction des risques pour les enfants (le raisonnement chevauchant l'objectivité psychologique et l'éthique), sur l'identité sociale fondée sur des normes partagées avec d'autres (selon lesquelles la réflexion et donc le choix réfléchi sont importants pour définir la personne sensée). Les raisons sont aussi «subjectives» et, à ce qu'il semble, en partie fondées sur la normativité (intersubjectivité) exigeant la fidélité à soi qui implique la réflexion sur ses désirs, ses capacités et ses limites à un moment déterminé de sa vie. C'est en ce sens que la planification et la sélection des moyens pour réaliser le projet d'enfant dépendent de cette réflexion. Les dimensions subjectives ont trait également à la place des enfants dans sa vie, elles incluent donc la question des «sens». Or la maîtrise

sur soi et sur sa vie, si elle n'avait d'autre fin qu'elle-même, si elle s'inscrivait dans une logique purement instrumentale, rendrait incompréhensible la prise de risques.<sup>12</sup>

Dans son petit livre *La sociologie du risque*, Le Breton se penche sur les pratiques volontaires de prises de risques; il note, discutant des campagnes publiques de prévention qu'elles

«parient sur une logique d'intérêt fondée sur une vision purement rationnelle de l'homme [sic] (...). La décision de l'acteur est transformée en équivalent d'une stratégie économique pour le meilleur gain. Mais la vie se déroule dans une autre dimension, loin de ce genre de calcul ou d'un utilitarisme propre à l'homo economicus qui ne sont que des éléments dans une décision qui implique bien d'autres données, comme la valeur attribuée à une action, le plaisir pris à l'accomplir, (...)» (:37)

Contrairement aux cas étudiés par Le Breton, ici la prise de risques n'est pas volontaire au sens où l'on ne cherche pas les risques, mais dans certains cas les risques ne sont pas entièrement dénués de valeur et dans la plupart des cas on les court pour atteindre un but face auxquels ces risques perdent du poids. Le raisonnement n'est pas précisément celui de l'*homo economicus*, ni non plus d'ailleurs celui qui sous-tend la logique de l'«autoconservation» (pour reprendre le terme de Horkheimer et Adorno<sup>13</sup>). Le Breton associe la prise de risques volontaire à une mise en jeu de soi mobilisée dans la construction du sens de l'existence dans un contexte social et culturel où ce sens n'est plus donné. La part affective, note-t-il, est ainsi première et «subordonne une rationalité, toujours modulée, reformulée selon les circonstances.» (:37). Dans la perspective que j'ai adoptée, la rationalité n'exclut pas les dimensions affectives et la subjectivité mais en même temps on ne saurait réduire celle-ci à une forme du rapport à soi du type rapport sujet/objet même si, comme je l'ai noté plus haut, le rapport à soi est inclus dans une maîtrise de soi. C'est ce pourquoi on ne se trouve pas de façon unilatérale face à une logique de l'autoconservation, les exigences normatives nourrissant le «sujet» passant non pas par une domination de soi au sens d'une annihilation d'une nature intérieure mais plutôt, dans les cas qui m'occupent ici, elles portent sur une actualisation de cette identité propre, sur une réalisation axée sur le «plaisir» associé aux enfants (par opposition notamment au travail salarié) et souvent, mais pas forcément, sur le «plaisir» corporel associé à la procréation.

<sup>12</sup> Il est vrai que ce ne sont «que» des risques (et non des certitudes), mais on a vu que ces risques (comme les autres problèmes actuels des NTR) ne sont pas éludés.

<sup>13</sup> Voir le Chapitre 1.

Dans ces deux représentations (la première et la quatrième) qui comportent des caractéristiques de la raison instrumentale, on ne semble pas pouvoir constater de colonisation. On trouve une forte tendance en revanche vers la rationalisation de la procréation qui renvoie aussi bien à la rationalité en finalité (la planification, par exemple, et la sélection d'un moyen «efficace», trait particulièrement frappant dans la quatrième représentation où la recherche d'un moyen adéquat accompagne immédiatement le projet d'enfant), à la normativité fortement liée à la «réflexion» et à la subjectivité. Les NTR portent souvent une dimension positive à cause des possibilités accrues qu'elles offrent d'un déploiement ou de la mise en évidence de ces éléments centraux que sont l'enfant clairement désiré et, par extension, les garanties de bien-être qui en découlent, le choix net, les possibilités accrues de réflexion sur soi et sur l'enfant (puisque le moyen d'avoir un enfant n'est pas donné de façon immédiate, contrairement à ce qui se passe en contexte de fertilité), la conscience plus aiguë de soi et de l'expérience de la procréation. La FIV accroît encore ces possibilités puisque, même dans d'autres représentations où l'on ne trouve pas de logique de planification (la cinquième et la troisième), on trouve néanmoins l'idée de la «garantie» pour l'enfant clairement désiré.<sup>14</sup>

La rationalisation de la procréation, qui correspond à une mise à distance d'abord et avant tout, donc à un rapport d'«extériorité», fait bouger les rapports aux enfants. C'est remarquable dans les discussions sur le désir d'enfant et les compétences parentales comme critères d'accès aux NTR et aux enfants. Dans quelques rares cas, les NTR sont vues comme une occasion pour la société d'exercer un contrôle positif sur la procréation, dans le sens d'une réduction des risques de déséquilibres chez les enfants, puisqu'on a accès aux aspirants parents avant la procréation. Si généralement on ne va pas aussi loin, c'est-à-dire on ne promeut pas une régulation organisée de l'accès<sup>15</sup>, dans la plupart des cas de la première représentation et dans la quatrième on voit dans la parentalité une tâche complexe. Si bien que le rapport aux enfants tend à apparaître - entre autres - comme un rapport de gestion de problèmes potentiels. Par là, la procréation semble pénétrée par une logique de «système». Les NTR ne sont pas directement en cause dans ce risque de colonisation, mais elles pourraient la faciliter. Cependant, ce type (gestionnaire) de rapport aux enfants est toujours accompagné par le plaisir et des dimensions éthiques. Celles-ci ont trait à ce qui est bien (des parents capables d'élever et d'aimer leurs enfants),

---

<sup>14</sup> C'est le degré d'exigence de la FIV qui semble provoquer cela.

<sup>15</sup> Puisque d'une part on est incapable d'énoncer des critères de sélection précis (substantiels) et d'autre part - et surtout - on imagine mal poser des interdits. En fait, même dans les cas rares où l'on promeut une régulation (du même type que les évaluations préalables aux adoptions), les critères sont relativement flous.



mais aussi à ce qui est juste. En effet, la question des compétences parentales est généralement mise en parallèle avec la sélection opérée *de facto* dans l'accès aux enfants sur la base de la richesse des personnes étant donné le coût des NTR (comme de l'adoption). La richesse est le critère le moins «logique» et le plus injuste (les deux termes étant équivalents). A travers cette discussion, la rationalisation de la procréation équivaut à une modification du rapport aux enfants dont la visée est principalement éthique puisque reposant sur le refus viscéral de la soumission de l'accès aux enfants à la richesse et plus généralement à une logique économique. En même temps, la solution éthique pour contrer l'entrée de l'argent dans le domaine chevauche la promotion d'un rapport aux enfants s'apparentant à celui de professionnels et d'un rapport conjugant la protection et l'affection.

Mais l'ébranlement des rapports aux enfants et à la procréation est encore plus remarquable dans la discussion sur l'égoïsme et l'altruisme, telle qu'on la retrouve principalement dans la première représentation et dans un cas de la seconde.<sup>16</sup> La discussion ne porte pas seulement sur l'opposition NTR/adoption mais aussi sur l'opposition procréation/adoption. A partir du moment où la procréation est objet de réflexion et de discussion, les termes de la discussion (c'est-à-dire les différentes dimensions de la procréation et des rapports aux enfants) sont tous susceptibles d'être ébranlés. Cela ne produit pas nécessairement un rapport instrumental à la procréation et aux enfants mais plutôt, dans les cas concernés, cette discussion mobilise les dimensions éthiques et subjectives. Autrement dit, la mise à distance dont je parle ici ne fait pas de la procréation et des enfants des «objets», n'ouvre pas seulement la porte à leur appréhension en tant que choses objectives mais surtout en tant que domaine et sujet de moralité et de lien à soi. Au plan éthique, on oppose la procréation naturelle ou par les NTR à ces enfants orphelins et, dans le cas de la seconde représentation, on appelle à la domination des désirs au nom d'intérêts supérieurs (ceux de la société qui correspondent à un changement des valeurs vers moins d'individualisme). Au plan subjectif, on juge la procréation par les NTR et l'adoption à travers la part émotive contenue dans l'expérience physique de la procréation et la connaissance de soi c'est-à-dire de ses désirs, de ses limites et du sens de son existence. Dans la première représentation, on perçoit des tentatives de «repli» vers une procréation intouchée (la procréation comme «évidence»), tentatives qui échouent au sens où il est impossible de soutenir que la procréation appartient aux évidences même si l'on ressent personnellement les choses ainsi. Cette impossibilité d'«impenser» la procréation

---

<sup>16</sup> On ne trouve pas la question de l'égoïsme dans tous les cas de la première représentation, mais ce que cette question mobilise et sous-tend touche la plupart des cas.

mène à une seule possibilité: «admettre» que le désir est subjectif *donc* égoïste. Un malaise émerge dans ces cas parce que, d'un côté, la procréation n'est pas associée à des «intérêts personnels» et, de l'autre côté, sa constitution comme objet de réflexion et de discussion, y compris le rapport d'extériorité qu'on établit soi-même à la procréation dans le contexte vécu, ne semble laisser d'autres choix d'interprétation. Or, si la procréation est une affaire d'intérêts personnels, l'enfant acquiert une dimension «utilitaire». L'ambiguïté repose sur l'équivalence produite par ce raisonnement entre les dimensions émotives/expressives reliées à la procréation et aux rapports aux enfants *et* les «intérêts personnels» en comparaison des «intérêts» des enfants orphelins. L'étrangeté ressentie semble être reliée au calcul auquel sont soumis la procréation et les enfants, l'une et les autres devenant des «quantités».

Il faut sans doute souligner que ces formes de discussion sur la procréation ne sont pas l'apanage des seules personnes confrontées à l'infertilité et aux NTR.<sup>17</sup> Les NTR ne produisent donc pas la mise à distance en général ni cette mise à distance particulière sous la forme d'une discussion en termes d'«intérêts». Mais elles l'alimentent et, en ce sens, elles peuvent contribuer à donner prise à une logique qui, dans le contexte actuel, tend vers une logique instrumentale (sous la forme des «calculs»). La discussion sur l'égoïsme/altruisme repose en effet sur la présupposition d'un choix et d'une volonté sans lesquels les termes mêmes d'égoïsme et d'altruisme n'ont pas de sens. Dans la reproduction biologique, seul l'enfant «accident» n'est pas envisageable en termes d'égoïsme et il est également le seul apparemment avec lequel, *a priori*, un rapport instrumental ne peut être instauré (aucun calcul ne l'enserre). Mais il est aussi l'enfant inacceptable, c'est-à-dire à risque de n'être pas traité convenablement ou de vivre dans des conditions difficiles (pas idéales). Dans la reproduction biologique, si le choix est forcément égoïste c'est parce qu'on n'associe pas (ou moins) à cette reproduction l'idée d'un rattachement à une société, à un groupe, mais seulement à soi, alors que dans l'adoption il y a altruisme parce qu'on «sort» de soi pour donner à quelqu'un qui n'est pas soi (et qui représente l'Autre, la société). Donner la vie n'est pour ainsi dire pas un don à quelqu'un d'autre qu'à soi-même ou, de façon plus nuancée, est d'abord un don à soi-même. Discuté dans ces termes, le rapport aux enfants «idéal» moralement s'accompagne

---

<sup>17</sup> Ainsi ce jeune couple décidé à adopter des enfants plutôt qu'à procréer (même si à leur connaissance ils ne sont pas infertiles) et dont l'histoire est rapportée par P. Foglia dans sa chronique de *La Presse* (1er février 1997) intitulée «Le bébé au lait cru»; ce projet s'inscrit nettement, pour cette femme et cet homme, dans une perspective éthique et dans la recherche d'un sens global à leur existence. Si des cas de ce genre sont probablement peu répandus, ce qui me semble plutôt significatif c'est l'association de l'adoption à l'éthique et, parallèlement, de la procréation «naturelle» à l'égoïsme. J'ai discuté de cet article avec plusieurs personnes et n'ai jamais rencontré une contestation de cette «évidence».

d'une exigence de détachement des enfants de rapports «émotifs» (égoïstes) puisque l'idéal consiste à avoir un enfant «pour lui-même» et non pour soi, c'est-à-dire un enfant ne «servant» pas à combler le désir égoïste de ses parents. Le rapport aux enfants promu dans l'alternative altruiste tend ainsi à accroître davantage l'extériorité face à la procréation et aux enfants. Dans la première représentation, où cette question est posée de la façon la plus problématique, c'est entre autres ce rapport d'extériorité que l'on cherche à abolir dans la tendance à «naturaliser» la procréation à l'aide des NTR, à la rendre comparable à la procréation naturelle et à la maintenir dans la «chaleur» (par opposition au calcul - tout autant d'ailleurs qu'à la «technique»).

M. Strathern (1992) analyse ce «choix» qui doit être appliqué «obligatoirement» à la procréation - dans les sociétés occidentales contemporaines -, et plus encore dans le domaine des NTR, et considère les risques socioculturels qui lui sont inhérents du point de vue des rapports entre les personnes. Ces rapports sont susceptibles, selon l'auteure, d'être de plus en plus marqués par la sélection et le détachement et de moins en moins par les obligations et la responsabilité. Le choix, dans la culture occidentale actuelle, ne peut, selon elle, qu'être limité à un choix de type consumériste. Il y a donc un risque de placer les personnes (et en l'occurrence les enfants) dans une position comparable à celle de choses produites (qu'on acquiert ou non par choix) plutôt que «naturelles» (données, immuables). Le risque de réification dépend ainsi de la logique du choix qui rend inacceptable ce qui n'est pas choisi (ce qui est donné) et qui pousse donc à l'adoption d'une posture du même type que celle déjà instaurée à l'égard de la nature, c'est-à-dire la domination (plutôt que la simple acceptation ou la contemplation). Les données de ma recherche montrent une tendance en ce sens, manifeste dans le caractère inacceptable de l'enfant «accident» et dans les possibilités ou les avantages des NTR qui permettent encore davantage de «choisir» (et donc d'éviter les «accidents»). Cependant, le «choix» exigé (par les autres) et revendiqué (par soi-même) implique une réflexion «morale» qui, elle, comporte une possibilité de détachement mais d'un autre ordre que celui évoqué par Strathern en ce qu'il ne remet pas en question les obligations. Dans la première représentation, on donne à la procréation et à l'enfant un caractère «naturel» justement, plus proche de la convention (d'une forme de donné) que de l'invention. C'est dans la quatrième représentation que le rapport à l'enfant s'éloigne le plus de la tradition ou convention et prend le plus figure d'une «création» (au sens quasi esthétique). Mais, comme on l'a vu, ce qui permet de voir une création dans l'enfant, d'établir à la procréation un rapport «esthétique», donc les dimensions subjectives entre autres fondées sur la normativité et l'objectivité, est précisément ce qui empêche l'instauration d'un lien à

l'enfant dénué des obligations et de la responsabilité (je pense ici aux liaisons entre subjectivité et normativité via la réflexion).

La rationalisation de la procréation et des rapports aux enfants ne mène pas forcément à une colonisation par la rationalité instrumentale. Les possibilités d'une telle colonisation, même dans le cas de la première représentation, sont limitées ou maintenues en état de tension d'une part par la rationalisation même, c'est-à-dire par les exigences insérées dans la «maîtrise» qui pourraient la faire tendre vers la raison instrumentale et qui en même temps bloquent cette tendance. D'autre part, ces possibilités de colonisation semblent également obstruées par les tentatives de conserver intactes des catégories d'interprétation de la procréation (la nature et, plus généralement, ce qui se rapporte à la «chaleur» par opposition à la «froideur» technique). La maîtrise en tant qu'enjeu central, notamment dans les représentations qui semblent de prime abord reposer sur une logique instrumentale, ouvre et ferme en même temps les possibilités de colonisation parce que ses éléments constitutifs sont présents en même temps, ne sont pas organisés de façon indépendante les uns par rapport aux autres. Ces éléments de contenu en fait nous renvoient à la décentration, c'est-à-dire à la diversité des bases de validité et à la discussion - à divers degrés - qu'elle implique.

### **Conclusion**

J'ai traité séparément dans ce chapitre la décentration et les postures à l'égard des bases de validité. La décentration concerne directement le rapport à l'objet, alors que les postures à l'égard des bases de validité concernent évidemment l'objet mais de façon indirecte. Néanmoins, la décentration est un processus qui semble lié à l'adoption des postures. A un moins haut degré de décentration semble correspondre un moins haut degré de réflexivité du point de vue des postures adoptées, mais un degré relativement élevé de décentration n'implique pas forcément un degré élevé de réflexivité à l'égard de ces bases de validité d'un point de vue strict (bien que l'on trouve une tendance plus forte à adhérer à des normes procédurales plutôt que substantielles, ouvrant à la réflexivité, dans les cas où une plus grande décentration est observée). En conséquence, il est difficile d'imaginer que la colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale, étant donné qu'elle signifie nécessairement une faible décentration, puisse être accompagnée d'un haut degré de réflexivité du point de vue des postures adoptées. En effet, si l'on adopte une attitude de doute à l'égard de la base de validité concernée, il y a de fortes possibilités de s'apercevoir que d'autres points de vue peuvent être adoptés.

Par ailleurs, une faible décentration ne signifie pas une colonisation par la rationalité cognitive-instrumentale, même si la principale base de validité est constituée par le savoir objectif. A tout le moins, il n'en va pas forcément ainsi si le savoir en question comporte en lui-même des références à d'autres bases de validité ou si une possibilité en ce sens est offerte par le caractère procédural par exemple du savoir.

D'un autre côté, dans les pages précédentes j'ai voulu m'assurer que la diversité des bases de validité telle qu'elle apparaissait rapidement par l'analyse des arguments et des bases de validité ne cachait pas d'une certaine façon en ses entrailles des possibilités de colonisation, une forme de rapport à l'objet ultimement fondée sur la rationalité instrumentale. Il y avait, si je peux dire, trop de planification, de gamètes, de savoir, d'action, de contrôle, de réflexion pour que la question de ces possibilités de colonisation ne se pose pas. Ces possibilités sont en effet présentes dans les cas concernés, mais elles semblent obstruées par la réflexivité en termes à la fois de décentration et de postures réflexives.

En bout de ligne, les représentations montrent une décentration au plan de la société globale du fait qu'il y ait *des* représentations du même objet. Cette décentration n'est pas «reproduite» également dans les microsociétés. Les représentations les plus rationalisées le sont au sens où le rapport à l'objet est décentré, c'est-à-dire qu'il se constitue sur la base de plusieurs types de validité, et que les postures adoptées à l'égard de ces bases de validité sont plus réflexives que moins. Sur ce plan, les postures peuvent tendre vers une discussion au sens strict qui implique une confrontation des points de vue ou vers un relativisme exempt d'une telle confrontation. Ce relativisme est plus fréquent; il est possible qu'il soit nécessaire à la reconnaissance à la fois de son point de vue et de celui des autres par soi et par les autres, c'est-à-dire une condition nécessaire pour que le point de vue personnel ne soit pas refusé ou pour lui donner droit de cité dans un contexte potentiellement marginalisant. On se souviendra en effet que les représentations les plus rationalisées sont aussi celles où l'on retrouve les discours justificateurs. Enfin, une seule représentation, et en fait un cas de cette représentation, peut être considérée colonisée par la rationalité cognitive-instrumentale au sens où la base de validité fondant principalement le rapport à l'objet mène à établir à l'objet dans ses différentes dimensions (y compris soi-même) un rapport sujet/objet. Dans ce cas, il en résulte une «perte de sens», une extrême difficulté à ancrer l'action parce qu'elle est néanmoins accomplie malgré cette base de compréhension de l'objet (qui fait de l'objet un instrument de violence).

Ce dernier cas est ainsi distinct de ceux où l'on retrouve des modalités d'ancrage parfois complexes, prenant la forme de désancrage et de réancrage, introduisant donc - au moins temporairement - des failles dans les certitudes ou le «déjà là pensé». On a vu en effet que la réflexivité, dans ses manifestations concrètes, n'est pas forcément une posture à laquelle on adhère aisément et de plein gré et qu'elle peut prendre figure de contrainte à la fois au sens d'une norme sociale (imposée mais en laquelle on croit) et au sens d'une nécessité incontournable dans laquelle on est prise une fois engagée sur cette route. On se souviendra par exemple du «savoir» et de ses effets pervers ou encore des limitations d'interprétation à propos de la reproduction biologique où l'affirmation du choix implique l'égoïsme malgré l'incongruité de la chose en comparaison de ce que l'on ressent. L'ancrage impliqué dans des rapports à la validité de type réflexif peut ainsi être complexe et signifier un passage par une incertitude qui n'a pas de valeur en elle-même et produit seulement une déstabilisation, de l'insécurité. Ces difficultés d'ancrage - voilà des termes bien neutres pour parler d'une insécurité ressentie réellement et très durement parfois - n'ont pourtant pas de commune mesure avec la perte de sens dont il est question plus haut; il ne s'agit pas en effet d'une perte de sens mais d'un déplacement du sens.

## CONCLUSION GENERALE

Cinq représentations sociales des NTR sont ressorties de l'analyse des discours recueillis chez les répondantes. Pour chacune de ces représentations, une «description» a été faite par laquelle les NTR sont présentées du point de vue de ce qu'elles «sont» et sur la base de ce que j'ai appelé les situations de départ donnant accès aux finalités poursuivies. Les situations de départ contiennent, pour ainsi dire, des enjeux plus fondamentaux que les stricts infertilité ou absence d'enfant par exemple ou, en d'autres termes, portent davantage que le seul rapport aux NTR, à savoir un rapport au monde dont les NTR font partie. C'est pour cette raison, selon toutes les apparences, que les finalités repérables dans les situations de départ ne coïncident pas forcément avec les raisons du recours aux NTR et que l'on peut donc les distinguer en tant que finalités non pas du recours mais de la constitution de cette représentation plutôt qu'une autre.

Les situations de départ donnent accès aux noyaux des représentations donc aux traits distinctifs des représentations. La présence de tels noyaux n'empêchent pas des différences d'exister à l'intérieur d'une même représentation et, d'un autre côté, des ressemblances de persister entre les différentes représentations. Ces points de convergence entre les représentations ont constitué une source de questions sinon de doute à l'égard de la typologie ayant résulté de l'analyse des situations de départ. Toutefois, la typologie a été maintenue parce que, malgré ces ressemblances, chaque représentation est bel et bien distincte des autres. La présentation des différentes dimensions et de leur articulation le montre clairement.

La description de ces dimensions se rapporte ni plus ni moins à la présentation du résultat de l'objectivation en tant que processus de formation des représentations. J'ai exposé ce faisant certaines des procédures repérables par lesquelles on élimine ou sélectionne des parties de l'objet de façon à le rendre compréhensible, c'est-à-dire à le faire entrer dans l'univers de sens déjà là et à lui donner son caractère de réalité. Par là, une partie du processus d'ancrage apparaît déjà qui trouve son complément dans l'analyse des arguments et de leurs bases de validité.

Par cette analyse, on quitte la description, en s'appuyant sur elle, pour pénétrer dans l'explication. La question en effet qui anime l'analyse des arguments et des bases de validité peut s'énoncer ainsi: pourquoi les représentations sont-elles «vraies»? Il va sans dire que le point de vue adopté dans l'analyse ne permet aucunement d'établir une vérité objective de l'objet NTR, mais plutôt de cerner objectivement - le plus possible, à tout le

moins - les vérités de l'objet du point de vue des répondantes ou, autrement dit, des types de connaissance valide de l'objet.

C'est à ce moment de l'analyse que le processus d'objectivation apparaît inextricablement lié à celui de l'ancrage. Ce processus d'ancrage procède parfois par ce que j'ai appelé le désancrage et le réancrage, désancrage correspondant à un ébranlement - plus ou moins inquiétant, selon les cas - du fonds de savoir disponible et réancrage renvoyant à une forme de stabilisation de ce savoir modifié. Le rapport à l'objet transite par des processus de validation sans lesquels l'objet n'existe pas. Parallèlement, les domaines de validité font exister l'objet en le rangeant de façons diversifiées dans l'univers de sens. Par là même, on a accès précisément à ce par quoi l'objet acquiert un sens, aux types de liaisons entre l'objet et cet univers de sens plus large. L'examen des bases de validité ne dit en effet rien d'autre que ce qui vaut, ce qui permet donc de donner du sens à l'objet. Dans certains cas, l'objectivité est la principale source de sens, à tout le moins pour classer cet objet-là, alors que dans d'autres cas les normes du monde d'origine ordonnent le classement de l'objet et, dans d'autres cas encore, plusieurs sources de sens organisent le rapport à l'objet.

Je suis allée un peu plus loin encore en examinant les postures adoptées à l'égard des bases de validité. C'est encore de l'ancrage qu'il est question puisqu'on y demeure dans le domaine de ce qui vaut, des raisons pour lesquelles la vérité de l'objet est valide. Mais dans cette portion de l'ancrage, ce qui est en question c'est davantage encore le rapport à l'objet en tant qu'il passe par le rapport aux autres et à soi. Les postures à l'égard de ce qui vaut semblent bien liées à un mode de positionnement face aux autres. S'identifie-t-on ou pas au monde duquel on parle, à sa société? S'en distingue-t-on? et de quelle façon? La réflexivité contient pour ainsi dire des rapports aux autres et à soi, de la même façon que la (quasi) absence de réflexivité. Ces rapports apparaissent dans les modes de communication, monologiques ou dialogiques. Les représentations sont toujours «sociales» en ce qu'elles se construisent sur ces rapports, et ce même quand le rapport à la société ou aux autres est marqué par une fermeture puisque cette fermeture est un rapport parmi d'autres possibles et surtout puisqu'elle indique une zone de certitudes ou d'évidences (ce qui ne peut être discuté). Si l'on compare les représentations, la cinquième (les NTR-épreuve) pourrait être associée à une représentation «collective» plutôt que «sociale», du point de vue des processus de formation. L'indistinction dans le rapport aux autres rappelle en effet un type de rapports davantage caractéristiques des sociétés traditionnelles. Mais d'un point de vue extérieur, plutôt qu'intérieur, comme elle est justement une représentation parmi d'autres représentations, elle n'est pas moins que les



autres une représentation sociale; leurs différences semblent bien dépendre justement de leur présence dans un monde plus global décentré, faisant de l'objet un objet éclaté par rapport auquel on peut se positionner de multiples façons.

Du point de vue des hypothèses de la recherche, il ressort que la décentration ou réflexivité au plan de la société globale provoque la formation de représentations - au pluriel - mais pas forcément de représentations rationalisées, ni également rationalisées entre elles, ni entièrement rationalisées pour celles qui le sont. Ceci signifie deux choses. D'abord, le recours aux NTR peut aussi bien reposer sur une logique rationnelle que sur une logique non rationnelle. Autrement dit, et contrairement à ce qui sous-tendait la première hypothèse énoncée, une rationalisation développée de l'univers quotidien, y compris de la procréation, n'est pas nécessaire pour rendre le recours aux NTR «possible». La cinquième représentation illustre cela. A l'inverse, une rationalisation dans le sens de la rationalité instrumentale n'accroît pas forcément les chances de rendre le recours aux NTR «possible», sensé, comme le montre la seconde représentation (particulièrement le cas où l'on repère une colonisation). En d'autres termes, il semble bien que les NTR ne contiennent «rien» *a priori*. La «possibilité» du recours aux NTR pour procréer peut ainsi reposer sur un déplacement sémantique plutôt que sur une identité sémantique avec une médecine technicienne (définie selon l'idéaltype de cette médecine).

Ensuite, cela signifie qu'il y a toujours une partie non rationalisée que l'on pourrait associer à la foi en quelque chose ou quelqu'un ou encore à des idéaux inaltérables. Les noyaux des représentations constituent ni plus ni moins que ces points limites. Des éléments du noyaux peuvent constituer, d'un autre côté, une source de réflexivité dans certaines représentations.

Ce qui est frappant dans les représentations et qui apparaît dans les noyaux centraux, c'est que le rapport établi aux NTR porte toujours une façon de se placer soi-même dans l'objet, sur différents modes comme on l'a vu. Or les quatre premières représentations, dans leur noyau même, montre une question ou un enjeu se rapportant à des idéaux justement. Cet enjeu est celui de la possibilité de la liberté dans le rapport humain à la technique et plus généralement dans le rapport individu/société technologique. Ce sont les réponses qui sont différentes d'une représentation à l'autre. La cinquième représentation ne porte pas cet enjeu au sens où la liberté n'est pas en cause dans le rapport à la technique ou, à tout le moins, si elle est en cause c'est d'une toute autre façon.<sup>1</sup> Dans la seconde représentation,

---

<sup>1</sup> Le rapport «normal» à sa propre société, apparemment, est inclusif et est donc, si l'on veut, placé sous le sceau de la contrainte (ou de ce qui apparaît tel). Voir le Chapitre 10.

il n'y a pas de négociation possible: les NTR sont de l'excès c'est-à-dire antinomiques avec la liberté des individus, l'humain est perdu dans la technique puisque celle-ci ôte leur humanité aux personnes. Dans la première représentation, l'individu reste distinct de la technique mais doit être à l'affût puisque la technique peut exercer une emprise excessive: le contrôle que permet d'exercer la technique doit aussi se porter sur la technique; celle-ci en entrant dans la vie des personnes doit être soumise à un contrôle, au même titre que les autres constituantes de cette vie. On retrouve le risque d'emprise dans la troisième représentation, mais cette emprise est celle de la technique dans la mesure où celle-ci est entre les mains (concrètement ou discursivement) de détenteurs de pouvoir; ce dont il faut se méfier c'est d'abord et avant tout de ceux-ci plutôt que de celle-là puisque ce sont eux plus que celle-là qui peuvent assister ou réifier les femmes (et l'humain en général). Enfin, dans la quatrième représentation, la technique est malléable entre les mains de celles et ceux qui y ont affaire; elle sert la liberté en étant un outil pour styliser sa vie. En ce sens, les individus sont responsables de ce qu'ils font de la technique.

Si l'on remplace «technique» par «société», à quoi aboutit-on? Dans la seconde représentation, à un rapport d'extériorité face à cette société: vaut mieux agir seule (sans technique, sans cette société-là). Or un des éléments valant indiscutablement concerne les critiques des NTR. Dans la première, on voit se profiler un rapport ambivalent empreint de méfiance mais néanmoins confiant ou désireux de l'être, un rapport hésitant entre la participation et l'extériorité. Les NTR sont ici plus qu'ailleurs réputées «naturelles»: peut-on y voir aussi un désir d'établir un rapport à la société qui soit «naturel», c'est-à-dire allant de soi, ne suscitant pas autant de questions qu'il n'en pose? un désir de se laisser couler, emporter, dans une évidence qui fuit malgré soi dans des rapports aux autres parfois conflictuels, remettant en cause ce qui ne devrait pas l'être (ou pas à ce point)? Exercer un contrôle ne signifie pas autre chose finalement que colmater les brèches. Dans la troisième, on aboutit également à un rapport ambivalent: être autonome n'équivaut pas à agir seule, à se couper de la société en autant que celle-ci ne se mêle pas outre mesure de la vie privée des individus, il faut préserver l'équilibre entre le privé et le public, conserver une zone privée d'intimité. Dans la quatrième, c'est un rapport de collaboration qui se profile: les individus profitent de la société mais en sont aussi les producteurs, il n'est pas besoin - et en fait pas possible - d'en sortir... Les absolus portent sur l'équilibre individuel à préserver et sur l'intériorité.

Le rapport à l'objet NTR, mis en parallèle avec le rapport à soi et à la société qu'il porte, ne se distingue pas fondamentalement de celui qui apparaît dans les questions

éternellement posées par les philosophes et les sociologues notamment sur la Technique, sur les rapports des personnes à la nature et à la Technique ainsi que sur la liberté.

Si l'enjeu de la liberté traverse les représentations et qu'on peut très bien y associer l'enjeu des rapports individus/société, celui de la «nature» constitue aussi un point transversal qui n'est pas parfaitement indépendant du précédent. Les références à la nature dans les représentations concernées ne portent pas exactement le même contenu, mais affirmer que les NTR sont ou pas naturelles signifie toujours qu'elles sont ou pas «correctes», raisonnables, qu'elles permettent ou pas de préserver la procréation de la froideur technique. La naturalisation des NTR - ou leur artificialisation - apparaît ainsi comme un processus de symbolisation où s'affrontent deux pôles opposés et qui, comme je l'ai noté au Chapitre 1, ont toujours cohabité depuis les débuts de la modernité (la science ou le rationalisme et leur critique ou refus, sous diverses formes).

D'un autre côté, la naturalisation ou son contraire constituent des tentatives de conserver une partie de la procréation dans l'immuable. Dans plusieurs cas, ce qu'il faut conserver consiste en la «naturalité» des gamètes, c'est-à-dire que les gamètes doivent être issus d'un homme et d'une femme en chair et en os et qu'ils doivent demeurer «bruts» pour conserver la part de hasard dans la procréation ou l'indétermination de l'enfant (refus de l'eugénisme et de la détermination et de la sélection du sexe). On a ici une illustration de ce que la «nature» est toujours l'objet d'une construction humaine, est toujours maniée (concrètement et symboliquement) à partir d'un point de vue, à partir d'un observateur/acteur.<sup>2</sup> Dans le même sens, la réflexion et la planification peuvent devenir des aspects de la «nature» de la procréation... de la même façon que le rapport conjugal. Celui-ci donne à la procréation à l'aide des NTR un caractère naturel soit à travers le lien génétique équivalant à la transmission d'un «nous», soit à travers l'engagement commun et la présence des deux membres du couple dans le processus de procréation. La naturalisation se produit également par le maintien de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement; c'est naturel puisque ce premier aboutissement ou résultat de la technique est identique au résultat de la procréation naturelle, pour la femme en tant que femme et pour le couple puisque le conjoint est là aussi présent. De plus, du fait de ce résultat de la technique, l'enfant naît d'une femme, il est donc «humain».

Dans la recherche, j'ai mis l'accent sur la réflexivité et sur la - possibilité de - colonisation par la rationalité instrumentale dans l'appréhension de l'objet plutôt que sur le maintien de

---

<sup>2</sup> Comme l'exprime Moscovici (1968) dans son *Essai sur l'histoire humaine de la nature*.

traditions. L'enjeu à cerner résidait dans le rapport à la technique (NTR) et à une logique technicienne. Si le point de vue adopté avait moins porté sur ces éléments, y inclus la médecine et la médicalisation, les aspects relatifs aux rapports des femmes à la maternité et aux rapports conjugaux, notamment, donc les rapports aux «modèles traditionnels», auraient occupé un espace beaucoup plus vaste. Néanmoins, ces aspects sont apparus puisqu'ils faisaient partie du rapport à l'objet NTR. Or, bien que les questions centrales ne portaient pas directement sur les rapports des femmes aux modèles féminins et familiaux traditionnels, on ne peut que constater que la réflexivité joue pour ébranler la tradition *en tant que tradition*. C'est davantage le rapport des femmes à la maternité que le rapport conjugal qui fait l'objet d'une mise à distance; le désir d'enfant (souvent nommé de cette façon) n'est pas non «réfléchi» du fait qu'il doit être comblé - même «à tout prix» -, il est l'objet d'une «détraditionnalisation». Affirmer cela n'est pas de la simple rhétorique qui camouflerait le maintien d'un «modèle traditionnel». La façon de parler de l'argent et particulièrement des coûts des traitements montre les contradictions et les tensions entourant les rapports aux enfants, dans la société, qui rendent parfois incompréhensible le désir d'enfant, qui lui ôtent de sa légitimité et qui contribuent par là à en faire un objet de questions (en le sortant de la sphère des évidences absolues). Les coûts, d'un autre côté, font «voir» et réaffirmer le principe inébranlable de la préservation de l'enfant de la marchandisation.

Ces derniers aspects, illustrant la détraditionnalisation, montrent la pénétration du savoir commun par ce qui circule publiquement et, par conséquent, son caractère perméable et -relativement - changeant. Le savoir de sens commun, tel qu'il apparaît dans les résultats de la recherche, suscite deux constats généraux si l'on compare ces résultats à ceux de plusieurs études sur le savoir profane et sur ce savoir à propos des NTR.

Les représentations des NTR dans ma recherche sont plus rationalisées et surtout elles comportent infiniment moins d'éléments «exotiques» que ce à quoi on aurait pu s'attendre en lisant de nombreuses recherches sur les représentations sociales ou sur le savoir de sens commun. Celles-ci, en effet, donnent souvent à voir des théories profanes fortement marquées par une sorte d'étrangeté pour un regard objectif.<sup>3</sup> Un facteur explicatif résiderait dans la dimension affective du savoir profane ou «quotidien». La constance du jeu des affects dans la formation du savoir rendrait celui-ci en quelque sorte imperméable à

---

<sup>3</sup> En utilisant l'analogie avec les oeuvres d'art, j'ai moi-même pu laisser entendre, au Chapitre 4 (en posant néanmoins l'hypothèse d'une rationalisation du savoir), que les représentations pourraient comporter quelque chose d'étonnant sinon d'étrange... ce qui montre bien la prégnance de cette idée d'exotisme ou d'étrangeté dans les écrits sur le savoir profane, et notamment dans la théorie des représentations sociales de Moscovici.

la rationalité, le maintiendrait dans l'irrationalité. L'affectif obstruerait le passage au cognitif. Durif-Bruckert (1994: 25-26), en introduction à la présentation du savoir «ordinaire» sur les fonctions physiologiques, commente le déroulement des entretiens menés et note ceci:

«La maîtrise du discours est beaucoup plus nette en début d'interview, (...). Les personnes ayant plus de connaissances scientifiques, ainsi que des pratiques langagières plus techniques, ont malgré cela 'lâché prise' avec le savoir technique et se sont laissés [sic] aller à leur propres intuitions et perceptions. J'ai pu vérifier au cours de mes études que la rapidité et la profondeur de ce 'lâcher prise' et de la mise à nu des éléments plus archaïques du discours sont à relier essentiellement à la nature, la qualité de la relation chercheur/interviewé, et à l'importance de l'engagement personnel de l'informateur (...).»

Cet extrait fournit une clé de compréhension de la façon dont on pense souvent le savoir de sens commun (en particulier): les connaissances techniques sont en quelque sorte «superficielles» et ne constituent pas le vrai savoir auquel on n'a accès que si l'interviewé «lâche prise» et exprime ses «propres intuitions et perceptions», donc la dimension affective et, plus encore, «archaïque» - donc intemporelle - du savoir. Il appert que, dans de nombreux cas, des dimensions du savoir sont en quelque sorte exclues, ne comptent pas, notamment les connaissances techniques réputées ne pas faire partie des «propres perceptions» des personnes. En pareils cas, il semble difficile d'envisager les dimensions cognitives et affectives comme des dimensions du savoir qui ne s'excluent pas mutuellement. A lire Durif-Bruckert, il semble aussi difficile d'envisager que le savoir «propre» des personnes puisse être constitué non seulement de connaissances techniques acquises mais soit aussi un savoir social, résultant donc d'échanges avec d'autres, produit par une pénétration de données ou d'informations venant de l'«extérieur», et d'un extérieur repérable, ne remontant donc pas forcément à la nuit des temps.

Par ailleurs, les représentations sociales des NTR dans cette recherche montrent que le rapport aux NTR est nettement plus diversifié que ce que laissent entrevoir nombre d'écrits sur les NTR. La seconde représentation en particulier apparaît dans la littérature mais pas comme une représentation que pourraient partager des usagères ou des «profanes» et plutôt dans les points de vue des experts, donc en tant que constituante d'une partie de la littérature elle-même. Le savoir des usagères sur les NTR correspond *grosso modo* à la première représentation (NTR-moyens de contrôle) amputée de certaines de ses dimensions, notamment ce qui permet de la considérer non colonisée par la rationalité instrumentale. On peut penser que les objectifs des recherches et, en conséquence, les procédures utilisées ne menaient pas à observer cette diversité. De la même façon que dans les études sur le savoir profane où les problématiques doivent en quelque sorte

pousser à mettre en lumière davantage les dimensions réputées profondes et irrationnelles du savoir. Qui, comme on l'a vu, apparaissent en effet dans les représentations présentées dans cette thèse... mais qui ne sont pas seules.

Ces constats appellent quelques remarques au plan de l'appréhension du savoir de sens commun.

Il semble difficile de persister à concevoir le savoir commun «vrai» comme la part intacte, intouchée par - ce qui apparaît comme - des savoirs extérieurs. Le savoir est modifié - ou peut l'être - par la circulation dans l'espace public - immédiat ou plus large - de discours diversifiés sur un même objet, que ces discours soient le fait d'experts ou non. La décentration au plan de la société globale peut provoquer ou accélérer l'intégration dans le savoir d'éléments de savoirs spécialisés notamment et disposer à la remise en question des certitudes ou du déjà là. Les savoirs de sens commun se construisent et se déconstruisent par ces processus de communication. En ce sens, ils ne sont pas grugés nécessairement par un autre savoir étranger. La rationalisation des savoirs de sens commun doit être déliée, dans la théorie, de sa nécessaire colonisation par le type de rationalité qui accompagne les savoirs spécialisés. Le rapport à un objet technique comme les NTR, tel qu'il est donné à voir dans les savoirs de sens commun, n'est pas forcément «technique». Dans un contexte où la technique traverse tellement d'aspects de la vie quotidienne, la sociologie doit en quelque sorte prendre une distance face à des présupposés qui, à certains égards, ressemblent à des... mythes bien entretenus. Le point de vue critique doit s'appliquer aussi à ce rapport à la technique. La dissociation entre technique et esprit technique est nécessaire d'abord pour éviter une marginalisation des personnes en situation et ensuite pour avoir une meilleure prise en termes de compréhension des modifications possibles, au plan socioculturel notamment, dans les rapports à la technique.

Dans la théorie des représentations sociales, chez Moscovici entre autres, ces aspects sont reconnus et, en fait, apparaissent presque comme des postulats, le savoir de sens commun n'étant pas réputé «rationnel» et ne pouvant pas, apparemment, être colonisé par la rationalité instrumentale (même si celle-ci est conçue comme pouvant prendre une forme non rationnelle ou à la limite de la réflexivité). C'est le rapport à la validité qui empêcherait la rationalisation du savoir, la confiance en l'émetteur étant conçue comme la principale façon de valider la connaissance dans l'«univers consensuel». Or il semble qu'on ne puisse tenir pour acquis cette affirmation. La recherche a montré que les processus d'objectivation et d'ancrage peuvent non seulement être conçus comme des explications (au sens de la causalité) mais peuvent aussi être traduits en arguments. Cette traduction

permet de faire apparaître les formes de communication à travers lesquelles le savoir acquiert sa validité; or, parmi elles, on trouve des formes dialogiques ou monologiques qu'on ne peut associer à une confiance en l'émetteur. Malgré cela, les dimensions affectives de la connaissance (parce que c'est bien de cela qu'il s'agit, encore une fois) ne sont pas sans importance, au contraire et dans deux sens. Même si la posture à l'égard de ce qui vaut n'est pas à proprement parler une confiance en l'émetteur, on trouve quand même une forme de confiance dans l'identification à d'autres repérable à travers ce qui appartient à un domaine commun. Par ailleurs, ce qui «vaut» absolument par exemple, peu importe le domaine de validité auquel on se réfère, relève bien d'une part affective de la connaissance au sens où cela correspond à ce qu'il ne faut pas toucher sous peine de perdre son orientation dans le monde. La disposition à l'incertitude, à la remise en question de ses certitudes, n'est pas moins porteuse d'affects, si ce n'est que par la valeur donnée à cette disposition.

Tout compte fait, la connaissance de sens commun et la connaissance savante, qu'elle soit sociologique ou autre, si elles se distinguent au plan des bases de validité (l'expérience personnelle étant exclue de la validité dans la seconde) me semblent peu différer du point de vue de leur mode de formation, y inclus au plan des dimensions affectives qui pénètrent l'une et l'autre... et qui ne sont pas contradictoires avec la réflexivité (c'est-à-dire la mise à distance, qui devrait être prégnante dans les démarches de connaissance sociologique). Le chemin parcouru dans la réalisation de cette recherche n'a rien de la traversée solitaire d'une pure intellectualité. En ce sens, il pouvait bien difficilement me laisser «intacte». Ce n'est pas qu'en bout de course j'aurai abouti à une nouvelle certitude quelconque à propos des aspects normatifs ou éthiques des NTR, à propos de la procréation, des rapports des femmes à leur corps, des rapports aux enfants en général... ou à ceux qui appartiennent peut-être à mon avenir. Si les savoirs observés prennent souvent l'allure d'un mélange de dimensions objectives, normatives et subjectives qui se nourrissent dans un jeu continu de modifications ou de confirmation, la connaissance produite dans la recherche n'y échappe pas non plus. Et d'autant moins que, elle non plus, ne se construit pas dans un vacuum, ni au plan des *a priori* (par quoi l'objet même est sélectionné dans une mer de possibles), ni au plan du processus de construction en tant qu'une des formes de dialogues (par quoi la première partie de la thèse consiste en effet en des points d'ancrage comme son titre l'indique), ni non plus au plan de ses aboutissements... même s'ils sont temporaires (c'est bien là le destin de la connaissance). La connaissance acquise sur l'objet joue ni plus ni moins comme une base d'évaluation du monde, pour une bonne

part mais pas strictement dans ses aspects relatifs aux NTR et à ce qui les entoure. Cette connaissance devient pour ainsi dire «ma» représentation de l'objet.

Dans la mesure où cette connaissance a modifié mon «déjà là» ou l'a confirmé par le jeu de la comparaison et de la discussion avec des «autres» nombreux, elle a fermé des zones de questions devenues moins pertinentes et a ouvert des zones d'incertitudes et de questions nouvelles. Pour n'en donner que quelques exemples: les modifications du sens du lien biologique ou génétique comme site d'inscription concrète et symbolique dans l'histoire, les modifications de la féminité quand le corps reproducteur devient ambigu, le déplacement des enfants de la sphère émotive à la sphère normative, le sens à donner au choix et à la liberté dans un contexte normatif tendant vers la réflexivité et vers des normes procédurales *à la fois* ressenties comme des contraintes *et* revendiquées, etc.

D'un autre côté, ce qui fait question justement avant ou après le jeu de la déstabilisation, ce qui reste ou persiste comme questions ou comme enjeux, investis donc d'une valeur dans le point de vue, se rapporte entre autres aux dimensions affectives de la connaissance. On me permettra de faire un parallèle avec la démarche de connaissance que constitue la psychanalyse: si, comme le soutient D. Bergeron (1990), les «symptômes» des femmes en cure psychanalytique «parlent» de ce qui, dans le monde ou la société, bloque leur accès à un espace de désir et conséquemment «parlent» d'un domaine d'émancipation, on pourrait voir dans les dimensions affectives de la connaissance (ce qui persiste ou insiste, l'indélogeable, l'indiscutable... au moins pour le moment) une indication de ce qu'il faut conserver ou au contraire changer dans le monde, une indication d'un idéal poursuivi.

On aura sans doute perçu un tel «idéal» dans les pages précédentes, celui de dégager un espace de parole pouvant et devant être entendue. J'ai qualifié déjà au Chapitre 4, en faisant référence à M. de Certeau, cette préoccupation de «politique» parce qu'en effet il m'apparaît que prendre ou donner la parole est une façon d'occuper un espace, de montrer son/leur existence et la faire reconnaître et faire en sorte que les «autres» y soient confrontés. Au départ, cette préoccupation ou cet enjeu concernaient la sociologie en général de même que la sociologie de la santé et des nouvelles techniques de la reproduction. Mais en bout de piste, la parole donnée ou échangée me semble porter aussi d'autres enjeux moins relatifs ceux-là à la façon dont on envisage en sociologie le savoir (ou le «non savoir») des femmes ou des «profanes» et plutôt relatifs à l'objet NTR lui-même et plus globalement au genre de rapports au monde pouvant s'instaurer ou non dans les sociétés contemporaines. Ces enjeux sont ainsi devenus autant socioculturels que sociologiques.



La parole dite et entendue ou, si l'on préfère, la discussion semblent constituer un passage nécessaire à l'évitement de l'instauration de rapports fondés sur une pensée unique, totalitaire. De ce point de vue, prendre ou donner la parole est une question qui ne concerne pas seulement les individus ou certains groupes d'individus en position de minorité. On l'a vu amplement dans les chapitres précédents, ce qui est dit publiquement est happé, modifié ou saisi directement ou ignoré ou rejeté, mais il est clair que ces paroles qui circulent contribuent à construire des savoirs liés à des pratiques. Elles produisent un effet, elles changent quelque chose; l'effet n'est peut-être pas toujours celui attendu par les émetteurs ou émettrices, mais il n'en est pas moins réel. En ce sens, en ce qui a trait aux développements actuels et futurs des NTR, comme d'autres techniques d'ailleurs, les discussions publiques auxquelles donnent lieu les forums de consultation - comme la Commission royale sur les NTR et autres comités consultatifs jugés parfois inutiles quand on juge leurs résultats immédiats aux ressources mobilisées - sont certainement des occasions de créer des brèches, de réduire les possibilités de rétrécissement des points de vue sur l'objet. Ces remarques s'appliquent d'ailleurs tout autant à des domaines moins controversés que les NTR mais pas moins porteurs d'enjeux socioculturels fondamentaux.

Un certain nombre des questions nouvelles ou des zones d'incertitude auxquelles j'ai fait référence plus haut me semblent d'ailleurs à la fois concerner de tels enjeux et constituer des pistes de recherche. Ainsi les rapports instaurés avec les enfants, incluant la parentalité, sont une source de questions. C'est le cas principalement pour le détachement ou, devrais-je dire, les formes de détachement des enfants qui suscitent des questions au plan symbolique (c'est-à-dire de la façon de réfléchir à ces rapports) aussi bien qu'au plan des politiques et des rapports promus entre parents et enfants. Ce détachement, déjà apparent dans le passage de la procréation dans le domaine de la réflexion, semble accru par une tendance au déplacement des enfants de la sphère émotive à la sphère normative. Outre les questions suscitées par ce détachement au plan du développement des personnes (notamment de leur développement émotif), ce qui me semble relever de la psychologie mais qui peut aussi inspirer des questions pour la sociologie, on peut se demander ce que cela peut finir par signifier au plan des comportements reproducteurs et plus précisément de la régulation de ces comportements. On pourrait y déceler des sources nouvelles de stigmatisation ou des sources de nouveaux tabous.

Cette question du détachement et des tabous qui l'entourent ressurgit encore mais cette fois moins au regard des enfants que de l'individu face à sa société (ce qui participe sans doute du même mouvement). Le tabou n'est pas dans le détachement, la différence, mais plutôt dans le désir d'être identique, d'être «comme tout le monde», de se confondre. L'idéal

consiste à se réaliser mais en se détachant et non en s'«attachant», par l'identité. Les sociologues ont déjà fait ce constat bien sûr en observant leurs sociétés. On l'a moins analysé cependant dans les cadres mêmes de pensée des sciences sociales qui semblent difficilement parvenir à penser un sujet rationnel qui ne se limite pas à l'*homo economicus* et à ses variantes. De là découle une difficulté à penser un sujet à la fois rationnel et lié à d'autres, «attaché»... même «volontairement». Cette question me semble encore plus importante pour les analyses féministes et notamment celles qui se penchent sur la maternité et les NTR. Il y a là un enjeu au plan de la théorie autant qu'au plan des rapports aux femmes concrètes. Cette question en fait débouche sur le rapport au corps et au corps souffrant et, au plan de la compréhension, sur la façon de penser la mise en jeu du corps/soi pour réaliser un désir d'enfant qui prend parfois figure de désir de «banalité». Il n'y a pour ainsi dire que la catégorie «folie» pour classer cette mise en jeu de soi... même s'il ne s'agit pas d'actes spontanés, même si le risque est connu, énoncé, expliqué. Si cela s'applique de façon frappante aux NTR, d'un autre côté on arrive tout aussi difficilement à penser ces ensembles d'actes de «perte» de soi, sinon comme des réminiscences, des restes de traditions ou de schèmes anciens et certainement pas dans les catégories de la rationalité et, ce qui en fait partie, de la raisonnable. Peut-être s'agit-il d'actes devant en effet être pensés hors de ces catégories, mais peut-être pas. La question qui me semble intéressante à poser est celle de la possibilité ou de l'impossibilité de penser *ensemble* la rationalité et le lien social quand il prend la forme de l'attachement (avec le double sens porté par le terme).

Cette question me semble introduire cette autre concernant le sens du choix et de la liberté quand les tendances réflexives, entre autres au plan de la normativité (source de balises de l'identité), deviennent des formes de contraintes et des sources d'insécurité tout en étant exacerbées par la revendication de l'autonomie. C'est principalement la première représentation, mais pas seulement elle, qui suscite cette question. Dans ce cas, c'est peut-être la rupture causée par l'infertilité qui accentue la tension, l'infertilité produisant au départ un contexte d'incertitude auquel la réflexivité ne fait qu'ajouter encore. Cependant, les hypothèses de Giddens, qui ne portent pas spécialement sur des situations où la rupture du flux de la vie quotidienne est aussi prégnante, vont dans ce sens et suscitent la même question. Il reste qu'il serait intéressant d'examiner si ces tendances repérées dans les résultats de la recherche au plan de la réflexivité et de la tension qu'elle crée se retrouvent à propos d'objets plus «banals», du point de vue de la vie quotidienne, que les NTR.

Dans un sens à la fois proche et différent, des questions subsistent évidemment, quant à la possibilité de retrouver les diverses tendances observées, dans une recherche qui serait

basée sur un échantillon représentatif au plan statistique. La recherche effectuée ne permet pas de généraliser les résultats, ni non plus d'affirmer qu'une représentation est plus répandue qu'une autre dans la population des femmes confrontées directement aux NTR ou dans la population des classes moyennes en général. Cependant, la ressemblance entre le groupe de répondantes et ceux d'autres recherches du même type et le fait que la première représentation (NTR-moyens de contrôle) soit assez proche, dans certaines de ses dimensions, des représentations - implicites - se dégageant de ces recherches tendraient à faire croire que cette représentation est plus répandue que les autres. Si cela s'avérait, il resterait quand même à vérifier la constance du point de vue des tendances réflexives de la connaissance repérées dans cette représentation.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC, Jean-Claude (1988), *Coopération, compétition et représentations sociales chez Cousset*, Editions Delval.
- ACHILLES, Rona (1992), *L'insémination hétérologue et ses implications*, document préparé pour la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Ottawa.
- ARMSTRONG, David (1984), «The Patient's View», *Social Science and Medicine*, vol. 18, no 9, pp. 737-744.
- ARMSTRONG, David (1986), «The Problem of the Whole-Person in Holistic Medicine», *Holistic Medicine*, vol. 1, pp. 27-36.
- ARMSTRONG, David (1987), «Bodies of Knowledge: Foucault and the problem of human anatomy» in Graham Scambler, ed., *Sociological Theory and Medical Sociology*, New York, Tavistock, pp. 59-76.
- ARNEY, William Ray et BERGEN, Bernard J. (1984), *Medicine and the Management of Living. Taming the Last Great Beast*, Chicago, The University of Chicago Press.
- ATHEA, Nicole (1990), «La stérilité: une entité mal définie» in Jacques Testart, sous la dir. de, *Le magasin des enfants*, Paris, Editions François Bourin, pp. 37-71.
- ATKINSON, Paul (1988), «Discourse, Descriptions and Diagnoses: Reproducing Normal Medicine» in Margaret Lock et Deborah R. Gordon, eds, *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Boston et London, Kluwer Academic Publishers, pp. 179-204.
- ATLAN, Henri (1994), «A tort et à raison: intercritique de la science et du mythe», conférence prononcée au Congrès de l'ACFAS, Université du Québec à Montréal.
- BALAKRISHNAN, Tattamangalam R. et FERNANDO, Rajulton (1993), «L'infertilité au Canada: Analyse des données de l'Enquête canadienne sur la fertilité (1984) et de l'Enquête sociale générale (1990)» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *La prévalence de l'infertilité au Canada*, volume de recherche no 6, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, pp. 117-175.
- BARDIN, Laurence (1977), *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BEAUDOIN, Suzanne et OUELLET, Francine (1992), *L'identité familiale des enfants conçus par insémination artificielle avec donneur*, Laboratoire de recherche Ecole de Service social, Université Laval et Centre de services sociaux de Québec.
- BECK, Ulrich (1992), «How Modern is Modern Society?», *Theory, Culture and Society*, vol. 9, no 2, pp. 163-169.
- BECK-GERNSHEIM, Elisabeth (1989), «From the Pill to Test-Tube Babies: New Options, New Pressures in Reproductive Behavior» in Kathryn Strother Ratcliff, ed., *Healing Technology. Feminist Perspectives*, Ann Arbor, University of Michigan Press, pp. 23-40.

- BECKER, Gay et NACHTIGALL, Robert D. (1991), «Ambiguous Responsibility in The Doctor-Patient Relationship: The Case of Infertility», *Social Science and Medicine*, vol. 32, no 8, pp. 875-885.
- BECKER, Gay et NACHTIGALL, Robert D. (1992), «Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease», *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, no 4, pp. 456-471.
- BECKER, Gay et NACHTIGALL, Robert D. (1994), «'Born to Be a Mother': The Cultural Construction of Risk in Infertility Treatment in the U.S.», *Social Science and Medicine*, vol. 39, no 4, pp. 507-518.
- BEHUNIAK-LONG, Susan (1990), «Radical Conceptions: Reproductive Technologies and Feminist Theories», *Women and Politics*, vol. 10, no 3, pp. 39-64.
- BERG, Marc (1992), «The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice», *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, no 2, pp. 151-180.
- BERGER, Peter et LUCKMANN, Thomas (1966), *The Social Construction of Reality*, Pelican Books, 1985.
- BERGER, Peter L. (1971), *La religion dans la conscience moderne*, trad. franç., Editions du Centurion.
- BERGERON, Danielle (1990), «Le féminin, un espace autre pour le désir», *Santé mentale au Québec*, vol. XV, no 1, pp. 145-164.
- BERNSTEIN, Richard J. (1985), «Introduction» in Richard J. Bernstein, ed., *Habermas and Modernity*, Cambridge et Oxford, Polity Press et Basil Blackwell, pp. 1-32.
- BLANCHET, Alain (1987), «Interviewer» in Alain Blanchet, Rodolphe Ghiglione, Jean Massonnat et Alain Trognon, *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Observer, interviewer, questionner*, Paris, Bordas Dunod, pp. 81-126.
- BLAXTER, Mildred (1983), «The Causes of Disease. Women Talking», *Social Science and Medicine*, vol. 17, no 2, pp. 59-69.
- BOLOGNE, Jean-Claude (1988), *La naissance interdite*, Paris, Editions Olivier Orban.
- BOUCHARD, Louise (1990), *L'institutionnalisation de la procréation artificielle, une monographie d'une clinique québécoise de fécondation in vitro*, Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- BOURRET, Pascale (1985), *Connaissance médicale et sociologie de la santé: problématique d'une nécessité*, Thèse de doctorat en sociologie, Université d'Aix-en-Provence.
- BRILLON, Yves (1994), «Nouvelles technologies de reproduction et revendication de normes: le discours du Conseil du statut de la femme analysé à travers la presse québécoise» in René Côté et Guy Rocher, sous la dir. de, *Entre droit et techniques: enjeux normatifs et sociaux*, Montréal, Editions Thémis, pp. 255-291.

- BRILLON, Yves, LALONDE, Michèle, DAUDELIN, Geneviève (1992), *Discours de presse et nouvelles technologies de reproduction. Extraits et résumés des articles parus dans cinq quotidiens du Québec (1985-1991)*, Montréal, Université de Montréal, Faculté de droit, Centre de recherche en droit public, mai.
- CALNAN, Michael (1988), «Lay Evaluation of Medicine and Medical Practice: Report of a Pilot Study», *International Journal of Health Services*, vol. 18, no 2, pp. 311-322.
- CALNAN, Michael et WILLIAMS, Simon (1992), «Images of Scientific Medicine», *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, no 2, pp. 233-254.
- CARMEL, Marlène (1990), *Ces femmes qui n'en veulent pas*, Montréal, Editions Saint-Martin.
- CHAUVENET, Antoinette (1983), «La loi et le corps», *Sciences sociales et santé*, no 2, pp. 99-140.
- CLARKE, Adele E. (1990), «Controversy and the Development of Reproductive Sciences», *Social Problems*, vol. 37, no 1, pp. 18-37.
- COLLECTIF DE BOSTON POUR LA SANTE DES FEMMES (1977), *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel.
- COMITE DE LA SOCIETE DES OBSTETRICIENS-GYNECOLOGUES DU CANADA (1992), «Considérations déontologiques sur les nouvelles techniques de reproduction. VI. Sélection de candidats ou candidates pour l'application des différentes techniques de reproduction», *Journal SOGC*, vol. 14, no 10, pp. 95-98.
- COMITE DU BARREAU DU QUEBEC SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION (1988), *Rapport du Comité du Barreau du Québec sur les nouvelles technologies de reproduction*, Barreau du Québec, Editions Yvon Blais.
- COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION (1993), *Un virage à prendre en douceur. Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- CONRAD, Peter et SCHNEIDER, Joseph W. (1980), «Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism», *Social Science and Medicine*, vol. 14A, pp. 75-79.
- COOK, Robin (1992), *Naissance sur ordonnance*, trad. franç., Paris, Editions Albin Michel (édition originale américaine 1991).
- CORBEIL, Christine, PAQUET-DEEHY, Ann, LAZURE, Carole et LEGAULT, Gisèle (1983), *L'intervention féministe: l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, Montréal, Editions coopératives Albert Saint-Martin.
- CORBEIL, Stéphane (1994), «Fécondation in vitro. La tentation de la dernière chance», *L'Omnipraticien*, 18 mai, pp. 29-33.
- COREA, Gena (1985), *The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York, Harper & Row.

- COREA, Gena (1989), «Surrogacy: Making the Links» in Renate D. Klein, ed., *Infertility*, London, Pandora Press, pp. 133-138.
- COREA, Gena, HANMER, Jalna, KLEIN, Renate D., RAYMOND, Janice, ROWLAND, Robin (1987), «Prologue» in Patricia Spallone et Deborah Lynn Steinberg, eds, *Made to Order. The Myth of Reproductive and Genetic Progress*, Pergamon Press, pp. 1-12.
- COSER, Lewis (1969), *The Functions of Social Conflict*, New York, Free Press, 5e édition (1ère édition 1956).
- COWARD, Harold (1993), «Les grandes religions et les nouvelles techniques de reproduction» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Attitudes et valeurs sociales à l'égard des nouvelles techniques de reproduction*, volume de recherche no 2, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et des Services Canada, pp. 495-521.
- CROWE, Christine (1985), «Women Want It: In-Vitro Fertilization and Women's Motivations for Participation», *Women's Studies International Forum*, vol. 8, no 6, pp. 547-552.
- D'UNRUG, Marie-Christine (1974), *Analyse de contenu et acte de parole*, Paris, Editions Universitaires.
- DAGNAUD, Monique et MEHL, Dominique (1988), «Les gynécologues 1: Une profession sous influence», *Sociologie du travail*, vol. 30, no 2, pp. 271-285.
- DALY, Jeanne (1989), «Innocent murmurs: Echocardiography and the diagnosis of cardiac normality», *Sociology of Health and Illness*, vol. 2, no 2, pp. 99-116.
- DALY, Kerry et SOBOL, Michael P. (1993), «L'adoption comme remède à l'infertilité: Perspectives et tendances» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *La prévalence de l'infertilité au Canada*, volume de recherche no 6, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et des Services Canada, pp. 205-275.
- DANDURAND, Renée B. (1987), «Une vie familiale en transformation» in Renée B. Dandurand, sous la dir. de, *Couples et parents des années quatre-vingt*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 9-19.
- DAUDELIN, Geneviève (1991), *Perceptions et vécu de l'infertilité chez des femmes. Des attentes sociales aux pratiques*, Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- DE CERTEAU, Michel (1979), «Pratiques quotidiennes» in Geneviève Poujol et Raymond Labourie, sous la dir. de, *Les cultures populaires*, Toulouse, Privat, pp. 23-30.
- DE CERTEAU, Michel (1980), *Arts de faire I. L'invention du quotidien*, Paris, Union générale d'édition.

- DE GROH, Margaret (1993a), «Principaux résultats d'un sondage national réalisé par le Angus Reid Group: Infertilité, maternité de substitution, recherche sur les tissus foetaux et techniques de reproduction» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Attitudes et valeurs sociales à l'égard des nouvelles techniques de reproduction*, volume de recherche no 2, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, pp. 223-321.
- DE GROH, Margaret (1993b), «Techniques de reproduction, adoption et questions liées au coût des soins de santé: Sommaire des résultats du Sondage Santé Canada» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Attitudes et valeurs sociales à l'égard des nouvelles techniques de reproduction*, volume de recherche no 2, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, pp. 323-456.
- DE KONINCK, Maria (1981), *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme.
- DE VILAINE, Anne-Marie (1988), «Maternité en miettes et malheurs à la chaîne» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 68-75.
- DE VILAINE, Anne-Marie (1991), «Hommes et femmes: le grand différend. Les ressorts cachés de la "révolution procréatique"», *Recherches féministes*, vol. 4, no 1, pp.137-147.
- DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève (1988), «Des enfants prothèses?» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 134-141.
- DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève et JANAUD, Alain (1985), *L'enfant à tout prix*, Paris, Seuil, Collection «Points Actuels», 2e édition (1ère édition 1983).
- DELEUZE, Gilles (1986), «Les plissements, ou le dedans de la pensée (subjectivation)» in *Foucault*, Paris, Minuit, pp. 101-130.
- DELEUZE, Gilles (1989), «Qu'est-ce qu'un dispositif?» in *Michel Foucault, philosophe*, Rencontre internationale de Paris 9 au 11 janvier 1988, Paris, Seuil, pp. 185-195.
- DELEUZE, Gilles (1990), «Michel Foucault» in *Pourparlers*, Paris, Minuit, pp. 113-161.
- DELPHY, Christine (1990), «La revendication maternelle» in Louise Vandelac, Francine Descarries et Gemma Gagnon, sous la dir. de, *Du privé au politique: la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes. De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation*, Actes de la section d'études féministes du congrès de l'ACFAS 1989, Montréal, Université du Québec à Montréal, pp. 23-40.
- DEL PRIORE, Guiseppa, ROBISHON, Kathleen, PHIPPS, William R. (1995), «Risk of ovarian cancer after treatment for infertility», *The New England Journal of Medicine*, 11 mai, p.1300.
- DENIS, Michel et BLAYAU, Noël (1970), *Le XVIIIe siècle*, Paris, Armand-Colin.
- DENNY, Elaine (1994), «Liberation or oppression? radical feminism and in vitro fertilisation», *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, no 1, pp. 62-80.



- DESCARRIES, Francine (1988), «Maternité et technologie de la reproduction humaine: une réalité éclatée» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 60-67.
- DHAVERNAS, Marie-Josèphe (1986), «Les nouveaux modes de procréation: l'enfer et le paradis», *Les Temps Modernes*, no 484, pp. 2-30.
- DHAVERNAS, Marie-Josèphe (1987), «...il revient au galop. Présupposés naturalistes et nouvelles technologies de la reproduction», *Les Temps Modernes*, no 489, pp. 39-68.
- DHAVERNAS, Marie-Josèphe (1991), «La procréatique et les normes sociales», *Recherches féministes*, vol. 4, no 1, pp. 149-159.
- DOISE, Willem (1985), «Les représentations sociales: définition d'un concept», *Connexions*, no 45, pp. 243-253.
- DOMENACH, Jean-Marie (1986), *Approches de la modernité*, Paris, Ecole Polytechnique et Edition Marketing.
- DUFRESNE, Jacques (1986), *La reproduction humaine industrialisée*, Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture.
- DULBERG, Corrine et STEPHENS, Thomas (1993), «La prévalence de l'infertilité au Canada, 1991-1992: Analyse de trois enquêtes nationales» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *La prévalence de l'infertilité au Canada*, volume de recherche no 6, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, pp. 67-116.
- DUMAS, Brigitte et GENDRON, Carmen (1991), «Culture écologique: étude exploratoire de la participation des médias québécois à la construction de représentations sociales de problèmes écologiques», *Sociologie et sociétés*, vol. XXIII, no 1, pp. 163-180.
- DUMAS, Brigitte et TOUPIN, Louis (1989), «Le statut de la normativité dans la modernité: lecture diagonale de Habermas», *Revue de l'Institut de sociologie*, nos 3-4, pp. 201-219.
- DUMONT, Fernand (1968), *Le lieu de l'homme*, Montréal, HMH.
- DUMONT, Fernand (1981), «La culture savante: reconnaissance du terrain» in *Questions de culture 1 Cette culture que l'on appelle savante*, Institut québécois de recherche sur la culture et Leméac, pp. 17-34.
- DUNNIGAN, Lise (1988), «La naissance tardive d'une intervention psychosociale en infertilité», *Service social*, Québec, vol. 37, nos 1-2, pp. 120-136.
- DUNNIGAN, Lise (1989), «Question de désir: pour une approche psychosociale et féministe des problèmes d'infertilité» in Colette Gendron et Micheline Beaugard, sous la dir. de, *L'avenir-santé au féminin*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, pp. 179-203.
- DUNNIGAN, Lise et BARNARD, Louise (1986), *Nouvelles technologies de reproduction: analyse et questionnements féministes*, Québec, Conseil du statut de la femme.

- DUPUY, Jean-Pierre et KARSENTY, Serge (1977), *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 2e édition (1ère édition 1974).
- DURIF-BRUCKERT, Christine (1994), *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Editions Métailié.
- DURKHEIM, Emile (1967), «Représentations individuelles et représentations collectives» in *Sociologie et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 1-38 (1ère publication de l'article 1898).
- DURKHEIM, Emile (1985), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France, 7e édition (1ère édition 1912).
- DURKHEIM, Emile (1987), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France, 23e édition (1ère édition 1895).
- ELIAS, Norbert (1975), *La dynamique de l'Occident*, trad. franç. de la 2e édition, Paris, Calmann-Lévy (2e édition en allemand 1969).
- ELIAS, Norbert (1976), *La civilisation des moeurs*, trad. française de la 2e édition, Paris, Presses Pocket, Agora (2e édition en allemand 1969).
- ELLUL, Jacques (1987), «Esquisse sur les idéologies de la science» in Dominique Janicaud, sous la dir. de, *Les pouvoirs de la science. Un siècle de prise de conscience*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, pp. 111-134.
- ENGLISH, Deirdre et EHRENREICH, Barbara (1976), *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, trad. française, Montréal, Editions du remue-ménage (1ère édition en anglais 1973).
- ENGLISH, Deirdre et EHRENREICH, Barbara (1982), *Des experts et des femmes*, trad. française, Montréal, Editions du remue-ménage (1ère édition en anglais 1978).
- FARR, Robert (1987), «Social Representations: A French Tradition of Research», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 17, no 4, pp. 343-369.
- FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (1988), *Cahier Femmes et sexualité*, no 6.
- FEENBERG, Andrew (1992), «Subversive Rationalization: Technology, Power, and Democracy», *Inquiry*, vol. 35, nos 3-4, pp. 301-322.
- FELLOUS, Michèle (1988a), «La révolution échographique», *Sociologie du travail*, no 2, pp. 301-321.
- FELLOUS, Michèle (1988b), *De l'état de fille à l'état de mère*, *Journal de travail*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- FERRY, Luc et RENAUT, Alain (1988), *La pensée 68. Essai sur l'anti-humanisme contemporain*, Paris, Gallimard.
- FLAMENT, Claude (1991), «Structure et dynamique des représentations» in Denise Jodelet, sous la dir. de, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 204-219.

- FLEISHER, Eva (1990), «Ready for Any Sacrifice? Women in IVF Programmes», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 3, no 1, pp. 1-11.
- FORTIN, Andrée (1987), «Génération: intersections et partitions», *Les Cahiers de la recherche sur le travail social*, no 13, pp. 27-34.
- FOSS, Laurence et ROTHENBERG, Kenneth (1997), *The Second Medical Revolution. From Biomedicine to Infomedicine*, Boston, New Science Library, Shambala.
- FOUCAULT, Michel (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1976), *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1984), *Histoire de la sexualité 2. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard.
- FRANKLIN, Sarah (1990), «Deconstructing 'Desperateness': The Social Construction of Infertility in Popular Representations of New Reproductive Technologies» in Maureen McNeil, Ian Vercoe et Steven Yearley, eds, *The New Reproductive Technologies*, New York, St. Martin's Press, pp. 200-229.
- FREIDSON, Eliot (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead and Co.
- G.R.A.F.S. (1983), *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, Montréal, Editions coopératives Albert Saint-Martin et Editions du remue-ménage.
- GABE, Jonathan et CALNAN, Michael (1989), «The Limits of Medicine: Women's Perception of Medical Technology», *Social Science and Medicine*, vol. 28, no 3, pp. 223-231.
- GALLI, Ida et NIGRO, Giovanna (1987), «The social representations of radioactivity among Italian children», *Social Science Information*, vol. 26, no 3, pp.535-549.
- GAUTHIER, Benoît (1992), «La structure de la preuve» in Benoît Gauthier, sous la dir. de, *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, pp.141-174.
- GAUVREAU, Danielle (1994), «La fécondité incertaine», *Sociologie et sociétés*, vol. XXVI, no 2, pp. 111-126.
- GAVARINI, Laurence (1988), «Conférence de Laurence Gavarini» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 120-126.
- GAVARINI, Laurence (1989), «Des femmes, des hommes, des embryons et des blouses blanches» in Colette Gendron et Micheline Beauregard, sous la dir. de, *L'avenir-santé au féminin*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, pp. 205-215.
- GAVARINI, Laurence (1989), «La stérilité: un problème socialement construit avec la procréation médicalement assistée» in Colette Gendron et Micheline Beauregard, sous la dir. de, *L'avenir-santé au féminin*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, pp. 217-240.

- GAVARINI, Laurence (1990), «Les "biomédiateurs": une nouvelle figure entre le médico-social et l'eugénisme» in Louise Vandelac, Francine Descarries et Gemma Gagnon, sous la dir. de, *Du privé au politique: la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes. De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation*, Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS 1989, Montréal, Université du Québec à Montréal, pp. 213-224.
- GEHLEN, Arnold (1990), «L'homme et la technique» in *Anthropologie et psychologie sociale*, trad. française, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 173-191.
- GENDRON, Carmen (1996), *Représentations sociales de "Cette terre qui nous nourrit..." chez René Dumont*, Thèse de doctorat, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- GIDDENS, Anthony (1984), *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press.
- GIDDENS, Anthony (1990), *The Consequences of Modernity*, Stanford, Stanford University Press.
- GIDDENS, Anthony (1991), *Modernity and Self-Identity*, Stanford, Stanford University Press.
- GIDDENS, Anthony (1992), «Commentary on the Review», *Theory, Culture and Society*, vol. 9, no 2, pp. 171-174.
- GODBOUT, Jacques T. en collaboration avec Alain Caillé (1995), *L'Esprit du don*, Montréal, Boréal.
- GOFFMAN, Erving (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, trad. franç., Paris, Editions de Minuit (1ère édition en anglais 1959).
- GORDON, Deborah R. (1988a), «Clinical Science and Clinical Expertise: Changing Boundaries Between Art and Science in Medicine» in Margaret Lock et Deborah R. Gordon, eds, *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Boston et London, Kluwer Academic Publishers, 257-295.
- GORDON, Deborah R. (1988b), «Tenacious Assumptions in Western Medicine» in Margaret Lock et Deborah R. Gordon, eds, *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Boston et London, Kluwer Academic Publishers, p. 19-56.
- GREER LENNARSON, Ann (1984), «Medical Technology and Professional Dominance Theory», *Social Science and Medicine*, vol. 18, no 10, pp. 809-817.
- GREIL, Arthur L. (1991a), «A Secret Stigma: The Analogy between Infertility and Chronic Illness and Disability», *Advances in Medical Sociology*, vol. 2, pp. 17-38.
- GREIL, Arthur L. (1991b), *Not Yet Pregnant. Infertile Couples in Contemporary America*, New Brunswick et London, Rutgers University Press.
- GRINT, Keith et WOOLGAR, Steve (1995), «On Some Failures of Nerve in Constructivist and Feminist Analyses of Technology», *Science, Technology and Human Values*, vol. 20, no 3, pp. 286-310.

- GRIZE, Jean-Blaise (1991), «Logique naturelle et représentations sociales» in Denise Jodelet, sous la dir. de, *Les représentations sociales*, Paris Presses Universitaires de France, pp. 152-168.
- GRIZE, Jean-Blaise, VERGES, P. et SILEM, A. (1987), *Salariés face aux nouvelles technologies. Vers une approche socio-logique des représentations sociales*, Paris, Editions du CNRS.
- HABERMAS, Jürgen (1973), «La technique et la science comme "idéologie"» in *La technique et la science comme idéologie*, trad. franç., Paris, Gallimard, pp. 3-74 (1ère édition en allemand 1968).
- HABERMAS, Jürgen (1979), «La colonisation du quotidien. Sur la situation intellectuelle de l'Allemagne fédérale», *Esprit*, no 36, pp. 34-51.
- HABERMAS, Jürgen (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Tomes 1-2, trad. franç., Paris, Fayard (1ère édition en allemand 1981).
- HABERMAS, Jürgen (1988), *Le discours philosophique de la modernité*, trad. franç., Paris, Gallimard (1ère édition en allemand 1985).
- HABERMAS, Jürgen (1991), *Morale et communication*, trad. franç., Paris, Les Editions du Cerf (1ère édition en allemand 1983).
- HANMER, Jalna (1987), «Transforming consciousness: women and the new reproductive technologies» in Gena Corea et al., *Man-Made Women. How New Reproductive Technologies Affect Women*, Bloomington et Indianapolis, Indiana University Press, pp. 88-109.
- HARRE, Rom (1984), «Some Reflections on the Concept of "Social Representation"», *Social Research*, vol. 51, no 4, pp. 927-938.
- HEIDEGGER, Martin (1958), «La Question de la technique» in *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, pp. 9-48.
- HENRIPIN, Jacques, HUOT, Paul-Marie, LAPIERRE-ADAMCYK, Evelyne et MARCIL-GRATTON, Nicole (1981), *Les enfants qu'on n'a plus au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- HERITIER, Françoise (1978), «Fécondité et stérilité: la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique» in Evelyne Sullerot, sous la dir. de, *Le fait féminin*, Paris, Fayard, pp. 387-396.
- HERITIER, Françoise (1984), «Stérilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique» in Marc Augé et Claudine Herzlich, sous la dir. de, *Le Sens du mal Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp. 123-154.
- HERITIER-AUGE, Françoise (1985), «Don et utilisation de sperme et d'ovocytes. Mères de substitution. Un point de vue fondé sur l'anthropologie sociale», *Génétique, Procréation et Droit*, Actes du colloque, Arles, Actes Sud et Hubert Nyssen, pp. 237-253.

- HERZLICH, Claudine (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris et La Haye, Ecole des hautes études en sciences sociales et Mouton.
- HERZLICH, Claudine (1972), «La représentation sociale» in Serge Moscovici, sous la dir. de, *Introduction à la psychologie sociale 1*, Paris, Librairie Larousse, pp. 303-325.
- HERZLICH, Claudine (1984), «Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social» in Marc Augé et Claudine Herzlich, sous la dir. de, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp. 189-215.
- HONNETH, Axel, KNÖDLER-BUNTE, Eberhard, WIDMANN, Arno (1981), «The Dialectics of Rationalization: An Interview with Jürgen Habermas», *Telos*, no 49, pp. 5-33.
- HORKHEIMER, Max et ADORNO, Theodor W. (1974), *La dialectique de la raison. Fragments philosophiques*, trad. franç., Paris, Gallimard (1ère édition en allemand 1947).
- HOTTOIS, Gilbert (1992), «Le règne de l'opérateur» in Jacques Prades, sous la dir. de, *La technoscience. Les fractures du discours*, Paris, L'Harmattan, pp. 179-197.
- HOUGHTON, Diane et Peter (1984), *Coping with Childlessness*, London, George Allen & Unwin.
- HUXLEY, Aldous (1988), *Le meilleur des mondes*, trad. franç., Paris, Presses Pocket (1ère édition en anglais 1932).
- HUGHES, Marie (1991), «IVF-Babies By Numbers», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 4, no 1, pp. 27-30.
- IKONOMIDIS, Sharon et LOWY, Frederick (1994), «Access to In Vitro Fertilization in Canada», *Journal SOGC*, juin, pp. 1831-1837.
- ILLICH, Ivan (1975), *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, trad. française, Paris, Seuil (1ère édition en anglais 1975).
- JAHODA, Gustav (1988), «Critical notes and reflections on 'social representations'», *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, pp. 195-209.
- JAVEAU, Claude (1990), «Ethique et technique: le vieux débat reste ouvert», *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 88, pp. 173-187.
- JODELET, Denise (1984), «Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie» in Serge Moscovici, sous la dir. de, *Psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 357-378.
- JODELET, Denise (1989), *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- JODELET, Denise (1991), «Représentations sociales: un domaine en expansion» in Denise Jodelet, sous la dir. de, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 31-61.

- KIREJCZYK, Marta et VAN DER PLOEG, Irma (1992), «Pregnant Couples: Medical Technology and Social Constructions About Fertility and Reproduction», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 5, no 2, pp. 113-125.
- KLEIN, Renate D. (1988), «When Medicalisation Equals Experimentation and Creates Illness: The Impact of the New Reproductive Technologies on Women» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 103-114.
- KLEIN, Renate D. (1989), «Resistance: from the exploitation of infertility to an exploration of in-fertility» in Renate D. Klein, ed., *Infertility: Women Speak Out About Their Experiences of Reproductive Medicine*, London, Pandora Press.
- KLEIN, Renate D. (1990), «IVF Research: A Question of Feminist Ethics», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 3, no 3, pp. 243-251.
- KOCH, Lene (1990), «IVF - An Irrational Choice?», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 3, no 3, pp. 235-242.
- KOENIG, Barbara A. (1988), «The technological imperative in medical practice: the social creation of a "routine" treatment» in Margaret Lock et Deborah R. Gordon, eds, *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Boston et London, Kluwer Academic Publishers, pp. 465-496.
- LABORIE, Françoise (1988), «La radicalité des mères porteuses» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 205-214.
- LABORIE, Françoise (1990), «D'une banalisation sans évaluation et de ce qui peut s'ensuivre» in Jacques Testart, sous la dir. de, *Le magasin des enfants*, Paris, Éditions François Bourin, pp. 83-106.
- LACOURSE, Marie-Thérèse (1993), «L'avortement répété... une éthique de la responsabilité» in Diane Lamoureux, sous la dir. de, *Avortement. Pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Editions du remue-ménage, pp. 49-71.
- LADRIERE, Jean (1977), *Les enjeux de la rationalité*, Paris, Aubier-Montaigne et Unesco.
- LAFORCE, Hélène (1987), «Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle» in Francine Saillant et Michel O'Neill, sous la dir. de, *Accoucher autrement*, Montréal, Editions Saint-Martin, pp. 163-180.
- LAFORCE, Hélène et SAILLANT, Francine (1993), «Le jeu des règles: médecine domestique et pratiques sociales» in Diane Lamoureux, sous la dir. de, *Avortement. Pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Editions du remue-ménage, pp. 17-47.
- LANGEVIN, Annette (1984), «Régulation sociale du temps fertile des femmes», in Marie-Agnès Barrère-Maurisson et al., *Le sexe du travail*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, pp. 71-96.

- LANGÉVIN, Annette (1986), «Le calendrier des naissances: quels enjeux? Quelles stratégies» in Anne-Marie de Vilaine, Laurence Gavarini et Michèle Le Coadic, sous la dir. de, *Maternité en mouvement*, Grenoble et Montréal, Presses universitaires de Grenoble et Editions Saint-Martin, pp. 116-119.
- LAPIERRE-ADAMCYK, Evelyne, BALAKRISHNAN, Tattamangalam R. et KROTKI, Karol J. (1987), «La cohabitation au Québec, prélude ou substitut au mariage? Les attitudes des jeunes Québécoises» in Renée B.-Dandurand, sous la dir. de, *Couples et parents des années quatre-vingt*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 27-46.
- LASCH, Christopher (1981), *Le complexe de Narcisse. La nouvelle sensibilité américaine*, trad. franç., Paris, Editions Robert-Laffont (1ère édition en anglais 1979).
- LASH, Scott (1993), «Reflexive Modernization: The Aesthetic Dimension», *Theory, Culture and Society*, vol. 10, pp. 1-23.
- LASVERGNAS, Isabelle (1990), «L'*umheimliche* de la procréatique humaine» in Louise Vandelac, Francine Descarries et Gemma Gagnon, sous la dir. de, *Du privé au politique: la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes. De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation*, Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS 1989, Montréal, Université du Québec à Montréal, pp. 225-241.
- LATOURE, Bruno (1985), «La redéfinition du lien social», *Génétiq, Procréation et Droit*, Actes du colloque, Arles, Actes Sud et Hubert Nyssen, pp. 355-361.
- LAVIGNE, Marie (1983), «Réflexions féministes autour de la fertilité des Québécoises» in Nadia Fahmy-Eid et Micheline Dumont, sous la dir. de, *Maîtresses de maison, maîtresses d'école*, Montréal, Editions du Boréal Express, pp. 319-338.
- LE BRETON, David (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.
- LE BRETON, David (1995), *La sociologie du risque*, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je?».
- LEADER, Arthur (1994), «Ovarian Hyperstimulation Syndrome», *Journal SOGC*, juillet, pp. 1895-1901.
- LECOURS, Anne (1988), *Infertilité et détresse psychosociale*, Mémoire de maîtrise, Département de psychologie, Université de Montréal.
- LERIDON, Henri, CHARBIT, Y., COLLOMB, P., SARDON, J.-P., TOULEMON, L. (1987), *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Institut national d'études démographiques, Presses Universitaires de France.
- LIPOVETSKI, Gilles (1983), *L'ère du vide*, Paris, Gallimard.
- LOCK, Margaret (1988), «Introduction» in Margaret Lock et Deborah R. Gordon, eds, *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Boston et London, Kluwer Academic Publishers, pp. 3-10.



- LONGINO, Helen E. (1992), «Knowledge, Bodies and Values: Reproductive Technologies and their Scientific Context», *Inquiry*, vol. 35, nos 3-4, pp. 323-340.
- LUKACS, Georg (1960), «La réification et la conscience du prolétariat» in *Histoire et conscience de classe. Essais de dialectique marxiste*, trad. franç., Paris, Editions de Minuit, pp. 109-256 (1ère édition en allemand 1923).
- MAFFESOLI, Michel (1979a), *La violence totalitaire*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MAFFESOLI, Michel (1979b), *La conquête du présent*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MAFFESOLI, Michel (1985), *La connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*, Paris, Librairie des Méridiens.
- MARANGE, Valérie (1990), «Pour une éthique sans garde-fous» in Jacques Testart, sous la dir. de, *Le magasin des enfants*, Paris, Editions François Bourin, pp. 180-197.
- MARCIL-GRATTON, Nicole (1987), «Le recours précoce à la ligature des trompes au Québec: des suites indésirables?», *Sociologie et sociétés*, vol. XIX, no 1, pp. 83-95.
- MARCUS-STEIFF, Joachim (1986), «Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué?», *Les Temps modernes*, no 482, pp. 1-50.
- MARCUS-STEIFF, Joachim (1987), «La procréation médiatiquement assistée», *Autrement*, no 93, pp. 147-165.
- MARCUS-STEIFF, Joachim (1990), «Les taux de succès de la FIV. Fausses transparences et vrais mensonges», *La Recherche*, vol. 21, no 225, pp. 1300-1312.
- MARCUSE, Herbert (1963), *Eros et civilisation*, trad. franç., Paris, Editions de Minuit, (1ère édition en anglais 1955).
- MARKOVA, Ivana et WILKIE, Patricia (1987), «Representations, Concepts and Social Change: The Phenomenon of AIDS», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 17, no 4, pp. 389-409.
- MATHEWS, Georges (1987), «Le choc démographique: pas seulement une affaire de famille», *Revue internationale d'action communautaire*, 18/58, pp. 9-16.
- MATTHEWS, Ralph et MARTIN MATTHEWS, Anne (1986), «Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood», *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, no 3, pp. 641-649.
- MCCARTHY, Thomas (1985), «Reflections on Rationalization in the Theory of Communicative Action» in Richard J. Bernstein, ed., *Habermas and Modernity*, Cambridge et Oxford, Polity Press et Basil Blackwell, pp. 176-191.
- MCKINLAY, Andrew et POTTER, Jonathan (1987), «Social Representations: A conceptual critique», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 17, no 4, pp. 471-487.

- MIALL, Charlene E. (1994), «Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support», *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 31, no 4, pp. 392-421.
- MICHELAT, Guy (1975), «Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie», *Revue française de sociologie*, XVI, pp. 229-247.
- MIQUEL, Christian et MENARD, Guy (1988), *Les ruses de la technique. Le symbolisme des techniques à travers l'histoire*, Montréal, Boréal.
- MITCHINSON, Wendy L. (1993), «Aperçu historique des perceptions médicales de l'infertilité au Canada, entre 1850 et 1950» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *La prévalence de l'infertilité au Canada*, volume de recherche no 6, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, pp. 1-65.
- MODELL, Judith (1989), «Last Chance Babies: Interpretations of Parenthood in an In Vitro Fertilization Program», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3, no 2, pp. 124-138.
- MOSCOVICI, Serge (1968), *Essai sur l'histoire humaine de la nature*, Paris, Flammarion.
- MOSCOVICI, Serge (1976a), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses Universitaires de France, 2e édition refondue (1ère édition 1961).
- MOSCOVICI, Serge (1976b), «La psychologie des représentations sociales», *Cahiers Vilfredo Pareto*, vol. 14, nos 38-39, pp. 409-416.
- MOSCOVICI, Serge (1987), «Answers and Questions», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 17, no 4, pp. 513-529.
- MOSCOVICI, Serge (1988a), «Notes towards a description of Social Representations», *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, pp. 211-250.
- MOSCOVICI, Serge (1988b), *La machine à faire des dieux*, Paris, Fayard.
- MOSCOVICI, Serge (1991), «Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une théorie» in Denise Jodelet, sous la dir. de, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 62-86.
- MOSCOVICI, Serge et HEWSTONE, Miles (1984), «De la science au sens commun» in Serge Moscovici, sous la dir. de, *Psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 539-566.
- MULLEN, Michelle A. (1993), «Etude de techniques de procréation médicalement assistée» in Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Traitement de l'infertilité: Les techniques de procréation*, volume de recherche no 2, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, pp. 1-82.
- NELKIN, Dorothy et TANCREDI, Laurence (1989), *Dangerous Diagnostic. The Social Power of Biological Information*, New York, Basic Books.
- NOVAES, Simone (1991), «Don de sang, don de sperme: motivations personnelles et sens social des dons biologiques» in Simone Novaes, sous la dir. de, *Biomédecine et devenir de la personne*, Paris, Seuil, pp. 265-289.

- O'BRIEN, Mary (1987), *La dialectique de la reproduction*, trad. franç., Montréal, Editions du remue-ménage (1ère édition en anglais 1981).
- O'KEEFE, Marcia (1992), «IVF and Cancer: A Personal Experience», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 5, no 2, pp. 137-140.
- OAKLEY, Ann (1987), «From Walking Womb to Test-Tube Babies» in Michelle Stanworth, ed., *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, Minneapolis, University of Minnesota Press, pp. 36-56.
- OSIEK-PARISOD, Françoise (1991), «Rapport à la santé, pratiques préventives et conditions de vie: une mise en perspective», *Revue suisse de sociologie*, vol. 17, no 1, pp. 125-150.
- OUELLETTE, Françoise-Romaine (1987), *Les enfants que je veux... si je peux. Témoignages de femmes sous assistance médicale pour problème d'infertilité*, Québec, Conseil du statut de la femme.
- OUELLETTE, Françoise-Romaine (1993), «Féminisme, femmes "infertiles" et procréation médicalement assistée» in Michel Audet et Hamid Bouchikhi, sous la dir. de, *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, pp. 353-383.
- PAPPERT, Ann (1989), «A Voice For Infertile Women» in Renate D. Klein, ed., *Infertility*, London, Pandora Press, pp. 198-206.
- PARKER, Ian (1987), «'Social Representations': Social psychology's (mis)use of sociology», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 17, no 4, pp. 447-469.
- PASCAL, Georges (1986), *Descartes*, Paris, Bordas.
- PERON, Yves, LAPIERRE-ADAMCYK, Evelyne et MORISSETTE Denis (1987), «Les répercussions des nouveaux comportements démographiques sur la vie familiale: la situation canadienne», *Revue internationale d'action communautaire*, 18/58, pp. 57-66.
- PERRON, Céline (1986), *Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité*, Québec, Conseil du statut de la femme.
- PFEFFER, Naomi (1987), «Artificial Insemination, In-Vitro Fertilization and the Stigma of Infertility» in Michelle Stanworth, ed., *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, Minneapolis, University of Minnesota Press, pp. 81-97.
- PFEFFER, Naomi (1993), *The Stork and The Syringe. A Political History of Reproductive Medicine*, Cambridge, Polity Press.
- POTTER, Jonathan et LITTON, Ian (1985), «Some problems underlying the theory of social representations», *British Journal of Social Psychology*, 24, pp. 81-90.
- QUENIART, Anne (1987), *Le façonnement social de la grossesse: Une analyse des diverses dimensions du vécu des femmes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal.
- QUENIART, Anne (1988), *Le corps paradoxal, regards de femmes sur la maternité*, Montréal, Editions Saint-Martin.

- RAMOGNINO, Nicole (1984), «Questions sur l'usage de la notion de représentation en sociologie» in Claire Belisle et Bernard Schiele, sous la dir. de, *Les savoirs dans les pratiques quotidiennes. Recherches sur les représentations*, Paris, Editions du CNRS, pp. 209-225.
- RAMOGNINO, Nicole (1992), «L'observation, un résumé de la "réalité": de quelques problèmes épistémologiques du recueil et du traitement des données», *Current Sociology/La sociologie contemporaine*, vol. 40, no 1, pp. 13-31.
- RAYNAUD, Philippe (1987), *Max Weber et les dilemmes de la raison moderne*, Paris, Presses Universitaires de France.
- REISER, Stanley Joel (1978), *Medicine and the Reign of Technology*, New York, Cambridge University Press.
- REISER, Stanley Joel (1993), «The Era of the Patient», *JAMA*, vol. 269, no 8, pp. 1012-1017.
- RENAUD, Gilbert (1994), «Déclin ou renouvellement de l'individualisme», Communication au congrès de l'ACFAS, Université du Québec à Montréal. Texte non publié.
- RIESSMAN, Catherine (1983), «Women and Medicalization: A New Perspective», *Social Policy*, vol. 14, no 1, pp. 3-18.
- ROCHON, Madeleine (1986), *Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités*, Québec, Direction des études de santé, Ministère de la Santé et des services sociaux.
- ROCHON, Madeleine (1989), «La vie reproductive des femmes aujourd'hui. Le cas du Québec», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 18, no 1, pp. 15-61.
- ROISER, Martin (1987), «Commonsense, Science and Public Opinion», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 17, no 4, pp. 411-432.
- ROSE, Hilary (1987), «Victorian Values in the Test-Tube: The Politics of Reproductive Science and Technology» in Michelle Stanworth, ed., *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, Minneapolis, University of Minnesota Press, pp. 151-173.
- ROSTAND, Jean (1966), *Maternité et biologie*, Paris, Gallimard.
- ROTHMAN, Barbara K. (1984), «The Meanings of Choice in Reproductive Technology» in Rita Arditti, Renate Klein et Shelley Minden, eds, *Test-Tube Women. What Future for Motherhood?*, London et Boston, Pandora Press, pp. 23-33.
- ROWLAND, Robyn (1984), «Reproductive technologies: the final solution to the woman question?», in Rita Arditti, Renate Klein et Shelley Minden, eds, *Test-tube women. What future for motherhood?*, London, Boston, Pandora Press, pp. 356-369.
- ROWLAND, Robyn (1985), «A child at any price? An overview of issues in the use of the new reproductive technologies, and the threat to women», *Women's Studies International Forum*, vol. 8, no 6, pp. 539-546.

- RUESCHEMEYER, Dietrich (1983), «Professional Autonomy and the Social Control of Expertise» in Robert Dingwall et Philip Lewis, eds, *The Sociology of the Professions*, London, MacMillan Press, pp. 38-58.
- RUSSELL, Kathryn (1994), «A Value-Theoretic Approach to Childbirth and Reproductive Engineering», *Science and Society*, vol. 58, no 3, pp. 287-314.
- SANDELOWSKI, Margarete J. (1990), «Failures of Volition: Female Agency and Infertility in Historical Perspective», *Signs*, vol. 15, no 3, pp. 475-499.
- SCHUTZ, Alfred (1987), «Sens commun et interprétation scientifique de l'action humaine» in *Le chercheur et le quotidien*, trad. franç., Paris, Méridiens Klincksieck, pp. 7-63 (traduction de l'édition en anglais 1962).
- SCRITCHFIELD, Shirley A. (1989), «The Infertility Enterprise: IVF and The Technological Construction of Reproductive Impairments», *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 8, pp. 61-97.
- SEIBEL, Mabelle M., KEARNAN, Maureen, KIESSLING, Ann (1995), «Parameters that predict success for natural cycle in vitro fertilization-embryo transfer», *Fertility and Sterility*, vol. 63, no 6, pp. 1251-1254.
- SHELLEY, Mary (1988), *Frankenstein*, trad. franç., Monaco, Editions du Rocher (1ère édition en anglais 1817).
- SOLOMON, Alison (1989), «Infertility As Crisis: Coping, Surviving - and Thriving» in Renate Klein, ed., *Infertility*, London, Wellington et Sydney, Pandora Press, pp. 169-187.
- SPALLONE, Patricia et STEINBERG, Deborah Lynn, eds (1987), *Made to Order. The Myth of Reproductive and Genetic Progress*, Pergamon Press.
- ST.PETER, Christine (1989), «Espoirs et dangers: les femmes contemplant l'avenir de la reproduction», *Femmes et technologies de procréation: outils de recherches*, Ottawa, Institut canadien de recherches sur les femmes, pp. 65-76.
- STEEL, Danielle (1993), *Naissances*, trad. franç., Paris, Presses de la Cité (1ère édition en anglais 1992).
- STEINBERG, Deborah Lynn (1987), «Selective Breeding and Social Engineering: Discriminatory Policies of Access to Artificial Insemination by Donor in Great Britain» in Patricia Spallone et Deborah L. Steinberg, eds, *Made to Order. The Myth of Reproductive and Genetic Progress*, Pergamon Press, pp. 184-189.
- STEINBERG, Deborah Lynn (1990), «The Depersonalisation of Women Through the Administration of 'In Vitro Fertilization'» in Maureen McNeil, Ian Vercoe et Steven Yearley, eds., *The New Reproductive Technologies*, New York, St. Martin's Press, pp. 74-122.
- STEPHENS, Thomas et McLEAN, Janice (1993), *Enquête sur les programmes d'infertilité au Canada*, Ottawa, Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction.

- STIMSON, Gerry W. (1974), «Obeying Doctor's Orders: A View From the Other Side», *Social Science and Medicine*, vol. 8, pp. 97-104.
- STRATHERN, Marilyn (1992), «Enterprising kinship: consumer choice and the new reproductive technologies» in *Reproducing the future. Essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*, New York, Routledge, pp. 31-43.
- STRICKLER, Jennifer (1992), «The new reproductive technology: problem or solution», *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, no 1, pp. 111-132.
- STRONG, P. M. (1979), «Sociological Imperialism and The Profession of Medicine. A Critical Examination of The Thesis of Medical Imperialism», *Social Science and Medicine*, vol. 13A, pp. 199-215.
- TAYLOR, Charles (1989), *Sources of The Self. The Making of Modern Identity*, Cambridge, Harvard University Press.
- TAYLOR, Charles (1992), *Grandeur et misère de la modernité*, trad. franç., Montréal, Bellarmin (1ère édition anglaise 1991).
- TESTART, Jacques (1986), *L'oeuf transparent*, Paris, Flammarion.
- TESTART, Jacques (1993), *La procréation médicalisée*, Paris, Flammarion, «Dominos».
- TOUPIN, Louis (1993), *Le transfert de connaissances, un modèle pour la formation des adultes*, Thèse de doctorat, Département de psychopédagogie et andragogie, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.
- TURNER, Brian S. (1992), «Weber, Giddens and Modernity», *Theory, Culture and Society*, vol. 9, no 2, pp. 141-146.
- TURNER, Bryan S. (1984), *The Body and Society*, Oxford, Blackwell.
- TYMSTRA, Tjeerd (1989), «The Imperative Character of Medical Technology and The Meaning of "Anticipated Decision Regret"», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 5, pp. 207-213.
- TYMSTRA, Tjeerd (1993), «Opinions of Dutch Physicians, Nurses, and Citizens on Health Care Policy, Rationing, and Technology», *Jama*, vol. 270, no 24, pp. 2995-2999.
- VACQUIN, Monette (1989), *Frankenstein ou les délires de la raison*, Paris, François Bourin.
- VACQUIN, Monette (1990), «Les procréations artificielles: "l'inconscientifique"» in Louise Vandelac, Francine Descarries et Gemma Gagnon, sous la dir. de, *Du privé au politique: la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes. De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation*, Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS 1989, Montréal, Université du Québec à Montréal, pp. 203-211.
- VANDELAC, Louise (1987), «Sexes et technologies de procréation: "mères porteuses" ou la maternité déportée par la langue...» , *Sociologie et sociétés*, Vol. XIX, no 1, pp. 97-115.

- VANDELAC, Louise (1988a), «Une clôture d'ouvertures ...» in Conseil du statut de la femme, *Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, pp. 369-380.
- VANDELAC, Louise (1988b), *L'infertilité et la stérilité: l'alibi des technologies de procréation*, Thèse de sociologie, Doctorat nouveau régime (Ph.D.), Université Paris VII Jussieu.
- VANDELAC, Louise (1988c), «La vulgarisation entre scientisme et sensationnalisme... la presse enceinte des mères porteuses» in D. Jacobi et Bernard Schiele, sous la dir. de, *Vulgariser la science*, Paris, Editions du Champ Vallon, pp. 246-275.
- VANDELAC, Louise (1989a), «La face cachée de la procréation artificielle», *La Recherche*, vol. 20, no 213, pp. 1112-1124.
- VANDELAC, Louise (1989b), «Technologies de procréation: les mots de la stérilité et les effets iatrogènes des anovulants et du stérilet» in Mouvement français pour le planning des naissances, *L'ovaire-dose*, Paris, Editions Syros/Alternative, pp. 151-176.
- VANDELAC, Louise (1990), «L'embryo-économie du vivant... ou du numéraire aux embryons surnuméraires» in Jacques Testart, sous la dir. de, *Le magasin des enfants*, Paris, Editions François Bourin, pp. 117-139.
- VANDELAC, Louise et Maria DE KONINCK (1989), «Des technologies de reproduction à "l'industrie du vivant"...» in *Femmes et technologies de procréation: outils de recherches*, Ottawa, Institut canadien de recherches sur les femmes, pp. 77-93.
- WAITZKIN, Howard (1978), «Regressive Policy Implications of the "Medicalization" and "Self-Care" Concepts: The New Reductionism in Health Care Research», *Santé, médecine et sociologie*, Paris, CNRS, pp. 379-390.
- WAITZKIN, Howard (1986), «A Marxian Interpretation of the Growth And Development of Coronary Care Technology» in Peter Conrad et Rochelle Kerns, eds, *The Sociology of Health and Illness*, 2e édition, New York, St. Martin's Press, pp. 219-231.
- WEBER, Max (1959), «Le métier et la vocation de savant» in *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 10/18, pp. 53-98 (1ère édition en allemand 1919).
- WEBER, Max (1965), *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon (1ère publication en allemand entre 1904 et 1918).
- WEBER, Max (1971), *Economie et société*, Tome 1, trad. franç., Paris, Plon (1ère édition en allemand 1922).
- WEBER, Max (1985), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, trad. franç., Paris, Agora (1ère publication en allemand 1904 et 1905).
- WELLMER, Albrecht (1985), «Reason, Utopia, and the Dialectic of Enlightenment» in Richard J. Bernstein, ed., *Habermas and Modernity*, Cambridge et Oxford, Polity Press et Basil Blackwell, pp. 35-66.
- WILLIAMS, Linda S. (1986), «But What Will They Mean for Women? Feminist Concerns About the New Reproductive Technologies», *Feminist Perspectives*, no 6, Ottawa, Institut canadien de recherches sur les femmes.

WILLIAMS, Linda S. (1990), «Wanting Children Badly: A Study of Canadian Women Seeking In Vitro Fertilization and Their Husbands», *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 3, no 3, pp. 229-234.

WINDISCH, Uli (1991), «Représentations sociales, sociologie et sociolinguistique. L'exemple du raisonnement et du parler quotidien» in Denise Jodelet, sous la dir. de, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 169-183.

WITHEFORD, Linda M. et GONZALEZ, Lois (1995), «Stigma: The Hidden Burden of Infertility», *Social Science and Medicine*, vol. 40, no 1, pp. 27-36.

ZOLA, Irving Kenneth (1977), «Healthism and Disabling Medicalization» in Ivan Illich, Irving K. Zola, John McKnight, Jonathan Caplan et Harley Shaiken, *Disabling Professions*, London, Marion Boyars Publishers, pp. 41-67.



**ANNEXE 1**

**DESCRIPTION DU PROTOCOLE DE FECONDATION *IN VITRO***

## DESCRIPTION DU PROTOCOLE DE FECONDATION *IN VITRO*

La technique dite fécondation *in vitro* (FIV) est en fait une «multitechnique». Elle comporte plusieurs étapes:

- Une induction de l'ovulation par l'administration intensive d'hormones à la femme visant à la production de plusieurs ovocytes (au lieu d'un seul, comme c'est le cas normalement). La période de stimulation ovarienne comporte elle-même plusieurs procédures. Un premier type d'hormone est parfois administré (pendant environ un mois, souvent à domicile par la femme elle-même qui se donne les injections), il vise à interrompre le cycle hormonal naturel de la femme et à le régulariser. Un second type d'hormone est ensuite administré, à partir de la troisième semaine, par injection (généralement donnée par du personnel médical), pendant une durée variable allant de quelques jours à deux semaines ou même davantage, pour provoquer une «superovulation». Le développement des follicules (contenant les ovocytes) et les niveaux d'hormones sont surveillés par des échographies (à quelques reprises ou quotidiennes, selon les programmes) et des prises de sang ou tests d'urine quotidiens, à partir de la troisième semaine de traitement.
- Une injection d'une troisième hormone est donnée, pour déclencher l'ovulation, 24 heures avant le prélèvement des ovocytes.
- On procède au prélèvement des ovocytes (soit par laparoscopie ce qui exige une anesthésie générale, soit par voie transvaginale avec l'assistance de l'échographie et avec administration d'un calmant par voie orale ou intraveineuse) à l'aide d'une aiguille d'aspiration. En fait, on prélève le liquide folliculaire qu'on examine au microscope et duquel on retire les ovocytes qu'on transfère immédiatement dans un milieu de culture en éprouvettes ou dans des boîtes de Pétri.
- Le conjoint (généralement) fournit le sperme par masturbation, généralement à la clinique même. Le sperme est recueilli dans un récipient stérile. Les spermatozoïdes sont «lavés» et concentrés (par centrifugation). Les gamètes qui surnagent, après un repos de 30 minutes, dans le milieu de culture ajouté après la centrifugation sont recueillis et examinés du point de vue de leur nombre et de leur motilité.
- On transfère des spermatozoïdes dans le milieu de culture où se trouvent les ovocytes, de 4 à 12 heures après le prélèvement de ceux-ci. C'est là que se produit - ou non - la fécondation *in vitro* des ovules, résultant en un ou plusieurs zygotes (ou embryons).

- Dans les 20 heures qui suivent, on examine chacun des ovules au microscope. Des zygotes (ovules fécondés) sont sélectionnés par le personnel de laboratoire pour être transférés dans l'utérus de la femme, s'ils ont atteint un certain stade de la division cellulaire et s'ils répondent à des critères de qualité cellulaire.
- On procède au transfert des embryons dans l'utérus de la femme. Un cathéter est inséré par le col de l'utérus et on injecte les embryons avec une petite quantité de milieu de culture à l'aide d'une seringue spéciale. Le nombre d'embryons transférés est variable; s'il y a plus d'un embryon, certaines cliniques en transfèrent deux, d'autres davantage (généralement on ne dépasse pas quatre).
- Les embryons «surnuméraires» (non transférés) peuvent être congelés si la clinique dispose de l'équipement de cryopréservation des embryons. Ils pourraient ainsi être transférés plus tard chez les femmes, en cas d'échec du traitement ou si elles désirent un autre enfant (sans avoir besoin de subir une nouvelle stimulation ovarienne). Autrement, ils sont détruits ou donnés à une autre personne infertile ou encore donnés pour la recherche. Les embryons qui ne se sont pas développés normalement et qui ne peuvent donc pas être transférés chez une femme sont détruits ou utilisés pour la recherche.
- En cas de grossesse (s'il y a implantation du ou des embryons), une nouvelle hormone peut être à nouveau administrée à la femme (suppositoires ou injections de progestérone), pendant les premières semaines de la grossesse, cette fois pour maintenir les niveaux d'hormone nécessaires à l'implantation du fœtus. Une échographie suit à nouveau après quelques semaines de façon à vérifier le nombre d'embryons implantés. Dans certains cas, si plus de 2 embryons ont été implantés, on pourra procéder à la «réduction embryonnaire», c'est-à-dire l'élimination d'embryons, pour réduire les risques associés aux grossesses multiples.

**NOTE:** Ce protocole n'est pas exactement le même dans tous les programmes de FIV. Des procédures ne sont pas utilisées dans certains programmes (comme la cryopréservation ou l'interruption du cycle hormonal naturel avant la stimulation ovarienne ou encore, mais plus rarement, la stimulation ovarienne elle-même - dans ces cas, on procède à partir du cycle naturel, on prélève un seul ovocyte; dans certaines cliniques on ne procède pas à des traitements qui impliqueraient le don d'ovule ou le don d'embryons).

**Variantes:**

Une autre technique appelée GIFT (transfert de gamètes dans la trompe de Fallope, aussi appelée fécondation *in vivo*) ressemble à la FIV mais la fécondation se produit dans la trompe, comme son nom l'indique. Le ZIFT, technique dérivée de la FIV, consiste en un transfert du zygote dans la trompe (au lieu de l'utérus). Le DOST (transfert d'ovocytes et de spermatozoïdes dans l'utérus) ressemble au GIFT à cette différence que la fécondation a lieu dans l'utérus plutôt que dans la trompe. L'ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde) diffère de la FIV en ce que la fécondation ne se fait pas «naturellement» mais par l'injection d'un spermatozoïde directement dans l'ovule à l'aide d'une seringue. Dans tous ces cas, le reste de la procédure est semblable à celle de la FIV. On peut aussi, pour toutes ces techniques, utiliser des gamètes de tierces personnes (spermatozoïdes, ovules) ou des zygotes de tiers.

SOURCES: Michelle Mullen (1993), «Etude des techniques de procréation médicalement assistée»; Thomas Stephens et Janice McLean (1993), *Enquête sur les programmes de fertilité au Canada*; Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993), *Un virage à prendre en douceur*; Institut de médecine de la reproduction de Montréal, «Protocole FIV», document donné aux femmes qui entament un cycle de FIV. Les références complètes se trouvent dans la bibliographie.

**ANNEXE 2**

**GUIDE D'ENTRETIEN ET FICHE D'IDENTIFICATION DES  
RECONDANTES**

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

### **1) PRESENTATION DE LA RECHERCHE**

**QUOI:** Recherche dans le cadre d'un doctorat en sociologie à l'Université de Montréal; intérêt: savoir comment des femmes voient les nouvelles techniques de la reproduction.

**QUI:** Interviews auprès de femmes qui ont eu recours aux nouvelles techniques et d'autres qui ont choisi de ne pas les utiliser.

**COMMENT:** Procédé d'entretien: pas question-réponse; plutôt suggestions de thèmes. A la fin, - par écrit - questions d'identification (répondantes et conjoint).

**RAPPEL:** durée, anonymat (indiquer comment), enregistrement, arrêt possible n'importe quand en cours d'entrevue.

**2) CONSIGNE DE DÉPART:** Je voudrais que vous me racontiez ce qui s'est passé, ce que vous avez fait et comment vous avez réagi (vous et votre conjoint, s'il y a lieu), à partir du moment où vous avez décidé d'aller voir un médecin ou (selon le cas) à partir du moment où vous avez constaté qu'il y avait un problème.

**3) 2E CONSIGNE:** J'aimerais que vous me disiez ce que sont, de votre point de vue, les nouvelles techniques de la reproduction.

**4) THEMES À ABORDER** (si n'apparaissent pas suite aux consignes)

#### **4.1 Problème à l'origine du recours ou du refus:**

- essais de conception avant recours à de l'aide (TEMPS)
- investigation médicale? description de cette étape
- diagnostic reçu: évaluation de ce diagnostic: d'accord ou pas?
- problème perçu (si pas d'accord avec diagnostic), définition du problème, ses causes
- consultation de spécialistes/ressources pour obtenir un diagnostic (médecin de famille, spécialiste de la reproduction, médecines «alternatives», psychologues, autres personnes)

#### **4.2 Recours aux NTR ou refus des NTR**

- motifs
- processus de prise de décision: qui est intervenu? pressions? temps de décision, qui a décidé? évaluation de cette étape
- technique(s) utilisée(s), évaluées, rejetées (motifs)
- réponse à quoi? (problème physique, absence d'enfant, impossibilité du don, désir de grossesse, désir de famille, etc.)

#### **4.3 Motifs/situations justifiant le recours aux NTR**

- Situations pour lesquelles les NTR seraient appropriées / justifiées

#### **4.4 Recours à d'autres ressources ou refus**

(adoption, famille d'accueil, renoncement, médecines alternatives, auto-médication, etc.)

- motifs
- comparaison entre ces ressources

#### **4.5 Evaluation du rapport avec les experts (médicaux ou autres) rencontrés**

- type de relations
- explication, temps accordé
- compétence

#### **4.6 Conversations et discours entendus sur NTR, sources des informations**

- «tabou» (en parle-t-elle? à qui? comment se sent-elle perçue? les NTR comme sujet de conversation dans son entourage)
- sources des informations sur les NTR

#### **4.7 Comparaison entre les techniques (FIV, IAC, IAD)**

- distinction entre les techniques
- enjeux / risques / bénéfiques pour chacune des techniques

#### **4.8 Comparaison NTR / adoption / procréation «naturelle»**

- en termes de solutions aux difficultés de procréation (physique, sociale, relationnelle, peu importe)
- en termes de façons de faire/d'avoir des enfants
- NTR: amélioration (par rapport aux autres moyens)? progrès?

#### **5) QUESTIONS DIRECTES (à la fin de l'entretien)**

- Opinion sur une couverture éventuelle des NTR par l'assurance-maladie
- Recommandation d'agir de la même façon à autre personne/amie?
- Motifs de participation à ma recherche

**FICHE D'IDENTIFICATION DES REpondANTES**

Entrevue no:

Date:

	Répondante	Conjoint
Age	_____	_____
Occupation	_____	_____
Revenus (approx.)	_____	_____
Statut civil	_____	_____
Scolarité	_____	_____
Adhésion à religion (préciser laquelle)	_____	_____
Pratique religieuse(oui/non)	_____	_____
Profession du père	_____	_____
Profession de la mère	_____	_____
Scolarité du père	_____	_____
Scolarité de la mère	_____	_____



**ANNEXE 3**

**ANNONCE DE LA RECHERCHE**

## RECHERCHE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE LA REPRODUCTION

### \*\*\* DEMANDE DE COLLABORATION \*\*\*

Dans le cadre d'études de doctorat en sociologie à l'Université de Montréal, je prépare une thèse portant sur les nouvelles techniques de la reproduction et je m'intéresse plus particulièrement au point de vue des femmes concernées. Je voudrais procéder à des **entrevues individuelles auprès de femmes qui auraient**

- **soit choisi de recourir aux nouvelles techniques de la reproduction**
- **soit choisi de ne pas recourir à ces techniques malgré des problèmes de conception.**

Si vous avez envie de parler de votre expérience, de votre conception des nouvelles techniques de reproduction, j'aimerais beaucoup vous rencontrer.

Je suis disponible le jour ou le soir, en semaine ou la fin de semaine. Je puis vous assurer que l'**anonymat** des répondantes sera préservé, autant dans le traitement des entrevues que dans le rapport de recherche.

Je vous remercie de votre attention.

Geneviève Daudelin



**ANNEXE 4**

**CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES REpondantes**

## CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES REpondantes

Age	Etat civil	Scolarité	Occupation	Revenus	Religion	Prat. relig.
37	Mariée	Bacc.	Etud. t. plein	Nil	Non	Non
39	Union de fait	Bacc.	Cadre	40 000	Oui	Non
49	Mariée	Maîtrise	Profess.	57 000	Non	Non
35	Mariée	Bacc.	Profess.	40 000	Cathol.	Non
28	Mariée	Cert. univ.	Cadre	60 000	Juive	Oui (occas.)
28	Union de fait	DEC prof.	Artiste	irrégulier	Cathol.	Oui
33	Union de fait	Bacc.	Profes. contrat	20 000	Non	Non
50	Mariée	Maîtrise	Profess.	57 000	Cathol.	Non
39	Célibataire	Maîtrise	Profess.	50 000	Non	Non
37	Mariée	Bacc.	Employée (t. partiel)	?	Cathol.	Non
37	Mariée	Cert. univ.	Techn. (chôm.)	Nil	Cathol.	Non
33	Mariée	Bacc.	Cadre	48 000	Cathol.	Non
31	Mariée	Maîtrise	Profess.	42 000	Cathol.	Non
47	Mariée	DEC	Employée (chômage)	Nil	Cathol.	Oui
31	Mariée	DEC prof.	Techn.	30 000	Non	Non
34	Mariée	Bacc.	Profess.	32 000	Cathol.	Non
31	Mariée	Bacc.	Profess.	50 000	Cathol.	Non

**ANNEXE 5**

**CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES CONJOINTS**

## CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES CONJOINTS

Age	Etat civil	Scolarité	Revenus	Religion	Prat. relig.
39	Marié	Bacc.	15 000	Non	Non
38	Union de fait	DEC	60 000	Non	Non
45	Marié	Maîtrise	60 000	Cathol.	Oui
37	Marié	Bacc (spéc. méd.)	180 000	Cathol.	Oui
32	Marié	Bacc.	100 000	Juive	Oui (occas.)
30	Union de fait	DEC prof.	65 000	Cathol.	Oui
41	Union de fait	Maîtrise	55 000	Non	Non
49	Marié	Bacc.	20 000	Cathol.	Non
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
37	Marié	Bacc.	150 000	Cathol.	Non
36	Marié	DEC prof.	60 000	Cathol.	Non
35	Marié	Bacc.	35 000	Cathol.	Non
30	Marié	Maîtrise	48 000	Cathol.	Non
52	Marié	Bacc.	50 000	Cathol.	Oui
36	Marié	Bacc.	60 000	Non	Non
37	Marié	DEC, prof.	42 000	Cathol.	Non
38	Marié	Bacc.	50 000	Cathol.	Non