



HAL
open science

La décision médicale dans le champ de l'Assistance Médicale à la Procréation : une étude sociologique sur les pratiques et les représentations des spécialistes de la reproduction

Constance Schuller

► **To cite this version:**

Constance Schuller. La décision médicale dans le champ de l'Assistance Médicale à la Procréation : une étude sociologique sur les pratiques et les représentations des spécialistes de la reproduction. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2018. Français. NNT : 2018USPCD028 . tel-02464067

HAL Id: tel-02464067

<https://theses.hal.science/tel-02464067>

Submitted on 2 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

École doctorale ERASME

*Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux
(IRIS-EHESS, UP13, CNRS, INSERM)*

La décision médicale dans le champ de l'Assistance Médicale à la Procréation

*Une étude sociologique sur les pratiques et les représentations des
spécialistes de la reproduction*

Thèse en sociologie pour l'obtention du titre de Docteur de l'Université Paris 13,
présentée par **Constance SCHULLER**

le 9 janvier 2018

Membres du jury :

- **Philippe Bataille**, Directeur d'Études, EHESS, *rapporteur*
- **Séverine Mathieu**, Directrice d'Études, EPHE, *rapporteur*
- **Bertrand Pulman**, Professeur de sociologie, Université Paris 13, *directeur*
- **Laurence Tain**, Professeure émérite de sociologie, Université Lyon 2
- **Carine Vassy**, Maitresse de conférence, Université Paris 13

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme »,
François Rabelais, *Pantagruel*, 1532.

Remerciements

La recherche étant avant tout une affaire d'équipe, je tiens à dire merci :

À l'Université Paris 13 pour m'avoir accordé un contrat doctoral entre 2012 et 2015 rendant concrètement possible cette recherche.

À l'École doctorale ERASME et à l'unité de formation et de recherche Santé, Médecine, Biologie Humaine de Bobigny, pour m'avoir offert une place dans le monde de la recherche universitaire.

Au laboratoire de l'IRIS, dont le dynamisme scientifique a alimenté les questionnements soulevés dans ce travail, dont la densité du réseau des doctorants a renforcé ma trajectoire, et qui a permis, par son soutien financier, la réalisation et la diffusion de cette recherche.

À mon directeur de recherche, Bertrand Pulman, pour avoir cru en moi dès notre première rencontre, il y a sept déjà, pour la liberté qu'il m'a accordée pour conduire cette recherche, pour la motivation qu'il m'a insufflée et pour ces aiguillages résonnants. Aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce travail, Laurence Tain et Carine Vassy, ainsi qu'à Philippe Bataille et Séverine Mathieu, qui ont bien voulu en être les rapporteurs.

À tous les professionnels qui m'ont consacré du temps et surtout accordé leur confiance, pour la qualité de nos échanges, à l'équipe clinico-biologique de Jean Verdier, et particulièrement à Jean-Noël Hugues, Isabelle Cédric et Rachel Lévy pour leur bienveillance, qui constitue la condition de réussite de cette enquête.

À mes collègues de l'Université Paris 13, notamment Carine Vassy et Marie Jaisson, pour leur guidage précieux au fil de mon parcours, mais aussi à Arthur Vuattoux et Benjamin Derbez pour leur aide à la préparation des cours et leur partage d'expériences, ainsi qu'à Nathalie Ferré, Hélène Bretin, Corinne Lanzarini, Christel Cournil, Anne-Claire Baratault, Nadia Ouarti-Saighi.

Aux étudiants en Licence et Master (sciences et techniques des activités physiques et sportives, sciences sanitaires et sociales, sciences sociales appliquées à la santé, en soins infirmiers et en médecine), dont la vivacité, l'enthousiasme et l'intérêt pour les problématiques sociologiques ont fait naître chez moi une véritable vocation.

À mes valeureux relecteurs, amis masterants, doctorants, post-doctorants ou professeurs – Mathilde Ceuignet, Raphael Albospeyre-Thibeau, Camille Gasnier, Anne-Sophie Giraud, Francis Dupuy –, ou amis tout court – Agathe, Françoise, Laure, Robin, Véronique –, pour leur attention et leur investissement.

À mes amis en général, pour leur présence, leur indulgence et leur compréhension des sacrifices qu'implique un tel projet.

À ma famille pour sa confiance inconditionnelle et son soutien affectif et matériel, m'ayant permis d'arriver à ce stade, à mon père Didier, à ma sœur Clarisse pour son aide logistique et à ma mère Léone, pour la bienveillance de son regard maternel et la pertinence de son regard professionnel.

Résumé et mots-clés

Résumé

Si la fécondation *in vitro* est une innovation biomédicale récente, datant seulement de 1978, le recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est rapidement entré dans les mœurs, au point que ses procédés participent aujourd'hui à plus de 3 % des naissances françaises.

Les cliniciens et les biologistes de la reproduction jouent un rôle incontournable dans ce champ. Chefs d'orchestre de la rencontre des gamètes, ils sont également les principaux acteurs décisionnaires de l'accès et de la poursuite des traitements de l'infertilité. Pourtant, leur pouvoir décisionnel a moins été étudié que les conséquences de leur intervention en termes de vécu de l'infertilité, de parenté, de filiation et de genre. C'est précisément ce manque que cette recherche tente de pallier.

Au croisement des sociologies de la santé, des professions, des organisations et de l'action, cette étude vise à éclairer la multiplicité des pratiques et des représentations des spécialistes de l'infertilité à travers le prisme des décisions médicales. Elle repose sur deux enquêtes, menées pendant plus de deux ans au sein de plusieurs centres d'AMP de la région parisienne, comprenant des observations de consultations et de réunions pluridisciplinaires, et des entretiens avec des patients et des spécialistes de l'infertilité.

S'appuyant sur ce corpus de données, et guidée par un souci constant d'articuler les dimensions micro et macro sociologiques, cette investigation s'attache d'abord à resituer les contextes globaux et locaux dans lesquels s'inscrivent les choix des professionnels, puis à analyser les décisions relatives à l'accès à l'AMP et aux techniques médicales.

In fine, cette recherche montre que la sélection des patients et les stratégies médicales, structurées dans des cultures propres à chaque centre, apparaissent comme des compromis trouvés par les acteurs qui composent avec un ensemble de contraintes pour adopter des pratiques en adéquation avec leurs valeurs et leurs représentations.

Mots clés

Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ; Décision médicale ; Infertilité ; Cultures de centre ; Politiques de recrutement ; Politiques médicales.

Abstract and key words

Abstract

The *in vitro* fertilization is a recent biomedical innovation, dating from 1978. Nevertheless, the use of Assisted Reproductive Technologies (ARTs) become widely accepted, to the point where these technics contribute today to more than three per cent of French childbirth. Clinical practitioners and biologists play a key-role in this field. They are in charge of the gametes meeting and they are also the main decision makers on the access and the pursuit of infertility treatments. However, their decisional power has been less studied than the consequences of their intervention in terms of infertility experience, kinship, filiation and gender. This is precisely what this research aims to overcome.

At the crossroads of health sociology, sociology of professions, of organizations and of action, the goal of this study is to highlight, through the prism of medical decisions, the multiplicity of practices and the diversity of representations of infertility specialists.

This research is build on a two years of qualitative study lead in several ART centres in the Parisian region, including observations of consultations, multidisciplinary staff meetings, and interviews with patients and infertility specialists. Based on this *data*, and constantly trying to articulate micro and macro sociological dimensions, this investigation is firstly devoted to report the local and global contexts where the professionals' choices are taken, and then to analyse decisions about ARTs access and medical technics.

In fine, this research points out that the patients' selection and the medical strategies, each different depending on the specific ART centers' cultures, appear as a compromise made between the different actors, who have to compose with a set of constraints to, in the end, start off practices in adequacy with their own values and representations.

Key words: Assisted Reproductive Technologies (ART); Medical decision ; Infertility ; ARTs centers' cultures ; Hiring policies ; Medical policies

**LA DÉCISION DANS LE CHAMP DE L’ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION.
UNE ÉTUDE SOCIOLOGIQUE SUR LES PRATIQUES ET LES REPRÉSENTATIONS DES
SPÉCIALISTES DE LA REPRODUCTION..... 14**

INTRODUCTION GÉNÉRALE 15

1 LE CHAMP DE L’ANALYSE..... 18

1.1 L’INFERTILITÉ : UNE DÉFINITION RELATIVE..... 18

1.2 L’ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION..... 19

1.2.1 *L’insémination* 19

1.2.2 *La Fécondation in Vitro*..... 22

1.2.3 *L’ICSI*..... 24

1.3 LA MÉDECINE DE LA REPRODUCTION 26

2 L’ENQUÊTE 29

2.1 LA RENCONTRE..... 29

2.2 L’IMMERSION 31

2.2.1 *L’observation non participante*..... 31

2.2.2 *Une démarche inductive* 32

2.2.3 *Des entretiens semi-directifs*..... 33

2.3 LE RETOUR..... 35

3 LA DÉCISION MÉDICALE : UN CONCEPT FÉCOND..... 37

3.1 UN ACTE 37

3.2 UN POUVOIR 38

3.2.1 *Un pouvoir de régulation*..... 39

3.2.2 *Un pouvoir normatif* 41

3.3 UN COMPROMIS ENTRE VALEURS INDIVIDUELLES, IDÉOLOGIES PROFESSIONNELLES ET
CONTRAINTES STRUCTURELLES..... 42

3.3.1 *Philosophies, idéologies et ethos professionnels*..... 42

3.3.2 *Négociations et rapports de pouvoir*..... 44

3.3.3 *Cultures et politiques de centres*..... 45

**PARTIE 1. LES CONTEXTES DE LA DÉCISION. DES ACTEURS, DES INTERACTIONS ET
DES STRUCTURES GLOBALEMENT RÉGULÉS ET LOCALEMENT SITUÉS 50**

**CHAPITRE 1. LA RÉGULATION GLOBALE DES ACTEURS, DES INSTITUTIONS ET
DES MODALITÉS DE COLLABORATION PROFESSIONNELLES 53**

1.1	LA RÉGULATION DES ACTEURS.....	53
1.1.1	<i>Caractéristiques démographiques</i>	53
1.1.2	<i>Des professionnels influents</i>	55
1.1.2.1	La régulation éthique	55
1.1.2.2	La régulation institutionnelle.....	58
1.1.3	<i>L'autorégulation, source d'indépendance</i>	64
1.1.3.1	La régulation déontologique et ordinale.....	64
1.1.3.2	La régulation syndicale.....	65
1.2	LA RÉGULATION DES STRUCTURES ET DES PRATIQUES	67
1.2.1	<i>La régulation économique</i>	67
1.2.2	<i>La régulation réglementaire et évaluative</i>	70
1.2.2.1	Certifications, accréditations et autorisations.....	70
1.2.2.2	Évaluation et publication des résultats	71
1.3	LA RÉGULATION DES INTERACTIONS.....	75
1.3.1	<i>Les interactions interprofessionnelles</i>	76
1.3.1.1	Des concertations insuffisantes.....	77
1.3.1.2	La biologie : entre symbole et pouvoir	78
1.3.1.3	Un terrain propice aux conflits	80
1.3.2	<i>Les interactions intra-professionnelles</i>	86
1.3.2.1	Les biologistes	87
1.3.2.2	Les cliniciens	93
CHAPITRE 2. LES CONTEXTES LOCAUX DE LA PRATIQUE.....		102
2.1	DES HISTOIRES COMMUNES, DES DESTINS SINGULIERS.....	104
2.1.1	<i>Les centres publics</i>	105
2.1.1.1	L'hôpital Jean Verdier	105
2.1.1.2	Necker : un centre disparu	109
2.1.1.3	La disparition du centre de Kremlin-Bicêtre au profit de celui de Cochin.....	111
2.1.2	<i>Les centres privés</i>	113
2.2	LA RICHESSE DE L'OFFRE DE SOINS	114
2.2.1	<i>Présentations et représentations de l'offre de soins</i>	114
2.2.1.1	Des relations personnalisées	114
2.2.1.2	Des centres modernes et innovants.....	115
2.2.1.3	Des équipes performantes.....	116
2.2.1.4	Des prestations larges	117
2.2.2	<i>Des vocations différentes</i>	119
2.2.2.1	Des centres publics tournés vers l'Université et la recherche	120
2.2.2.2	Des centres privés privilégiant un accès rapide aux soins	121

2.2.3	<i>Volumes et répartition de l'activité</i>	121
2.3	DES ORGANISATIONS ET DES INTERACTIONS DIVERSES	122
2.3.1	<i>Un modèle hospitalier collectif et interdisciplinaire</i>	123
2.3.1.1	Une interdisciplinarité à géométrie variable.....	123
2.3.1.2	Les modalités de concertation : l'exemple Jean Verdier.....	126
2.3.2	<i>Un modèle libéral fondé sur l'autonomie individuelle</i>	132
2.3.2.1	Une interdisciplinarité globalement peu développée.....	133
2.3.2.2	Organisations du travail et individualisation des pratiques.....	135

PARTIE 2. LES POLITIQUES DE RECRUTEMENT : LES DÉCISIONS D'ACCÈS À UNE PRISE EN CHARGE..... 151

CHAPITRE 3. LES POLITIQUES DE SÉLECTION, CONSTITUTIVES DE LA CULTURE D'UN CENTRE 154

3.1	LES POLITIQUES FAVORISANT L'ACCESSIBILITÉ	155
3.1.1	<i>La culture initiale du centre de Jean Verdier</i>	156
3.1.1.1	Une tradition d'ouverture empreinte d'une vision spécifique de la médecine.....	156
3.1.1.2	Un rapport distancié aux résultats.....	158
3.1.2	<i>Les structures libérales</i>	161
3.1.2.1	La polyclinique Jean Villar : une volonté d'ouverture.....	161
3.1.2.2	La clinique de la Dhuys.....	162
3.1.2.3	Des contraintes financières accrues.....	162
3.2	LES POLITIQUES FAVORISANT L'EFFICACITÉ.....	164
3.2.1	<i>La nouvelle politique de l'hôpital Jean Verdier</i>	164
3.2.2	<i>Le centre d'Antoine Béclère</i>	164
3.2.2.1	Une sélection en amont de la consultation.....	165
3.2.2.2	Une sélectivité excessive ?.....	165
3.2.2.3	Une culture de l'excellence.....	166
3.2.3	<i>Le centre de Cochin</i>	167
3.2.4	<i>Le centre de Sèvres</i>	169

CHAPITRE 4. UN ACCÈS CONDITIONNÉ AU CARACTÈRE PATHOLOGIQUE DE L'INFERTILITÉ 173

4.1	UNE DÉFINITION MÉDICALE AUX FONDEMENTS DU DISPOSITIF LÉGISLATIF.....	174
4.2	UN DIAGNOSTIC DIFFICILE À ÉTABLIR : L'EXEMPLE DES INFERTILITÉS IDIOPATHIQUES	175
4.3	UNE DÉFINITION PATHOLOGIQUE AU CŒUR DE DIVISIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS	177

4.3.1	<i>L'infertilité, une maladie</i>	178
4.3.2	<i>L'infertilité, d'autres propositions de qualificatifs</i>	180
4.3.2.1	Maladie, pathologie et étiologie de l'infertilité	180
4.3.2.2	D'autres terminologies.....	181
4.3.2.3	Une médecine palliative	182
CHAPITRE 5. UN ACCÈS RÉSERVÉ AUX COUPLES STABLES ET MOTIVÉS		186
5.1	LES FAÇONS D'ÊTRE EN COUPLE : LES SITUATIONS DÉFINIES PAR LA LOI.....	187
5.1.1	<i>Des dispositions législatives ambiguës</i>	188
5.1.1.1	La suppression des modalités d'union.....	188
5.1.1.2	Le maintien d'une mission régulatrice	189
5.1.2	<i>Réactions et adaptations locales</i>	190
5.1.2.1	Opinions sur la suppression des modalités d'union.....	191
5.1.2.2	La vie commune, un critère central, symbole du foyer familial	194
5.1.2.3	Vérifier la motivation : un dépassement du rôle du médecin	197
5.2	LES FAÇONS DE VIVRE : LES SITUATIONS POSÉES PAR LA PRATIQUE	198
5.2.1	<i>La stabilité psychologique</i>	199
5.2.2	<i>La stabilité affective</i>	202
5.2.2.1	L'exclusivité de l'union	202
5.2.2.2	La vie sexuelle	206
5.2.3	<i>L'état de santé</i>	207
5.2.3.1	L'hygiène de vie	207
5.2.3.2	Les situations de handicap	213
5.2.3.3	La présence d'une maladie engageant le pronostic vital	213
5.2.4	<i>La situation socio-économique</i>	216
5.2.4.1	La capacité de communication	216
5.2.4.2	Les situations de précarité	217
5.2.4.3	Les situations d'irrégularité	219
CHAPITRE 6. UN ACCÈS AUTORISÉ AUX COUPLES EN ÂGE DE PROCRÉER		234
6.1	UNE NOTION AU CARREFOUR DU MÉDICAL ET DU SOCIAL	235
6.1.1	<i>Une maternité plus tardive</i>	235
6.1.2	<i>Les impacts de l'âge</i>	236
6.1.3	<i>Les ambiguïtés soulevées par un âge avancé</i>	237
6.2	DES PRATIQUES DIFFICILEMENT RÉGULÉES	238
6.2.1	<i>Une enquête mal acceptée</i>	239
6.2.2	<i>L'échec d'une tentative de régulation</i>	239
6.3	UN CRITÈRE DE SÉLECTION AUX USAGES PLURIELS	241

6.3.1	<i>Les politiques non-limitatives</i>	241
6.3.1.1	Des politiques libérales.....	242
6.3.1.2	Des politiques particularistes.....	248
6.3.2	<i>Des politiques restrictives et libérales</i>	252
6.3.2.1	L'hôpital Jean Verdier à l'époque de Michael Grynberg	252
6.3.2.2	L'hôpital Antoine Béclère	252
6.3.3	<i>Des politiques limitatives</i>	255
6.3.3.1	L'hôpital de Sèvres.....	255
6.3.3.2	L'hôpital Tenon	256
6.3.3.3	L'hôpital Cochin.....	257
PARTIE 3. LES POLITIQUES MÉDICALES : LES DÉCISIONS RELATIVES À L'USAGE DES TECHNIQUES		269
CHAPITRE 7. LE CHOIX ENTRE LES PRINCIPALES TECHNIQUES		272
7.1	DES PRATIQUES ENTRE VALEURS INDIVIDUELLES, <i>ETHOS</i> PROFESSIONNEL ET CONTRAINTES PRATIQUES.....	273
7.1.1	<i>Une médecine relative</i>	273
7.1.2	<i>Des contraintes multiples</i>	276
7.2	LA STIMULATION ET L'INSÉMINATION FACE À LA FIV	277
7.2.1	<i>L'ancienne politique du centre de Jean Verdier : une préférence pour les mécanismes naturels de la procréation</i>	279
7.2.1.1	Une posture scientifique	279
7.2.1.2	La stimulation face à l'insémination.....	281
7.2.1.3	L'insémination face à la FIV	283
7.2.1.4	Une préférence partagée par les professionnels de Jean Villar	290
7.2.2	<i>La nouvelle politique du centre de Jean Verdier : vers une médicalisation plus rapide</i>	291
7.2.2.1	Une réorganisation du temps de travail	292
7.2.2.2	Une diminution des indications ovulatoires	292
7.2.2.3	Un passage plus rapide à la FIV	293
7.2.2.4	Les centres qui partagent cette préférence.....	295
7.2.3	<i>Le cycle naturel : une alternative à la FIV classique ?</i>	297
7.2.4	<i>Les couples non conventionnels : des stratégies progressives</i>	301
7.2.4.1	Les couples non cohabitants ou en situation d'éloignement	301
7.2.4.2	Les couples non exclusifs	303
7.2.4.3	Les couples sans sexualité	303
7.2.5	<i>Les femmes âgées : des stratégies controversées</i>	305
7.2.5.1	Les partisans d'une intervention pondérée	305

7.2.5.2	Les défenseurs de la FIV	307
7.2.6	<i>Les infertilités idiopathiques : une intervention médicale relative</i>	308
7.2.6.1	De multiples stratégies possibles.....	308
7.2.6.2	Un indice d'une tendance à la surmédicalisation	309
7.3	LE RECOURS À L'ICSI.....	312
7.3.1	<i>Efficacité, coût et hiérarchisation des risques</i>	313
7.3.2	<i>Les adeptes du « tout ICSI »</i>	314
7.3.2.1	La clinique de la Dhuy.....	314
7.3.2.2	L'hôpital de Sèvres.....	316
7.3.3	<i>Les partisans d'un recours raisonné</i>	316
7.3.3.1	Une médicalisation prudente	317
7.3.3.2	Réserver l'ICSI à ses indications princeps	319
7.3.3.3	Des motivations mercantiles ?	323
7.3.4	<i>La sélection par fort grossissement (IMSI) : une alternative à l'ICSI ?</i>	326

CHAPITRE 8. LES POLITIQUES DE GESTION DES OVOCYTES ET DES EMBRYONS

334

8.1	LES POLITIQUES DE PONCTION OVOCYTAIRE	334
8.1.1	<i>Les politiques d'annulation</i>	334
8.1.1.1	Des structures privées conciliantes.....	335
8.1.1.2	Des centres publics exigeants	336
8.1.2	<i>Le type d'anesthésie : choix de la patiente ou priorité des centres ?</i>	339
8.2	LE TRAITEMENT DES EMBRYONS.....	341
8.2.1	<i>La congélation des embryons</i>	341
8.2.2	<i>La culture des embryons</i>	342
8.2.2.1	L'éclosion assistée	343
8.2.2.2	La culture prolongée.....	344
8.3	LES POLITIQUES DE TRANSFERT EMBRYONNAIRE	348
8.3.1	<i>Le nombre d'embryons transférés et le taux de grossesse multiple</i>	348
8.3.1.1	Contextes nationaux et locaux	349
8.3.1.2	L'influence des compétences et des formations individuelles	350
8.3.2	<i>Les conditions hormonales du transfert d'embryons congelés</i>	352
8.3.2.1	Les différentes options.....	352
8.3.2.2	Exemples de changements de stratégie.....	353

CHAPITRE 9. METTRE UN TERME AU PARCOURS : L'ULTIME DÉCISION 360

9.1	UNE DÉCISION ENTRE CONVICTIONS INDIVIDUELLES ET EFFETS STRUCTURELS.....	360
9.1.1	<i>Les médecins persévérants</i>	361
9.1.1.1	Les pionniers du centre de Jean Verdier.....	361

9.1.1.2	L'hôpital Américain.....	365
9.1.2	<i>Les médecins résignés</i>	365
9.1.2.1	La nouvelle politique du centre de Jean Verdier	366
9.1.2.2	Savoir dire stop : un devoir du médecin	367
9.2	UNE DÉCISION SOUMISE À NÉGOCIATIONS	369
9.2.1	<i>Les négociations entre profanes et professionnels</i>	369
9.2.2	<i>Les négociations entre membres de l'équipe</i>	372
9.2.2.1	Le pouvoir décisionnel du médecin face au groupe	372
9.2.2.2	Les concertations entre biologistes et cliniciens.....	374
	CONCLUSION GÉNÉRALE	386
1.	LA MÉDICALISATION : UN PRINCIPE DE LÉGITIMATION DES POLITIQUES DE SÉLECTION. 386	
2.	LA MÉDICALISATION : UN PRINCIPE DE STRUCTURATION DES POLITIQUES MÉDICALES . 391	
3.	LES MOTEURS DE LA MÉDICALISATION	394
	BIBLIOGRAPHIE	402
	LISTE DES ACRONYMES.....	423
	TABLE DES ANNEXES	426

La décision dans le champ de l'Assistance Médicale à la Procréation.

**Une étude sociologique sur les pratiques et les représentations des spécialistes
de la reproduction.**

Introduction générale

Certaines avancées biomédicales ont un impact considérable sur les sociétés contemporaines. Parmi elles, la technique de la Fécondation In Vitro (FIV) a bouleversé nos manières de penser la procréation. Si cette innovation date seulement de 1978, l'idée que l'homme puisse créer la vie en laboratoire en intervenant directement sur les mécanismes de la reproduction humaine a rapidement été acceptée. L'usage des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est entré dans nos mœurs. Aujourd'hui, un couple sur six consulte un gynécologue pour infertilité¹. Selon l'Agence de la Biomédecine (ABM), plus de 3 % des naissances françaises sont consécutives à ces procédés, soit un enfant sur 32². Cependant, la médecine n'aide que la moitié des couples engagés dans un parcours d'AMP à devenir parents (De la Rochebrochard, 2011b).

Chefs d'orchestre de la rencontre des gamètes, les cliniciens et les biologistes de la reproduction jouent un rôle incontournable dans ce champ. La centralité de leur position offre à ces acteurs le premier rôle dans cette recherche. Celle-ci s'intéresse spécifiquement aux décisions prises par ces spécialistes. La décision est utilisée comme prisme pour comprendre les pratiques et les représentations de ces professionnels. L'étude de ces deux dimensions constitue « l'objet propre de la sociologie » (Mauss, 1969 [1901] : 146). Les pratiques recouvrent les manières d'agir et les règles, formelles et informelles, qui président aux actions des individus. Ce niveau d'analyse se combine à celui des représentations, entendues comme un ensemble d'idées, de croyances et de valeurs structurant nos actions et donnant du sens à notre réalité. Les représentations imposent des modèles de conduite aux individus et aux groupes, à travers des règles dotées d'une force coercitive variable selon les contextes.

Si les spécialistes de l'infertilité partagent un socle identitaire et un système référentiel communs, nous insisterons sur le « polythéisme des valeurs » (Déchaux³, 2016 : 26) au sein de ce

¹ Cette estimation varie, selon les sources, entre un couple sur cinq et un couple sur sept. Nous avons ici retenu celle de Philippe Merviel (2014), professeur de gynécologie obstétrique et ancien expert scientifique à l'ABM.

² Voir à ce sujet le rapport de l'ABM (2015d) et le site de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/combien-d-enfants-naissent-grace-a-une-assistance-medicale/> consulté le 20 avril 2015.

³ Le sociologue Jean-Hugues Déchaux emprunte cette expression initialement forgée par John Stuart Mill puis reprise par Max Weber pour analyser les dispersions actuelles des représentations relatives à la parenté. Ce pluralisme des valeurs, des normes et des croyances se caractérise, chez les individus, par trois éléments : « L'incompatibilité des points de vue ultimes sur la vie ; l'impossibilité de mettre fin à leur lutte ; la nécessité de se décider pour l'un ou pour l'autre ». Ce phénomène se traduit notamment par la diversité des dispositifs

groupe professionnel. Comme Eliot Freidson, nous montrerons que cet ensemble est marqué par la « multiplicité des politiques professionnelles ». Nous mettrons en relief, « derrière la façade sereine de la “profession comme un tout”, une structure discontinue et fragmentée » (1984 : 193 et 206). La richesse des univers professionnels est un thème traditionnellement abordé par les sociologues de la santé, qui se sont intéressés dès le milieu des années 1980 à la diversité de la profession médicale, comme le rappellent les sociologues Claudine Herzlich et Janine Pierret (2010). Pourtant, les études visant à comprendre la pluralité des pratiques et des représentations dans le champ de l’infertilité sont peu nombreuses. Cette lacune a par exemple été soulignée par les sociologues Nathalie Bajos et Caroline Moreau, qui constatent que les « variations des pratiques médicales » ont été « rarement étudiées dans le champ de la santé reproductive, en dehors de la prise en charge de la maternité » (2008 : 137). Rémy Slama et ses co-auteurs encouragent également à mener, dans ce domaine, « de nouvelles recherches explorant l’ensemble des étapes d’un processus complexe et de ses déterminants au niveau individuel, du système de soins et de la société » (2008 : 75). Ainsi, nous chercherons à pallier le manque de recherches sur la multiplicité des « manières d’agir, de penser et de sentir » (Durkheim, 2010 [1894] : 100) des spécialistes de l’infertilité. Notre objectif sera de saisir les déterminants de cet électisme dans l’« arène » (Strauss, 1992 [1978] : 277) de la médecine procréative.

Pour Pierre Bourdieu (1994), « cette idée de différence, d’écart, est au fondement de la notion même d’espace, ensemble de positions distinctes et coexistantes, extérieures les unes aux autres, définies les unes par rapport aux autres ». Nous adopterons sa vision de l’espace social comme un champ de forces, où s’exercent des relations de pouvoir entre les différents agents. Il s’agira de mettre en relief la structure du champ de la médecine de la reproduction, ses propriétés spécifiques et ses évolutions, en le considérant à la fois comme un « univers social comme les autres où il est question, comme ailleurs, de pouvoir, de capital, de rapports de force, de luttes pour conserver ou transformer ces rapports de force, de stratégies de conservation ou de subversion, d’intérêts, etc., et un monde à part, doté de ses lois propres de fonctionnement » (1994 : 20 et 96). En nous intéressant aux facteurs d’homogénéité et d’hétérogénéité, aux forces de rupture et de continuité qui traversent ce champ, nous nous inscrivons au croisement des sociologies de la santé, des professions, des organisations et de l’action. Notre réflexion sera

institué par le droit, lequel « n’impose plus un modèle unique, garant de l’ordre public ; il reconnaît et organise la liberté de choix des individus » (2016 : 26-27).

structurée par un aller-retour constant entre le niveau de l'acteur et celui de la structure, pour comprendre comment ces forces s'interpénètrent et s'influencent réciproquement. L'étude du processus décisionnel permet de saisir l'influence conjointe des contextes de la pratique et des systèmes axiologiques des acteurs sur leurs positions. La prise de décision permet ainsi d'analyser comment les professionnels composent avec un certain nombre de contraintes pour s'approprier leur liberté et agir en accord avec leurs représentations.

Commençons par définir notre champ d'analyse pour mettre en valeur la portée de l'action de ces spécialistes. Puis, nous décrirons comment la méthodologie choisie au cours de l'enquête de terrain a favorisé l'émergence de notre questionnement.

1 Le champ de l'analyse

Pour rompre avec les préjugés du sens commun et écarter les « prénotions » (Durkheim, 2010 [1894]), le sociologue doit porter une attention particulière à la définition des termes. Cette mise au point sémantique est d'autant plus importante dans le domaine de l'infertilité que les catégories langagières utilisées sont souvent floues et renvoient à des réalités différentes. Nous précisons ainsi que notre champ d'analyse ne se limite pas à l'Assistance Médicale à la Procréation mais concerne la médecine de la reproduction en général.

1.1 L'infertilité : une définition relative

L'infertilité est une incapacité à procréer de manière autonome. Cette inaptitude se distingue de l'infécondité, le fait de ne pas avoir d'enfant, car cette situation est involontaire et subie.

L'infertilité se définit par l'histoire procréative des individus. Elle est dite primaire lorsque la femme n'a jamais été enceinte ou que l'homme n'a jamais été père. Les médecins parlent d'infertilité primaire du couple lorsque les deux partenaires sont concernés. À l'inverse, si les individus ont eu des débuts de grossesse ou des enfants, l'infertilité est qualifiée de secondaire. Le diagnostic de stérilité est posé seulement si l'incapacité à procréer est totale et définitive.

Enfin, la durée de l'infertilité est centrale pour évaluer la fécondabilité du couple, sa probabilité de procréer. Le délai permettant de déceler une situation d'infertilité a été raccourci par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de deux à un an de rapports sexuels sans contraception⁴. Ce faisant, cette institution conforte les pratiques françaises, tendant à initier plus précocement le bilan d'infertilité : par exemple, les membres du conseil d'orientation de l'ABM (2009) estiment souhaitable pour les couples de consulter au bout d'un an⁵. D'autres institutions, comme la Haute Autorité de Santé (HAS) adoptent une position plus réservée. Un de ses rapports

⁴ Sa définition démographique prend en compte un délai de cinq années d'exposition à la grossesse sans contraception. La définition épidémiologique retient un délai de deux ans en se basant sur des indicateurs de santé publique : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> consulté le 28-09-15.

⁵ La présence de troubles patents, ou un âge féminin supérieur à 35 ans, autorisent des prises en charge plus précoces, dès six mois. En témoigne une recommandation adressée aux couples sur le site internet du centre de Sèvres : « Il est raisonnable de consulter après une période de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans grossesse, et après six mois si la femme a plus de 35 ans », <http://www.ch4v.fr/infertilite-fecondite> consulté le 23-10-14.

(2006) insiste sur l'importance de laisser du temps aux couples, surtout lorsque l'infertilité est inexpliquée, pour éviter d'alimenter une médicalisation inutile : l'infertilité « ne devrait pas être considérée comme telle avant deux ans de rapports sexuels fréquents, sans utilisation de méthode contraceptive et en l'absence de pathologie de la reproduction connue. Ceci éviterait de surestimer les risques d'infertilité » (2006 : 33). En effet, l'étude menée par l'épidémiologiste Rémi Slama (2012) montre qu'un peu de patience peut suffire à résoudre le problème : alors qu'au bout d'un an de rapports sexuels sans contraception, le nombre de couples infertile oscille entre 16 et 24 %, cette proportion diminue de moitié après un délai de deux ans. Mais lorsque les couples en mal d'enfant se tournent vers la médecine, ce laps de temps est souvent dépassé⁶.

1.2 L'assistance médicale à la procréation

L'AMP est définie par la loi comme les « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle »⁷. Cet acronyme remplace officiellement le groupe nominal de Procréation Médicalement Assistée (PMA)⁸.

Retraçons les origines, le déroulement et les usages des principales techniques que recouvrent cette catégorie, soit l'Insémination Intra-Utérine (IIU), la Fécondation In Vitro (FIV) et la FIV avec l'injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte (ICSI). Le mouvement de « technicisation progressive de la procréation », comme le qualifie la sociologue Chantal Doré (1993 : 1), s'appuie sur les recherches des embryologistes, des endocrinologues et des chirurgiens pour répondre à la demande croissante d'un public de plus en plus large. En effet, Jacques Testart estime que « l'activité d'AMP progresse de 7 à 8 % chaque année » (2014 : 54).

1.2.1 L'insémination

L'insémination consiste à déposer du sperme dans la cavité utérine. Ce geste implique un temps biologique, la préparation du sperme, et un temps médical, la stimulation hormonale. Le sperme recueilli par masturbation est lavé pour être fécondant *in vivo*. Utilisé frais ou congelé

⁶ La gynécologue obstétricienne Joëlle Belaisch-Allart (2011) rappelle les données du registre national des FIV (FIVNAT) de 2006, selon lequel les couples attendent en moyenne cinq ans avant de faire une FIV. Ce registre enregistrait et publiait l'activité française d'AMP jusqu'à la création de l'ABM.

⁷ Selon l'article L.2141-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

⁸ Certains sociologues ont perçu, dans ce changement de terminologie, des différences d'intention (Courdurières et Herbrand, 2014 ; Löwy, 2014). Comme la différence entre ces deux acronymes réside principalement dans l'agencement de mots identiques, nous les considérerons comme synonymes.

sous forme de paillettes, il est ensuite dilué avec du milieu de culture avant d'être replacé dans l'utérus de la femme, dont l'ovulation a été stimulée et programmée par traitement hormonal.

L'insémination est un procédé ancien : les premiers essais, sur l'animal puis sur l'homme, remontent au XVIII^e siècle⁹. Cependant, cette technique se généralise seulement dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, ce qui montre, comme le souligne la sociologue Laurence Tain, l'influence déterminante de « l'espace social » sur les pratiques médicales (2005b : 53). Ce n'est qu'en 1957, près de deux siècles après la première insémination intraconjugale, que la Société Française des Gynécologues la reconnaît comme un procédé acceptable pour traiter l'infertilité. Cette reconnaissance lui confère ainsi « le statut de “traitement” », remarque Aviva Devaux, médecin biologiste de la reproduction (1990 : 142). Pourtant, le fait de considérer l'insémination comme une technique médicale ne va pas de soi. Par exemple, le biologiste Jacques Testart se positionne « contre l'insémination artificielle médicalisée »¹⁰. Selon lui, ce procédé ne relève « pas réellement d'une technique médicale, mais seulement de l'accaparement par des professionnels d'un acte pour lequel ils ne sont pas nécessaires » (2013 : 49). Il reconnaît cependant que l'insémination se justifie dans certaines indications, notamment cervicales, c'est-à-dire liées au col de l'utérus, et masculines. Dans ce dernier cas, il explique que « *quand le sperme n'est pas de bonne qualité, nous avons besoin d'une part de le traiter, pour éliminer les bactéries, et d'autre part de traverser le col pour le mettre dans l'utérus, ce qui doit être fait dans l'asepsie* ». La sociologue Simone Bateman (1994) estime également que l'insémination n'est « pas un traitement, au sens médical du terme, pour un problème d'infécondité : elle est une technique, alternative au rapport sexuel, qui vise à produire une grossesse dans les conditions psychologiques et matérielles les plus acceptables ». Par son action, le médecin « remplace une technique du corps – l'acte sexuel – par une technique instrumentale – l'insémination » (1994 : 25-26).

L'insémination est le plus souvent recommandée en première intention, avant une FIV.

⁹ Bertrand Pulman (2010), sociologue et anthropologue à l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux (IRIS), rappelle que la première insémination sur l'animal a été réalisée par l'Abbé Lazzaro Spallanzani. Dans l'espèce humaine, celle-ci est attribuée à un chirurgien écossais, John Hunter, mais la date précise varie selon les sources : Jacqueline Mandelbaum (2011b), médecin et biologiste, la situe en 1790 et la sociologue Laurence Tain (2005b) en 1776.

¹⁰ Les citations en italique dans le texte sont des propos tenus à l'oral lors des entretiens. Certains propos ont été légèrement reformulés, pour faciliter la fluidité de la lecture. Cette citation est par exemple issue d'un entretien donné par Jacques Testart à France Inter : <http://www.franceinter.fr/emission-mots-et-merveilles-jacques-testart-biologiste-et-critique-de-science-35> consulté le 1-10-14.

Aurélié Amar-Hoffet, gynécologue obstétricienne, souligne ses avantages : c'est la « plus simple, la moins invasive et la moins coûteuse des techniques d'AMP » (2010 : 89). Elle concerne principalement les couples hypofertiles. Les règles de bonnes pratiques précisent la démarche du clinicien et du biologiste avant d'opter pour l'insémination¹¹. Le premier doit s'assurer de la perméabilité tubaire : si les trompes sont bouchées, la femme ne pourra pas tomber enceinte. Le second vérifie la fertilité de l'homme par l'analyse des paramètres spermatiques¹². Ils contrôlent la mobilité et le nombre de spermatozoïdes, qui doit être supérieur à un million par millilitre. Comme les autres techniques, l'insémination est souvent couplée avec une stimulation de l'ovulation, pour obtenir la maturation d'un à trois follicules ovariens contenant les ovocytes. Leur nombre est surveillé par monitoring, notamment échographique, et éventuellement par dosage hormonal. Si ces examens mettent en évidence plus de trois follicules, les règles de bonnes pratiques précisent que l'insémination doit être annulée pour éviter les risques de grossesse multiple.

Le recours à l'insémination en première intention révèle une volonté de favoriser une démarche progressive. Ce procédé est rarement proposé au-delà de six tentatives, notamment pour éviter de multiplier les expositions aux traitements hormonaux. L'intervention médicale est graduelle et le passage à la FIV intervient de manière secondaire. Cependant, si l'utilisation de ce procédé peu intrusif en début de prise en charge est défendue par la majorité des médecins, d'autres préfèrent réduire, voire supprimer cette étape, pour passer rapidement à la FIV. L'élargissement du recours à l'insémination met à mal ses indications originelles : elle proposée « dans une gamme d'indications dont les limites sont mal définies » (Amar-Hoffet *et al.*, 2010 : 89). La diminution de son usage, de 43 à 40 % des tentatives entre 2010 et 2013, montre son dépassement progressif par la FIV (ABM, 2015d). En 2013, les enfants conçus par ce procédé représentent 28 % des naissances consécutives à une AMP.

¹¹ Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022809674&categorieLien=id> consulté le 21-03-16.

¹² Pour cela, les biologistes disposent du spermogramme, du spermocytogramme, de la spermoculture et du test de migration de survie des spermatozoïdes.

1.2.2 La Fécondation in Vitro

La FIV consiste à obtenir un embryon par la fécondation, en laboratoire, d'un ovocyte par un spermatozoïde. Comparée à l'insémination, elle fait principalement intervenir trois étapes supplémentaires, qui sont chirurgicales, biologiques et cliniques. Sa réalisation nécessite de ponctionner les ovocytes dans les ovaires, pour ensuite organiser *in vitro* la rencontre des cellules reproductrices, les gamètes, et replacer enfin le ou les embryons dans l'utérus.

La FIV est le résultat des progrès en matière de médecine vétérinaire, d'embryologie, d'endocrinologie et de gynécologie obstétrique. Les premiers essais de fécondation d'un ovocyte humain en laboratoire débutent dans les années 1940, aux États-Unis. Le succès de cette innovation tient à l'obstination d'un anglais, Robert Edwards, biologiste, embryologiste et généticien. Travaillant sur la maturation de l'ovocyte, il rencontre des difficultés pour se procurer des ovocytes. Il contacte Patrick Steptoe, gynécologue obstétricien, qui a appris à ponctionner les follicules ovariens et a perfectionné la technique de la laparoscopie aux côtés du gynécologue Raoul Palmer¹³. Ensemble, ils obtiennent les premières preuves cytologiques de la fécondation in vitro de l'ovocyte humain en 1969, puis une première grossesse en 1975, mais se heurtent à des problèmes d'implantation de l'embryon dans l'utérus. En 1978, la naissance de Louise Brown à l'hôpital d'Oldham, près de Manchester, signe le succès de cette innovation pour laquelle Robert Edwards obtient le prix Nobel de médecine en 2010. En France, ce champ médical est dynamisé par les recherches sur l'animal. Dès 1954, Charles Thibault réalise la première FIV chez le lapin, et contribue par la suite à former les premiers biologistes de la reproduction dans l'hexagone. Le gynécologue René Frydman et le biologiste Jacques Testart réussissent la première FIV humaine en février 1982, donnant naissance à Amandine à l'hôpital Antoine Béchère, à Clamart, dans les Hauts-de-Seine. Elle sera suivie par celle d'Alexia à Sèvres en juin 1982, et de Wilfrid à Tenon en mars 1983.

Le déroulement de la FIV implique la mise en place de procédures plus contraignantes que l'insémination. La stimulation, plus forte, vise à générer davantage d'ovocytes, entre huit à dix en moyenne, qui donneront quatre ou cinq embryons. Le médecin doit principalement se

¹³ Raoul Palmer a joué un rôle central dans la progression de l'exploration gynécologique. Il s'appuie sur les progrès acquis en radiologie et en chirurgie gynécologique pour réaliser, en 1943, la première cœlioscopie sans avoir à ouvrir l'abdomen, en y introduisant une caméra. En 1961, il met au point la technique de la ponction ovocytaire par laparoscopie. À partir de 1982, la cœlioscopie est effectuée sous échographie.

préserver du risque d'hyperstimulation, un effet indésirable potentiellement grave¹⁴. Si la stimulation est devenue une étape préalable à l'immense majorité des FIV, elle n'est néanmoins pas obligatoire, puisque les premières grossesses étaient obtenues en cycle naturel, sans administration d'hormones. Pour réaliser la FIV, le gynécologue doit ensuite faire une ponction. À l'aide d'une seringue, et guidé par échographie, il passe par la voie vaginale pour aspirer les follicules les plus matures dans l'ovaire. Il les transmet au biologiste, qui les compte et les isole. Ce dernier assure la rencontre des gamètes en mettant en contact, dans une éprouvette, chaque ovocyte avec des spermatozoïdes préalablement préparés. La dernière étape est celle du transfert d'embryon. Les professionnels définissent l'environnement hormonal propice à l'accueil de l'embryon, leur nombre, leur état (frais ou congelé), ainsi que le stade de leur développement (entre le troisième et le cinquième jour). Lorsque les médecins obtiennent plusieurs embryons, ils choisissent souvent d'en replacer directement un ou deux, et de congeler l'autre partie pour un transfert ultérieur. Ils peuvent aussi congeler l'ensemble des embryons, ce qu'ils appellent le *freeze all*. L'issue de la tentative est scellée deux semaines après le transfert par un test de grossesse par prélèvement sanguin qui signe la réussite, ou l'échec, de l'intervention médicale.

Le recours à la FIV est en expansion : le nombre de FIV/ICSI a été multiplié par sept en trente ans. Entre 1986 et 2013, il passe de 12 000 à 84 000 actes annuels (ABM, 2015c). Pour Jacques Testart (2014), cette croissance est liée à celle du nombre de centres, qui a doublé depuis le début de l'AMP. Le sociologue Joachim Marcus-Steiff (1987) souligne que cette expansion est également alimentée par une extension de ses usages. En effet, la FIV a initialement été conçue pour pallier les obstructions tubaires, que la chirurgie parvenait à réparer dans seulement 20 % des cas (Pouly, 2014¹⁵). Aujourd'hui, elle est proposée dans de nombreuses situations et notamment dans le cadre d'indications dites « relatives », comme l'infertilité masculine, endométriosique ou inexplicée¹⁶. La FIV est finalement devenue un « recours en cas d'échec des traitements plus simples », comme le remarque Jacqueline Mandelbaum, médecin et biologiste (2011a : 16). En 2013, 19 % des enfants conçus par AMP sont issus d'une FIV¹⁷.

¹⁴ Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne sévère se rencontre en moyenne dans 0,7 % des cas et nécessite souvent une hospitalisation (CCNE, 2017).

¹⁵ Jean-Luc Pouly est gynécologue obstétricien, professeur des universités et praticien hospitalier à Clermont-Ferrand, membre de l'ABM et notamment du groupe de travail *Stratégie en AMP*.

¹⁶ L'endométriose est un développement anormal de l'endomètre, la paroi qui tapisse l'utérus.

¹⁷ Ces proportions n'incluent ni les ICSI ni les transferts d'embryons congelés.

1.2.3 L'ICSI

L'ICSI désigne l'injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte¹⁸. Elle se distingue de la FIV en ce qu'elle représente « une étape supplémentaire de la médicalisation du processus de fécondation », comme le décrit la sociologue et historienne Ilana Löwy (2000 : 91). Le rôle du biologiste dans la rencontre des gamètes est encore plus déterminant puisqu'après avoir choisi le meilleur spermatozoïde en fonction de caractéristiques morphologiques, il traverse les trois membranes protectrices de l'ovocyte pour y injecter le spermatozoïde et réaliser la fécondation. Ce geste nécessite également la décoronisation de l'ovocyte¹⁹.

Le premier succès de ce procédé est notamment attribué à l'embryologiste Gianpiero Palermo en 1992, à Bruxelles. Ce n'est que deux ans plus tard que la France obtient la première naissance par ICSI, Audrey, à l'hôpital Américain. L'idée de se substituer à la fécondation spontanée a été émise dès les années 1980, mais les recherches ont été freinées par de mauvais résultats chez l'animal (Mandelbaum, 2011a).

L'ICSI est principalement indiquée pour les infertilités masculines. Comme le précisent les règles de bonnes pratiques, l'ICSI peut être prescrite en seconde intention, comme une alternative à la FIV, si cette dernière a de faibles chances de succès, qu'elle a déjà échoué ou qu'elle n'est pas envisageable. Avant d'avoir recours à l'ICSI, les médecins doivent avoir préalablement envisagé d'autres alternatives pour améliorer la qualité du sperme²⁰. Jacqueline Mandelbaum décrit l'ICSI comme un « saut technique immédiatement reconnu, diffusé et reproductible qui va révolutionner le traitement des stérilités masculines » (2011a : 16). Sa généralisation donne « à tous les hommes ayant des problèmes d'infertilité – y compris ceux liés à l'âge – accès aux services d'AMP »²¹ (Löwy, 2006b : 159). Les discours à son sujet évoluent, passant de la remarque selon laquelle c'est une « attitude thérapeutique inhabituelle car il soigne

¹⁸ Le terme d'ICSI est l'acronyme anglais de *intracytoplasmic sperm injection*

¹⁹ La décoronisation vise à se débarrasser l'ovocyte de la couronne cellulaire qui l'entoure pour mieux le visualiser et évaluer sa qualité.

²⁰ Par exemple, si les problèmes spermatiques sont causés par une infection, l'administration d'antibiotiques peut restaurer la spermatogénèse. Certains problèmes éjaculatoires engendrés par une varicocèle peuvent être résolus par une opération chirurgicale. Une perte de poids ou un arrêt des toxiques améliorent également la fertilité. Lorsque les médecins supposent l'influence d'une composante hormonale, la production de spermatozoïdes peut être stimulée par l'administration de testostérone. Ce dernier traitement peut être préconisé pour les oligoasthénospermie (OATS), c'est-à-dire lorsque les spermatozoïdes sont peu nombreux, peu mobiles et souvent mal formés, ou avant une biopsie testiculaire.

²¹ Ilana Löwy souligne que l'accès à l'ICSI est indépendant de l'âge de l'homme, alors que l'accès au don d'ovules est limité en fonction de l'âge de la femme. Cette différence de traitement alimente l'écart procréatif entre les deux sexes.

l'infertilité de l'homme en faisant subir des traitements à sa femme », à la mise en valeur des risques de malformations chromosomiques (Löwy, 2000 : 88-90). La transmission génétique permise par cette déclinaison de la FIV entraîne un déclin des inséminations artificielles avec donneur (IAD) et la situe au sommet de la hiérarchie des techniques d'AMP : « On préfère donc l'ICSI et la FIV à l'IAD, et l'IAD à l'adoption », comme le note la sociologue Dominique Memmi (2014 : 201).

L'ICSI assure plus d'un tiers des naissances par AMP. Son utilisation s'est généralisée : sa part parmi les FIV passe de 7 % en 1994 à 50 % en 2000 ; cette proportion semble se stabiliser à 66 % des FIV en 2013 (Pulman, 2010 ; ABM, 2015d). La Haute Autorité de Santé (HAS), saisie par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) pour évaluer les indications, l'efficacité et les risques de l'ICSI, conclut que son expansion résulte principalement de l'extension de ses indications, et d'une utilisation plus précoce, notamment pour les altérations modérées des caractéristiques spermatiques²². Outre l'élargissement des indications et une utilisation plus rapide de l'ICSI, Ilana Löwy explique sa banalisation en ajoutant « le “push” technique stimulé par l'absence de “catastrophes” et (...) l'amélioration du “rendement” » (2000 : 91).

La FIV et l'ICSI peuvent être utilisées simultanément au cours d'une même tentative : c'est le mi-FIV/mi-ICSI. Cette stratégie mixte consiste à placer la moitié des gamètes en FIV, pour tester leur fécondance, soit leur capacité à féconder l'ovocyte, sans intervention médicale, tout en assurant la fécondation de l'autre partie des ovocytes²³.

Ainsi, parmi les sept principales techniques d'AMP reconnues par l'ABM, nous nous intéresserons spécifiquement à quatre d'entre elles : l'insémination, la FIV, l'ICSI et la préservation de la fertilité. Nous détaillerons les usages de cinq techniques que l'ABM qualifie de particulières, soit la culture prolongée, l'éclosion assistée, la maturation in vitro (MIV), les cycles

²² Ces deux principales causes s'accompagnent de causes secondaires : « Le raccourcissement du délai d'exposition, les couples consultant, et étant pris en charge plus rapidement qu'avant ; l'augmentation du nombre de consultations des hommes infertiles ; l'augmentation du nombre de centres agréés en AMP autorisés à réaliser l'ICSI ; l'augmentation de l'âge du couple (et notamment celui de la femme) à la première conception ; la détérioration de la qualité du sperme ; l'acquisition technique croissante depuis cinq ans » (HAS, 2006 : 133).

²³ Les règles de bonnes pratiques précisent que dans ce cas, « la décision est justifiée et documentée dans le dossier. Si des embryons sont issus des deux techniques, ils ne sont en principe pas transférés simultanément ».

naturels et l'IMSI²⁴. Ces procédés, utilisés dans un quart des tentatives de FIV, méritent notre attention, car la multiplicité de leurs conditions d'utilisation contribue à révéler les préférences thérapeutiques des professionnels.

1.3 La médecine de la reproduction

Pour définir leur travail, les spécialistes de l'infertilité utilisent le terme de médecine de la reproduction, qui désigne l'ensemble des approches et des dispositifs cliniques et biologiques déployés pour aider les couples infertiles dans leur projet parental²⁵. Ce dénominateur englobe deux spécialités : la médecine et la biologie de la reproduction. La première est pratiquée par des cliniciens, en grande majorité des gynécologues obstétriciens et médicaux, et exceptionnellement des endocrinologues. La seconde spécialité regroupe des biologistes, médecins ou pharmaciens, et de rares scientifiques.

Cette préférence terminologique est liée au fait que la médecine de la reproduction recouvre un périmètre plus large que celui des techniques d'AMP proprement dites. L'acronyme AMP réduit l'approche globale développée par les médecins à un ensemble de procédés techniques, en mettant l'accent sur les plus médicalisés, comme le regrette Jacqueline Mandelbaum : « L'AMP, souvent considérée à tort comme un ensemble de techniques, est une médecine de l'infertilité récente où l'histoire médicale de chaque couple est examinée en équipe pluridisciplinaire afin de leur proposer la prise en charge la plus adaptée » (2011a : 14). Le médecin et biologiste Pierre Jouannet souligne également que le domaine d'action de la médecine de la reproduction est « plus vaste que l'AMP, puisqu'il comprend aussi tout le diagnostic de l'infertilité, de la stérilité, et tous les traitements (et heureusement il y en a), qui ne passent pas par l'AMP » (2010).

²⁴ Le terme d'IMSI est l'acronyme anglais de *intracytoplasmic morphologically selected sperm injection*. C'est une déclinaison de l'ICSI.

²⁵ Il peut être pourtant être interprété comme un abus de langage, dans le sens où la reproduction consiste à « faire du même », ou à refaire à l'identique (Testart, 1999, 2001). Cependant, l'appellation de médecine de la procréation, désignant potentiellement l'ensemble des dispositifs médicaux utilisés pour gérer la vie procréative des individus, apparaît trop englobante et déborde les limites de notre objet. Elle pourrait en effet concerner tant les techniques de contraception que le suivi de la grossesse et de l'accouchement.

En effet, le domaine d'action de ces spécialistes comprend la prescription d'un ensemble d'examens visant établir le bilan d'infertilité d'un couple et à formuler un diagnostic. Le rôle des médecins est également de développer des outils pour restaurer la fertilité naturelle d'un couple, mais ces démarches ne relèvent pas de l'AMP. Par exemple, ils peuvent inciter les individus à améliorer leur hygiène de vie, traiter par antibiotiques des infections à l'origine de l'infertilité, ou prescrire des actes de chirurgie réparatrice.

En outre, les stimulations simples, c'est-à-dire qui ne sont suivies d'aucune action sur les gamètes, ne sont pas considérées comme une technique d'AMP proprement dite. Pourtant, elles occupent une place incontournable dans la prise en charge médicale de l'infertilité, à tel point que si elle étaient intégrées dans les statistiques, les naissances consécutives à une AMP seraient deux fois plus nombreuses, pour atteindre 5 à 6 % des naissances françaises (De la Rochebrochard et Léridon, 2008²⁶). Depuis leur identification en 1905, l'usage de ces hormones s'est largement imposé, faisant des œstrogènes et de la progestérone « les médicaments les plus utilisés de toute l'histoire de la médecine », comme le rappelle sociologue Nelly Oudshoorn²⁷ (1998 : 775). Ne relevant pas de l'AMP, ces stimulations simples sont réalisées de manière indépendante dans le cabinet des gynécologues, suivant les règles de bonnes pratiques²⁸. Leur évaluation n'entre pas dans les prérogatives de l'ABM, et ses usages sont mal connus. Deux biologistes, Françoise Arnal et Jean-Claude Humeau, soulignent ce manque d'encadrement des inductions de l'ovulation, pratiquées « parfois de manière anarchique par des praticiens pas toujours spécialisés » (2003 : 60). L'avis émis dès 2001 par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) d'élargir la définition de l'AMP à la stimulation simple pour mieux l'évaluer, améliorer la qualité de la prise en charge et limiter les risques d'hyperstimulation, de grossesse multiple et

²⁶ Ce travail commun entre Élise de la Rochebrochard et Henri Léridon est un exemple d'articulation entre une approche épidémiologique et démographique.

²⁷ Entre temps, le moment de l'ovulation a été identifié en 1923 par Kyusaka Ogino. Dans les années 1950, l'identification et la synthétisation des hormones permet l'essor de la contraception. Les décennies 1960 et 1970 sont marquées par l'arrivée du citrate de clomifène et des gonadotrophines permettant de stimuler l'ovulation. En 1986, la stimulation et la programmation de l'ovulation s'améliorent avec l'usage des analogues de la LH-RH, l'hormone de libération de la lutéinostimuline, qui stimule les testicules pour produire de la testostérone et les ovaires de l'œstrogène et de la progestérone. Les protocoles de stimulation sont progressivement standardisés dans les années 1990.

²⁸ L'article L2141-1 du CSP stipule que « la stimulation ovarienne, y compris lorsqu'elle est mise en œuvre indépendamment d'une technique d'assistance médicale à la procréation, est soumise à des règles de bonnes pratiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ». Mais ces protocoles ne peuvent pas endiguer la variabilité de la réponse ovarienne, et chaque médecin conduit la stimulation en fonction de son expérience et des tentatives précédentes, estimant le bon dosage, choisissant le produit adéquat et réalisant des examens de surveillance pour évaluer son efficacité.

de prématurité, n'a pas été suivi par le législateur²⁹. Ce faisant, ce dernier maintient la ligne de partage entre ce qui relève du naturel et de l'artificiel. Rappelons que, pour définir l'AMP, la première version de la loi de bioéthique comportait un critère renvoyant à une procréation « en dehors du processus naturel »³⁰. Si cette mention a été supprimée du texte de loi, la conception du naturel et de son contraire semble toujours aux fondements de ce dispositif (Löwy, 2006a). Cette exclusion de la catégorie AMP montre que la stimulation est considérée par le législateur comme respectant le « processus naturel » de la procréation, malgré une action directe sur le cycle hormonal et les risques qu'elle comporte. En revanche, le lavage et la préparation du sperme en vue d'une insémination sont des opérations perçues comme suffisamment médicalisées pour être incluses dans l'AMP. Cette comparaison montre que la manipulation *ex vivo* des gamètes organise la hiérarchisation des techniques, en fonction de leur degré d'artificialité.

Enfin, le principal inconvénient du terme AMP est de présenter comme une assistance ce qui constitue la caractéristique essentielle de cette médecine, autrement dit son intervention directe sur les mécanismes de la procréation. Cet euphémisme réduit l'action des médecins dont l'implication créatrice dépasse la simple assistance. En désignant un tout par l'une de ses parties, le terme d'AMP devient presque une métonymie. Mettre l'accent sur les procédés techniques oblitère l'immixtion des médecins dans la conception d'un être humain. Or, nous chercherons à montrer, à l'instar de la sociologue Louise Vandelac, que « cette médecine ne se limite pas à “assister” la reproduction, mais elle sélectionne, gère, contrôle, intervient » (1995 : 90).

L'ampleur du champ d'intervention des médecins est particulièrement visible avec l'observation de leurs pratiques quotidiennes. Seule l'enquête de terrain, menée dans une posture inductive, permet de constater que les professionnels eux-mêmes s'interrogent sur la manière dont ils doivent se saisir, ou non, de l'ensemble des pouvoirs dont ils disposent. Comme nos questionnements ont été soulevés par les acteurs du terrain, il nous faut maintenant décrire notre dispositif méthodologique et son incidence sur nos réflexions théoriques.

²⁹ Les grossesses multiples sont cinq fois plus nombreuses en AMP que dans la population générale. 80 % d'entre elles sont causées par les stimulations ovariennes (Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, 2008).

³⁰ Ce critère apparaît dans la version initiale de la loi n°94-654 du 29 juillet 1994, abrogée par l'ordonnance 2000-548/2000-06-15.

2 L'enquête

L'enquête de terrain permet au chercheur d'aller à la rencontre de l'autre, d'observer les acteurs dans leur pratique quotidienne et d'échanger sur leur métier, pour accéder au sens qu'ils donnent à leurs actes. L'enquête principale se situe dans la continuité d'une première étude menée lors de mon Master, entre 2011 et 2012 dans un centre d'AMP parisien³¹. La période de recueil des données, étalée sur deux ans, se structure en trois étapes, elles-mêmes organisées en plusieurs séquences. Après m'être focalisée sur le centre de médecine de la reproduction de Jean Verdier, à Bondy, en Seine-Saint-Denis, j'ai cherché à connaître les pratiques dans les autres centres, pour retourner ensuite vers mon terrain principal, et mesurer ainsi la progression de mon questionnement et les évolutions de ce centre. Cette démarche s'ancre dans la conviction, formulée par le sociologue Pierre Bourdieu, selon laquelle un chercheur « ne peut saisir la logique la plus profonde du monde social qu'à condition de s'immerger dans la particularité d'une réalité empirique, historiquement située et datée » (1994 : 16). De plus, notre volonté de saisir la richesse et la diversité de l'organisation sociale est au cœur de la démarche sociologique et renvoie aux fondements même des sciences humaines. Notre but sera de « rechercher des discours contrastés, de faire de l'hétérogénéité des propos un objet d'étude, de s'appuyer sur les variations plutôt que de vouloir les gommer ou les aplatir, en un mot de bâtir une stratégie de recherche sur la quête de différences significatives », comme nous y invite l'anthropologue Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995 : 12).

2.1 La rencontre

Pour mener à bien son enquête, le chercheur doit trouver des acteurs suffisamment sensibles aux recherches en sciences humaines pour accepter d'accueillir un observateur extérieur. Bertrand Pulman, qui a dirigé cette recherche, a facilité cette entreprise en favorisant mon accès au centre de Jean Verdier au début de l'année 2013³². En choisissant cette équipe, qui accueille traditionnellement une population d'origine culturelle et sociale variée, j'ai souhaité approfondir les résultats de ma première enquête sur l'accès à l'AMP pour les personnes en situation

³¹ Cette étude, réalisée lors du Master « Santé, Population, Politiques Sociales » à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales et à l'Université Paris 13, a donné lieu à la réalisation d'un mémoire intitulé « L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation pour les personnes en situation irrégulière : l'exemple de Tivoli », sous la direction de Bertrand Pulman.

³² Il savait cette équipe accueillante et bienveillante pour y avoir lui-même mené des observations.

irrégulière³³. J'ai débuté cette recherche au moment où les spécialistes réfléchissaient sur les modalités d'application d'un décret de la loi de finances, obligeant les couples en situation irrégulière à autofinancer leurs tentatives d'AMP. J'ai choisi de suivre le cours des événements et les conseils de la gynécologue obstétricienne qui m'a ouvert les portes de ce centre, en m'intéressant aux questions qui préoccupaient les acteurs lors de ma présence sur le terrain. Constatant que l'accueil réservé à ce public pouvait être différent selon les centres, j'ai cherché, dans cette deuxième étude, à explorer l'hypothèse selon laquelle les équipes déploient des mécanismes de sélection qui leurs sont propres et qui concernent l'ensemble des candidats à l'AMP.

L'entrée du sociologue sur le terrain donne souvent lieu à des négociations significatives quant aux positions des uns et des autres dans l'espace social (Darmon, 2005 ; Derbez, 2010). Elle a ici été acceptée sans difficulté majeure³⁴. Soucieuse d'instaurer des rapports de qualité avec l'équipe, cette accessibilité n'a pas suffi à apaiser mes appréhensions quant aux premiers contacts avec les professionnels. La relation d'enquête, en tant que relation sociale, est non seulement tributaire de l'attitude du chercheur, mais influence fortement la nature des informations recueillies : « Le récit variera, tant dans sa forme que dans son contenu, selon la qualité sociale du marché sur lequel il sera offert – la situation d'enquête elle-même contribuant inévitablement à déterminer le discours recueilli » (Bourdieu, 1986 : 71). Grâce à l'accueil qui m'a été réservé, ces craintes se sont vite dissipées. Dès mon arrivée, Jean-Noël Hugues est venu à ma rencontre, souriant, la main tendue vers moi. Par ce geste, il me signifiait que j'étais la bienvenue dans le centre qu'il dirigeait.

Pour être à la hauteur de la confiance annoncée par cette démonstration de sympathie, j'ai suivi les conseils prodigués par des sociologues dans des guides à l'usage du terrain (Beaud, 2003 [1986] ; Beaud et Weber, 2003 [1997] ; Becker, 2002, 2004 [1986] ; Blanchet et Gotman, 1992). L'essence de la posture sociologique se loge dans la manière de considérer l'Autre. Le chercheur en sciences humaines se doit d'évacuer ses préjugés, en adoptant une posture réflexive. Dans la perspective de la sociologie compréhensive, l'observateur s'efforce de tendre vers l'objectivité en

³³ Une partie de ces matériaux, et notamment les entretiens menés avec six gynécologues, a été réutilisée pour renforcer cette recherche. Comme convenu à l'époque avec les participants, ces entretiens ont été anonymisés.

³⁴ J'ai bénéficié d'une précieuse liberté pour mener ce travail. La seule demande formulée par ma première interlocutrice, Rachel Lévy, coordinatrice du service de biologie, a été de fournir un *curriculum vitae* et une lettre expliquant la manière dont j'espérais conduire mon enquête, documents qu'elle a transmis aux autres membres de l'équipe.

se préservant de tout jugement de valeur sur les faits et les individus qu'il observe. Cette « neutralité axiologique », selon les termes du sociologue Max Weber ([1919] 2003), est un idéal à atteindre, non sans difficultés³⁵. Everett Hughes insiste aussi sur cette dimension : « Le sociologue doit considérer avec objectivité et neutralité les croyances et les institutions qui sont chères aux membres de la société étudiée » (1996 [1962] : 298). L'objectif est de comprendre le point de vue de l'acteur, ses manières de faire et d'être, ses expériences et sa rationalité. Il est donc crucial que l'enquêteur parvienne, par son attitude, à instaurer une relation de confiance.

2.2 L'immersion

J'ai utilisé les deux principaux outils à ma disposition, l'observation et les entretiens. Ensemble, ces méthodes permettent de rassembler des informations produites de l'intérieur, par les acteurs, et de l'extérieur, par l'observateur. Ainsi, « le recueil de données "émiques" (données discursives entendant donner accès aux représentations des acteurs autochtones) se combine au recueil de données "étiques" (données construites par des dispositifs d'observation ou de mesure) » (Olivier De Sardan, 1995 : 9).

2.2.1 L'observation non participante

L'observation est une méthode de recueil des données qui consiste à s'immerger dans le milieu étudié par une présence régulière et prolongée au sein d'une même unité de lieu. Everett Hughes met en relief la place centrale du travail de terrain en sociologie, qu'il décrit comme « l'observation des gens *in situ* : il s'agit de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui, acceptable pour eux, permet d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe » (1996 [1960] : 265).

Pendant une dizaine de mois, j'ai accompagné les professionnels du centre de Jean Verdier dans leur pratique quotidienne³⁶. Pour ne pas perturber le déroulement des interactions, j'ai essayé de faire preuve de discrétion et adopté une posture d'observation passive, n'intervenant ni dans les consultations, ni dans les discussions collectives. Ces efforts

³⁵ Voir par exemple à ce sujet l'article de Magali Boumaza (2001) qui confie ses difficultés à enquêter sur les militants du Front National.

³⁶ Entre février et août 2013, je m'y rendais plusieurs fois par semaine. Laissant passer l'été, j'y suis retournée au cours de l'automne 2013, avant de le quitter temporairement à la fin de la saison.

n'empêchent pas que l'enquêteur soit pris, « à un degré ou un autre, dans le réseau de l'interaction sociale qu'il étudie, qu'il analyse, et dont il rend compte. Même s'il observe à travers un trou de serrure, il joue un rôle – celui d'espion. Et lorsqu'il rapporte ce qu'il a ainsi observé, il devient une sorte de dénonciateur » (Hughes, 1996 [1960] : 278). Une boutade du chef de service, me désignant lors d'une réunion comme « *l'œil de Moscou* », rappelle aux personnes présentes que, même pétrie de bonnes intentions, je reste potentiellement une délatrice ; plus qu'un simple témoin, « l'ethnologue restera toujours un voyeur, un gêneur », écrit la sociologue Anne Vega (2000 : 29).

2.2.2 Une démarche inductive

Tout en gardant l'intuition initiale relative à la multiplicité des pratiques médicales, j'ai adopté une posture inductive, inspirée de la *grounded theory* développée par Barney Glaser et Anselm Strauss (1967). Ce dernier explique qu'« une théorie fondée est une théorie qui découle inductivement de l'étude du phénomène qu'elle représente (...). On ne commence pas avec une théorie pour la prouver, mais plutôt avec un domaine d'étude et on permet à ce qui est pertinent pour ce domaine d'émerger » (1992 : 53). Pour favoriser cette émergence des données par le terrain, je me suis laissée guider par celui-ci en me centrant sur ce qui intéressait d'abord les acteurs eux-mêmes.

Il m'a fallu environ deux mois pour me familiariser avec ce lieu³⁷. J'ai assisté à seize consultations, de cinq cliniciens et de deux biologistes, ainsi qu'à des ponctions ovocytaires et à des transferts embryonnaires. C'est surtout l'observation de vingt-six réunions pluridisciplinaires qui a attiré mon attention. Si au début, je ne maîtrisais pas le jargon médical, regardant les médecins passer d'un dossier à l'autre, parfois très rapidement, sans comprendre ni la question de départ ni la décision prise, je me suis progressivement appropriée les principales notions de ce lexique³⁸. Les staffs sont des temps forts dans la vie d'un service. Tous les membres des équipes

³⁷ Un externe m'a fait visiter les locaux des services de médecine de la reproduction, de biologie de la reproduction et du centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS). J'ai découvert le laboratoire, la salle de réunion, appelée la bibliothèque, la salle de détente où se déroulent les repas, et les bureaux des praticiens. J'ai progressivement identifié les membres du personnel, appris leurs noms et leurs fonctions.

³⁸ Deux observations m'ont beaucoup aidée dans cette entreprise. J'ai assisté à une réunion d'information destinée aux couples infertiles. Sur l'invitation de Charlotte Dupont et de Charlotte Sonigo, respectivement biologiste et gynécologue à Jean Verdier, j'ai participé à une formation destinée à des étudiants de l'Université Paris 13.

sont rassemblés pour décider de la meilleure conduite à tenir. Si ces réunions sont parfois longues, durant en moyenne trois heures, les praticiens sont très investis dans ces discussions. Ces échanges permettent de définir des lignes de conduites communes et sont constitutifs de la démarche médicale légitime. La nature et l'intensité des débats renseignent l'observateur sur les enjeux que revêtent ces délibérations. L'analyse des dynamiques des échanges permet de saisir les mécanismes décisionnels à l'œuvre au sein d'un groupe.

À la fin de ma présence sur le terrain, les membres du groupe m'ont autorisée à assister à un conseil de centre, où ils discutent de l'organisation des services et prennent des décisions relatives à son fonctionnement. Accepter de dévoiler les mécanismes internes d'élaboration de la politique de centre est un signal fort de la confiance que ces professionnels m'ont accordée.

2.2.3 Des entretiens semi-directifs

Pour répondre aux questionnements nourris par ces observations, j'ai initié les entretiens avec les praticiens de Jean Verdier. Cette technique de recherche constitue l'essence même de la méthode sociologique, à tel point qu'elle est désignée par Everett Hughes, défenseur d'une approche empirique, comme « la science de l'entretien » (1996 [1956] : 281).

J'ai opté pour la méthode de l'entretien semi-directif, car elle présente l'avantage de diriger l'échange sans le rigidifier, grâce à la souplesse de sa grille. Celle-ci comporte un socle de questions structuré par thèmes³⁹. Dans cette enquête, j'ai choisi de débiter les entretiens par des éléments de cadrage biographique, comme la date et le lieu de naissance, l'origine sociale et la situation conjugale et familiale. J'ai ensuite posé des questions aux individus pour recomposer les principales séquences de leur parcours professionnel et reconstruire leur trajectoire, entendue comme une « série de positions successivement occupées par un même agent (ou un même groupe) dans un espace » (Bourdieu, 1986 : 71). J'ai cherché à connaître leurs conditions de travail et la dynamique des échanges interprofessionnels au sein de leur équipe, avant de détailler les politiques mises en place dans leur centre, concernant les couples et les techniques utilisées. Nous avons également échangé sur leur vision du champ de la médecine de la reproduction et des politiques de santé publique en France. Pour reprendre les termes du médecin et chercheur Jean-Christophe Mino, j'ai ainsi recueilli des « récits de pratiques justifiées » définis comme « des

³⁹ Les grilles d'entretiens avec les professionnels et les femmes concernées par l'infertilité sont respectivement résumées dans les annexes 1 et 2.

éléments informatifs de ce que les médecins disent faire, de comment ils s’y prennent. Mais au-delà de la description, leurs propos valent par la manière dont les professionnels expliquent en quoi les pratiques sont justes ou non » (2016).

Cet équilibre entre une trame de questions prédéfinies et le respect de la logique de l’interaction constitue l’atout principal de l’entretien semi-directif. Comme le note Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995), ce dernier favorise le mode conversationnel et réduit « l’artificialité de la situation d’entretien ». L’instauration d’un dialogue équilibré est « une contrainte méthodologique visant à créer, autant que de besoin, une situation d’écoute telle que l’informateur de l’anthropologue puisse disposer d’une réelle liberté de propos, et ne se sente pas en situation d’interrogatoire » (1995 : 7-8). Ce type d’entretien permet également de standardiser les informations et de faciliter leur comparaison, tout en conservant une situation favorable à l’émergence de nouvelles thématiques.

Les entretiens ont été enregistrés, avec l’accord des participants, puis intégralement et littéralement retranscrits peu de temps après leur déroulement, afin de garder à l’esprit le contexte de leur énonciation. J’ai traité les données en organisant les citations les plus pertinentes par thème. Ce travail de catégorisation alimente un aller-retour constant entre l’analyse des données et le travail de terrain. Grâce à ce procédé itératif et récursif, les canevas d’entretiens sont en évolution perpétuelle. Cette méthode permet de laisser de côté les questions suffisamment explorées et de faire émerger de nouvelles hypothèses : « La phase de production des données peut être ainsi analysée comme une restructuration incessante de la problématique au contact de celles-ci, et comme un réaménagement permanent du cadre interprétatif au fur et à mesure que les éléments empiriques s’accumulent » (Olivier De Sardan, 1995 : 13).

Durant cette première phase, d’une durée d’un an, je me suis entretenue avec dix cliniciens et biologistes du centre de Jean Verdier. Cette étape s’est symboliquement clôturée par la restitution des premiers résultats à l’équipe. Cette mise en débat m’a permise d’affiner mes hypothèses de travail et m’a encouragée à poursuivre mes investigations dans d’autres centres, pour évaluer tant la spécificité que la représentativité des données récoltées.

Pour élargir le périmètre de l’enquête, le choix des interlocuteurs s’est effectué par « buissonnement » (Olivier De Sardan, 1995), initialement grâce au réseau des médecins de Jean Verdier. J’ai rencontré dix-huit praticiens exerçant dans d’autres centres. Le mode d’accès à ces

professionnels varie selon les situations⁴⁰. Leur accord a été favorisé par le fait que j'étais souvent recommandée par un de leur confrère. J'ai ainsi essuyé peu de refus formels, ceux-ci se sont plutôt exprimés sous la forme de non-réponse. De plus, cette stratégie a fait apparaître les personnes dominantes ainsi que la densité du maillage professionnel de ce champ, se caractérisant par une forte interconnaissance.

J'ai également souhaité discuter avec des femmes infertiles, afin d'élargir mon regard et de confronter mes pistes de réflexion à leur vécu. J'ai pris contact avec l'association BAMP, de l'acronyme « Blog sur l'Assistance Médicale à la Procréation », qui réunit des individus concernés par l'infertilité. Sa présidente, Virginie Rio, sensible à la multiplicité des postures médicales pour l'avoir elle-même vécue, a diffusé ma demande auprès de ses adhérents. J'ai ainsi échangé avec six femmes prises en charge par plusieurs praticiens et, pour la majorité d'entre elles, dans différents établissements. Leurs récits d'expériences et leur vécu des diverses approches thérapeutiques renforceront notre compréhension des décisions médicales.

2.3 Le retour

Après avoir exploré les différentes modalités de prise en charge dans plusieurs structures de la région parisienne et enrichi le discours médical du discours profane, je suis retournée aux côtés de l'équipe de Jean Verdier. Ce centre est celui que je connais le mieux et constitue mon point de référence pour mesurer la multiplicité des pratiques. Lors de ce retour sur le terrain, au cours du premier trimestre 2015, j'ai poursuivi les entretiens avec les nouveaux membres de l'équipe, et reconduit certains. J'ai ainsi mesuré les profondes mutations enclenchées par le remplacement du fondateur du centre, Jean-Noël Hugues, par Michael Grynberg, en septembre 2014.

Au total, le corpus réunit quarante-cinq entretiens, réalisés entre 2012 et 2015, avec des individus concernés par la problématique de la prise en charge médicale de l'infertilité, dont six femmes infertiles et trente-neuf professionnels liés à la médecine reproductive. Parmi ces derniers, une sage-femme, un radiologue, un cadre de santé, quatre médecins représentants

⁴⁰ Certains m'ont fourni les coordonnées de leurs collègues ou les ont sollicités directement pour moi. J'ai contacté les autres en m'adressant à leur secrétariat, et en faisant surtout preuve de persévérance et d'opiniâtreté. Seul l'entretien avec Xénia Lechat, gynécologue à Jean Villar, n'a pas été réalisé grâce au réseau des professionnels d'Île-de-France, mais grâce à celui de ma mère, qui exerce dans cette clinique en tant qu'infirmière anesthésiste, et qui m'a conseillée de rencontrer cette praticienne.

d'agences gouvernementales et trente-deux cliniciens et biologistes. Les vingt et un cliniciens regroupent quatorze gynécologues obstétriciens, cinq gynécologues médicaux et deux endocrinologues. Les biologistes, moins nombreux, comptent trois médecins, cinq pharmaciens et un scientifique. Deux médecins sont à la fois gynécologues et biologistes. La moitié de ces professionnels exercent à Jean Verdier, et l'autre moitié dans onze structures différentes⁴¹. L'échantillon couvre tous les échelons de la hiérarchie hospitalière, de l'interne au praticien hospitalier. Les entretiens ont été réalisés dans leur bureau ou dans l'enceinte de l'établissement, à l'exception des personnes retraitées qui m'ont donné rendez-vous dans un café, dans le bureau d'un ami, ou à leur domicile. Les interviewés m'ont consacré en moyenne une heure, souvent plus. Certains entretiens ont été divisés en plusieurs séquences, jusqu'à trois sessions d'une heure minimum. Les principales données biographiques et professionnelles des personnes rencontrées, ainsi que la date et la durée des entretiens, sont résumées dans l'annexe 3⁴².

⁴¹ La mobilité professionnelle dans ce champ relativise la portée de cette information : nombre de ces spécialistes exercent simultanément dans plusieurs endroits, et tous ont travaillé dans plusieurs centres. Enfin, certains acteurs sont retraités, mais gardent des liens avec les établissements de soins et les universités. Un de ces centres a été étudié pendant mon Master, dans des conditions de confidentialité qui m'empêchent de le citer, et sera donc évoqué en marge de cette analyse.

⁴² Nous n'avons pas inclus dans ces tableaux les six entretiens menés avec des gynécologues lors de l'enquête précédente, ceux-ci n'ayant été que partiellement utilisés.

3 La décision médicale : un concept fécond

Dans cette recherche, nous proposons de considérer la décision comme un acte par lequel les individus exercent leur pouvoir et qui s'intègre dans des systèmes de relations et dans des espaces sociaux différenciés. Ce processus s'élabore à l'échelle collective par le biais de négociations entre les professionnels. La perspective interactionniste sera particulièrement féconde pour nourrir notre lecture du processus décisionnel. Comme l'explique le sociologue David le Breton (2004), l'interactionnisme « raisonne en termes d'actions réciproques, c'est-à-dire d'actions qui se déterminent les unes les autres ». Cette approche présente le mérite de conjuguer la prise en compte des déterminismes et la mise en valeur de la « capacité réflexive » de l'acteur, dont le comportement « n'est ni tout à fait déterminé, ni tout à fait libre » (2004 : 50 et 47). Il s'agira de resituer les prises de décisions au sein des rapports de pouvoir qui organisent les relations entre professionnels, car, comme l'affirment les sociologues des organisations, Michel Crozier et Ehrard Friedberg, « toute analyse sérieuse de l'action collective doit donc mettre le pouvoir au centre de ses réflexions. Car l'action collective n'est finalement rien d'autre que de la politique quotidienne. Le pouvoir est sa “matière première” ». *In fine*, nous montrerons que « le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir » (1977 : 25 et 69).

3.1 Un acte

René Mornex part de l'étymologie de la décision, soit « couper en tranchant » pour en souligner les implications. Il s'agit de « trancher entre plusieurs solutions qui se présentent pour résoudre un problème. Une décision est donc un choix, qui succède à une délibération qui a permis de poser les arguments. Une décision précède une action. Elle implique obligatoirement un risque d'erreur, une responsabilité, donc des doutes » (2002 : 41).

Si ce médecin et chercheur en endocrinologie perçoit la décision comme une étape qui précède l'action, nous défendrons, à l'inverse, sa dimension performative : la décision est avant tout un acte. Pour les médecins, il s'agit en effet de *prendre* une décision⁴³. Notre acceptation du processus décisionnel se rapproche de la définition du jugement établie par le sociologue Nicolas Dodier, comme une « activité qui n'est pas pure sans être arbitraire, qui ne consiste pas à

⁴³ Nous rejoignons ici l'optique du gynécologue obstétricien Élie Azria, selon lequel « décider est un acte (...) où s'expriment l'autonomie et la responsabilité du soignant » (2007 : 140).

appliquer un corpus de règles mais qui pourtant se réfère à des règles, qui n'est pas formelle sans être informelle, qui n'est pas contingente tout en étant soumise à la singularité des cas » (1993 : 325).

Nous porterons toute notre attention sur les individus en adoptant une approche empirique de l'acteur à la manière de Simone Bateman pour appréhender « l'individu confronté à un dilemme moral pratique comme sujet situé par rapport à d'autres dans le temps et dans l'espace présents, mais aussi comme porteur d'une histoire singulière qui structure son rapport au passé et à l'avenir, et donc aux décisions présentes » (2004 : 408). La perspective de la sociologie de l'action sera particulièrement féconde pour ce travail, car elle combine, comme l'explique Pierre Bourdieu, deux dimensions des relations sociales : la première renvoie à « une philosophie de la science que l'on peut dire relationnelle, en ce qu'elle accorde le primat aux relations », lorsque la seconde adopte une philosophie « dispositionnelle (...), qui a pour clé de voûte la relation à double sens entre les structures objectives (celles des champs sociaux) et les structures incorporées (celle de l'habitus) » (1994 : 9).

3.2 Un pouvoir

Prendre une décision, c'est également exercer un pouvoir, entendu dans le sens du sociologue Didier Fassin comme « ce qui permet aux individus et aux groupes d'agir sur les hommes, sur les choses et donc sur le cours des événements » (1996 : 16). Ce pouvoir décisionnel caractérise, selon Lucien Israël, l'extension du territoire de la médecine : « Le médecin est justement devenu un décideur » (1980⁴⁴ : 17). L'apparition de la FIV renforce ce phénomène, en créant « de toutes pièces une capacité d'action, une liberté, un domaine de décision qui jusque là n'existaient tout simplement pas » (Frydman et Canto-Sperber⁴⁵, 2008 : 27). L'analyse des décisions médicales permet ici de saisir les différentes modalités d'appropriation des pouvoirs dont les professionnels disposent.

Paradoxalement, si de nombreux chercheurs ont travaillé sur les implications sociétales des innovations biomédicales, ils se sont moins penchés sur le pouvoir décisionnel des professionnels de ce champ que sur le vécu de l'infertilité et sur les conséquences de l'intervention médicale en termes de parenté, de filiation et de rapports de genre. Des philosophes

⁴⁴ Lucien Israël est oncologue, professeur de médecine et ancien président de l'Académie de médecine.

⁴⁵ Monique Canto-Sperber est philosophe et ancienne directrice de l'École normale supérieure.

ont examiné les questions bioéthiques soulevées par les progrès technologiques (Hirsch, 2007, 2010 ; Ogien, 2009), et des sociologues se sont intéressés à la façon dont les médecins contribuent à l'édification des normes procréatives françaises (Mehl, 1999, 2011 ; Memmi, 1996, 2003). Les configurations faisant intervenir un tiers donneur ont constitué un objet d'étude privilégié (Bateman, 1994 ; Mehl, 2008 ; Pulman, 2010 ; Théry, 2010). Certains ont interrogé la capacité d'action et de décision des profanes au regard de celle des médecins (De la Rochebrochard, 2008a), lorsque d'autres ont interprété l'utilisation des techniques d'AMP par le prisme des questions religieuses (Mathieu, 2013), du rapport à la nature (Löwy, 2006a) ou des rapports de genre (Löwy, 2001, 2006b, 2014 ; Tabet, 1998 ; Tain, 2004).

3.2.1 Un pouvoir de régulation

L'État français dessine les limites d'intervention des professionnels, tout en leur attribuant un pouvoir régulateur central. La loi encadre les pratiques relatives à la bioéthique, entendue dans le sens de la sociologue Irène Théry comme relevant de la « morale de la vie » ou la « morale du vivant »⁴⁶ (2010 : 95 et 11). Le but de ces normes législatives est principalement de réguler les usages de la biomédecine, qui recouvrent « toutes les pratiques de manipulation du corps humain ». Cependant, cette sociologue rappelle que ce choix sociétal ne va pas de soi. En effet, « de nombreux pays démocratiques n'ont jamais éprouvé le besoin de se doter d'un droit spécifique sur la procréation artificielle, qui demeure une pratique médicale comme les autres » (2010 : 93-94). L'intervention étatique française dans le domaine de la reproduction est une expression de la biopolitique repérée Michel Foucault. Ce nouveau mode de gouvernance, passant par « l'organisation du pouvoir sur la vie » (2014 [1976] : 183), émerge au cours du 18^{ème} siècle. Celui-ci est qualifié de biopolitique, en ce qu'il tente « de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en populations » (2004 [1978-1979] : 323). Ce dispositif s'appuie sur une morale de la famille construite autour de la conjugalité et portée par l'État, comme l'a décrit Jacques Donzelot (1977).

⁴⁶ Loi n°94-654 du 8 juillet 1994, suivie de la loi n°2004-800 du 6 août 2004 puis de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011. La pratique de la médecine de la reproduction est également réglementée par deux codes. Le code civil affirme les valeurs telles que la dignité et l'intégrité du corps humain ainsi que la gratuité et l'anonymat du don. Le code de la santé publique définit l'AMP et ses conditions d'accès et de mise en œuvre par le biais des lois de bioéthique.

La loi place les spécialistes de l'infertilité au cœur de son dispositif, en les chargeant d'appliquer les critères d'accès à l'AMP⁴⁷. D'abord, notre système législatif est fondé sur une conception médicale de l'infertilité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. Cette indication médicale justifie les conditions sociales d'accès à ces techniques : seuls les couples hétérosexuels, en âge de procréer et jugés motivés par les médecins, sont autorisés à bénéficier de ces techniques⁴⁸. Si ces conditions ne sont pas remplies, les règles de bonnes pratiques préservent une liberté décisionnelle aux professionnels, qui peuvent « différer ou refuser la prise en charge dans les limites fixées par la loi et le code de déontologie »⁴⁹.

La définition de l'infertilité en des termes médicaux, puis sa prise en charge par la médecine, la collectivité et l'État, sont des expressions du mouvement de médicalisation dans lequel s'inscrit notre société. Les sociologues Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2004) définissent la médicalisation comme le phénomène par lequel « des problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme des problèmes médicaux, le plus souvent en termes de maladies ou de désordres ». Elles expliquent comment s'opère cette redéfinition : « Définir un problème en termes médicaux, c'est d'abord employer un langage médical pour le décrire, c'est ensuite adopter une structure médicale pour le comprendre, et c'est enfin mobiliser une intervention médicale pour le traiter » (2004 : 179-180). Cette construction sociale de l'infertilité conçue comme une maladie participe à l'extension du champ de compétences de la médecine, qui s'appuie dès les années 1960 sur la « formidable légitimité scientifique dont bénéficie la médecine » et sur la « place prise par la valeur santé », comme le note Pierre Aïach (1998 : 15). Didier Fassin ajoute une dimension politique à la médicalisation,

⁴⁷ Ces critères sont notamment établis par les articles L2141-2 et L2141-10 du CSP.

⁴⁸ Nous laisserons de côté le critère de l'hétérosexualité pour focaliser notre attention sur les notions de couple, de motivation, et d'âge. La question de l'accès à la parentalité pour les couples homosexuels cristallise les débats actuels et mérite une analyse spécifique et approfondie qui dépasse le cadre de ce travail.

⁴⁹ Cet arrêté, du 3 août 2010, modifiant celui du 11 avril 2008, et relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, précise que cette décision est prise « dans la mesure où tout médecin doit tenir compte des avantages et des inconvénients des différentes investigations et thérapeutiques possibles, et dans la mesure où les textes régissant l'AMP prévoient un délai de réflexion supplémentaire lorsque l'équipe le considère nécessaire dans l'intérêt de l'enfant à naître ». Le pouvoir de refus des médecins s'exerce dans une zone d'autorisation incertaine. Pour Pierre Jouannet, la loi « n'autorise à aucun moment de manière explicite à refuser l'accès à l'AMP » (2001 : 130). Mais comme l'assure Frédérique Dreifuss-Netter, professeur de droit et membre du centre d'éthique clinique de Cochin (CEC), les médecins peuvent refuser de participer au projet d'enfant, car « légalement, tout ce qui n'est pas interdit est autorisé » (2005 : 54).

soulignant qu'elle « suppose une normalisation. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance du problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif » (1998 : 7).

3.2.2 Un pouvoir normatif

Les médecins s'approprient ce pouvoir en complétant ces prescriptions législatives par un ensemble d'outils décisionnels. Dans la mesure où ces acteurs participent pleinement à l'engendrement d'êtres humains, certains défendent un droit de regard sur les conditions de ces enfantements. La responsabilité dont ils sont investis ouvre la brèche aux interrogations morales et aux évaluations normatives : « Du fait que leur action contribue directement à l'engendrement, les critères invoqués pour justifier leurs positions ne relèvent pas exclusivement de la raison thérapeutique » (Bateman, 2001 : 118). Comme le notent Florence Bellivier, professeur de droit, et Laurence Brunet, juriste, « des critères substantiels de jugement de la vie se dégagent inévitablement des motifs justifiant ou empêchant, aux yeux de l'équipe médicale, de recourir à une AMP » (2001 : 195). Séverine Mathieu, sociologue, montre aussi que les décisions des médecins résultent d'un « travail d'interprétation normative » (2013 : 43) et sont justifiées par des arguments médicaux mais également éthiques, juridiques et moraux.

En prenant pour objet le domaine de la réanimation néonatale, Anne Paillet (2002 ; 2003 ; 2007) insiste également sur le fait que le pouvoir des médecins s'incarne dans leur capacité décisionnelle. Sa recherche, qui s'inscrit au carrefour de la sociologie de la morale, de la bioéthique et des professions, aboutit à une étude de l'« éthique en acte » des soignants et des « processus sociaux par lesquels se forment des convictions morales » (2007 : 271). Nous épouserons l'optique de cette chercheuse, qui propose de considérer les termes de morale et d'éthique comme synonymes⁵⁰. Anne Paillet les définit comme « les zones et les moments de

⁵⁰ Leur étymologie nous incite à les considérer comme tel. Si le premier vient du grec et le second du latin, ils réfèrent ensemble aux mœurs, aux manières d'agir et de se comporter. Certains proposent de considérer la morale comme renvoyant aux normes, alors que l'éthique se référerait aux valeurs. D'autres conçoivent l'éthique comme la science de la morale. Mais ici, les débats sur les différences de significations dépassent notre cadre et relèvent de la philosophie, comme le signale Alexandre Jaunait : « Distinguer éthique et morale relève d'un débat conceptuel propre à la philosophie morale et qui ne saurait être tranché d'un point de vue objectif, comme s'il existait une "essence" de chacun de ces termes » (2007 : 66). À la manière de Simone Bateman, nous introduirons néanmoins une nuance, qui permet de distinguer les positionnements des individus face à ces règles et ces normes. Cette chercheuse propose de considérer la morale comme un « ensemble de prescriptions que se donne un groupe ou une société pour assurer la vie bonne et le bien faire », alors que l'éthique manifeste le « souci de s'interroger sur la meilleure manière de se conduire ou de faire dans une

l'activité sociale où des individus s'engagent (...) dans la discussion de ce qu'il est "bien" ou non de faire, de ce qu'il est "juste" ou non de faire, de ce qu'il est "légitime" ou non de faire » (2007 : 11). Simone Bateman précise que le but de cette approche « n'est pas de juger la qualité morale de la solution apportée par les protagonistes mais de les observer en train de délibérer, décider et agir, afin d'identifier leurs préoccupations normatives et d'analyser la manière dont ils s'y prennent pour décider de la meilleure (ou la moins mauvaise) manière de résoudre le problème » (2004 : 393). Pour reprendre les termes de cette chercheuse, nous chercherons ici à analyser le comportement des médecins et des biologistes lorsqu'ils sont confrontés à des décisions qui génèrent « une tension entre éthique et normes qu'on peut formuler ainsi : les règles que nous nous sommes données traduisent-elles le mieux notre conception de la bonne manière d'agir ? » (2000 : 130). Nous portons l'idée selon laquelle l'analyse de la décision éclaire les principes normatifs qui structurent ce champ médical. Par l'exercice de son pouvoir de décision, le médecin ne manifeste pas seulement son système de valeurs mais contribue également à l'édification et à l'évolution des normes collectives (Hughes, 1996 [1958]).

3.3 Un compromis entre valeurs individuelles, idéologies professionnelles et contraintes structurelles

Nous partageons l'objectif d'Anne Paillet, qui appelle à remédier au nombre restreint d'études qui « cherchent à saisir les processus de production et de mobilisation des valeurs – et les rapports que les individus entretiennent avec elles – dans les contextes pratiques dans lesquels ils se jouent » (2007 : 12). Pour mieux comprendre ce processus, il nous faut réintégrer ces valeurs dans le contexte professionnel dans lesquelles elles sont produites.

3.3.1 Philosophies, idéologies et *ethos* professionnels

Eliot Freidson définit en premier lieu une profession par son indépendance⁵¹. L'autonomie laissée à la médecine par l'État constitue sa « caractéristique la plus décisive et la plus précieuse » (1984 : 33). De plus, les membres d'une profession s'unissent autour d'un objectif commun, condition de l'action collective. Selon Anselm Strauss et ses coauteurs (1992 [1963]), ce but représente les « fondements constitutifs ou le contrat de base de l'institution » et permet

situation où un choix est possible » (2004 : 391).

⁵¹ Le travail du praticien se caractérise également par le face-à-face avec le patient. Ainsi, Eliot Freidson décrit la médecine comme une « profession consultante » orientée vers une « finalité de service » (1984 : 20 et 167).

son maintien. Le groupe professionnel partage des valeurs, c'est-à-dire un ensemble de normes, reconnues comme idéales, organisées au sein d'un système commun et qui orientent l'action et le comportement des individus⁵². Nous chercherons ainsi à comprendre les modalités d'articulation entre les normes collectives et les valeurs individuelles. Ce système axiologique s'intègre dans des « philosophies professionnelles » (1992 [1963] : 95 et 111), dont nous tâcherons de décrire les influences.

Ces philosophies s'accordent dans un système idéologique spécifique, qu'il s'agira de circonscrire⁵³ (Freidson, 1984 ; Théry, 2010). Nous concevons l'idéologie dans son acception wébérienne, comme système d'idées, ou système symbolique, qui se construit au cours de la socialisation de l'individu ; il s'élabore à partir de ses groupes d'appartenance et en fonction de sa position sociale ; il sert également de support à l'action⁵⁴. Comme l'a montré Marc Augé, l'analyse de l'idéologie présente l'avantage de combiner les discours théoriques (l'« idéologique ») et les pratiques. L'idéologie aide à saisir la logique des représentations, qui implique une vision du monde et structure les rapports humains. Pour cet anthropologue, « la décision ne se prend et ne se concrétise qu'à partir des schémas d'interprétation offerts et imposés par cette logique. L'idéologie serait ainsi l'idéo-logique (ou la culture) en acte » (1975 : 409).

Nous chercherons également à mettre en avant l'influence du groupe professionnel, en tant qu'instance de socialisation, sur le système de valeurs intériorisé par l'individu et sur son rapport au monde (Bourdieu, [1984] 2002). À cette fin, nous utiliserons la notion d'*ethos* professionnel qui, comme le définit le sociologue Bernard Fusilier (2011), est le « dénominateur commun » des membres d'un groupe professionnel, « ce qui n'empêche pas ce dernier d'être stratifié et segmenté ». Ce concept permet surtout de « penser la relation entre l'histoire collective et les logiques d'action, l'insertion dans un milieu social et les pratiques ».

⁵² Comme le résume le sociologue François Gresle, une profession suppose également « l'existence d'un savoir ; la présence d'écoles (...) disposant du monopole de la formation ; l'instauration de règles communes de fonctionnement pour une activité s'exerçant de façon autonome ; la reconnaissance d'une déontologie acceptée par chacun, produite par le groupe des pairs » (1994 : 301).

⁵³ Le terme d'idéologie a initialement été utilisé par Antoine Destutt de Tracy, à la fin du 18^{ème} siècle, pour désigner la science qui étudie la formation des idées.

⁵⁴ En ce sens, cette définition moderne se distingue de la définition traditionnelle, en ce qu'elle ne fait pas référence au critère du vrai et du faux, comme le précise le sociologue Gilles Ferréol (2011).

3.3.2 Négociations et rapports de pouvoir

Notre lecture de la pluralité des pratiques et des représentations en médecine de la reproduction à travers la décision médicale invite à adopter une vision relationnelle des dynamiques à l'œuvre. Cette nécessité est d'autant plus impérieuse dans ce champ, où un certain nombre de décisions s'élaborent à l'échelle collective. Elles sont le résultat de délibérations, dont elles signent l'achèvement provisoire. Les négociations se donnent particulièrement à voir lors des staffs, qui sont le théâtre d'« interactions localement organisées et négociées », comme l'écrit Aaron Cicourel, spécialiste en sociologie cognitive (2002 : 119). Pour Anselm Strauss (1992 [1963]), la négociation « caractérise la vie d'une organisation ». Nous prêterons une attention particulière aux contextes et aux règles de ces délibérations, prenant ainsi en compte leurs propriétés structurelles⁵⁵. Cependant, nous verrons que « les règles ne peuvent servir de guide et d'impératif qu'à une faible part de la totalité de l'action concertée qui se développe autour du malade ». Les règles servent surtout à « poser les limites et à indiquer certaines des directions de la négociation », et à limiter les zones d'incertitude (Strauss *et al.*, 1992 [1963] : 88, 97 et 109).

Cette approche relationnelle, qui permet de comprendre la richesse des positionnements, s'accompagne d'une conception des interactions en termes de rapports de pouvoir. Or, c'est justement « l'étude du pouvoir en tant que relation qui oblige à remonter aux surdéterminations situationnelles et structurelles qui seules peuvent expliquer le déroulement des relations de pouvoir observées » (Crozier et Friedberg, 1977 : 68). Il s'agira notamment de saisir l'influence du milieu de travail et des dynamiques locales sur les modalités décisionnelles. Notre volonté sera d'« objectiver les conditions et contraintes qui structurent et limitent – parfois excessivement – le raisonnement moral pratique des acteurs » (Bateman, 2004 : 412). Nous essaierons d'estimer le poids de ces contraintes et la manière dont les acteurs s'y adaptent. En effet, « pour comprendre comment savoirs, représentations et discours prennent un sens pour l'action, il convient de toujours les rapporter aux contraintes quotidiennes de la vie des personnes d'une part, aux caractéristiques de leurs relations sociales d'autre part. Les éléments de la structure sociale

⁵⁵ Comme nous l'y invite Anselm Strauss, nous envisagerons notamment « le nombre de négociateurs, leur expérience respective de la négociation et qui ils représentent. Le rythme des négociations (...). Le relatif équilibre de pouvoir montré par les parties respectives dans la négociation. La visibilité des transactions pour les autres, c'est-à-dire leur caractère public ou privé. Le nombre et la complexité des questions négociées. L'évidence de la légitimité du découpage des questions. Les options permettant d'éviter ou de rejeter la négociation » (1992 [1978] : 260).

ainsi que les systèmes de valeurs et les références culturelles jouent également un rôle », comme le précisent les sociologues Claudine Herzlich et Philippe Adam (1994 : 73).

Pour suivre ce conseil, nous adopterons la perspective de Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977), qui invitent à envisager les professionnels de santé comme des acteurs « à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose "le système", disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres ». En utilisant le terme d'acteur, ces auteurs mettent l'accent sur la subjectivité des individus, c'est-à-dire « leur façon de choisir leurs stratégies en fonction de leur perception des contraintes pesant sur eux, est un élément capital qui (...) définit la situation de chacun, c'est-à-dire ce par rapport à quoi il élabore sa propre stratégie et sa propre conduite », dans un contexte interactionnel et organisationnel précis. L'étude des décisions nécessite de relier l'individu au groupe et de prêter une attention particulière à la position des acteurs dans leur champ d'intervention, car cette place conditionne leurs possibilités de négociation. Ainsi, les décisions apparaissent comme des « solutions toujours spécifiques que des acteurs relativement autonomes, avec leurs ressources et leurs capacités particulières, ont créées, inventées, instituées pour résoudre les problèmes posés par l'action collective » (1977 : 30, 459 et 15).

3.3.3 Cultures et politiques de centres

Pour lier la dimension microsociologique – celle de l'acteur individuel et des réseaux collectifs –, à la dimension macrosociologique – celle de la structure –, nous utiliserons la notion de culture de centre. Celle-ci désigne l'existence d'une identité qui recouvre les savoirs et les habitudes de travail entretenus et transmis entre les professionnels d'un lieu particulier. Cette culture dessine les modalités d'action des individus, orientées et justifiées en fonction d'un système de hiérarchisation des valeurs propre à chaque équipe.

Selon Leigh Turner (2005), chercheur en bioéthique, le terme de culture est le plus souvent employé pour caractériser des manières communes de voir le monde et des formes de connaissances locales. Mais il reproche à cette définition d'être homogénéisante car les groupes sont alors décrits comme ayant une culture commune et uniforme. Or, notre objectif est justement, par ce vocable, de mettre en exergue les spécificités et les particularismes de chaque centre, et d'examiner ce qu'ils nous apprennent sur la culture professionnelle globale. Nous partagerons donc son acceptation du terme, selon laquelle la culture renvoie à une communauté

particulière et recouvre les valeurs, les pratiques et les représentations élaborées et majoritairement adoptées par un groupe. Dans cette recherche, nous chercherons à pallier le manque d'intérêt des chercheurs déploré par Leigh Turner vis-à-vis des cultures soignantes et des interactions qui façonnent les normes morales et comportementales des professionnels. Grâce à la lecture portée par Olgiered Kutny (1975), sociologue des organisations, nous ajouterons une dimension interactionnelle à la notion de culture de centre. À la suite d'une étude menée dans des unités de dialyse et de transplantation françaises et belges, il met en exergue l'influence des dirigeants des services et de leurs « orientations culturelles » sur les cultures locales et sur la relation thérapeutique. Pour lui, le terme de culture renvoie à une « disposition fondamentale à l'égard d'autrui ». Cette manière de se comporter avec l'autre « implique une conception de l'autorité, une préférence pour un type de rapport de pouvoir et une vision du monde » (1975 : 189-190).

Les cultures de centres s'organisent dans des politiques décisionnelles, ce que les acteurs appellent les politiques de centre. Ce terme met en relief le caractère collectif des modalités de jugement, et les relations de pouvoir dans lesquelles elles s'inscrivent (Fassin, 1996). Il met également en valeur la singularité des pratiques selon les contextes locaux. Les politiques de centres se déploient à deux niveaux : celui des politiques d'accès à l'AMP et des politiques médicales. Les cliniciens et les biologistes de la reproduction sont en effet principalement confrontés à deux types de choix : choisir le candidat à l'AMP et définir la stratégie thérapeutique. Ils ont entre leurs mains « l'accès au système de diagnostic, l'identification de la réponse médicale appropriée, l'orientation vers une prise en charge spécialisée si nécessaire (la FIV par exemple) et, enfin, sa mise en œuvre » (Slama *et al.*, 2008 : 62).

Notre principale question est donc de savoir dans quelle mesure l'étude des décisions médicales, qui s'inscrivent dans des contextes globalement régulés et localement situés, et qui se structurent dans les politiques de sélection des couples et dans les politiques médicales, permet d'éclairer les logiques à l'œuvre dans le polymorphisme des pratiques et des représentations des spécialistes de l'infertilité. Pour y répondre, notre réflexion est organisée en trois temps.

Nous présenterons d'abord les différents cadres qui structurent la médecine de la reproduction en France. Celle-ci s'inscrit dans un contexte législatif, réglementaire, institutionnel, déontologique et économique commun. Si ces dispositifs favorisent l'homogénéisation des

pratiques médicales, la nature publique ou privée de l'institution contribue à les singulariser : elle oriente l'offre de soins, conditionne l'organisation du travail et dessine les grandes lignes des modalités interactionnelles.

Si la structure impose un certain nombre de contraintes, les professionnels bénéficient d'une liberté importante pour assurer le rôle régulateur que leur a confié l'État, de contrôler l'accès aux techniques d'AMP. Ce type de choix a peu été étudié en médecine de la reproduction, comparativement à d'autres domaines médicaux⁵⁶. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les refus explicites d'accès au dispositif sont rares. Selon Dominique Memmi (2003), ils ne constituent que 5 % des dossiers du plus grand centre d'AMP de Paris. De plus, ces refus se formulent difficilement : l'intervention régulatrice des spécialistes « ne se traduit pas en un jugement moral explicite » mais s'opère par des procédés détournés visant à médicaliser, à biologiser ou à naturaliser la décision, ce qui leur permet d'agir « sans sortir de leur compétence, en justifiant médicalement leurs préférences » (2003 : 161 et 147). Nous réutiliserons les travaux des chercheurs qui se sont penchés sur le processus de sélection en AMP (Bataille et Virole, 2013 ; Bateman, 2001 ; Iacub et Jouannet, 2001 ; Mathieu, 2013 ; Tain, 2001, 2005, 2013), mais nous adopterons un point de vue plus global, pour montrer que si cette sélection ne s'effectue pas nécessairement dès l'accès à la consultation, elle est pourtant effective à chacune des étapes du parcours de soins, et elle s'applique tant aux couples qu'à leurs embryons.

Après avoir présenté les multiples contextes des décisions, nous consacrerons notre deuxième partie à l'analyse de la première décision prise par les spécialistes : permettre l'accès aux techniques biomédicales. La sélection des patients à l'entrée du dispositif s'ancre principalement dans les critères définis par la loi et par la communauté médicale. Néanmoins, les professionnels disposent d'une large marge d'autonomie. Ils déploient un ensemble de critères complémentaires, dont le poids varie selon les situations et selon les équipes, et qui sont régulièrement l'objet de désaccords entre les spécialistes. L'analyse des modalités d'appropriation de cette liberté par les acteurs permet de mieux saisir l'influence conjointe de leurs valeurs et du milieu du travail sur leurs choix.

⁵⁶ Comme les urgences (Dodier et Camus, 1997 ; Jefferey, 1979 ; Vassy, 1999, 2001), la pédiatrie (Fortin, 2015), la réanimation néonatale (Paillet, 2002, 2007), la fin de vie (Bazsanger, 2002 ; Bataille, 2012 ; Kentish-Barnes, 2007 ; Mino *et al.*, 2016), les maladies graves (Fortin *et al.*, 2016) ou l'avortement (Boltanski, 2004 ; Gaille, 2016 ; Guibet-Lafaye, 2012 ; Weber, 2012).

Dans notre troisième et dernière partie, nous montrerons que si les stratégies médicales sont guidées par des recommandations de bonnes pratiques, elles sont également influencées par la politique médicale adoptée dans les centres par les professionnels. Le terme de politique médicale désigne les choix relatifs aux dispositifs biomédicaux, organisés au sein d'une unité de lieu. Les différences observées dans les usages des techniques traduisent la double influence de la structure et des préférences thérapeutiques des acteurs, qui hiérarchisent les techniques d'AMP en fonction d'un ensemble de représentations. De manière globale, l'utilisation des dispositifs biomédicaux s'inscrit dans un processus de médicalisation, qui tend à privilégier rapidement les techniques certes les plus intrusives, mais également les plus efficaces.

Ainsi, nous examinerons les principaux jalons du processus décisionnel dans le domaine de la médecine de la reproduction, du début à la fin du parcours, en passant par le choix des techniques. Nous montrerons que les choix relatifs à la gestion des patients et aux stratégies thérapeutiques apparaissent comme des compromis trouvés par les acteurs pour composer avec un ensemble de contraintes et adopter des pratiques en adéquation avec leurs valeurs et leurs représentations du médecin, de la médecine et du système de soins.

Ces bases étant posées, il est temps « d'entrer plus directement en rapport avec les faits, d'acquiescer à leur contact le sentiment de leur diversité et de leurs spécificités, afin de diversifier les problèmes eux-mêmes » (Durkheim, 1970 [1900] : 132).

Partie 1. Les contextes de la décision. Des acteurs, des interactions et des structures globalement régulés et localement situés

Nous allons envisager le processus décisionnel en médecine de la reproduction comme le résultat d'un ensemble d'interactions placées sous l'influence de contextes qui se situent à la fois à un échelon global et à un niveau local. Bien entendu, ces deux strates contextuelles s'interpénètrent mutuellement, mais il n'en reste pas moins utile de les distinguer pour les besoins de l'analyse, avant précisément de montrer leur intrication.

Dans cette première partie, notre objectif sera de présenter les principaux acteurs de la médecine de la reproduction et de décrire les relations qui les unissent. Il s'agira donc de restituer la « dynamique du champ professionnel » (Herzlich *et al.*, 1993 : 5). Ceci va nous conduire à exposer des données de cadrage dont le lecteur a sans doute déjà partiellement connaissance. Mais, il convient de planter le décor, ce que nous ferons en fonction de notre problématique spécifique. Comme nous y invite Pierre Bourdieu, nous tenterons de « décrire le rapport qui s'établit entre les agents singuliers, donc leurs habitus, et les forces du champ, et qui s'objective dans une trajectoire » (1994 : 78). Nous scruterons les modalités de coopération professionnelles qui façonnent les histoires des centres en même temps qu'elles sont contraintes par les caractéristiques structurelles de l'institution. À cette fin, nous avons divisé cette première partie en deux chapitres.

Nous adopterons d'abord une approche macrosociologique pour examiner le contexte global dans lequel se prennent les décisions en médecine de la reproduction. Nous focaliserons notre attention sur les cadres communs qui régulent les acteurs et leurs interactions, et les institutions concernées. Nous mettrons en relief la participation active des professionnels à l'élaboration des dispositifs de régulation de leur champ d'action. Nous montrerons que les interactions professionnelles s'érigent sur un terrain propice aux conflits, opposant des segments dont les identités et les valeurs diffèrent. Pour cela, nous retracerons les « itinéraires professionnels » des individus rencontrés en nous concentrant sur la « dynamique qui préside au choix de la profession » (Herzlich *et al.*, 1993 : 5 et 55). La compréhension d'une trajectoire passe par la construction des « états successifs du champ dans lequel elle s'est déroulée » (Bourdieu, 1986 : 72). Cela nous amènera donc, dans un second chapitre, à revenir sur l'histoire de quelques centres d'AMP que nous articulerons avec les parcours professionnels des individus.

Les carrières traduisent « l'interaction de la biographie personnelle avec la structure d'une institution » (Le Breton, 2004 : 46). Ainsi, nous détaillerons comment les modalités relationnelles et décisionnelles s'expriment dans des contextes particuliers et sont influencées par les caractéristiques structurelles des établissements. Nous nous appuierons sur les enquêtes que nous avons menées pour montrer comment se constituent ce qu'il est possible de désigner comme de véritables cultures de centres.

Chapitre 1. La régulation globale des acteurs, des institutions et des modalités de collaboration professionnelles

Les pratiques des acteurs, leurs lieux d'exercice et leurs interactions, font l'objet de mécanismes de régulation élaborés à un niveau macro-sociétal. On distingue communément la régulation opérée par l'État et celle faite par les professionnels. Or, nous mettrons en relief dans ce chapitre l'interpénétration profonde entre ces deux strates. Les médecins participent activement à la confection des formes d'encadrement dessinés pour eux, à un niveau législatif, institutionnel, économique et éthique. Ils sont impliqués dans les modes de régulation étatique, dans les politiques de santé publique et dans la confection des lois de bioéthique. Grâce à leur présence au sein des agences sanitaires et à leur activisme syndical, ils promeuvent leurs valeurs, assurent l'autogestion de leurs pratiques tout en défendant leurs intérêts auprès des pouvoirs publics. Les structures et les pratiques sont homogénéisées par le système de remboursement et par la réglementation, le contrôle et l'évaluation de l'activité médicale, mais les modalités d'organisation du travail restent disparates. Les relations interprofessionnelles sont traversées par des rapports de pouvoir qui peuvent potentiellement limiter les concertations interdisciplinaires.

1.1 La régulation des acteurs

L'État français a posé des limites éthiques à la pratique médicale en s'appuyant sur les opinions des médecins. Ceux-ci ont fortement pesé dans les débats précédant l'adoption des lois de bioéthique, grâce à leur présence dans les institutions sanitaires ainsi qu'à l'activisme des associations professionnelles. Avant de souligner leur rôle dans l'espace social et politique et dans les instances régulatrices, commençons par tracer les grands traits morphologiques des spécialités auxquelles ils appartiennent.

1.1.1 Caractéristiques démographiques

Afin de poser le cadre de notre réflexion, présentons quelques caractéristiques sociodémographiques des professionnels impliqués. Notre population concerne des médecins, soient les gynécologues médicaux et obstétriciens, les endocrinologues, les urologues et les

médecins biologistes, ainsi que des pharmaciens biologistes⁵⁷. En 2013, 5,7 % des médecins ont déclaré l'une de ces spécialités comme activité principale. Quant aux pharmaciens biologistes, ils représentent 10 % des pharmaciens. Au total, un peu plus de 1 000 praticiens, dont 600 cliniciens et 400 biologistes, étaient agréés pour exercer des activités d'AMP en 2010⁵⁸ (Blanchy, 2011).

L'analyse de la répartition des effectifs et des activités assurées par ces spécialistes en fonction de l'âge et du sexe permet de dégager plusieurs remarques. Les spécialités potentiellement impliquées dans la prise en charge de l'infertilité attirent des médecins plus jeunes que la moyenne, à l'exception des gynécologues médicaux, qui semblent en voie de disparition numérique⁵⁹. Au contraire, l'endocrinologie et l'urologie sont en expansion. Leurs effectifs augmentent rapidement. Le nombre de pharmaciens est croissant, mais cette profession est vieillissante (ONDPS, 2005).

De plus, hormis l'urologie, ces spécialités sont particulièrement investies par les femmes. Elles s'inscrivent dans le mouvement de féminisation de la médecine qui se « traduit par une féminisation différentielle des spécialités », comme le note la sociologue Marie Jaisson (2002 : 47). Cette féminisation concerne spécifiquement la gynécologie médicale et l'endocrinologie : alors que les femmes représentent 42 % des médecins en 2013, cette proportion s'élève à plus de 70 % dans ces deux spécialités. La gynécologie obstétrique compte pour l'instant autant de femmes que la moyenne. La pyramide des âges en fonction des sexes montre qu'elle est également en voie de féminisation. La biologie médicale est la plus paritaire. Si les biologistes pharmaciens sont majoritairement des femmes, cette section est plus investie par les hommes que les autres spécialités pharmaceutiques. Les femmes préfèrent l'exercice salarié, ayant tendance à laisser le secteur libéral à leurs homologues masculins. Ensuite, ces spécialistes tendent à se concentrer en Île-de-France⁶⁰. Ils se répartissent dans trois types de structures : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et non lucratif⁶¹ (ESPIC). Leur exercice est à

⁵⁷ Nous nous appuyons sur les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et notamment sur le rapport réalisé par Daniel Sicart (2013). Pour les pharmaciens biologistes, nous exploiterons les informations publiées par l'Ordre National des Pharmaciens (ONP) et par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS).

⁵⁸ Ce système d'agrément a été supprimé par l'agence de la biomédecine. Nous reviendrons sur cette décision quand nous présenterons le rôle de cette agence.

⁵⁹ À Paris, ils ont en moyenne 60 ans. La pyramide des âges est très déséquilibrée puisque les deux tiers ont plus de 50 ans.

⁶⁰ Par exemple, un quart des endocrinologues, des gynécologues obstétriciens et des biologistes, et un tiers des gynécologues médicaux exercent dans cette région.

⁶¹ Les hôpitaux publics assurent quatorze missions définies par l'article L6112-1 du CSP, dont nous retiendrons

dominante libérale, mais la répartition des effectifs varie selon les spécialités⁶². L'endocrinologie, la gynécologie médicale, la gynécologie obstétrique et l'urologie sont des spécialités polyvalentes, favorables à l'exercice de plusieurs activités. À l'inverse, l'exercice de la biologie médicale est quasiment exclusif.

Ces acteurs médicaux, et spécifiquement ceux qui sont engagés dans le domaine de l'infertilité, se distinguent par leur capacité à faire entendre leur voix dans le débat public et à défendre leurs intérêts auprès des pouvoirs politiques.

1.1.2 Des professionnels influents

La légitimité des professionnels à orienter le dispositif législatif est renforcée par une présence active auprès des agences et des comités étatiques. Ces organismes contribuent à l'élaboration de règles relatives à la prise en charge médicale de l'infertilité et doivent veiller au respect de leur mise en œuvre.

1.1.2.1 La régulation éthique

Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)

La vocation initiale du CCNE est d'identifier les enjeux engendrés par les progrès de la connaissance du vivant et de favoriser une réflexion sociétale sur ces sujets.

En 2016, Jean-Claude Ameisen (professeur d'immunologie), nommé par le Président de la République, préside ce comité de trente-neuf membres. Lors de notre entretien, Jacqueline

la permanence des soins, l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche, le développement professionnel continu, l'éducation et prévention, les actions de santé publique. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui assurent les missions de soins, d'enseignement et de recherche, effectuent 35 % de l'activité des hôpitaux publics français. Les ESPICS sont des établissements de santé privés d'intérêts collectifs.

⁶² De manière générale, un tiers des médecins travaillent dans le secteur public, la moitié dans le secteur libéral et 9 % dans les deux secteurs à la fois. À titre de comparaison, un endocrinologue sur trois travaille exclusivement en secteur libéral et un sur cinq en secteur public ; 15 % d'entre eux ont une activité mixte. La moitié des urologues exercent exclusivement en libéral ; un quart ont un exercice mixte. Deux gynécologues médicaux sur trois travaillent en libéral, lorsque 9 % d'entre eux exercent exclusivement à l'hôpital et 17 % ont une activité mixte. En gynécologie obstétrique, chaque secteur regroupe deux obstétriciens sur cinq ; 21 % de ces praticiens ont une activité mixte. L'effectif des médecins biologistes se répartit équitablement entre le secteur public et le secteur privé, qui concentrent chacun 40 % de ces spécialistes. La biologie médicale est très peu propice à un exercice mixte. L'activité des pharmaciens biologistes est essentiellement libérale. Les établissements publics ne représentent que 20 % des structures et rassemblent un tiers des professionnels.

Mandelbaum, gynécologue et biologiste, membre du conseil d'orientation de l'ABM, et ancienne membre du CCNE, garde le souvenir d'un lieu où règne « *une très grande liberté de parole* ». Elle salue la diversité de la composition de ce comité, qui contribue à sa richesse en réunissant des philosophes, médecins, chercheurs, juristes, membres de la société civile. Ceci étant, ses membres sont principalement des médecins, ce que met en relief Dominique Memmi : les deux tiers des membres sont des « personnels soignants et les chercheurs en biologie, eux-mêmes assez souvent de formation médicale » (2003 : 45). De même, si Jacques Testart estime que cet organisme est « *un des meilleurs* », il n'en relève pas moins que sa composition « *fausse un peu les débats* » et alimente « la confusion qui s'instaure entre juge et partie » (1999 : 151). Dans un autre registre, Joëlle Belaisch-Allart, qui dirige le centre d'AMP de l'hôpital de Sèvres, se montre plus critique à l'égard de ce comité en raison de « la sous-représentation des professionnels de l'AMP » (2012 : 46), car explique-t-elle, « *j'étais la seule à voir tous les jours des patients en situation de détresse (...). Il n'y a plus une seule personne au comité d'éthique qui sache vraiment, au quotidien, ce qu'est l'AMP* ».

Entre sa création en 1983 et 2014, le CCNE a émis 120 avis, soit environ quatre par an. Le CCNE contribue, par la publication d'avis sur les questions relatives aux sciences de la vie et de la santé, à la régulation éthique et morale des pratiques biomédicales⁶³. Bien qu'ils ne soient pas contraignants en droit, ils n'en jouent pas moins un rôle régulateur crucial. Son influence lors de l'élaboration de la législation est soulignée par le professeur de droit Jean-Pierre Duprat. Il considère le CCNE comme « une instance plutôt pré-législative qu'un véritable comité d'éthique », ce qui l'incite à le désigner « comme un conseiller, voire un auxiliaire, des pouvoirs publics » (2002 : 45). Dominique Memmi (2003) partage ce constat, en soulignant que l'opinion de ce groupe n'est pas simplement fréquemment sollicitée, mais est largement prise en considération par l'État : cette instance est « la plus citée lors des débats parlementaires » consacrés aux lois de bioéthique. Le CCNE contribue à « reformater les pratiques par les discours », et renforce ainsi le « gouvernement par la parole ». Finalement, le rôle du comité s'apparente à « un mode de régulation fabriquée entre professionnels (...) s'efforçant de s'autocontrôler, grâce à des règles collectivement consenties ». L'éthique exercée collectivement dans l'entre-soi du CCNE serait une « forme de néo-corporatisme » (2003 : 45-52). Forts de leur

⁶³ Ces avis peuvent être sollicités par les pouvoirs publics, mais aussi par les établissements d'enseignement supérieur ou une fondation reconnue d'utilité publique ayant pour activité principale la recherche, le développement technologique ou la promotion et la protection de la santé.

position d'autorité, Dominique Memmi qualifie les médecins membres du CCNE de « faiseurs de normes » (1996 : 11).

Même si les spécialistes de l'infertilité semblent aujourd'hui moins présents dans cet organisme que par le passé, la forte représentation des médecins en général au sein d'une instance dotée d'une telle influence normative nous incite à accorder une attention particulière aux avis qu'elle émet. En effet, ceux-ci sont révélateurs des « modalités actuelles de la gestion des usages sociaux et scientifiques du corps », comme le précise Dominique Memmi. À propos du CCNE, elle écrit que sa « démarche éthique ressemble à une entreprise de “civilisation des mœurs” scientifiques » (1996 : 12 et 34). Ainsi, ce comité apparaît comme le garant des bonnes pratiques médicales. Sa création préfigure l'implication de l'État visant à limiter, par l'éthique, les usages de cette médecine. Ces limites sont essentiellement posées par les lois de bioéthique.

L'élaboration des lois de bioéthique

L'élaboration de ces lois a été laborieuse. Dominique Mehl note qu'entre 1985 et 1994 se sont succédés « neuf années, six rapports officiels, sept rencontres parlementaires » (2011 : 171). Entre la naissance d'Amandine et les premières lois de bioéthique, l'AMP n'a fait que faiblement l'objet de réglementation. Pourtant, une des missions dévolues au CCNE lors de sa création était justement de savoir s'il était légitime de légiférer sur les questions éthiques. Ce questionnement a également été posé lors du colloque « Génétique, procréation et droit » en 1985. La juriste Frédérique Dreifuss-Netter explique que le débat sur la pertinence d'une législation oppose « certains praticiens qui estiment qu'une régulation interne est préférable à une loi, et, d'autre part, tous ceux qui redoutent l'intervention de l'homme sur le vivant, ou invoquent le spectre de l'eugénisme en faisant valoir que légiférer c'est aussi légitimer » (Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, 2008 : 44).

Avant 1994, les activités étaient principalement régulées par deux décrets datant de 1988⁶⁴. Le premier, relatif aux activités de Procréation Médicalement Assistée (PMA), rend obligatoire la détention d'une autorisation à exercer. Le second porte sur la création de la Commission Nationale de Médecine et Biologie de la Reproduction, consultée pour toute délivrance, suspension ou retrait d'autorisations à exercer. Ainsi, les pouvoirs publics choisissent

⁶⁴ Ces décrets, ainsi que les lois de bioéthique, sont fondés sur une étude menée par un groupe de travail du Conseil d'État sous l'égide de Guy Braibant.

les centres autorisés à assurer une activité d'AMP. Or, l'annonce du ministre de la santé Claude Évin, selon laquelle seulement 74 centres sur plus de 300 existants seraient autorisés à pratiquer l'AMP, a été reçue avec hostilité par certains professionnels. Selon Catherine Vincent, biologiste et journaliste scientifique, cette démarche a « déclenché un tollé de protestations parmi les spécialistes »⁶⁵.

Cependant, si certains médecins répugnent au contrôle de leurs activités par l'État, beaucoup en appellent malgré tout à un encadrement de leurs pratiques par la loi. Dominique Mehl (2011) souligne que les professionnels « préféreraient que la société leur dicte une ligne de conduite plutôt que de décider eux-mêmes, avec toute la subjectivité de leurs préférences personnelles ». Les médecins participent activement à l'élaboration du cadre législatif. Ils jouent un rôle central lors des débats entourant ces lois, et le législateur se montre sensible à leur point de vue : « Au nom de leur compétence, les gynécologues sont très sollicités et très écoutés » (2011 : 173 et 241). Le poids des médecins dans le cadre des débats législatifs se maintiendra de façon constante. C'est ce que remarque Dominique Royère, directeur de la section « procréation, embryologie et génétique humaines » de l'ABM : « Cet investissement fort des professionnels s'est encore souligné lors de la révision de la loi de bioéthique, avec leur implication tant au cours des États généraux de la bioéthique que lors de la discussion du projet de loi par les deux assemblées » (2011 : 36).

1.1.2.2 La régulation institutionnelle

La Haute Autorité de Santé (HAS)

Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Son rôle est essentiellement de réguler le système de santé dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique⁶⁶. Ses deux principales activités consistent en l'évaluation et la recommandation d'un côté, et l'accréditation et la certification de l'autre. La HAS remplit un rôle d'aide à la décision et ces champs d'intervention concernent « l'évaluation des équipements, dispositifs médicaux,

⁶⁵ http://www.larousse.fr/archives/journaux_annee/1990/147/biologie_humaine_les_nouvelles_manipulations consulté le 17-07-15.

⁶⁶ <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249588/fr/accueil-2012> consulté le 16-01-2014.

médicaments, procédures médicales ou chirurgicales utilisées en diagnostic, prévention, traitement, rééducation ou réhabilitation, promotion de la santé, soins de suite, ainsi que dans les systèmes organisationnels requis » (HAS, 2006 : 23). Dans le champ de l'AMP, cette institution contribue à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, à l'évaluation des techniques (indications, risques et coûts), et à leur inscription dans la nomenclature des actes remboursés par la Sécurité Sociale.

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Cette institution publique régule les pratiques des médecins. Ces agences régionales ont été créées par loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, appelée aussi la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Les ARS sont des établissements publics à caractère administratif. Elles rassemblent « au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance Maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé »⁶⁷. Leurs missions se répartissent autour de six champs d'action : la prévention ; la santé publique ; la veille et la sécurité sanitaire ; le parcours et l'offre de soins ; l'accompagnement médico-social ; la maîtrise des dépenses de santé. Elles sont notamment chargées de délivrer les autorisations aux médecins, aux établissements de santé ou à des personnes morales. Élisabeth d'Estaintot insiste sur l'importance de la « *planification de l'offre de soins* », l'une des missions « *régaliennes* » de l'ARS.

⁶⁷ <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html> consulté le 31-10-14.

Encadré 1. Elisabeth d'Estaintot, médecin inspecteur de santé publique

Elle n'a pas souhaité passer son internat, puisqu'elle ne voulait pas faire de carrière hospitalière. Elle ne cache pas avoir « hésité à faire gynécologie obstétrique ou pédiatrie », mais elle préférerait la diversité de la médecine générale. Elle a exercé comme médecin scolaire puis médecin conseil à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Elle a été transférée à l'ARS à sa création en 2010. Elle a d'abord exercé comme responsable du département de l'offre de soins ambulatoire avant de rejoindre en 2013 le pôle des établissements de santé du département de l'offre médico-sociale en tant que médecin référente en périnatalité, AMP et soins palliatifs.

L'Agence de la biomédecine (ABM)

Rôle et composition

Créée par la loi de bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004, l'ABM est la pièce maîtresse du dispositif de régulation de l'AMP. C'est un établissement public administratif placé sous la tutelle du Ministère de la Santé. Ses domaines de compétences recouvrent la greffe (d'organes, de tissus et de cellules), la reproduction, l'embryologie et la génétique humaines⁶⁸. L'ABM est spécifiquement en charge de l'AMP avec don de gamètes, dont elle assure la promotion. Un de ses inspecteurs, Sixte Blanchy, énonce qu'elle « a pour objectifs de sécuriser l'offre de soins, de développer son accessibilité (équité) dans le respect des principes éthiques, notamment de non-commercialisation et d'anonymat dans le cadre du don » (2011 : 32). Dans ces domaines, cette agence est notamment en charge de développer la qualité, la sécurité des soins et de participer à la recherche. En AMP, elle doit participer au contrôle et à l'évaluation des activités. Pour Françoise Merlet, médecin référente à l'ABM, la mission d'évaluation des pratiques est justifiée par la volonté d'améliorer leur qualité : c'est « un prérequis pour l'amélioration des pratiques et de la prise en charge » (2011 : 42). L'agence doit mesurer les répercussions de l'AMP sur la santé des populations (ABM, 2006a). Elle est également chargée de maintenir une veille scientifique et d'améliorer la connaissance des professionnels et des structures en réunissant les informations relatives aux pratiques médicales en France. Elle doit ensuite transmettre ces informations à l'État, aux professionnels et au grand public, en publiant les résultats des centres.

L'ABM s'organise autour de deux versants : la Direction générale en charge des ressources, et la Direction générale en charge de la politique médicale et scientifique. La seconde gère différentes instances consultatives et évaluatives. Parmi elles, la Direction de la procréation,

⁶⁸ <http://www.agence-biomedecine.fr/L-Agence> consulté le 9-07-15.

l'embryologie et la génétique humaines, pilotée par Dominique Royère depuis 2001, inclut une section AMP, gérée par Françoise Merlet depuis 2005.

Le conseil d'orientation de l'ABM s'appuie sur un comité médical et scientifique. Cette instance d'expertise et de conseil est constituée de trente membres, professionnels, experts médicaux et scientifiques, nommés par la directrice générale. Nous avons rencontré deux d'entre eux, la gynécologue Joëlle Belaisch-Allart et le biologiste Patrice Clément.

Des groupes de travail sont consacrés à des thématiques spécifiques. Depuis 2006, l'un d'entre eux s'occupe des stratégies en AMP. Actuellement sous l'égide de Dominique Royère, il est constitué de vingt et un membres, dont quatre ont été rencontrés dans le cadre de cette recherche. Ce groupe aide l'ABM à remplir ses missions, en permettant aux professionnels et aux représentants des sociétés savantes d'apporter leur expertise et de participer à l'évolution de textes réglementaires sur l'organisation des soins, la formation des professionnels et l'évaluation.

En analysant la composition de l'ABM, force est de constater que les médecins de la procréation y sont très présents, ce que remarque Jacques Testart : « *Tout le secteur "procréation assistée" de l'ABM est entre les mains de gens qui sont ou ont été (...) dans la FIV et dans les CECOS* », les centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme. La forte représentation des professionnels de l'AMP l'incite à qualifier l'ABM de « *syndicat professionnel* » au lieu d'être « *une agence d'évaluation objective* ». Selon lui, le poids des professionnels dans cet organisme explique d'ailleurs le « peu d'attention (...) accordée à la surmédicalisation dans la procréation assistée » (2014 : 58).

La définition des règles de bonnes pratiques

Une mission importante de l'ABM, et notamment du pôle « stratégie pour l'embryologie et la génétique humaine », est de contribuer à l'élaboration des règles de bonnes pratiques et de veiller à leur application. Formulées en 1999, elles sont régulièrement réactualisées. Elles sont définies comme un « ensemble de dispositions opposables de prise en charge médicale des patients pour l'ensemble des processus cliniques et biologiques de l'AMP »⁶⁹. Ces règles précisent d'abord les devoirs du médecin. Elles soulignent la nécessité d'informer le patient de

⁶⁹ Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022809674&categorieLien=id> consulté le 21-03-16.

manière claire et loyale sur les implications des techniques : « Chaque technique est présentée avec ses chances de réussite et d'échec, la pénibilité et les contraintes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique, qu'elle peut entraîner. Sont exposés les effets indésirables et les risques potentiels » ainsi que « l'état des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP ». L'adoption et la possibilité d'interrompre la prise en charge doivent être évoquées dès le début du parcours.

Les règles de bonnes pratiques précisent les conditions de qualité et de sécurité. Elles établissent quelques critères décisionnels et certaines modalités de prise en charge : « Pour chaque couple et chaque tentative, la balance bénéfices/risques de recours à l'AMP est évaluée par l'équipe pluridisciplinaire. Elle prend en compte notamment l'âge des membres du couple, la durée d'infertilité, les résultats du bilan diagnostique, les risques et l'efficacité » des techniques.

En outre, elles fixent les objectifs et établissent les grandes lignes de l'action des professionnels. Simone Bateman (2001) souligne qu'elles sont le fruit d'un accord passé entre les acteurs sur « les moyens les plus appropriés d'atteindre ces objectifs ». Même si ces règles sont communes et consensuelles, elles sont seulement incitatives et n'empêchent pas la « diversité des pratiques effectives » et l'émergence de divergences. La sociologue explique ces tensions par les multiples interprétations possibles de ces textes. Ces différentes lectures reflètent « la mise en œuvre d'autres principes d'actions, qui renvoient à la variété incontournable de l'expérience professionnelle de chaque médecin et aux différences sociales et personnelles entre membres de la profession » (2001 : 115). Ainsi, même si les règles de bonnes pratiques édictent les grandes lignes de la pratique médicale, d'autres principes individuels interviennent dans l'action des médecins.

Par leur présence au sein de l'ABM, les médecins participent activement à l'élaboration de ces règles. Ces principes d'action sont largement partagés par la communauté médicale. Cependant, ces limites sont si larges qu'elles laissent place à l'expression de la subjectivité du raisonnement médical, génératrice de pratiques plurielles.

L'évaluation de la compétence des praticiens : vers un transfert de responsabilités

Jusqu'en 2011, l'État contrôlait respectivement les établissements et les praticiens à travers un système d'autorisations et un régime d'agrément délivrés par l'ABM. La nécessité

d'un agrément était affirmée par les règles de bonnes pratiques : « Les activités cliniques ou biologiques d'AMP sont effectuées par un ou plusieurs praticiens nommément agréés pour une ou plusieurs activités cliniques ou biologiques autorisées dans l'établissement de santé, l'organisme ou le laboratoire de biologie médicale ».

Cependant, le système d'agrément a été supprimé par les dernières lois de bioéthique. La disparition de ce dispositif avait d'ailleurs été anticipée par Sixte Blanchy, inspecteur à l'agence : « Il sera probablement possible à terme de le simplifier en s'assurant de la compétence des personnels qui y exercent sans passer par la procédure d'agrément et en regroupant certaines activités » (2011 : 35). Il a fallu attendre quatre ans pour qu'un décret applique cette mesure et définisse les critères de compétences des médecins⁷⁰. Le contrôle des activités et l'évaluation de la qualification des praticiens n'est plus assurée par l'ABM mais par l'ARS, qui délivre les autorisations aux établissements. Pour l'obtenir cette autorisation, les structures doivent s'assurer elles-mêmes de la compétence de leur personnel⁷¹.

Élisabeth d'Estaintot impute ce changement à une volonté de l'ABM, qui « *n'a plus voulu donner des agréments* ». Si elle dit ne pas connaître les raisons de la suppression du système d'agrément par l'ABM, les conséquences de cette décision posent des difficultés, notamment à cause de la fréquente inadéquation des qualifications des professionnels avec le poste qu'ils occupent : « *C'est un vrai casse-tête, parce que beaucoup de professionnels n'ont pas les compétences requises* ». Une publication des membres du conseil d'orientation de l'ABM (2008) confirme les dires d'Élisabeth d'Estaintot. Dans cette contribution à la révision des lois de bioéthique, ils plaidaient pour la suppression des agréments en s'interrogeant : faut-il « supprimer le régime d'agrément individuel des praticiens, qui se concevait quand l'AMP démarrait il y a vingt ans, pour en venir à une responsabilité générale des structures concernées comme dans toutes les autres activités médicales ? ». La formulation de la question a vertu d'affirmation. L'ancienneté des pratiques renforce l'argument selon lequel cette responsabilité incombe de manière traditionnelle aux établissements. De plus, les auteurs estiment que la vérification des compétences des praticiens est rendue superflue par le mécanisme d'évaluation des résultats, qui

⁷⁰ Le décret n°2015-150 du 11 février 2015 stipule que pour réaliser les activités cliniques d'AMP, le praticien doit être médecin spécialisé en gynécologie obstétrique ou médicale, en urologie, en chirurgie générale ou en endocrinologie. Pour les activités biologiques d'AMP, le praticien doit être biologiste et justifier de son expérience.

⁷¹ Toutefois, l'instruction n° DGOS/R3/PF/DGS/PP4/2011 du ministère du travail, de l'emploi et de la santé stipule que cet agrément reste obligatoire pour le diagnostic préimplantatoire et les examens génétiques.

« pourrait aisément se décliner centre par centre, au profit d'une évaluation plus rigoureuse » (2008 : 62).

1.1.3 L'autorégulation, source d'indépendance

Les acteurs autorégulent leurs pratiques par le biais des institutions ordinales, des associations professionnelles et des sociétés savantes. En se portant garantes de la moralité de leurs membres et du respect de leurs devoirs, ces institutions défendent les intérêts et l'autonomie des professionnels.

1.1.3.1 *La régulation déontologique et ordinale*

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) se décrit comme la seule instance « qui rassemble et fédère l'ensemble des médecins »⁷². Ce conseil contrôle l'accès à la profession, la compétence des professionnels et leurs conditions d'exercice. Sa fonction de régulation, qu'il partage avec l'État, s'accompagne d'un pouvoir de sanction. Les missions de l'Ordre National des Pharmaciens (ONP) sont sensiblement similaires à celles du CNOM⁷³. Claudine Herzlich et ses coauteurs en relèvent trois : « Organiser la profession en codifiant les principes fondamentaux de l'exercice médical, faire respecter une éthique, défendre la médecine libérale » (1993 : 124).

Le cadre éthique de la pratique médicale est posé par le serment d'Hippocrate et le code de déontologie. Le premier proclame l'obligation de soigner quand cela est nécessaire, interdisant le refus de soins⁷⁴. Certaines valeurs qu'il affirme, comme la neutralité vis-à-vis du patient, le respect de son autonomie ou le devoir d'information du praticien, se retrouvent dans le second⁷⁵. Ces systèmes de normes institutionnelles et professionnelles formalisent certaines valeurs morales constitutives de la profession et établissent les « bonnes » manières de faire en médecine. La déontologie, ou la « connaissance de ce qui est juste et convenable » spécifie les responsabilités des acteurs en même temps qu'elle « produit de l'identité professionnelle en codifiant les relations de la profession », comme le formule Alexandre Jaunait, chercheur en

⁷² <http://www.conseil-national.medecin.fr/> consulté le 9-9-15. Ces rôles sont définis par l'article L.4121-2 du CSP.

⁷³ <http://www.ordre.pharmacien.fr/> consulté le 9-9-15. Ces rôles sont définis par les articles L.4231-1 et 2 du CSP.

⁷⁴ <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> consulté le 20-06-15.

⁷⁵ Ce code a été modifié par le décret n°2012-694 du 7 mai 2012.

sciences politiques (2007 : 68 et 72). Ceci étant, certaines missions des médecins paraissent contradictoires. D'un côté, ils se situent dans l'obligation de soins, le refus de soins étant considéré comme illégitime. De l'autre, ils doivent veiller à ne pas médicaliser de manière injustifiée, voire irraisonnée. Dans ce cas, ils peuvent s'abstenir d'intervenir. Les médecins doivent trouver un juste milieu entre la maîtrise de l'accès aux soins qu'ils sont tenus d'assurer, et un recours médicalement justifié. Jouissant d'une grande autonomie, ils sont à la fois juges et parties. À eux de définir le bon usage de la médecine et de déterminer la légitimité de leur intervention, en se posant leurs propres règles. Comme le note la sociologue Chantal Hardy, l'indépendance et la liberté du médecin représentent la « pierre angulaire » de la déontologie médicale (2012 : 262). Engagé dans une relation de service, le médecin doit faire preuve de neutralité. Il doit s'assurer du consentement éclairé du patient et établir un diagnostic le plus précis possible, afin de trouver le meilleur équilibre entre les bénéfices et les risques de son intervention, tout en évitant la prescription de soins inutiles, voire l'acharnement. La liberté laissée aux praticiens dans la fixation de leurs honoraires est un exemple de l'autonomie, ici économique, dont fait preuve la profession. Le principe du tact et de la mesure permet, par la déontologie, de garantir l'autorégulation financière des professionnels.

Pour prendre leurs décisions, les professionnels se réfèrent à quatre grands principes d'éthique clinique, identifiés par les philosophes Tom Beauchamp et James Childress (2008 [1979]). Le principe d'autonomie vise à respecter la capacité décisionnelle des individus. Celle-ci ne peut s'exercer qu'à condition que l'individu soit libre et indépendant de toute influence extérieure. Le principe de non-malfaisance consiste à ne pas nuire, quand celui de bienfaisance vise à apporter des bénéfices qu'il s'agit d'évaluer en fonction de leurs coûts. Enfin, le principe de justice requiert une « répartition équitable des bénéfices, des risques et des coûts ». Ces principes éthiques apparaissent comme des « valeurs générales à la base de la morale commune » (2008 [1979] : 30). Ils servent de guide pour l'action professionnelle et permettent de réfléchir aux questions éthiques.

1.1.3.2 La régulation syndicale

Les pratiques sont également régulées par certains organismes professionnels. Malgré leur éparpillement et leur parcellisation, ces syndicats sont influents, comme le souligne l'économiste

François Stasse (1999). Ces sociétés savantes répondent au besoin de concertation et d'organisation entre les professionnels (Royère, 2011).

Les biologistes médicaux sont réunis au sein du Syndicat Des Biologistes⁷⁶ (SDB). Les endocrinologues sont principalement représentés par la Société Française d'Endocrinologie⁷⁷ (SFE). Les associations de gynécologues ainsi que les associations professionnelles dédiées à la médecine et à la biologie de la reproduction sont nombreuses⁷⁸. Leurs missions présentent tant de points communs que nous considérerons celles des Biologistes des Laboratoires d'Études de la Fécondation et de la Conservation de l'Œuf (BLEFCO) comme représentatives des fonctions de ces groupements⁷⁹. Dirigé par Patrice Clément, également responsable du laboratoire d'AMP de l'hôpital de la Seine-Saint-Denis, cet organisme a pour but de contribuer à la formation des professionnels, au dynamisme scientifique et de proposer une expertise aux autorités. Comme l'explique Jacques Testart, un de ses initiateurs, cette association a été créée dans les années 1980 dans un double objectif. Le premier est scientifique et vise à « *l'amélioration des techniques* ». Le second est professionnel et cherche à définir « *les limites de notre métier* », à défendre les intérêts des biologistes et à « *résister à la pression des cliniciens* » en rééquilibrant leurs relations.

Le foisonnement de ces associations illustre l'activisme des professionnels, et notamment des gynécologues. Pour Anselm Strauss, ces dispositifs (codes de déontologie, système d'autorisation, associations professionnelles) ne témoignent que d'une « unité de façade ». En effet, ces « produits de l'activité professionnelle ne sont pas nécessairement preuve d'homogénéité et du consensus interne, et elles reflètent plutôt le pouvoir de certains groupes » (1992 [1961] : 80). Leur but est essentiellement de défendre leurs intérêts : intérêts économiques d'abord, par les négociations relatives aux conditions de rémunération et à la nomenclature des actes avec l'Assurance Maladie ; intérêts professionnels surtout, par la défense de l'éthique et de

⁷⁶ <http://www.sdbio.eu/qui-sommes-nous/nos-valeurs> consulté le 29-09-15.

⁷⁷ <http://www.sfendocrino.org/> consulté le 11-09-15.

⁷⁸ Côté gynécologie, retenons la Société Française de Gynécologie (SFG), dirigée par Joëlle Belaisch-Allart ; la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) ; le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens Français (SYNGOF) ; le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ; la Société Européenne de Gynécologie (SEG). Côté biologie, les Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS) ; le Syndicat des Centres Privés de Fécondation In Vitro (SCPFIV), la Société de Médecine de la Reproduction (SMR) ; le Groupe d'Étude de la Fécondation in Vitro en France (GEFF), qui collabore avec le BLEFCO, la Fédération Française d'Étude de la Reproduction (FFER), le CCNE et l'ABM.

⁷⁹ <http://blefco.eu/> consulté le 8-09-15.

la déontologie, des conditions d'exercice, mais également l'incitation à la formation et à la recherche. Dans cet entre-soi, ces syndicats participent à l'élaboration des normes professionnelles et à leur régulation.

Certains acteurs occupent une place centrale dans cet espace social, en étant présents dans plusieurs structures. Ils font partie de l'élite professionnelle, qui regroupe les enseignants hospitaliers, les académiciens et les membres de missions ministérielles. Ils sont les détenteurs et les vecteurs de la parole légitime. Ce rôle de porte-parole est reconnu par leurs pairs, comme en témoigne le fait que j'ai été guidée vers ces individus pour réaliser cette étude. Ces recommandations sont le signe d'une position dominante, générée par le prestige des lieux dans lesquels ils ont exercé et par leur statut professionnel. Ces médecins sont à la fois fortement actifs dans les associations de professionnels et dans l'espace médiatique. Détenteur d'un savoir, ils sont considérés comme des experts, ce qui justifie leur consultation et leur investissement dans le débat public. Ces deux niveaux sont aussi articulés par Anselm Strauss : « Ceux qui dominent les associations professionnelles dominent aussi les organes de relations publiques. Ils prennent le rôle de porte-parole auprès du public, interprétant selon leur point de vue la position de la profession » (1992 [1961] : 82).

1.2 La régulation des structures et des pratiques

Les pratiques sont régulées par le système de remboursement. L'activité d'AMP, les structures et l'organisation du travail sont également soumis à une réglementation et une évaluation par les agences sanitaires, mais le chevauchement de leurs rôles nuit à leur efficacité.

1.2.1 La régulation économique

L'État s'implique dans l'utilisation de l'AMP par un mécanisme d'incitation et/ou de désincitation financière. Le système de remboursement des frais est fondé sur une perception de l'infertilité comme une pathologie, qui oblige la collectivité⁸⁰. Par ces limites économiques, l'État définit les usages légitimes de ces techniques et tente d'endiguer les pratiques excessives ou déviantes.

⁸⁰ Dans une seconde partie, nous reviendrons sur la centralité de la conception pathologique de l'infertilité dans le système législatif limitant l'accès à l'AMP. Pour l'instant, retenons que l'infertilité est considérée comme une maladie et que c'est à ce titre que les frais médicaux sont pris en charge par la collectivité.

L'infertilité est considérée par l'Assurance Maladie comme une affection de longue durée (ALD). Classée dans la catégorie « autres maladies exonérantes »⁸¹, et remboursée à 100 %, elle a un statut à part. À titre de comparaison, le champ de la maternité est couvert à 80 %, et celui du contrôle des naissances à 65 % (Memmi, 2003). L'insémination est remboursée depuis 1978, la FIV depuis 1990 et l'ICSI depuis 2000, ces coûts étant auparavant inclus dans le budget global des hôpitaux.

L'AMP coûte annuellement environ 200 millions d'euros, ce qui représente 0,05 % du budget de la Sécurité Sociale⁸². Les frais liés à une insémination classique s'élèvent entre 800 et 1 400 euros. Une FIV ou une ICSI coûtent entre 3 800 et 5 200 euros⁸³. Ces coûts varient principalement selon les lieux, le nombre de dosages hormonaux et le choix des médicaments.

Dominique Memmi (2003) propose de lire le système de remboursement comme un outil de contrôle des pratiques médicales par l'État. Ce dernier manifeste son « intervention régulatrice » (2003 : 73), en exigeant une médecine efficace et en limitant l'expression de pratiques déviantes.

D'abord, le remboursement est soumis à une demande d'entente préalable, évaluée par l'Assurance Maladie selon les chances de réussite⁸⁴. Les deux principaux critères conditionnent le soutien financier à l'efficacité des soins. Depuis 1991, le premier restreint le nombre de tentatives à six inséminations et quatre FIV⁸⁵. Adopté en 2000, le second limite le remboursement aux 42 ans révolus de la femme. Au-delà, les chances de réussite sont estimées comme trop limitées pour justifier l'implication financière de la collectivité. À chaque grossesse, « on remet alors les compteurs à zéro » remarque Dominique Memmi, car c'est la preuve que « l'intervention a été “médicalement” utile ». Par ce dispositif, l'État instaure une « douce pédagogie des excès ». En

⁸¹ Le site du gouvernement français consacré à la santé définit l'ALD exonérante comme « une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Elle donne droit à exonération du ticket modérateur pour tous les actes en rapport avec elle (prise en charge à 100 % des dépenses liées à ces soins et traitements » voir http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Affections_de_longue_duree.pdf consulté le 9-07-15, et les articles L322-2 et L322-3 du Code de la Sécurité Sociale.

⁸² « L'ensemble des actes facturables (...) a été évalué, pour 2010, à un montant compris entre 175 et 206 millions d'euros, auxquels il convient d'ajouter des coûts non facturables liés notamment aux réunions pluridisciplinaires des centres d'AMP et à l'information des couples » (ABM, 2013d).

⁸³ http://www.fivfrance.com/page_quest06.html consulté le 23-09-15.

⁸⁴ <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/CC0004/000404-A.PDF> consulté le 8-01-2015.

⁸⁵ La grande majorité des pays européens remboursent en partie les frais liés à l'AMP, sauf l'Irlande, la Suisse et l'Ukraine. Le Portugal, par exemple, ne limite pas le nombre de tentatives, alors que la Pologne le restreint à trois FIV, ou que la Belgique va jusqu'à six (ABM, 2014c).

se contentant de se désengager financièrement des pratiques jugées déviantes sans les interdire, l'État montre qu'il ne les cautionne pas et provoque un effet dissuasif. Ces limites affirment « une volonté de lutter contre l'acharnement procréateur sans résultat et contre les effets sur la santé physique et psychique de stimulations hormonales et d'échecs à répétition » (2003 : 90, 75 et 89). L'acharnement médical, faisant courir des risques à la femme, apparaît comme le repoussoir d'une bonne pratique.

L'implication financière de l'État est justifiée par la volonté de pallier une défaillance du corps. Dominique Memmi souligne la dimension sociale de cette notion, qui renvoie « à une perte d'une fonction socialement considérée comme "importante" ». L'incapacité à procréer est considérée comme un « malheur » social qui oblige la collectivité. La gestion financière collective de l'infertilité est une trace de la biopolitique. Celle-ci se manifeste notamment par la « surveillance assurée grâce à l'exercice de la pourvoyance ou du retrait économique » (2003 : 80-84).

Cette « stigmatisation d'une pratique excessive » est partagée par les professionnels puisqu'ils ont contribué à ces mesures. Dominique Memmi rappelle qu'ils avaient même proposé des limites plus restrictives, interdisant le remboursement aux femmes de plus de 42 ans et à celles ayant déjà eu trois enfants. Cette demande indique qu'« ils recherchent un lissage des pratiques de remboursement visant à les empêcher de devenir trop aberrantes » (2003 : 90 et 98). Une telle attitude renseigne l'observateur sur leurs représentations d'une « bonne » médecine. La majorité des médecins rencontrés lors de cette étude soutiennent l'implication financière de la société, mais se prononcent en demi-teinte se disant « plutôt pour » le système choisi. Beaucoup espèrent une révision du dispositif, dans un sens plus restrictif, en diminuant le nombre de tentatives, en réduisant le taux de remboursement à 70 % ou en l'indexant au nombre d'enfants.

Le système de remboursement permet à la fois de garantir les bonnes pratiques médicales, utilisées de manière raisonnée, tout en construisant socialement la définition légitime de l'infertilité, formulée en des termes médicaux. L'État régule ainsi le recours à ces techniques et tente de dissuader, par son désengagement financier, toute utilisation excessive. Mais le régime de prise en charge n'est pas coercitif. Les médecins sont les dépositaires d'une décision dépassant ce cadre. Finalement, Dominique Memmi aboutit à la conclusion selon laquelle « la générosité ou l'insistance de leur intervention ne se voit guère entravée : si la Sécurité Sociale ne prend pas en charge une énième fécondation in vitro, rien n'empêche un médecin de répondre à une demande

qui accepterait d'en payer le prix » (2003 : 238). Nous verrons dans notre dernier chapitre que si certains médecins acceptent de dépasser ce seuil, d'autres refusent.

1.2.2 La régulation réglementaire et évaluative

Les pratiques et les activités d'AMP sont encadrées par des systèmes de certification, d'accréditation, d'autorisation et d'évaluation des résultats, gérés par l'ARS et l'ABM.

1.2.2.1 Certifications, accréditations et autorisations

Le système de certification européen, notamment les normes ISO 9001 pour les centres d'AMP et ISO 15189 pour les laboratoires, s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques. Elle fédère les équipes et harmonise les pratiques des médecins au sein d'un centre autour d'un référentiel de prise en charge commun. L'accréditation des laboratoires, délivrée par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC), est obligatoire⁸⁶.

Certaines activités cliniques et biologiques sont soumises à autorisation⁸⁷. Valables cinq ans, elles sont délivrées par l'ARS après consultation de l'ABM. Mais la complexité de l'application de ce système aboutie à une situation où certains laboratoires travaillent avec des autorisations obsolètes (ABM, 2008). Elisabeth d'Estaintot explique la difficulté, pour les agences, de la répartition de la gestion des autorisations. L'ARS s'occupe des autorisations, par le biais de mécanismes d'attribution, de suspension ou de retrait. Les suspensions temporaires sont exceptionnelles et sont consécutives à une conjugaison de dysfonctionnements au niveau des locaux, des équipements, des procédures, des qualifications du personnel et des modalités de collaboration clinico-biologique. L'ARS n'a jamais retiré d'autorisation : elle refuse d'adopter une posture « *coercitive* » et considère que cette décision incombe en premier lieu aux dirigeants des structures. L'ARS est décisionnaire, et le rôle de l'ABM est consultatif : « *Nous essayons*

⁸⁶ Selon l'article L2142-1 du CSP.

⁸⁷ Ces autorisations concernent cinq activités cliniques : le prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP ; le prélèvement de spermatozoïdes ; le transfert des embryons en vue de leur implantation ; le prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ; la mise en œuvre de l'accueil des embryons. Les sept activités biologiques sont également soumises à autorisations. Elle concernent la préparation et la conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ; les activités relatives à la FIV et à l'ICSI ; le recueil, la préparation, la conservation et la mise à disposition du sperme en vue d'un don ; le recueil, la préparation, la conservation et la mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ; la conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux ; la conservation des embryons en vue d'un projet parental ; la conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

d'avoir des avis concordants, mais in fine, c'est notre directeur qui décide. Il nous arrive de ne pas suivre la demande l'ABM », raconte Élisabeth d'Estaintot.

Un des problèmes posés par le système d'autorisation réside dans la collecte et la transmission des informations entre ces organismes. Élisabeth d'Estaintot reconnaît que « *des améliorations pourraient être apportées dans la coordination* ». En témoignent les difficultés de communication initiales pour identifier les établissements autorisés, comme le montre une note de Sixte Blanchy : « Les ARS devraient permettre, à terme, d'améliorer les échanges d'informations réglementaires avec l'agence de la biomédecine pour une meilleure fiabilité des listes publiées » (2011 : 33).

1.2.2.2 Évaluation et publication des résultats

L'ABM est chargée d'évaluer les centres. Si les résultats de ces derniers ne sont pas jugés satisfaisants, l'agence aide et conseille ces centres, si besoin à l'aide d'indicateurs chiffrés. Pour veiller à la transparence des activités, l'agence publie les résultats de son évaluation en tenant compte des caractéristiques de la patientèle et notamment de l'âge des femmes.

Les modes de calcul et d'expression des résultats

Pour saisir les enjeux autour de l'information véhiculée sur les performances de chaque établissement, nous ne pouvons faire l'économie d'une mise au point sémantique sur les méthodes de calcul et sur le vocabulaire – souvent vague – d'expression de ces résultats.

Si l'ABM définit clairement ces critères, les professionnels explicitent le numérateur avec moins de précision. Pourtant, le mode de calcul des résultats mérite notre attention car il porte les traces des stratégies médicales.

Les taux de réussite s'obtiennent en divisant un numérateur par un dénominateur. Or, « l'expression du taux de "succès" peut être très variable selon que l'on prend comme dénominateur les implantations, les grossesses cliniques ou les accouchements et comme numérateur la stimulation démarrée, la ponction ou le transfert » (Pouly, 2014 : 95). Le

numérateur renvoie aux stades de la grossesse et le dénominateur aux étapes du processus médical⁸⁸.

Le taux de succès peut être exprimé de trois manières : par cycles de stimulation, par ponction ovocytaire ou par transfert d'embryons. La première est la plus représentative, car elle englobe tous les cycles modifiés par l'intervention médicale. La seconde est la plus répandue, puisque le geste de la ponction a été retenu par la Sécurité Sociale pour comptabiliser les tentatives. Contrairement au premier dénominateur, les tentatives annulées, c'est-à-dire lorsque la stimulation hormonale n'est pas suivie d'une ponction, ne sont pas prises en compte. Or, le taux d'annulation est particulièrement significatif, puisqu'il fait partie des stratégies médicales visant à optimiser les résultats des centres. Enfin, les naissances peuvent être mesurées soit par nombre de transferts d'embryons, soit par nombre d'embryons transférés. Le premier reflète l'exposition réelle des femmes à la grossesse, mais omet à la fois les ponctions « blanches » (lorsque aucun ovocyte n'a été ponctionné) et les ponctions non suivies d'un transfert (à cause d'un échec de développement embryonnaire). Le second critère, le nombre d'embryons transférés, est central car il traduit la politique de transfert embryonnaire du praticien et du groupe. Ce choix est le résultat d'une balance entre deux contraintes : la maximisation des chances de grossesse et l'exposition au risque de grossesse multiple⁸⁹.

L'opacité initiale de l'information sur les taux de succès de la FIV a été dénoncée par le sociologue Joachim Marcus-Steiff qui remarque que la « désinformation (...) constitue la règle »⁹⁰ (1987). Le registre FIVNAT, créé en 1987, est le premier dispositif mis en place pour collecter les données relatives aux pratiques médicales en infertilité⁹¹. Mais ce sociologue rappelle que ces statistiques se basent sur des chiffres déclaratifs dont la validité n'est pas contrôlée. Le fait que les résultats ne soient pas publiés centre par centre montre selon lui que

⁸⁸ Le premier mois correspond à la grossesse débutante détectée par la présence de l'hormone Bêta-hcG dans le sang. Entre la quatrième et la douzième semaine, le sac gestationnel se développe et la grossesse est dite échographique. Passé le troisième mois, la grossesse est considérée comme évolutive. Les derniers stades correspondent à l'accouchement et à la naissance d'un enfant vivant.

⁸⁹ Nous reviendrons sur les politiques de transfert et d'annulation dans notre huitième chapitre.

⁹⁰ Il cosigne cet article paru dans *Le Monde* avec trois sociologues, une gynécologue, un biologiste, une psychanalyste et une écrivaine.

⁹¹ S'il est d'abord considéré comme peu fiable, ce dispositif de collecte d'informations gagne progressivement en légitimité avec l'élargissement de son taux de couverture et une participation croissante de la quasi-totalité des professionnels. Jacques Testart a notamment contribué à sa création. Il a, dans ses débuts, été géré par Jacques De Mouzon, médecin et statisticien à l'INSERM. Les résultats étaient organisés en fonction des indications et des tranches d'âge. Ce système d'évaluation perdure jusqu'à la création de l'ABM, qui endosse ensuite cette mission.

« les praticiens de la FIV ne veulent pas que le public sache » (1991 : 44). La sociologue Françoise Laborie souligne aussi cette opposition du corps médical : « L'idée même d'effectuer une évaluation des pratiques médicales suscite de fortes résistances s'alimentant à la fois des intérêts corporatistes des praticiens, de l'idéologie scientiste selon laquelle toute innovation scientifique et technique est a priori considérée comme un progrès » (1990 : 86). Pour expliquer les réticences des professionnels à la publication des résultats par centre, deux biologistes pointent l'effet conjugué de la compétition et d'une faible efficacité des techniques :

« La crainte de se mettre à découvert vis-à-vis d'équipes concurrentes de la même ville ou de la même région, en particulier en cas de coexistence d'équipes publiques et privées ; la crainte que le public n'ait connaissance de résultats encore médiocres et que le recrutement baisse ; la crainte que les pouvoirs publics ne se servent de ces renseignements pour effectuer des coupes claires (...) ; crainte de perdre une aura » (Humeau et Arnal, 1994 : 169).

Les résultats des techniques sont exprimés de deux manières. Le taux de succès peut être exprimé en termes cumulatifs, c'est-à-dire en combinant les taux de réussite à chaque tentative. Une enquête a été menée par des chercheurs de l'INED pour mesurer les taux de succès réels de la FIV en suivant le parcours de FIV de 6 500 couples au sein de huit centres français au début des années 2000 (De la Rochebrochard *et al.*, 2011a, 2011b). Entre la première et la quatrième tentative, la probabilité d'avoir un enfant passe de 21 à 61 %.

Cependant, ce taux cumulé est seulement théorique car il postule que l'ensemble des couples continuent leur traitement. Or, les arrêts sont nombreux. Selon cette même étude, la moitié des couples (48 %) quittent le centre sans enfant avant la fin de leur parcours. Mais cette proportion est difficile à estimer et les auteurs soulignent que des biais méthodologiques obligent à utiliser ces chiffres avec précaution. L'enquête montre néanmoins que sur 100 couples qui débutent un traitement par FIV, 59 quittent le centre d'inclusion sans enfant. Mais cela ne signifie pas l'échec de leur projet parental. En effet, « 70 % des couples (64 % selon l'estimation basse) ont réalisé leur projet parental durant ou après le traitement par FIV : 48 % grâce aux traitements médicaux (FIV ou autre), 11 % suite à une conception naturelle, et 11 % en adoptant un enfant » (De la Rochebrochard, 2011b : 274). Cela signifie donc à la fois que l'intervention médicale a aidé la moitié de ces couples à devenir parents, et qu'un tiers d'entre eux resteront sans enfant⁹².

⁹² L'ABM estime que cette proportion est bien plus faible, de l'ordre de 4 à 7 % (2008 : 9).

En France, le taux de succès est plus fréquemment exprimé par tentative. Les chances de grossesse sont de 25 % par FIV (Merlet, 2011), mais le taux moyen d'accouchement par ponction dans le cadre de transferts d'embryons frais diminue à 19,6 % (ABM, 2014b).

Des performances hétérogènes

Cependant, cette moyenne cache d'importantes disparités. Par exemple, en 2012, les écarts oscillent entre 9 % et 35 % d'accouchement par ponction (ABM, 2015c : 4). François Olivennes s'appuie sur les données du registre FIVNAT pour mettre en relief ces différences de performances entre les centres : « Les derniers chiffres connus montraient une variation allant de 14 à 38 % de grossesses d'un centre à l'autre ! Ce n'est pas acceptable » (2008 : 136).

Plus récemment, ces écarts ont été mis en valeur par l'article d'Estelle Saget et par le tableau classant les centres d'AMP signé par Pierre Falga⁹³. Alors que le pourcentage moyen d'accouchement par tentative est de 20 %, les écarts varient de 6 % à la clinique d'Épinal à 40 % à Antoine Béclère. Dans la foulée, l'ABM publie sa première évaluation des centres d'AMP français⁹⁴ (2010). Celle-ci se distingue du classement journalistique à plusieurs titres. D'abord, cette évaluation ne semble pas prioritairement destinée au grand public. Même si l'institution l'a publiée sur son site internet, elle est peu accessible, car disponible sur le site des professionnels. De plus, sa représentation graphique, en forme d'entonnoir, ou *funnel plot*, est difficile à interpréter. Chaque centre est doté d'un numéro. Ils sont organisés dans un nuage de points, les situant par rapport à la moyenne nationale. C'est la principale spécificité de l'évaluation revendiquée par cette agence : le rapport insiste sur le fait qu'il ne compare pas les centres entre eux mais les situe par rapport à la moyenne nationale. Pourtant, comme le formule Joëlle Belaisch-Allart, force est de constater que « les résultats des centres sont, de fait, comparés » (2014 : 86).

Les différences de résultats entre les centres, la multiplicité des critères d'évaluation de la qualité des pratiques et les critiques adressées au système actuel ont incité les membres de l'ABM à travailler sur un nouveau système d'évaluation : le registre national des FIV. Basé sur des

⁹³ http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/les-meilleurs-centres-de-fecondation-in-vitro_1260955.html et http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/le-palmars-des-centres-de-fecondation-in-vitro_1261034.html publiés le 25 juin 2013, consultés le 18 avril 2015.

⁹⁴ Un second rapport de ce type est publié en 2015 sur les pratiques de 2013 (ABM, 2015d).

informations nominatives, il prévoit de collecter des données sur le couple et sur le déroulement de chacune des étapes de la prise en charge, de la première FIV au suivi des enfants nés. Le but est notamment de « prendre en compte les spécificités liées aux couples et aux stratégies médicales des centres » (Merlet, 2011 : 42). Le principal défi de cette évaluation est de traduire la qualité effective des pratiques tout en mesurant l'influence distincte de deux facteurs sur les performances des centres : d'abord, celle des caractéristiques de la clientèle ; ensuite, celle des stratégies visant à sélectionner les patients et à choisir la technique la plus efficace. Or, les nombreux leviers dont disposent les acteurs pour optimiser leurs résultats ne sont pas pris en considération par le système d'évaluation actuel. Si le futur dispositif espère traduire ces biais, son application semble laborieuse. Alors que le projet aurait dû aboutir en 2012, il n'a pas encore vu le jour en 2017.

1.3 La régulation des interactions

Le développement de la médecine de la procréation s'inscrit dans un contexte caractérisé par la spécialisation de la médecine et par l'essor de la biologie.

Le médecin et sociologue Patrice Pinell (2005) interprète le premier phénomène en termes de rapports de pouvoir qui traversent le champ médical et qui visent à défendre la légitimité d'une spécialité. Le sociologue Jacques Saliba remarque également que les techniques de FIV émergent dans un contexte où se jouent de « véritables luttes d'influence pour préserver un territoire menacé ou en conquérir de nouveaux » (1992 : 39). Ses confrères Pierre Aïach et Didier Fassin (1992) partagent cette lecture conflictuelle, selon laquelle les dynamiques professionnelles se situent dans un processus de défense des territoires et des identités.

La seconde deuxième moitié du XX^e siècle est également marqué par le développement de la biologie (Memmi, 2014). En favorisant l'essor de la biologie de la reproduction, la FIV contribue à l'affirmation de cette discipline et élargit son champ d'action. Pour François Steudler (1974), ces progrès sont tels qu'ils remettent en question le pouvoir détenu par les médecins. Ceux-ci jouissent d'une « autorité considérable. Le corps médical est une profession puissante, organisée, bénéficiant d'un pouvoir charismatique fort, détenant une compétence technique, qui (...) défend avec jalousie ses privilèges ». Les évolutions de la biologie ébranlent tellement ce prestige qu'il identifie une « crise de la clinique » (1974 : 200 et 66), marquée par sa dépendance à la biologie. La thèse d'un renversement de la domination est également défendue par Jacques

Saliba selon lequel l'utilisation de la biologie a « imposé l'ordre de la "mesure" à celui de l'"œil clinique" » (1992 : 35).

Il est vrai que la FIV brouille les frontières de la division traditionnelle du travail entre le clinicien – situé au chevet du malade –, et le biologiste – cantonné dans son laboratoire. La participation directe des biologistes à la création d'un être humain les place au cœur du dispositif. Si leur champ d'action et leurs responsabilités s'élargissent, l'observation *in situ* des relations de pouvoir entre cliniciens et biologistes de la reproduction contredit la thèse de ces deux auteurs et montre la résistance des cliniciens, qui veillent au maintien de leur pouvoir. Les interactions entre ces deux segments sont teintées de rapports de domination. Les segments professionnels sont définis par Anselm Strauss comme des groupes internes à une profession pourvus d'« identités organisées ». Ces groupes « possèdent une idéologie. Nous avons vu qu'ils ont des missions. Ils tendent aussi à développer un sens de la confraternité avec les collègues, des phénomènes de domination, des formes d'organisation et des tactiques pour renforcer leur position » (1992 [1961] : 82 et 83). Ainsi, cliniciens et biologistes sont engagés dans une dynamique de compétition qui entraînent des conflits visant à préserver l'identité du groupe professionnel (Baszanger, 1992). De la même manière, des rapports hiérarchiques sont à l'œuvre à l'échelle intra-professionnelle, au sein de chaque segment.

1.3.1 Les interactions interprofessionnelles

Avant de nous concentrer sur les interactions entre biologistes et cliniciens, évoquons, en quelques mots, la place des psychologues. En dépit d'un taux d'échec relativement important, leurs compétences sont trop rarement mises en profit. Pourtant, de nombreuses études mettent en avant les difficultés des couples. À titre d'exemple, en Grande-Bretagne, une personne sur cinq interrogée par Janice Kerr (*et al.*, 1999), professeur de médecine, reconnaît avoir eu des pensées suicidaires. Les personnes engagées dans un parcours de don rencontrées par Dominique Mehl (2008) déplorent aussi que leur souffrance psychique soit négligée. Malgré ces constats, les savoirs des psychologues sont insuffisamment exploités. Leur présence étant seulement recommandée, leur place est variable selon les structures et dépend notamment de contraintes financières : « Le soutien psychologique est conseillé mais non obligatoire et peu de centres d'aide médicale à la procréation peuvent se permettre de proposer un appui permanent dans le centre », explique François Olivennes (2008 : 185). Si les médecins soupçonnent la présence de

troubles, les règles de bonnes pratiques les incitent à solliciter l'avis d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais nous verrons dans un deuxième chapitre cette démarche n'est pas chose aisée, spécifiquement en médecine libérale.

Malgré l'importance de la collaboration interprofessionnelle, les biologistes sont encore souvent écartés du processus décisionnel. Les caractéristiques identitaires de chaque segment, ainsi que les facteurs structurels de l'organisation du travail, freinent la concertation pluridisciplinaire requise par les agences sanitaires.

1.3.1.1 Des concertations insuffisantes

En médecine de la procréation, les professionnels sont obligés de travailler ensemble. Les acteurs mettent en avant cette interdépendance. Ils soulignent la dimension affective de leurs liens et les comparent à une relation de couple. Cette dimension est palpable dans le discours de Christophe Sifer : « *Nous sommes très liés. Nous vivons cette relation d'interdépendance comme un couple, avec ses sentiments, tant positifs que négatifs* ».

La coopération entre ces professionnels est affirmée dans les règles de bonnes pratiques comme indispensable à une prise en charge de qualité : « La collaboration entre le clinicien et le biologiste est impérative, établie dès la réalisation du bilan du couple ; le biologiste participe notamment à la décision de prise en charge ». Au cours de leurs missions d'inspection, les agences sanitaires sont particulièrement attentives au respect des modalités de collaboration entre biologistes et cliniciens⁹⁵. Sixte Blanchy, qui a dirigé ces missions entre 2008 et 2014, souligne la nécessité d'une coopération efficace dans chacun de ses rapports transmis à l'ABM.

Plusieurs points sont systématiquement précisés. Alors que le coordinateur et le référent qualité devraient prévoir des réunions annuelles de coordination, conformément aux bonnes pratiques, un rapport note que leur « absence (...) est très préjudiciable au couple qui peut perdre parfois plus d'un an avant d'être orienté vers un centre d'AMP pour une FIV ou une ICSI » (2013a : 9). Les équipes cliniques et biologiques doivent également se concerter régulièrement, y compris dans les indications routinières. Si les inspecteurs justifient la nécessité de ces réunions par le caractère sensible de cette activité, ils ne précisent pas à quelle fréquence elles devraient

⁹⁵ Ces missions sont réalisées conjointement par des médecins et des pharmaciens de l'ABM et de l'ARS. Les rapports de l'ARS sont ensuite synthétisés par la mission d'inspection de l'ABM. Entre 2008 et 2014, elles ont contrôlé 61 % des laboratoires de biologie médicale ayant uniquement une activité de préparation de sperme en vue d'une insémination artificielle et 87 % des centres d'AMP (ABM, 2011 ; 2012 ; 2013a ; 2014a).

être organisées. Ils stipulent que cette concertation directe est essentielle pour l'information, l'indication, la programmation, le nombre d'ovocytes à inséminer et la gestion des embryons. Cette coordination permet notamment de fiabiliser le diagnostic, le choix de la technique et l'interprétation des résultats.

Mais ces recommandations sont insuffisamment suivies. Les inspecteurs déplorent que les échanges soient trop peu développés, ce qui entraîne des dysfonctionnements. Le manque de coopération et l'absence de politique commune nuisent au déroulement du parcours. Ces rapports d'inspection soulignent les lacunes de la collaboration interprofessionnelle : « Les constatations les plus préoccupantes portent sur l'absence ou la mauvaise qualité des relations clinico-biologiques et des dossiers médicaux, rarement informatisés » (2014a : 4). Alors que les échanges devraient s'appuyer sur un dossier commun, les inspecteurs constatent que plus d'un quart des centres rencontrent des difficultés dans la gestion de ce dossier (2014a). Ce dernier présente souvent des carences, notamment concernant les stimulations, les indications et les informations cliniques (2013a). Les modalités d'organisation du travail devraient également être formalisées dans un règlement intérieur, représentant un référentiel commun. Mais lorsqu'ils existent, ces documents sont également souvent trop succincts (2012).

Ce manque de concertation abouti à une exclusion des biologistes du processus décisionnel. Ces derniers « regrettent souvent de ne pas être suffisamment associés aux décisions (notamment pour les inséminations artificielles intraconjugales) et d'avoir des difficultés à collecter les informations nécessaires au dossier commun » (2012 : 5). L'inclusion souvent limitée des biologistes à chaque étape de la chaîne de soins est d'autant plus étonnante que ceux-ci détiennent concrètement un pouvoir important.

1.3.1.2 La biologie : entre symbole et pouvoir

Les biologistes rencontrés mettent l'accent sur leur rôle dans les récentes innovations en médecine procréative. Jacques Testart souligne que « la FIV est un acte de biologie, pas de médecine »⁹⁶. Jacqueline Mandelbaum rappelle que la définition juridique de l'AMP « exclut tout acte qui ne comporte pas une manipulation des gamètes hors du corps humain. À la différence des traitements médicaux ou chirurgicaux de l'infertilité, l'AMP est donc avant tout une assistance biologique à la conception et comporte toujours un temps biologique » (2013).

⁹⁶ http://www.liberation.fr/portrait/2003/06/17/jacques-l-inventeur_436910 consulté le 23-10-14.

Certains termes utilisés par les biologistes, comme celui de biologie interventionnelle, indiquent leur volonté de mettre en valeur leur implication dans la création d'un embryon et leur action sur le vivant. Par exemple, Jérôme Pfeffer, qui dirige le laboratoire de la clinique de la Dhuys, aime la proximité de cette spécialité avec la clinique. Il définit la biologie de la reproduction comme « *de la biologie vivante, ce que nous appelons de la biologie interventionnelle* ». Il la distingue notamment de la biologie automatisée. Nous retrouvons la même opposition entre le manuel et l'automatique dans le discours de Jacqueline Mandelbaum. Dans cette spécialité, « *nous avons une activité manuelle, comme un chirurgien* ». Sous l'égide de Michel Bourel (2000), les membres des académies de médecine et de pharmacie plaident pour une reconnaissance de la biologie interventionnelle comme une spécialité à part entière, définie comme le domaine de la biologie médicale « comprenant les actes, à visée thérapeutique (éventuellement diagnostique), pratiqués sur des tissus, des cellules, des organes, des éléments ou des produits prélevés sur un organisme humain et destinés, après transformation ou simple conservation, à être réintroduits dans l'organisme ». Par le dénominateur de biologie interventionnelle, les membres de ce groupe mettent en relief les responsabilités des biologistes. Ils soulignent que les évolutions récentes de cette discipline « l'ont conduite à dépasser sa finalité classique, analytique et diagnostique, pour intervenir directement dans des actes thérapeutiques » (2000 : 448 et 464). Pierre Jouannet, qui a participé à ce groupe de travail, explique que « *c'est une forme particulière de biologie qui conduit à des pouvoirs et des responsabilités spécifiques* ». Il observe que le biologiste « se voit ainsi confier une nouvelle mission à visée thérapeutique à côté de sa mission traditionnelle (...) uniquement à visée diagnostique » (1999 : 8). L'intervention est ici définie par son objectif thérapeutique. Lors de notre entretien, ce praticien éprouve finalement des réticences à employer le terme thérapeutique et préfère celui d'interventionnel puisque « *nous créons un embryon qui a vocation à devenir une personne* ». L'intervention du biologiste est donc magnifiée par son but : la création d'un être humain. Elle prend « une nouvelle dimension, elle ne se contente plus de remplacer un élément déficient ou de se substituer à une fonction défaillante, elle a pour but de satisfaire un projet d'enfant » (1999 : 9).

Dominique Memmi (1988) souligne également le pouvoir concret détenu par les biologistes, qui « contrôlent une incertitude majeure. En se prononçant sur la qualité du spermogramme du conjoint, et en déterminant ce faisant si l'opération est possible, ils produisent

un pré-diagnostic ». De plus, elle rappelle que ce sont eux qui « fournissent les éléments, le matériel fécondé, sans lesquels cette même opération serait impossible ». Un des biologistes rencontrés par la sociologue insiste sur ce pouvoir : « Le médecin a un pouvoir sur la femme, le biologiste a un pouvoir sur la vie ; lui, il crée » (1988 : 518). Cette action sur le vivant valorise cette spécialité et participe à sa reconnaissance dans un contexte de lutte pour son autonomisation : « La revendication d'une mission tend à prendre une forme rhétorique, probablement parce qu'elle prend place dans le contexte d'une lutte pour la reconnaissance et l'obtention d'un statut institutionnel » (Strauss, 1992 [1961] : 70). Cependant, malgré cette implication directe des biologistes, cette profession reste, selon Jacqueline Mandelbaum, « *la plus faible* ». Les biologistes se situent « toujours dans une situation défensive et symboliquement dominée par rapport au monde médical » (Memmi, 1988 : 518).

Le maintien de cette domination symbolique des cliniciens sur les biologistes se manifeste par leur fréquente exclusion des décisions. Cette continuité s'explique par un ensemble de facteurs.

1.3.1.3 *Un terrain propice aux conflits*

Outre l'organisation spatiale de l'activité, la mise au banc des biologistes du processus décisionnel est favorisée par des enjeux identitaires, qui opposent des segments autour d'un enjeu central : celui de l'accès aux patients.

L'organisation spatiale de l'activité

Les règles de bonnes pratiques requièrent la centralisation de l'activité clinico-biologique dans un même site. Cette recommandation s'appuie sur l'idée selon laquelle l'éclatement des lieux d'activité nuit à la concertation disciplinaire et à la constitution d'une attitude commune entre les praticiens. Or, certains laboratoires se situent encore à l'extérieur du centre d'AMP. Les inspecteurs de l'ABM condamnent cette situation permise par le secteur libéral : « Il n'est plus acceptable qu'un centre d'AMP soit constitué de deux sites, l'un pour la clinique et l'autre pour la biologie ; tout doit être fait pour favoriser les relations clinico-biologiques et limiter les transports des gamètes et des embryons non cryoconservés » (2014a : 18).

En dehors de cette configuration, relativement marginale, la décentralisation concerne surtout les activités cliniques, les gynécologues réalisant leurs consultations dans leur cabinet.

Ceux-ci se rendent dans le centre pour utiliser le plateau technique, faire une ponction ou un transfert d'embryon. Cette séparation spatiale des lieux d'exercice favorise l'individualisation des pratiques en même temps qu'elle freine les dynamiques interprofessionnelles. Dans cette situation, un rapport d'inspection de l'ABM constate que « les relations clinico-biologiques sont souvent plus difficiles et on retrouve moins souvent un dossier médical commun de qualité même si l'informatisation le permettrait. Le consensus même entre cliniciens est parfois difficile à trouver compte tenu des organisations » (2013a : 12). Les inspecteurs de l'ABM incitent précisément à améliorer la collaboration « lorsque les cabinets de consultations des gynécologues ne sont pas sur le site de la clinique et du laboratoire (...) ou lorsque l'activité d'AMP n'est qu'une activité secondaire ou occasionnelle du gynécologue ou du laboratoire » (2014a : 12).

Des enjeux identitaires

Malgré la nécessité d'une collaboration harmonieuse, les interactions s'érigent sur un terrain propice aux conflits. L'histoire de l'AMP est marquée par des discordes entre biologistes et cliniciens, et les « divorces » entre les deux équipes au sein d'un centre sont, aux dires de certains praticiens, à la fois courants et récurrents. Dès les années 1980, leurs relations sont potentiellement explosives : « Parmi la cinquantaine de centres, aucun ne fonctionnait en harmonie, c'était la guerre partout, une guerre souterraine, larvée », confie Jacques Testart. Comme nous y incite Christophe Sifer, il faut nuancer ce constat. Certaines équipes cultivent une ambiance harmonieuse. De plus, il précise que ces conflits ne sont pas une spécificité de ce champ médical et concernent l'ensemble de la profession. Christophe Sifer impute ces discordes à des velléités personnelles, à la « vanité » de certains individus et à une question d'« ego qui habite beaucoup la profession médicale ». Selon Charlotte Dupont, la qualité des relations tient en grande partie à la « personnalité des responsables », qui parviennent plus ou moins bien à accorder leurs équipes. Ce facteur psychologique relatif à la personnalité des médecins a fréquemment été évoqué. Le sociologue Philippe Urfalino interprète cet appel aux caractères des individus comme des « instruments intellectuels » qui permettent aux intervenants de penser leurs conduites. Les caractères représentent « une pièce importante de l'outillage mental des membres d'une assemblée pour rendre intelligible et prévisible le comportement de leurs semblables » (2000 : 11). Cet outil n'explique que partiellement les ressorts des interactions. Ces dernières sont influencées par de nombreux éléments et révèlent des enjeux centraux dans la prise en charge en

AMP. Ces facteurs ont été identifiés par Dominique Memmi. L'« inégale reconnaissance sociale des professions impliquées » se manifeste par « la rémunération, l'origine sociale, mais aussi la visibilité et le pouvoir » (1988 : 516). Les interactions sont à l'interface entre des systèmes de représentations individuels et collectifs. Selon Jacqueline Mandelbaum, les relations ne se résument pas aux individus mais renvoient également « *aux différentes visions de la profession et au rapport de chacun à la technique et aux patients* ». Chaque individu, en tant que membre d'une profession, nourrit un besoin de reconnaissance et entretient des rapports aux techniques et aux patients qui contribuent à la nature potentiellement conflictuelle des interactions.

L'histoire des relations entre Jacques Testart et René Frydman, deux représentants emblématiques des biologistes et des cliniciens de la reproduction pour avoir donné naissance à Amandine, le premier bébé FIV français, illustre les rapports de pouvoir entre ces deux groupes. Leur collaboration débute sous l'autorité d'Émile Papiernik, qui dirige le service de gynécologie obstétrique d'Antoine Bécclère. Leurs relations, d'abord plutôt complices, se sont ensuite beaucoup détériorées. Les facteurs de tensions entre les deux hommes sont représentatifs des enjeux des relations entre ces deux professions, où s'engage la défense des intérêts particuliers et collectifs.

Le conflit a principalement été déclenché par l'attitude du gynécologue à la naissance d'Amandine : « *À trois heures du matin, René Frydman a prévenu la presse mais n'a pas réveillé Jacques Testart* », résume Christophe Sifer. Le clinicien, en n'informant pas son confrère de l'événement, semble avoir voulu conserver un accès exclusif aux médias. En portant son attention sur un acteur plutôt que sur le groupe, la médiatisation comporte un fort potentiel destructeur sur la cohésion des équipes. De plus, les conditions de rémunération sont, selon Jacqueline Mandelbaum, « *la source principale de leur divorce* ». En effet, les gynécologues peuvent assurer une activité privée à l'hôpital, alors que « *le biologiste n'a pas le droit de faire payer les consultations s'il n'est pas médecin* ». Dominique Memmi confirme que ce dernier perçoit souvent uniquement « son salaire de chercheur au CNRS ou à l'INSERM sauf s'il est aussi médecin. Le gynécologue peut additionner ses émoluments de médecin hospitalier et de professeur, aux bénéfices souvent apportée par une clientèle privée » (1988 : 516).

Une source supplémentaire de conflit identifiée par Jacqueline Mandelbaum concerne l'inclinaison à recourir aux techniques innovantes : « *L'un voudra absolument faire la dernière*

technique à la mode », alors que l'autre le refusera. Jacques Testart confirme cette interprétation. Il explique avoir résisté à la pression de son confrère en refusant de travailler sur le diagnostic préimplantatoire (DPI) et sur la congélation d'ovocytes. Ces questions ont généré de profonds désaccords, qu'il explique notamment par la formation scientifique des biologistes. Celle-ci les incite à entretenir un rapport prudent aux risques : « *Nous sommes plus modestes. Nous nous rendons compte que nous prenons des risques tous les jours* ». Les intérêts des gynécologues à utiliser des techniques innovantes seraient plus pragmatiques et poussés par « *des raisons de compétitivité et de réputation* ». Isabelle Cédric confirme que l'utilisation de techniques récentes peut être une source de conflits. Mais la sensibilité des uns et des autres aux innovations n'est pas liée selon elle à la formation professionnelle : « *Il n'y a pas de règles (...). Cela peut concerner tant les cliniciens que les biologistes. Je ne sais pas pourquoi chacun est pro-nouveautés ou anti-nouveautés, ce sont des caractères, des histoires personnelles* ». Ainsi, il apparaît que la propension d'un individu à tester des techniques récentes ou n'ayant pas encore fait la preuve de leur innocuité ou de leur efficacité dépend de son caractère et de son système de valeurs, autant que de sa spécialité et de sa formation.

La proximité avec le patient

Les rapports entre cliniciens et biologistes se cristallisent dans la relation que chacun entretient avec les patients. Sur ce point, les cliniciens ont une longueur d'avance : la « *personnalisation de la relation avec le clinicien est évidente. Elle l'emporte sur la relation avec le biologiste* » (Bachelot, De Mouzon et Adjiman, 2008 : 249). Jacqueline Mandelbaum partage le constat de ces chercheurs. Alors qu'une « *relation très particulière s'installe entre le clinicien et les patients* », la plupart des biologistes avaient pour habitude « *d'être dans leur laboratoire, de ne pas être face au public. Quand ils ont commencé à faire de la FIV, ils ont voulu exister par cette activité, devenir visibles* ». Ce déséquilibre fut l'un des moteurs du conflit entre Jacques Testart et René Frydman : « *Le clinicien était l'interlocuteur du couple, et Jacques Testart vivait mal l'aura très particulière qui entourait René Frydman, alors que lui n'existait quasiment pas* ». Pour le clinicien, l'enjeu de cette visibilité est d'assurer la perpétuation de son activité (Memmi, 1988). La sociologue Antoinette Chauvenet (1973) remarque aussi que la notoriété des dirigeants des centres est cruciale, car ils participent en grande partie au recrutement des patients. La qualité de la relation du clinicien avec son patient est centrale dans l'identité du professionnel. Si sa

légitimité en tant qu'interlocuteur du couple est acquise, il l'entretient par sa renommée. Elle est une condition de réalisation de son activité. Pour le biologiste, cette position est un territoire à conquérir afin de récupérer un pouvoir décisionnel à la mesure des responsabilités induites par son intervention.

La proximité avec les patients est au cœur des enjeux du partage du pouvoir décisionnel, tant au niveau de l'accès à l'AMP que du choix des techniques. Souvent, les biologistes interviennent dans le processus décisionnel seulement lorsque le couple a été inclus par le clinicien, ce que remarque Dominique Memmi (1988) : « La vérification de conformité des patients aux critères imposés par l'équipe pour bénéficier de l'intervention échappait totalement au biologiste ». Ce dernier « ne récupère de pouvoir d'arbitrage que lorsque les sélections préliminaires ont révélé un cas difficile, non résolu par les gynécologues, qui acceptent de le soumettre aux réunions régulières de l'équipe ». À travers l'exemple des stratégies de transfert embryonnaire, sur lequel nous reviendrons dans une seconde partie, la sociologue soulève un paradoxe. Alors que c'est lui qui procure les gamètes et les embryons, il doit se battre pour faire entendre sa voix et préserver ses intérêts, « chacun s'efforçant de conserver le matériel procréatif à l'intérieur de sa zone de contrôle » (1988 : 516-517). Pour Jacques Testart, la domination des cliniciens dans le processus décisionnel se manifeste par le fait que les biologistes n'ont pas voix au chapitre concernant le « *recrutement des patientes* » et sont exclus des stratégies thérapeutiques : « *Ils n'avaient pas le pouvoir de décider des techniques. Tout cela était sous la coupe médicale* », explique-t-il. Le fait que le clinicien soit l'unique interlocuteur du couple accroît son pouvoir décisionnel. Certains « *font des promesses au patient que le biologiste est obligé de suivre, pour ne pas dérouter le patient* ». Le rôle décisionnel du biologiste est court-circuité par la relation directe du gynécologue au couple : « *Le biologiste ne peut pas intervenir. Il est souvent absent au moment de la décision* ».

Pour favoriser l'implication de ces professionnels dans les décisions d'accès aux couples à l'AMP et dans les stratégies thérapeutiques, les rapports d'inspection incitent à systématiser les staffs d'inclusion. Ces réunions consistent à interroger collectivement la pertinence d'une prise en charge. Sixte Blanchy explique que « *le progrès dans les centres clinico-biologiques, c'est le staff d'inclusion* ». Or, « *les relations clinico-biologiques sont fondamentales. Si le biologiste ne participe pas à l'inclusion* », les relations seront certainement mauvaises. Pour les biologistes, elles sont un outil central de préservation de leur pouvoir décisionnel. De plus, les inspecteurs

insistent également sur la généralisation du système de double consultation. En permettant aux couples infertiles de rencontrer un biologiste, ce système optimise l'information délivrée et la qualité de la prise en charge. Cette division du travail allège également les cliniciens. Les biologistes expliquent les techniques, vérifient les sérologies et font signer les consentements. Mais Christophe Sifer déplore que ce rôle administratif prenne le pas sur le contenu de la consultation : « *Nous les voyons pour signer des consentements, mais nous n'avons pas une vraie consultation biologique* ». Malgré son caractère qu'il décrit comme « *réglementaire et obligatoire* », nous verrons que son application n'est pas systématique et qu'elle peut être soumise à la demande du clinicien ou du couple.

Ces rapports de force inégaux sont directement liés aux caractéristiques identitaires de ces spécialités. Ils s'inscrivent dans des rapports de pouvoir et dans des luttes de reconnaissance professionnelle. Jacqueline Mandelbaum porte l'idée selon laquelle les relations sont équilibrées lorsque les deux partenaires de l'échange sont « *sur un pied d'égalité* ». Cette parité statutaire passe par une juste définition des objectifs, du rôle et des responsabilités de chacun pour éviter l'empiètement des champs d'activité. Une relation épanouie repose sur le « *respect des territoires et des compétences* », explique Jean-Noël Hugues. Cette notion de territorialité apparaît aussi dans une métaphore employée par une gynécologue, selon laquelle les uns doivent éviter de « *marcher sur les plates-bandes* » des autres. Pierre Jouannet, médecin biologiste, interprète ces conflits en termes de luttes de pouvoir : « *Ce sont des questions de pouvoir. Certains veulent tout contrôler, tout maîtriser dans une relation hiérarchique avec leurs partenaires, ce qui complique la collaboration* ». Chantal Doré et Pierre Saint-Arnaud (1995) remarquent eux aussi « le côté conflictuel ainsi que le délicat empiètement sur les zones "réservées" d'expertise technique ». Ils prennent l'exemple d'un biologiste qui explique son sentiment d'envahissement : « Je digérais mal que des gynécologues viennent me dire comment les choses devaient se passer dans un laboratoire » (1995 : 516).

L'accès des biologistes aux patients, même s'il facilite le travail des cliniciens, les oblige à partager leurs prérogatives. Pour comprendre leurs réticences à concéder une partie de leur pouvoir, il faut garder à l'esprit l'importance des patients dans l'identité du clinicien, décrite par Eliot Freidson comme une profession consultante. Ce dernier observe que la pharmacie s'est mise « à concurrencer la pratique médicale sous la forme de consultations. Ce genre de service est d'une grande utilité pour le médecin, il est nécessaire à sa propre pratique, même s'il menace son

monopole » (1984 : 57). Jacqueline Mandelbaum raconte comment certains cliniciens vivent ce partage des tâches : « *C'est une des rares activités dans laquelle cliniciens et biologistes sont absolument obligés de travailler ensemble, parce qu'ils ont le même objet. C'est rare pour un clinicien de ne pas avoir la maîtrise complète de toute la chaîne, car le résultat dépend de ce qui se passe au laboratoire* ». Pour elle, l'enjeu des relations entre cliniciens et biologistes réside dans le partage du « *pouvoir sur le patient* ». Pierre Jouannet observe aussi que certains gynécologues souhaitent conserver ce pouvoir, et « *qui s'approprie le pouvoir s'approprie le patient* ». Il insiste ainsi sur la nécessité d'une rencontre entre le biologiste et le couple.

Dominique Memmi (1988) montre que la domination normative des cliniciens sur les biologistes s'inscrit dans le système de valeurs de ces professionnels. Cet ascendant se reflète dans le pouvoir décisionnel des acteurs, lui-même déterminé par leur proximité avec les patients. La sociologue prend pour objet la propension des uns et des autres à l'activité normative et observe que « l'inégalité entre les deux professions se concrétise en ce que le pouvoir normatif du biologiste est restreint ». Pour expliquer cette situation, elle s'intéresse à la présence des praticiens de la reproduction dans les débats éthiques, lieux où s'érige la norme⁹⁷. Elle cherche à comprendre ce « qui peut déterminer un individu à proposer publiquement sa perception des modes de régulation légitimes de l'ensemble social ? ». Les biologistes, moins présents dans ces rencontres, préfèrent la « morale pratique » à la « morale collective », celle des normes quotidiennes à l'éthique. Dominique Memmi examine les modes de légitimation autorisant ces professionnels à s'exprimer publiquement. Pour participer à ces débats, le professionnel doit notamment jouir d'un statut et d'une visibilité dans son champ professionnel. L'auteur défend l'idée selon laquelle « la production d'un discours de morale publique » est la « traduction d'une position dominante dans le champ de ces pratiques » (1988 : 503-517).

1.3.2 Les interactions intra-professionnelles

À l'échelle intra-professionnelle, les interactions sont traversées par des hiérarchies entre les acteurs selon leur formation d'origine. Si le groupe des biologistes est particulièrement hétérogène, celui des cliniciens est également divisé.

⁹⁷ Elle a rencontré quinze biologistes, exerçant dans six équipes parisiennes, dont quatre sont actifs dans les débats éthiques.

1.3.2.1 *Les biologistes*

Dominique Memmi (1988) explique en partie le manque de reconnaissance du pouvoir objectif des biologistes par l'éclatement de ce groupe professionnel : « Isolés, sans unité réelle ni déontologie constituée, les biologistes associés aux pratiques n'ont guère les moyens d'en tirer les gratifications économiques, symboliques mais aussi éthiques ». La biologie médicale est une profession récente, qui n'a acquis son statut qu'en 1975⁹⁸. Les origines professionnelles des biologistes sont marquées par l'éparpillement : « C'est une profession trop hétérogène : elle comprend à la fois des diplômés des facultés de sciences, mais aussi des médecins, des pharmaciens, des vétérinaires ». Entre les pharmaciens, les médecins ou les scientifiques, l'univers professionnel des biologistes de la reproduction regroupe des praticiens d'horizons multiples. Les diplômes des praticiens instaurent des relations asymétriques : la « hiérarchie implicite qui règne dans le milieu est sans ambiguïté : le médecin gynécologue, surtout s'il est patron de service, dominant le médecin-biologiste qui en impose au biologiste "pur", "simple" docteur es-science » (1988 : 516-519). La formation des biologistes modèle la nature des relations avec leurs confrères. Les médecins sont mieux reconnus par leurs homologues cliniciens que les pharmaciens ou les scientifiques. Cette hiérarchie est visible dans le sens donné à l'institutionnalisation de la formation des biologistes, qui est un enjeu de reconnaissance, ainsi que dans leurs motivations professionnelles.

La marginalisation progressive des scientifiques

L'activité initiale en AMP a principalement été assurée par des biologistes scientifiques. Les premiers à s'être intéressés aux mécanismes de la fécondation humaine sont issus de la recherche animale, comme Jacques Testart, Michèle Plachot, Anne-Marie Junca, Samir Hamamah ou Jacqueline Mandelbaum. Cette dernière raconte qu'en France, « *les cliniciens ont parfois recrutés des scientifiques issus de la biologie de la reproduction animale* ». Jacques Testart explique cette externalisation du recrutement par les connaissances partielles des gynécologues : « *Les biologistes qui détenaient le savoir se situaient en dehors du corps médical* ».

⁹⁸ Par la loi n°75.626 du 11 juillet 1975 relative aux laboratoires d'analyse de biologie médicale et à leurs directeurs et directeurs adjoints.

Or, l'origine professionnelle des premiers biologistes de la reproduction en France a fortement influencé la nature de leurs relations initiales avec les cliniciens, comme le montrent les parcours de Jacques Testart et de René Frydman.

Encadré 2. Jacques Testart, un biologiste scientifique pionnier mais marginalisé

À l'indépendance de l'Algérie, où il travaillait comme ingénieur en agriculture africaine, il intègre une faculté de biologie à Paris. Deux ans plus tard, Charles Thibault lui propose un poste d'ingénieur à l'Institut National de Recherche Agronomique (INRA) où il travaille jusqu'en 1976, sur les « *mères porteuses de vache* » et développe des techniques pour augmenter la production laitière. « Dégoûté » par l'absurdité de ce projet, il se dirige vers la biologie appliquée à l'homme : « J'ai assez vite été sollicité parce qu'il y avait très peu de gens dans ce milieu médical qui connaissaient la fécondation » (2001 : 17). Il rejoint très vite le laboratoire de physiologie d'Antoine Béchère. Sur sollicitation d'Émile Papiernik, il met en place le laboratoire de reproduction humaine en 1978 et travaille sur la culture *in vitro* de follicules ovariens. Il devient directeur de recherche à l'INSERM. Il cofonde le centre de l'hôpital Américain ainsi que le BLEFCO.

Sa position, d'abord centrale au sein de la communauté, s'est progressivement marginalisée. Il explique cette réaction par sa prise de distance critique vis-à-vis des usages de l'AMP, permise par sa formation de scientifique : « Je n'ai pas prêté le serment d'Hippocrate en particulier, que je n'ai pas non plus le sens de cette confraternité spéciale au corps médical, que j'ai pu me permettre un certain nombre de critiques » (2001 : 14). Cette attitude se solde par son exclusion : « Quand j'étais dans la période glorieuse les médecins me saluaient. J'étais respecté comme si j'étais un des leurs. Quand j'ai accentué mes critiques, on a commencé non pas à me combattre, mais à m'ignorer. J'étais de moins en moins invité dans les colloques (...). Ils ne comprenaient pas que je scie la branche sur laquelle j'étais assis » (1986 : 49). L'hostilité de ses confrères se manifeste par une stratégie d'exclusion active, lui interdisant l'accès à la parole publique. Lors de notre entretien, il confie que l'un d'entre eux l'a même « *fait interdire des congrès internationaux, ce qui ne me gênait pas beaucoup parce que je n'étais pas à l'aise, ce n'est pas mon milieu mais la démarche était assez gonflée : j'étais quand même un des pionniers* ». En 1990, il est exclu de son laboratoire, qui « *était illégal* », car l'APHP a besoin de récupérer ses locaux. Pierre Jouannet le remplace à la tête du laboratoire. Jacques Testart achève sa carrière à l'INSERM en 2006. Aujourd'hui retraité, il se dit « *coupé du milieu des fivétistes* ».

Encadré 3. René Frydman : une figure centrale de la médecine de la reproduction

Il s'est d'abord orienté vers l'orthopédie et la traumatologie. Avec Bernard Kouchner, il crée l'association Médecins Sans Frontières. Mais il ne s'épanouit pas dans ces spécialités. Il n'est pas satisfait du poste en gynécologie qu'il obtient à la maternité de Bichat. Il constate « *le désastre des accouchements* » et milite pour la légalisation de l'avortement : « *Grâce à ces expériences, je me suis intéressé à la gynécologie, malgré ce que je pensais a priori* ». Il demande à rejoindre Antoine Béchère qui représente à ses yeux la modernité, par opposition à Bichat qui datait du « *Moyen-Âge* ». Émile Papiernik lui ouvre les portes de son service. René Frydman entame ses recherches en 1977 avec Jacques Testart : « *Nous recueillions des ovules, pour les étudier et pour nous préparer. À la naissance de Louise Brown, nous avons accéléré le mouvement* ». Il obtient son agrégation en 1979. Il est nommé chef de service en 1990. En 2012, il démissionne de sa fonction et devient consultant à l'hôpital Foch, pour organiser le transfert du centre de Neuilly. Il a été membre du CCNE entre 1986 et 1990 et a participé à l'élaboration des premières lois de bioéthique.

Tous deux fils de commerçants, Jacques Testart et René Frydman sont originaires du même milieu social et sont de la même génération. Leur situation familiale est similaire puisqu'ils sont mariés et pères de plusieurs enfants. Leurs orientations professionnelles ont été hésitantes. Avant de commencer à travailler sur la fertilité humaine, grâce à des rencontres avec Charles Thibault et Émile Papiernik, ils se disent insatisfaits de leur situation antérieure. Malgré ces points communs, leurs positions dans l'espace de la médecine de la reproduction française s'inscrivent dans deux mouvements inverses. Partant tous deux d'une position centrale puisque pionnière, le clinicien s'est imposé dans le paysage médiatique et social alors que le biologiste a été progressivement marginalisé. Ces trajectoires s'expliquent en partie par leurs origines professionnelles et leurs formations : Jacques Testart n'est pas médecin mais biologiste scientifique, formé à la recherche sur l'animal, alors que René Frydman est gynécologue obstétricien au sommet de l'échelle hospitalo-universitaire. Selon Jacqueline Mandelbaum, les scientifiques subissent une double domination. Elle parle de « *double inconvénient (...), n'étant pas des cliniciens mais des biologistes, mais aussi comme étant des scientifiques et pas des médecins* ». La formation des acteurs influence les modalités relationnelles et « *induit un comportement des cliniciens par rapport aux biologistes qu'ils considèrent souvent, dans certains cas et dans certains lieux, non pas comme un collaborateur avec lequel ils travaillent en toute complémentarité mais plutôt comme un prestataire* ». Jacques Testart estime aussi que les biologistes n'étaient pas considérés par leurs confrères comme des « *partenaires* », mais plutôt comme des « *techniciens* ».

Les biologistes issus du monde scientifique n'ont aujourd'hui plus accès à cette spécialité. Pour être autorisés à exercer, ils doivent être médecin ou pharmacien. Les rares personnalités scientifiques ne sont acceptées qu'à titre exceptionnel⁹⁹. Leur exclusion progressive, résultat de la médicalisation de la formation, n'empêche pas la reconnaissance de leur rôle de chercheur, notamment dans le contexte anglo-saxon, comme en témoigne l'attribution du prix Nobel de médecine en 2010 au biologiste scientifique Robert Edwards.

La médicalisation de la formation

Aux débuts de l'AMP, la biologie est une discipline peu développée. Il n'y a par exemple pas de formation spécifique à la reproduction humaine. Jérôme Pfeffer rappelle aussi que les

⁹⁹ Selon l'article R. 2142-13 du CSP.

laboratoires n'étaient pas des entités autonomes mais « *des annexes de services cliniques* », créées et gérées par les chefs de service de gynécologie. Pour pallier ce manque de professionnalisation, la formation des biologistes s'est construite progressivement sur le modèle des études de médecine. Si les académiciens admettent que « les spécialistes de diverses origines actuellement en fonction, qui se sont formés en grande partie par eux-mêmes » continuent à exercer, ils réclament néanmoins plus de « rigueur concernant, à la fois, la formation des praticiens, l'étendue de leur responsabilité, ainsi que l'organisation et le contrôle des laboratoires » (Bourel, 2000 : 457). Ce groupe de travail demande que l'internat soit obligatoire pour les biologistes en vertu de leurs actions sur le vivant. C'est aujourd'hui chose faite : pour exercer des activités d'AMP, le biologiste doit être titulaire du diplôme d'études spécialisées (DES) de biologie médicale et d'un diplôme complémentaire spécialisé en AMP¹⁰⁰. L'internat est accessible aux médecins comme aux pharmaciens. La reconnaissance de la biologie de la reproduction passe ainsi par un rapprochement de la formation des pharmaciens vers celle des médecins. Sa légitimation passe par sa médicalisation, comme l'illustre l'opinion de Patrice Clément. Selon lui, au-delà de la technicité de l'acte, l'important c'est d'acquérir un regard médical : « *La compétence médicale est nécessaire (...). C'est une prise en charge globale, ce n'est pas un acte. L'AMP, ce n'est pas seulement savoir faire une FIV ou une ICSI. L'apport des biologistes dans le diagnostic et dans la prise en charge du couple demande une formation de biologiste médical* ».

Rapports de domination entre pharmaciens et médecins

L'harmonisation progressive de la formation a permis d'homogénéiser les origines professionnelles des biologistes, tout en favorisant une mixité entre pharmaciens et médecins. Mais cette ouverture ne suffit pas à gommer les hiérarchies entre ces professions, dotées d'une valeur symbolique différente. L'analyse des motivations professionnelles des biologistes, qu'ils soient pharmaciens ou médecins, montre que la biologie est à la fois valorisée par les pharmaciens et peu prisée par les médecins. Elle se situe à l'interface entre deux systèmes de valeurs professionnels.

¹⁰⁰ Décret n° 2003-76 du 23 janvier 2003 fixant la réglementation du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et arrêté du 4 juillet 2003 définissant les objectifs pédagogiques et la liste des spécialités biologiques du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale.

Alors qu'elle représente le premier vœu des internes en pharmacie, les futurs médecins font souvent ce choix par défaut. Charlène Herbemont souligne que la biologie « *est la filière la plus difficile à obtenir en pharmacie* ». À l'inverse, les médecins choisissent la biologie quand « *ils ne sont pas très bien classés. Il y a certaines vocations, mais beaucoup sont motivés par l'argent* ». Christophe Sifer explique l'attraction des pharmaciens par son aspect lucratif : c'est « *une profession très rémunératrice, l'une des mieux payées dans le monde médical* », spécifiquement dans le secteur libéral. Le comité national de biologie médicale (2001) reconnaît aussi la « faible attraction qu'exerce la biologie pour les internes en médecine alors que les pharmaciens choisissent cette filière en priorité ». Les auteurs constatent que la biologie est souvent choisie par des internes mal classés au concours de l'internat. À l'inverse, pour les pharmaciens, la « biologie médicale a une image positive car elle leur permet d'être directement impliqués dans le diagnostic et le traitement des maladies »¹⁰¹.

L'analyse des motivations de Marine Durand, médecin biologiste et chef de clinique à Jean Verdier, illustre les multiples raisons qui président aux orientations professionnelles. En choisissant la médecine, elle souhaite initialement devenir gynécologue obstétricienne. Elle découvre l'AMP et la biologie de la reproduction lors d'un stage en gynécologie. Son orientation vers la biologie « *n'est pas un choix ou une vocation, c'est un concours de circonstances* ». En effet, son classement au concours de l'internat lui permet d'accéder aux spécialités qu'elle convoite seulement dans de petites villes, dont la qualité de formation n'était pas optimale et qui ne coïncident pas avec les objectifs professionnels de son compagnon. Admissible à Paris, elle suit les conseils d'un conseil et se tourne vers la biologie de la reproduction. Ainsi, le choix d'une spécialité est déterminé en amont par le classement à l'internat. Il est ensuite effectué en fonction du prestige de la discipline, de sa valeur symbolique, mais également de la renommée des services, elle-même interprétée à travers l'opposition entre Paris et la province.

Une autre cause de l'attrait des pharmaciens pour la biologie de la reproduction réside dans leur participation à l'engendrement d'un être humain. Cette visée la distingue des autres secteurs, plus souvent synonymes de maladie. Cette dimension est visible dans les motivations professionnelles de Charlène Herbemont, pharmacienne biologiste à Jean Verdier. Elle situe l'origine de son désir de se tourner vers la biologie lors de l'affaire du dopage sur le Tour de France en 1998. À cette vocation se greffe rapidement « *l'envie de faire de la recherche* ». Mais

¹⁰¹ http://www.jle.com/fr/revues/abc/sommaire.phtml?cle_parution=535 consulté le 2 février 2015.

constatant la difficulté s’y consacrer exclusivement, elle s’oriente vers la pharmacie et passe l’internat pour se spécialiser en biologie médicale. Les autres secteurs de la biologie comme l’hématologie ou la bactériologie lui paraissent « *trop tristes* » et elle préfère une spécialité « *plus positive* ».

Le rôle du pharmacien et la relation qu’il entretient avec les médecins est une autre source d’attractivité, soulignée par Charlotte Dupont, pharmacienne biologiste à Jean Verdier. Son goût pour les sciences l’a incitée à s’orienter vers des études pharmaceutiques. Elle passe son internat en biologie « *parce que cela avait l’air d’être ce qu’il fallait faire* » et lui donnait l’assurance d’avoir du travail. Elle apprécie la technicité de cette spécialité et le contact privilégié qu’elle induit avec les patients et les cliniciens. Elle souligne cette spécificité : « *Les pharmaciens n’ont pas accès à la clinique, c’est une des seules spécialités qui implique de s’entretenir avec les patients* ». Cette occasion rare pour les pharmaciens biologistes de se ménager une place de choix auprès de leurs homologues médecins et des patients est aussi mise en valeur par Christophe Sifer. Ce pharmacien biologiste, responsable du laboratoire de biologie de la reproduction de l’hôpital Jean Verdier, s’est dirigé « *un peu par hasard et un peu par défaut* » vers la pharmacie. Effrayé par le côté « *sacerdotal* » des études de médecine, il choisit la biologie à la fois en vertu du prestige symbolique que lui attribuent les internes en pharmacie mais également grâce à des rencontres déterminantes, et notamment avec René Frydman, un élément « *déclencheur* » de son orientation. Il apprécie particulièrement « *le rôle du biologiste, dans le cadre de la biologie interventionnelle* », l’égalitarisme des relations avec les médecins. Cette place dans la chaîne de soins valorise cette spécialité. Son intervention « *relativement forte et très impliquée, quasiment à part égale dans les choix thérapeutiques, s’éloigne de la prestation de services souvent réservée aux biologistes* » et notamment aux pharmaciens. Pour résumer, la biologie de la reproduction permet aux pharmaciens biologistes de collaborer avec des médecins, de rencontrer des patients et de participer aux décisions, le distinguant ainsi du rôle du biologiste traditionnel.

Les médecins biologistes spécialisés en AMP jouissent d’une position confortable. Ils regroupent des médecins ayant fait un internat dans différentes disciplines. Quelques-uns étaient pédiatres, endocrinologues, ou gynécologues médicaux. La légitimité des médecins biologistes est alimentée par leur formation : ils ont une « *culture médicale* », explique Pierre Jouannet. La domination symbolique du médecin biologiste sur le pharmacien se manifeste par le fait qu’ils dirigent le plus souvent les services de biologie de la reproduction dans les établissements publics

(Memmi, 1988 ; Chauvenet, 1973). L'ascendant des médecins biologistes sur les pharmaciens se concrétise également par leur accès aux patients, ce que souligne Pierre Jouannet : les premiers « *ont cette capacité à mener des entretiens médicaux* », alors que les seconds « *n'ont pas forcément l'expérience ni la compétence. Ils n'ont pas été formés* ». Les pharmaciens ne peuvent assurer des consultations que sous la responsabilité d'un médecin.

La biologie de la reproduction est valorisée par son objectif, sa distance avec la maladie, son interdisciplinarité et la proximité avec le patient. Malgré l'homogénéisation et la médicalisation de la formation des biologistes d'un côté, et l'institutionnalisation conjointe de l'organisation du travail et des modalités de collaboration de l'autre, le rapport de force reste souvent en leur défaveur.

1.3.2.2 *Les cliniciens*

Si les cliniciens de la reproduction partagent un système axiologique commun, ce segment professionnel n'en est pas moins stratifié en différentes spécialités et structuré par des mécanismes de domination.

« Mentalité » et valeurs professionnelles

L'analyse des orientations professionnelles des gynécologues médicaux, obstétriciens et endocrinologues rencontrés permet de mieux comprendre l'image qu'ils se font de leur métier. Elle éclaire les valeurs centrales dans l'identité de ces spécialistes.

L'homogénéité des motivations des cliniciens est notable. Des éléments relatifs à une vocation enfantine, une forme de fascination vis-à-vis de la procréation et au goût pour une spécialité complète, diversifiée, moderne et épargnée sont évoqués par tous. Cependant, les gynécologues médicaux insistent sur la prise en charge d'un couple, les endocrinologues sur la réflexion que nécessite cet accompagnement, et les obstétriciens sur l'accès à la chirurgie qui satisfait leur goût pour l'action.

Beaucoup situent l'origine de leur envie de devenir médecin à l'enfance. Celle-ci est souvent liée à un traumatisme familial, comme pour Christophe Poncelet ou Jérémy Boujenah, qui évoquent des drames familiaux. Elle fait également écho à une histoire personnelle touchée, de près ou de loin, par la problématique de l'infertilité. Par exemple, Charlotte Sonigo dit avoir probablement été orientée dès son baccalauréat par le parcours d'AMP de l'un de ses proches. De

même, Isabelle Cédricin a inconsciemment été influencée par l'infertilité d'un membre de sa famille : « *J'ai réalisé récemment que la sœur de ma mère a été infertile pendant dix ans, avant d'avoir deux enfants spontanément, sans aucun traitement* ».

Le registre discursif dominant renvoie à un choix guidé par une vocation. Cette notion est associée avec une grande régularité aux discours relatifs à l'orientation professionnelle des professions libérales, et notamment des médecins (Herzlich *et al.*, 1993). Le terme de vocation vient d'un mot latin qui signifie appeler. Dans son sens originel, il évoque l'appel de Dieu à la vie religieuse. L'expression « suivre sa vocation » suggère l'idée selon laquelle un individu est prédestiné à l'accomplissement d'une mission, et qu'un chemin mène à la réalisation de cette mission. Pourtant, les récits relatant les étapes de l'orientation professionnelle montrent que certains ont manifesté des hésitations. François Olivennes par exemple, a envisagé différentes pistes. Dans son ouvrage (2008), il écrit que « cela a été une vraie vocation. Comme beaucoup, j'ai cherché ma voie ». Après avoir projeté de devenir ingénieur, il tente des études artistiques puis de commerce avant d'envisager de vendre des bateaux. Son environnement a été déterminant dans son orientation. Non seulement ses parents et son oncle sont psychiatres, mais il est soumis à une forte pression familiale pour poursuivre ses études et finit par s'orienter vers la médecine, bon gré mal gré : « L'idée d'interrompre mes études médicales me traversait sérieusement l'esprit (...). Je faisais le tour des différentes spécialités sans y trouver ma vocation ». Son stage à l'hôpital de Clamart « fut une vraie révélation », celle de la beauté de la spécialité nourrie par « les joies de la naissance » (2008 : 14-16).

Cette mobilisation collective de la notion de vocation nous incite à nous demander dans quelle mesure ces médecins ont la possibilité d'exprimer autrement les raisons de leur choix professionnel. Ce concept a pour fonction d'ordonner et de rendre cohérentes les possibles incertitudes des futurs médecins. Elle donne ainsi du sens à une trajectoire et permet de « rendre raison, de dégager une logique à la fois rétrospective, une consistance et une constance, en établissant des relations intelligibles (...), entre les états successifs, ainsi constitués en étapes d'un développement nécessaire » (Bourdieu, 1986 : 69).

La plupart des médecins rencontrés dans le cadre de cette étude étant des pionniers de la biomédecine de la reproduction en France, nous pouvons également avancer l'explication, évoquée par nombre d'entre eux, qu'il y avait là un créneau à prendre. Pour ne retenir qu'un exemple, Charles Bami, gynécologue à l'hôpital Américain, explique que son choix de carrière a

été influencé par des rencontres mais surtout par le contexte ambiant. Louise Brown est née trois ans avant son départ aux États-Unis ; à son retour en France, la « révolution » avait débuté par la naissance d'Amandine : « *Cela m'a plu et j'ai perçu que c'était un train à prendre (...). J'ai pris ce train par intérêt, par curiosité* ». La médecine de la reproduction, au moment où la grande majorité de ces médecins font leurs choix professionnels, est en pleine expansion. C'est un secteur porteur à l'activité croissante, synonyme d'avenir et de prestige.

Ces spécialistes perçoivent leur discipline comme moderne et innovante, à l'instar de Clémence Roche : « *C'est spécialité récente, en pleine évolution* ». La médecine de la reproduction est décrite comme complète et variée. Les gynécologues médicaux comme les obstétriciens apprécient également sa transversalité, qui « *touche à de nombreux domaines, comme la gynécologie, l'endocrinologie, la chirurgie, la psychologie* », explique cette clinicienne. Les gynécologues obstétriciens mettent davantage en avant le versant chirurgical, qui enrichit leur panoplie professionnelle. Celui-ci constitue un élément de différenciation central entre la gynécologie obstétrique et la gynécologie médicale. Ceci est visible dans les propos de François Olivennes : « *La technicité manuelle m'attirait, moi le bricoleur* » (2008 : 150). Xénia Lechat a choisi la gynécologie obstétrique car c'est une spécialité « *médico-chirurgicale qui conjugue la réflexion et l'action* », avant de se spécialiser en médecine de la procréation qui se situe entre « *l'endocrinologie et la gynécologie, deux spécialités qui me plaisaient beaucoup* ». Christophe Poncelet a choisi l'obstétrique sachant qu'il avait « *plutôt une âme de chirurgien* ». À l'inverse, Clémence Roche et Charlotte Sonigo savaient qu'elles voulaient devenir médecin, et ont rapidement compris qu'elles souhaitaient travailler autour de la femme et de l'enfant. Cependant, elles se sont orientées vers la gynécologie médicale en partie parce qu'elles n'aimaient pas la chirurgie. De plus, cette spécialité offre des conditions d'exercice moins difficiles : « *C'était le moyen le plus simple de faire de la médecine de la reproduction sans faire de chirurgie* » mais également sans « *faire de gardes* », comme l'explique Clémence Roche. La gynécologie médicale est moins exigeante en termes de disponibilité et plus facilement conciliable avec une vie personnelle. De leur côté, les obstétriciens comme Jérémy Boujenah insistent sur le « *côté action* » et sur l'« *adrénaline* » que procure la pratique de l'obstétrique. Michael Grynberg décrit le travail du gynécologue obstétricien comme « *très dur physiquement* ». Le professionnel doit gérer « *une pression extrêmement importante* » face à des situations risquées et urgentes. Non seulement la gynécologie obstétrique de l'infertilité requiert

de nombreuses compétences, mais elle demande une collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires, comme l'explique Christophe Poncelet : « *Il y a de la médecine, parfois de la chirurgie, la relation avec les biologistes et un contexte psychologique particulier* ».

En plus d'être pensé comme un domaine moderne, le plaisir exprimé par les professionnels de la reproduction est unanime, le terme de passion revenant régulièrement. La majorité des médecins évoquent une forme de fascination pour la naissance. Celle-ci est notamment visible dans le discours de Clémence Roche : « *Ce que j'aime, c'est le processus de création de l'enfant, que je trouvais merveilleux* ». Elle a d'ailleurs choisi la gynécologie pour se spécialiser en médecine de la reproduction : « *Je trouve l'objectif très beau. J'ai toujours été fascinée par la grossesse* ». La procréation est presque perçue comme surnaturelle par une gynécologue, qui décrit son « *côté un peu fantastique, magique* ». Jacqueline Mandelbaum explique son orientation vers la biologie de la reproduction en ces termes : « *Je suis tombée en amour avec cette discipline (...). C'est esthétiquement fabuleux, intellectuellement fascinant, émotionnellement intense et riche* ». La prise en charge de l'infertilité est présentée comme une activité intellectuellement stimulante. Les endocrinologues et les gynécologues médicaux insistent préférentiellement sur la réflexion que nécessite la mise en place de ces traitements. Ce domaine demande aux médecins de se questionner pour comprendre les cycles féminins, l'ovulation, la fécondation et pour définir la meilleure conduite à adopter pour chaque patiente.

Cette discipline n'est pas seulement variée, moderne, fascinante et stimulante. Elle permet également aux médecins d'exprimer une valeur identitaire fondamentale en médecine, celle du service au patient et à la collectivité (Freidson, 1984 ; Hughes, 1963 ; Steudler, 1974). En effet, il s'agit avant tout d'aider un couple à devenir parent. Michael Grynberg souligne son empathie à l'égard des couples infertiles et « *l'envie d'aider les personnes à avoir des enfants, ce qui est fondamental pour leur bien-être* ». Il met ainsi en valeur le service rendu par la gynécologie aux femmes. Ce sentiment de proximité avec la souffrance des couples est renforcé par le système de valeurs de l'individu, comme en témoigne les propos d'Isabelle Cédricin : « *En tant que femme, à dix-huit ans, je n'aurais pas pu envisager ma vie sans enfant, donc j'étais sensible à cette question* ». La prise en charge de couples est une dimension constitutive du rôle du clinicien en médecine de la reproduction. Nous reviendrons sur la place du couple dans leur identité professionnelle¹⁰². Notons pour l'heure que cette dimension a plus spécifiquement été soulignée

¹⁰² Il semble cependant que cette dimension soit de moins en moins centrale et plus périphérique dans l'identité

par les gynécologues médicaux, comme Clémence Roche : « *Ce qui me plaisait, c'est que nous prenions en charge un couple, et sur le long terme* ».

La biologie, la gynécologie et l'endocrinologie de l'infertilité sont perçues par ceux qui la pratiquent comme un domaine épargné. Ces professionnels remarquent être souvent confrontés à la souffrance des couples, sans pour autant côtoyer la mort dans leur pratique quotidienne¹⁰³. François Olivennes écrit par exemple que le fait que les patientes soient « bien-portantes me mettait plus à l'abri des drames que j'avais rencontrés ». Il choisit la gynécologie pour sa légèreté, sa distance avec la maladie et la mort : « Je n'aurais pas pu m'investir dans une spécialité qui m'aurait placé au contact permanent du malheur des gens. Il m'aurait été impossible de faire de la cancérologie ». Le praticien se décrit comme « trop fragile, trop sensible » pour supporter cette exposition (2008 : 16, 149 et 150). De même, Clémence Roche aime s'occuper de « *personnes qui ne sont pas vraiment malades* ». Jérémy Boujenah met également en avant le contexte « *agréable* » dans lequel il rencontre les patientes : « *Nous les accompagnons dans des moments heureux* ». De même, Christophe Poncelet parle de la gynécologie obstétrique comme du « *plus beau métier du monde* ». Il n'aurait pas pu exercer d'autres spécialités telles que l'oncologie ou la pédiatrie, jugées trop morbides. Il est motivé à la fois par l'idée d'une prise en charge globale de la femme et par son « *but noble de donner la vie* ». L'objectif de ces spécialités diffère de la mission traditionnelle de la médecine : elles ne consistent pas à sauver la vie mais à la donner, ce qui contribue à donner l'image d'une « belle » spécialité. L'analyse de Marie Jaisson (2002) met en relief la portée de cette remarque. Selon elle, la distance avec la maladie et la mort constitue une propriété structurante de l'espace des spécialités médicales. Nous partagerons son acceptation de la structure sociale comme étant non seulement « une enveloppe qui circonscrit un ensemble de pratiques » mais également « le principe de l'homogénéité des pratiques spécialisées. Le trait déterminant de la structure sociale est alors l'autonomie relative socialement constituée qui caractérise ces pratiques » (2002 : 44-45). Elle croise le sex-ratio et l'origine sociale des étudiants en médecine avec le taux de mortalité des différents services. Elle constate que « les spécialités à fort taux de mortalité sont caractérisées par de faibles proportions d'étudiants enfants de cadres supérieurs » ainsi que par

de certains cliniciens, en témoigne le manifeste, intitulé « mettons fin aux incohérences de la politique d'aide à la procréation » signé par cent-trente médecins pour demander l'assouplissement de l'accès à l'AMP aux femmes seules : http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/17/un-manifeste-transgressif-pour-accompagner-le-desir-d-enfant_4884877_3232.html consulté le 18-03-16.

¹⁰³ L'activité de préservation de la fertilité dans le domaine oncologique fait exception à cette remarque.

une « forte proportion d'hommes, à l'exception toutefois des spécialités à la fois les plus masculines et les plus fréquemment issues d'origines sociales élevées » (2002 : 50-51). La réponse au titre de son article : « La mort aurait-elle mauvais genre ? » permet de souligner l'importance de la gravité des maladies et la proximité avec la mort dans la structure hiérarchisée des spécialités médicales.

Les travaux d'Eliot Freidson (1984) permettent de parfaire ce tableau descriptif des principales facettes de la « mentalité » du clinicien, de ses normes, ses valeurs et des « composantes idéologiques » de cette profession. Il identifie cinq traits distinctifs de sa personnalité : « Engagement dans l'action, foi, pragmatisme, subjectivisme, sensibilité à l'indéterminé » (1984 : 167, 181 et 178). Eliot Freidson met en relief sa susceptibilité et l'ambivalence de son comportement. D'un côté, le clinicien insiste sur l'incertitude planant sur son exercice, sur ses responsabilités et sur sa vulnérabilité face aux risques de son intervention. De l'autre, « il croit en même temps à sa vertu, il a un sentiment d'orgueil, sinon de supériorité ». Cette mobilisation de la gestion de l'incertitude permet au clinicien de justifier l'importance qu'il accorde à son expérience¹⁰⁴. L'identité du clinicien se manifeste dans son pragmatisme. Il est « prêt à se fier aux “résultats” apparents plutôt qu'à la théorie, et enclin au bricolage si les “résultats” que donnent les moyens traditionnels lui semblent se faire attendre » (1984 : 187 et 177).

Chantal Doré et Pierre Saint-Armand (1995) se sont intéressés aux représentations professionnelles des gynécologues et des biologistes de l'AMP à Québec, qui présentent de nombreux points communs avec leurs homologues français¹⁰⁵. Par l'analyse des discours, ces chercheurs développent une approche constructiviste qui « laisse entrevoir une pratique fortement organisée autour d'intérêts d'abord scientifiques, techniques et économiques malgré un discours officiel d'ouverture et de sensibilité ». Les auteurs montrent que ces croyances s'inscrivent dans un système symbolique, dont le gynécologue obstétricien est le chef d'orchestre. C'est en tout cas la manière dont il se perçoit : « La mise sur pied d'un programme de FIV est décrite partout comme l'affaire d'abord d'une seule personne : l'obstétricien gynécologue. Il se perçoit comme

¹⁰⁴ Pour Michel Foucault, la naissance de la clinique, dans la deuxième moitié du 18^{ème} siècle, se fonde en partie sur l'émergence de discours fondés sur l'expérience médicale comme une « forme de connaissance », dont il entend, dans une perspective historique et critique, « déterminer les conditions de possibilité » (2009 [1963] : 199 et 15).

¹⁰⁵ Entre 1990 à 1993, ces deux sociologues ont réalisé des entretiens avec vingt professionnels de l'AMP, des gynécologues obstétriciens, des biologistes et des psychologues exerçant dans trois centres.

la bougie d'allumage. L'entreprise lui semble un travail d'artisan ». Dans ses interactions avec ses confrères, il se considère comme le responsable de l'équipe. Dans sa relation avec le client, il voit son action « comme un service technique à but thérapeutique. Il raisonne, dès le départ, selon les “indications” » (1995 : 505, 512 et 514). Ces auteurs notent également que les gynécologues minimisent les risques liés à leur intervention, en les comparant à d'autres domaines de la médecine.

Ces valeurs décrites par ces sociologues sont palpables dans les discours des cliniciens rencontrés. Ces traits qui caractérisent le système axiologique et idéologique de ces acteurs émergent régulièrement. Alors que les cliniciens ont tendance à mettre l'accent sur l'incertitude qui plane sur leur exercice, ils considèrent pourtant les risques de leur intervention avec une certaine distance. Pragmatiques, ils se fient à leur expérience et mettent en valeur leur subjectivité. Ils croient en l'efficacité de leurs techniques, qu'ils évaluent selon une logique probabiliste, et prêtent une attention particulière à leurs indications.

Une organisation hiérarchique

Si la formation des cliniciens homogénéise ce groupe professionnel, leur proximité avec l'hôpital et l'université ainsi que leur statut hiérarchique définissent leur position dans l'espace social.

Les médecins appartiennent à un groupe professionnel fédérateur, notamment grâce à la formation de ses membres. Le praticien doit être titulaire d'un diplôme de gynécologie obstétrique, médicale ou d'endocrinologie, accompagné d'un DESC de médecine de la reproduction. Ce diplôme créé par Jean-Noël Hugues a permis d'unifier et de légitimer les connaissances acquises par les médecins dans ce domaine¹⁰⁶. Les médecins sont ainsi façonnés « dans un même moule : formation universitaire longue et difficile, référence continue à la responsabilité médicale créent des valeurs communes qui amènent le médecin à se distinguer nettement du non-médecin », écrit François Steudler. Ce dernier souligne la domination symbolique l'hôpital. Cette institution « permet l'accès aux fonctions les plus importantes de la hiérarchie médicale, et le monde hospitalier, par son prestige, sa compétence, exerce sur le reste

¹⁰⁶ Les cliniciens peuvent également compléter leur formation avec le DESC d'androgologie. Les praticiens dont la formation est antérieure à ces filières sont autorisés à pratiquer sur la base de leurs qualifications et de leurs expériences.

de la pratique médicale une domination véritable » (1974 : 211 et 14). Si les médecins hospitaliers dominent symboliquement l'espace de la médecine française, ce groupe professionnel n'en est pas moins fortement hiérarchisé. Les statuts se différencient en fonction des liens avec l'université et le type de contrat. Le praticien hospitalier et professeur des universités (PUPH) est au sommet de la hiérarchie. Il est suivi du praticien hospitalier et maître de conférences des universités (MCUPH), du praticien hospitalier contractuel (PHC), du chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU) qui travaille sous l'autorité du PH, et de l'attaché des établissements d'hospitalisation publics, dont le rôle est de seconder le chef de service. Les médecins hospitalo-universitaires sont employés par l'Université. L'accès à ces postes est contrôlé par les professionnels les plus influents. Claudine Herzlich observe que c'est ainsi que « se distinguent les purs praticiens, en liaison avec leurs seuls clients, de ceux ayant des fonctions de production et de reproduction du savoir, influents au sein de la profession dans son ensemble, contrôlant en particulier la formation et le recrutement des futurs médecins » (1993 : 100). Comme le remarque le sociologue Oswald Hall, « le système de patronage devient l'aspect fondamental de la carrière médicale. C'est le moyen positif dont dispose la fraternité interne pour contrôler ses membres » (1970 [1948] : 223).

L'appartenance à l'élite n'est pas seulement conditionnée à l'inscription dans l'université des acteurs. Elle se repère à l'appartenance à un milieu social favorisé, une réussite aux concours de l'internat permettant le choix de services de pointe parisiens, et l'exercice conjoint de fonctions hospitalières à plein temps et d'enseignement (Herzlich *et al.*, 1993).

* * *

Les pratiques des acteurs de la médecine de la procréation, des lieux du soin et des modalités d'organisations professionnelles sont l'objet de nombreux mécanismes de régulation, auxquels les professionnels sont partie prenante. Cependant, la collusion des missions entre les agences étatiques nuit à leur efficacité. Leurs missions tendent à se confondre à plusieurs niveaux. Des approximations règnent dans la gestion des compétences du personnel et des autorisations accordées aux structures, dans l'évaluation des pratiques et dans la publication des informations. Force est de constater l'écart entre les normes théoriques véhiculées par les

recommandations de bonnes pratiques et la réalité des échanges. L'interdisciplinarité est freinée par des enjeux identitaires, disciplinaires, organisationnels et structurels.

Les systèmes de valeurs des biologistes et des cliniciens présentent des points communs et des différences. Chacun de ces groupes professionnels est lui-même fragmenté et traversé par des hiérarchies. Du côté des cliniciens, malgré son dynamisme démographique, l'endocrinologie occupe une place marginale, à tel point que nous verrons que la formation des piliers de Jean Verdier dans ce domaine constitue un élément central dans l'identité de ce centre. La gynécologie médicale apparaît comme symboliquement dominée par la gynécologie obstétrique. C'est une spécialité vieillissante. En infertilité, sa principale spécificité est de prendre en charge un couple. Son identité se définit « en creux » vis-à-vis de l'obstétrique, par l'absence de compétence chirurgicale. Or, c'est justement cette capacité qui contribue à la domination de l'obstétrique dans l'espace des spécialités médicales. Les mêmes mécanismes de hiérarchisation sont à l'œuvre entre les biologistes, les médecins surplombant les pharmaciens, les pharmaciens biologistes dominants eux-mêmes le champ de la pharmacie.

À ces hiérarchies entre spécialités s'ajoutent l'appartenance des acteurs au monde universitaire, leur visibilité disciplinaire et médiatique, ainsi que leur rôle au sein des organismes de tutelle, autant d'éléments qui contribuent à les différencier et à définir leur place dans l'espace social. Ces interactions se déroulent également dans des contextes localement situés. Elles sont façonnées par les caractéristiques culturelles et structurelles des lieux de prise en charge.

Chapitre 2. Les contextes locaux de la pratique

Notre objectif est ici de faire sentir la diversité des pratiques médicales selon les contextes locaux. Si les centres étudiés présentent des points communs, nous chercherons à montrer comment leurs spécificités s'affirment à travers des cultures de centre. Le principal élément de différenciation réside dans le secteur d'activité de l'établissement. Avant d'aller plus loin dans l'analyse, formulons quelques remarques d'ordre général sur la structure de l'offre en infertilité à l'échelle nationale et régionale.

Suivant la tendance nationale, l'offre de soins est dominée par le secteur privé¹⁰⁷. Celui-ci concentre 51 % de l'activité clinico-biologique totale, contre 37 % pour le secteur public¹⁰⁸. La médecine de la reproduction se distingue par la présence du secteur à but non lucratif, qui réalise 12 % de l'activité. Les établissements publics sont moins nombreux mais assurent un volume d'activité proportionnellement plus important. Sixte Blanchy explique cette domination du privé sur le marché de l'AMP par une demande de soins supérieure à l'offre : « *Les centres sont saturés. Il y a des listes d'attente (...). De par cette pénurie, les cliniciens choisissent le secteur deux* ». Il estime que 80 % des gynécologues appliquent des dépassements.

En 2013, on compte 97 laboratoires et 107 centres d'AMP (ABM, 2015d). L'offre de soins est inégalement répartie : la moitié des centres sont concentrés dans quatre régions. L'Île-de-France réalise 25 % de l'activité nationale (ABM, 2015e). Cette région se caractérise par la densité de l'offre de soins. Trente-trois laboratoires franciliens assurent une activité d'AMP, dont dix-neuf effectuent des FIV. Ils se répartissent essentiellement à Paris, dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis et sont plus rares dans les Yvelines, le Val-de-Marne et le Val d'Oise. Côté clinique, vingt-deux établissements proposent une offre de soins, dont onze centres hospitaliers, huit structures privées à but lucratif et trois à but non lucratif. Ainsi, le secteur public y est particulièrement bien représenté, puisque les hôpitaux représentent la moitié des établissements

¹⁰⁷ La comparaison entre la répartition de l'offre de soin en infertilité avec l'offre globale est délicate. En effet, les données de la DREES incluent une catégorie « autres » dans les secteurs d'activités, alors que l'ABM ne distingue que le secteur public du secteur privé à but lucratif et non lucratif. De plus, si l'ABM fournit des données sur le volume des activités et sur les établissements de santé, elle ne livre pas d'information sur les effectifs et les caractéristiques sociodémographiques des praticiens exerçant une activité de médecine de la reproduction. Nous pouvons retenir que le partage de l'activité d'AMP suit la tendance nationale. En effet, selon la DREES (2013), la moitié des activités de santé sont exercées en cabinet, un quart à l'hôpital public et un quart dans d'autres types de structures.

¹⁰⁸ Se référer au tableau 1 en annexe qui décrit la part en pourcentage de l'activité et des centres d'AMP selon le secteur et le type de technique.

en Île-de-France, contre un tiers à l'échelle nationale. Les trois quarts des centres sont concentrés dans trois départements : Paris compte sept structures, les Hauts-De-Seine cinq et la Seine-Saint-Denis quatre. Ailleurs, l'offre est plus limitée¹⁰⁹.

Parmi ces centres, nous en avons étudié dix : cinq sont publics et font partie de l'APHP, cinq sont privés à but lucratif. La description du paysage de la médecine de la reproduction française mérite un retour sur l'histoire de quelques centres précurseurs, même si certains sont aujourd'hui fermés. Cette rétrospective permet de mettre en valeur les liens qui unissent les acteurs et les centres d'AMP en région parisienne, caractérisés à la fois par une forte interconnaissance et par des logiques de concurrence. Nous chercherons à situer ces lieux dans l'espace social de la médecine de la reproduction, en prêtant une attention particulière aux centres « *de référence* » qui, selon Christophe Sifer, ont « *fait école* », comme Antoine Béclère ou Cochin. Nous initierons ainsi la définition de la spécificité des cultures de chaque centre :

« L'analyse culturelle met en lumière une deuxième logique de fonctionnement des ensembles organisés, logique d'ordre affectif et culturel qui, en dernière analyse, fonde l'autonomie du phénomène organisationnel en tant que processus d'intégration de conduites humaines. Elle permet ainsi de comprendre les règles formelles et/ou informelles qui gouvernent les relations entre les individus et les groupes comme des construits politiques, donc culturels » (Crozier et Friedberg, 1977 : 222).

Nous allons tenter de saisir comment les caractéristiques locales affectent l'organisation des activités et les modalités interactionnelles et décisionnelles. À la manière de ces deux auteurs, nous nous demanderons « comment, à quelles conditions et à travers quels mécanismes de médiation ces facteurs contextuels affectent et modifient (et dans quel sens) les règles du jeu qui gouvernent les interactions » (1977 : 148).

À l'instar de Carine Vassy, nous nous intéresserons aux facteurs qui déterminent la qualité des relations entre les individus¹¹⁰. La notion de travail en équipe est présentée par les professionnels comme une « norme qu'il faut atteindre » (1999 : 325). Comme cette sociologue, nous montrerons que la nature des interactions est influencée par l'organisation du travail et par l'orientation au service en termes d'offre de soins. Nous prêterons attention à l'intensité du travail collectif et au degré de pluridisciplinarité selon les structures. Nous montrerons que le caractère collectif de la décision à l'hôpital s'oppose à l'autonomie et la liberté individuelle en médecine

¹⁰⁹ On compte trois structures dans le Val-de-Marne, deux dans les Yvelines et une dans le Val d'Oise. Ni la Seine-et-Marne ni l'Essonne n'ont de centre d'AMP.

¹¹⁰ Elle s'appuie sur des observations menées dans six services de neurologie d'hôpitaux universitaires en France, en Allemagne et en Grande-Bretagne et sur trois cents entretiens semi-directifs.

libérale. La dominante individuelle ou collective du processus décisionnel est influencée par l'investissement des cliniciens dans la structure, ainsi que par la répartition spatiale du laboratoire et du centre.

Si d'importantes différences opposent les hôpitaux aux cliniques, nous chercherons également à mettre en valeur la multiplicité des organisations au sein des centres publics et des centres privés. Christophe Sifer nous a mis sur la piste, expliquant que « *tous les services publics ne fonctionnent pas de la même façon* ». Notre projet est donc d'examiner la nature de ces différences non seulement à l'aune du type de structure mais également de l'histoire des lieux, de leurs acteurs, de l'offre de soins et de l'organisation du travail.

2.1 Des histoires communes, des destins singuliers

La plupart des centres étudiés ont joué un rôle pionnier dans le paysage de la prise en charge médicale de l'infertilité en France. Ils ont été créés au début des années 1980, fruits de collaborations entre des cliniciens – gynécologues en grande majorité –, et des biologistes.

Le centre d'AMP d'Antoine Béclère est certainement le plus connu du pays, pour sa participation pionnière à la première naissance française par FIV¹¹¹. Mais, comme l'explique Jacqueline Mandelbaum, cette équipe était en concurrence directe avec d'autres, et notamment celle des biologistes de Necker : « *L'équipe de Clamart a obtenu la première grossesse qui est allée à terme, avec la naissance d'Amandine, suivie dans notre centre, quatre mois plus tard, par celle d'Alexia* ». La précision selon laquelle cette grossesse est parvenue à son terme est importante, car l'équipe de Sèvres-Necker est la première à avoir obtenu une grossesse, mais elle s'est soldée par une fausse couche. Cette position l'incite à qualifier son équipe de « *Poulidor de la FIV* », en référence à l'éternel second du Tour de France. Finalement, Jean Cohen à Sèvres obtient avec les biologistes de Necker la deuxième naissance française en 1982.

¹¹¹ Ce rôle précurseur s'exprime dans l'utilisation de techniques innovantes : René Frydman (2008) ne manque pas de rappeler qu'ils ont obtenu les premières naissances après une congélation embryonnaire (1986), l'ICSI (1990), le DPI (2000) et la MIV (2002). Ce centre occupe une place centrale dans l'espace de la médecine de la reproduction : il a formé et compté en son sein de nombreux professionnels : six des acteurs rencontrés y ont exercé.

2.1.1 Les centres publics

2.1.1.1 L'hôpital Jean Verdier

Cette structure, située à Bondy en Seine Saint-Denis, est le seul centre public du département. Sa principale spécificité réside dans l'organisation du travail. Il se singularise par la réunion de trois services, ceux de gynécologie obstétrique, de médecine de la reproduction-préservation de la fertilité, et d'histologie-embryologie-cytogénétique-biologie de la reproduction-CECOS. L'équipe compte une vingtaine de personnes¹¹². Son histoire se divise en trois séquences. À la phase de lancement succède l'institutionnalisation des pratiques. Ce cycle est clôturé par le départ du fondateur du centre, Jean-Noël Hugues, signe du renouvellement générationnel.

Encadré 4. Parcours professionnel et biographique de Jean-Noël Hugues

Dans le choix de ses études, il préfère la médecine à l'économie, guidé par sa représentation de la profession, incarnée par une certaine « *idée du soin* ». Il obtient un internat en médecine interne, une maîtrise de génétique et de biochimie et exerce simultanément à l'Université Paris 13. Il choisit ensuite l'endocrinologie car « *il s'agit de médecine interne* », et commence son clinicat en 1979 à Avicennes. Mais il ne voulait pas se consacrer aux thématiques classiques de cette spécialité, telles que le diabète ou l'obésité, et l'envie de s'« *occuper de reproduction* » est rapidement née, à la fois « *par opportunité et parce que cette offre de soins n'était pas développée dans le service* ». Comme cela nécessitait une formation en gynécologie, il réalise sa dernière année de clinicat à Jean Verdier. Il est notamment membre du groupe de travail Stratégies en AMP de l'ABM.

En 1980, il investit dans le laboratoire de recherche d'Avicennes, qu'il transforme en laboratoire de FIV avec l'aide de Brigitte Martin-Pont. Mais l'organisation de l'activité est complexe, car la séparation spatiale entre le laboratoire et le centre clinique oblige les médecins à déplacer les gamètes. Avec Florence Hervé, alors chef de clinique en gynécologie, ils ponctionnent les patientes à Jean Verdier, confient les ovocytes aux biologistes d'Avicennes, et réalisent le transfert sur place. Ce système perdure jusqu'en 1989, où l'ensemble de l'activité est réuni au sein d'un site unique.

¹¹² Les cliniciens regroupent deux praticiens hospitaliers, deux chefs de clinique à temps plein, deux assistants partagés, trois vacataires et quatre internes. Parmi les biologistes, quatre travaillent à temps plein pour l'AMP et deux pour le CECOS, dont un vacataire. À titre de comparaison, en 2009, quinze praticiens (neuf cliniciens et six biologistes) disposaient d'agrèments pour y assurer des activités d'AMP.

L'institutionnalisation des pratiques s'opère par plusieurs mouvements conjoints : l'autonomisation du service de médecine de la reproduction vis-à-vis de la gynécologie obstétrique, ainsi que le développement et la consolidation de la chirurgie et de la biologie de la reproduction.

Le début de cette phase coïncide avec l'arrivée d'Isabelle Cédric, le second pilier de Jean Verdier. Intéressée par la recherche, fascinée par les découvertes scientifiques ainsi que par le contexte médical de l'époque, elle se forme à l'endocrinologie, à la physiologie et la médecine de la reproduction. Elle passe son internat en 1985, avant de partir au Canada pour son post-doctorat. Elle devient ensuite chef de clinique à Créteil et travaille dans le laboratoire pendant un an. En 1991, elle obtient le premier poste de chef de clinique créé par Jean-Noël Hugues.

En 1994, le changement de responsable du service de gynécologie entraîne une redistribution des pouvoirs, dans un contexte où l'AMP était au centre des débats sociétaux et « *montait en légitimité* », comme le résume Isabelle Cédric. L'objectif était « *de faire reconnaître la médecine de la reproduction comme une discipline à part entière* », explique-t-elle. Cette reconnaissance passe par la création d'un service de médecine de la reproduction indépendant de la gynécologie obstétrique, et par la réunion ces deux spécialités et de la biologie de la reproduction au sein d'un même centre. Mais cette restructuration se déroule dans un contexte conflictuel. Jean-Noël Hugues se décrit, non sans ironie, comme « *le vilain petit canard* ». Selon lui, le fait d'avoir créé « *un service à part* » n'a pas plu à ses confrères gynécologues, car ce sont eux qui gèrent l'écrasante majorité des centres. Le fait qu'un « *endocrinologue soit le seul agrégé dans un service de gynécologie, c'était inédit* ». Il explique que « *les gynécologues n'acceptaient pas l'idée que la médecine de la reproduction, qui est quand même ma spécialité, soit reconnue en tant que telle* ». Il explique leur méfiance par une défense de leur territoire professionnel : « *L'enjeu, c'était leurs prérogatives en AMP* ». Les conditions de création de ce centre sont donc le résultat d'une forme de militantisme, dans un mouvement de reconnaissance la médecine de la reproduction comme un champ médical autonome et indépendant de la gynécologie. Isabelle Cédric exprime cette idée en citant les propos de Jean-Noël Hugues, selon lequel la médecine de la reproduction ne consiste pas seulement à « *mettre une aiguille dans un ovaire* ». Si le geste de la ponction ne peut certes être réalisé que par un gynécologue obstétricien, l'enjeu est de faire reconnaître auprès de la direction de l'hôpital ce qui fait la spécificité de l'approche de la médecine de la reproduction de ces endocrinologues.

L'existence d'un service de médecine de la reproduction est mise en avant par les médecins comme une particularité de ce centre, contribuant à forger son identité. Le professeur Hugues souligne que « *c'est le seul centre à Paris dans lequel trois services se juxtaposent, la gynécologie, la médecine de la reproduction et la biologie de la reproduction* ». Cette répartition est selon lui « *un des éléments clé du succès* » qui permet d'éviter les conflits et de se « *déchirer* » comme d'autres centres, citant Clamart, Cochin et Tenon. Le professeur Poncelet souligne l'impact de cette organisation sur la qualité de la prise en charge : « *Nous avons tous compris que l'intérêt supérieur c'était la qualité des soins, d'être efficient et de proposer le meilleur service aux patientes* ». Le professeur Sifer s'exprime de manière imagée et parlante : il décrit « *un corps à trois têtes, où chacun fait ce qu'il sait faire* », aboutissant à « *une méthode de fonctionnement valorisante pour tous* ». Jean-Philippe Wolf remarque aussi que cet agencement des compétences fait figure d'exception dans le paysage des centres d'AMP français, ne concernant selon lui que deux d'entre eux : « *Dans 98 % des centres, la médecine de la reproduction dépend des services de gynécologie* ». Isabelle Cédric confirme que la formation des piliers du centre constitue la principale particularité de ce lieu : « *Notre spécificité, c'est notre formation d'endocrinologue* ». Cet aspect est mis en valeur par tous comme un élément identitaire central. Nous verrons qu'il influence à la fois la gestion des patients et les stratégies médicales.

En 1995, le service quitte le pôle de la maternité, s'autonomisant ainsi de la gynécologie obstétrique. Jean-Noël Hugues obtient la chefferie du centre en 1997. La même année, les premiers internes en médecine de la reproduction et en endocrinologie renforcent les rangs de l'équipe, rejoints cinq ans plus tard par des internes en gynécologie médicale. Le passage par ce service lors de l'internat apparaît comme une condition *sine qua non* du recrutement des chefs de clinique. En effet, depuis 2000, ces derniers ont déjà exercé ou réalisé des stages à Jean Verdier avant de rejoindre les rangs de l'équipe.

La dynamisation de la chirurgie de la reproduction est été portée par l'arrivée de Christophe Poncelet en 2003, dix ans après avoir obtenu son internat en chirurgie. Il a d'abord exercé comme chef de clinique en chirurgie générale à l'hôpital Saint Louis, dénué de service de gynécologie. Au début des années 2000, il devient responsable du centre de Bichat, doté d'une « *véritable école de chirurgie* ». Il profite ensuite de la création d'un poste de MCU-PH en gynécologie à l'hôpital Jean Verdier. Sa venue a permis de « *réintégrer la chirurgie dans le*

fonctionnement du centre », discipline peu développée jusqu'alors. Il a dû trouver sa place, qu'il qualifie d'« *intermédiaire* » entre le centre d'AMP et la maternité. Il passe sa thèse, puis son habilitation à diriger des recherches (HDR), et est nommé professeur en 2007. Il valide un DESC d'andrologie pour assurer les prises en charge chirurgicales masculines. Cette capacité est rare pour un gynécologue obstétricien, puisqu'il estime que seuls une dizaine de praticiens ont cette double compétence dans la région parisienne. Il est le coordinateur du centre.

Enfin, le service de biologie de la reproduction est marqué par l'empreinte de Jean-Philippe Wolf, qui y exerce de 1997 à 2007 : « *Nous sommes dans l'école de Jean-Noël Hugues qui a créé ce centre, et de Jean-Philippe Wolf à l'époque* », explique Christophe Sifer. Ce dernier rejoint l'équipe en 2002 en tant que PH, refusant un poste de MCUPH à Bichat. Ce poste confère des responsabilités « *sans la réunionite et sans une organisation technocratique. Cette proximité avec le soin me plaisait* ». Il est aujourd'hui responsable de l'unité de biologie de la reproduction.

En 2014, Jean-Noël Hugues est remplacé à la tête du centre par Michael Grynberg, avant de le quitter un an plus tard. Il explique que Michael Grynberg est « *un des rares gynécologues obstétriciens ayant réellement fait de la médecine de la reproduction. Il a une thèse de science en endocrinologie* ». Les affinités entre les deux hommes expliquent qu'il l'ait choisi comme successeur : « *Il était proche de mon parcours en termes de thématiques. Il a également créé la maturation in vitro à Clamart* ».

Encadré 5. Parcours professionnel de Michael Grynberg, gynécologue obstétricien

Au cours de son internat en gynécologie obstétrique, qu'il obtient en 2001 à Reims, Michael Grynberg est allé à la rencontre de René Frydman pour lui faire part de son désir de faire son clinicat dans son service : « *Je lui ai dit que j'avais fait une demande pour être interne chez lui, mais que je ne viendrais qu'à une seule condition : si cela se passait bien, je devenais chef de clinique* ». Même s'il reconnaît son audace, René Frydman a visiblement apprécié ce caractère ambitieux puisqu'il accepte ces conditions. Cette collaboration, qui débute en 2008, est le fruit de son travail mais aussi d'une rencontre entre deux individus partageant des valeurs et une vision commune de la médecine : « *Ce service correspondait complètement à qui j'étais, en tant que personne (...). S'ils m'ont choisi, c'est qu'ils sentaient une envie de perfection, une ambition* ». Il décrit René Frydman comme « *un guide assez extraordinaire* » qui a joué un rôle déterminant dans sa carrière. Après son clinicat, Michael Grynberg devient PH et exerce dans à Antoine Bécclère jusqu'en 2013.

Lorsqu'il reçoit la sollicitation de Jean-Noël Hugues et de la direction de l'hôpital pour lui succéder, il y voit la possibilité de devenir PUPH. Sa décision a été favorisée par le fait que ce poste était occupé à Antoine Bécclère, et par les changements engendrés par le départ de René Frydman. Michael Grynberg accepte donc cette opportunité : « *C'est un centre renommé, qui publie, et qui se situe dans une volonté de se développer et de s'améliorer* ». Il a créé la Société Française d'Oncofertilité (SFOF) en 2013.

2.1.1.2 *Necker : un centre disparu*

L'équipe de biologistes de Necker centralise l'activité clinique de Sèvres et de Tenon. Elle travaille également avec celle de Bécclère, mais leurs conditions de collaboration créent une telle collusion entre ces équipes que leurs acteurs y mettent rapidement fin.

Le partenariat entre Sèvres et Tenon est décrit par Jacqueline Mandelbaum, gynécologue et biologiste pionnière dans la prise en charge médicale de l'infertilité en France.

Encadré 6. Jacqueline Mandelbaum, de la gynécologie à la biologie de la reproduction : un parcours atypique et transversal

Son « *aventure professionnelle* » est atypique : elle a été endocrinologue et médecin de la reproduction avant de devenir biologiste de la reproduction, formation qu'elle a acquise par la pratique et par la recherche. Par son statut hospitalo-universitaire, elle a exercé concomitamment trois métiers « *de chercheur, de médecin et d'enseignant* ».

Lors de son internat à Necker, elle rencontre Albert Netter, fondateur de la gynécologie médicale. Dès 1973, il l'incite à travailler sur la FIV et lui présente Charles Thibault, personnalité centrale dans la constitution du champ de la biologie de la reproduction française. Sous son égide, elle se lance dans des recherches sur le hamster doré et monte un laboratoire avec Michelle Plachot.

Elle est membre du conseil d'orientation de l'ABM depuis 2011 et du conseil d'administration des CECOS et du CCNE.

Dès la fin des années 1970, les biologistes de Necker, soient Jacqueline Mandelbaum, Michèle Plachot et Anne-Marie Junca, collaborent avec les services de gynécologie obstétrique

de Sèvres dirigé par Jean Cohen et de Tenon, dirigé par Jacques Salat-Baroux. À la recherche de biologistes pour créer une équipe de recherche sur la FIV, Jean Cohen s'adresse d'abord à Émile Papiernik à Béclère mais se heurte à un refus¹¹³. Il se tourne alors vers Charles Thibault, qui lui recommande les biologistes de Necker. Une collaboration débute entre eux et l'équipe de Jean Cohen, installé à Sèvres et à la Muette. Puis, Jacques Salat-Baroux leur formule la même demande et cette équipe devient « le centre de collaboration avec deux équipes cliniques et trois centres cliniques » (Mandelbaum, 2011b : 68). Le traitement, le suivi et la ponction étaient effectués par les gynécologues dans ces trois centres, car Necker ne disposait pas de service de chirurgie gynécologique. Les ovocytes étaient ensuite mis en fécondation à Necker, où était réalisé le transfert. Cette collaboration s'achève au milieu des années 1980, car Jacqueline Mandelbaum explique que la loi a exigé « *une seule affiliation par laboratoire, par biologiste (...). Nous ne pouvions plus assumer simultanément la responsabilité de Tenon et Necker. Nous avons dû choisir* ». Après avoir contribué à créer le laboratoire de Tenon avec Jacques Salat-Baroux en 1985 et en avoir « *assumé la responsabilité* », elle choisit ce centre et prend la « *chefferie* » du service dans son ensemble. Michèle Plachot part à Sèvres, centre dont l'existence est officialisée en 1984, et Anne-Marie Junca à la Muette. Leur départ signe la disparition du laboratoire à la fin des années 1990 : « *L'agrément de Necker a été suspendu, puisqu'il ne pouvait plus y avoir de laboratoire sans service clinique attendant* ».

Les biologistes de Necker ont également collaboré avec l'équipe de Béclère. Revenons avec Jacqueline Mandelbaum sur l'histoire d'une collaboration malheureuse. Dès le départ, les relations entre ces équipes sont ambivalentes, oscillant entre des rapports affectifs et concurrentiels : « *Nous étions à la fois rivaux et amis* ». Une anecdote illustre comment ces affinités personnelles sont dépassées par la compétition qui s'exerce entre les équipes, dans la course entre « *les garçons* » de Béclère et « *la bande des filles* » de Necker. Les secondes rencontrent une difficulté de taille : elles obtiennent des fécondations mais les embryons ne dépassent pas le stade de quatre cellules. Pour identifier le rôle des conditions de réalisation de la technique et du geste du biologiste dans ces échecs, Jean Cohen propose à Jacques Testart de prélever les ovocytes à Sèvres, de lui envoyer à Clamart à la place de Necker pour les féconder,

¹¹³ Jacqueline Mandelbaum explique lors de notre entretien que René Frydman voulait « *manager sa petite entreprise* ».

et d'effectuer le transfert à Sèvres. Jacqueline Mandelbaum explique que le but est de voir « *si nous obtenons des embryons qui se divisent. Si c'est le cas, c'est donc que l'étape de transport ne joue pas et qu'il faut revoir quelque chose au niveau de notre procédure* ». Le premier essai est un succès et Jacques Testart parvient à obtenir des embryons. À ce moment-là, Jacqueline Mandelbaum réalise que « nous n'avons pas réfléchi aux conséquences. Nous venions d'entrecroiser cliniciens et biologistes de deux équipes amies... mais néanmoins concurrentes » (2011b : 68). Elle décrit les réactions des uns et des autres : « *Jean Cohen était ravi, Jacques Testart aussi, nous nous étions contentes parce que cette première grossesse était un succès, et René Frydman n'était pas content (...). Il était dépossédé de tout* ». Jacques Testart dresse une autre description de ces réactions :

« Un communiqué de l'hôpital de Sèvres rendit la chose publique, en insistant sur le rôle de ses propres médecins, lesquels avaient réussi cet exploit "en collaboration" avec les équipes de Necker et Clamart. Les copines n'étaient pas trop fières de leur participation marginale à cette "première médicale". J'étais plutôt frustré que mon intervention ait été reléguée au dernier rang des collaborations ; quand à René, il était carrément en colère : sa fonction habituelle ayant été court-circuitée, son rôle avait été inexistant » (1986 : 74).

Finalement, la tentative fut un succès en demi-teinte. L'embryon s'est divisé mais la patiente a fait une fausse couche. Ce premier essai fut le dernier : « Le protocole expérimental s'arrêta là, les clivages avaient désormais lieu également à Necker, sans que nous ayons modifié nos pratiques » (Mandelbaum, 2011b : 68). De plus, cette expérience montre qu'au-delà d'une volonté commune de réussir, les aspirations individuelles nuisent à la collaboration entre les équipes. L'important est d'être le premier, celui que l'histoire retiendra.

2.1.1.3 *La disparition du centre de Kremlin-Bicêtre au profit de celui de Cochin*

L'histoire de Cochin a notamment été marquée par des figures de la biologie française, comme l'explique Christophe Sifer : « *Cochin, c'est l'école de Jean-Philippe Wolf, qui était elle-même celle de Pierre Jouannet et de Georges David, deux têtes pensantes, pionnières dans ce domaine* ».

Encadré 7. Pierre Jouannet, médecin biologiste, de Bicêtre à Cochin

Lors de son diplôme d'étude approfondie (DEA) en endocrinologie, il rencontre Charles Thibault qui lui propose de travailler sur la capacitation du spermatozoïde chez le lapin, puis Georges David qui le sollicite pour intégrer son équipe en 1969¹¹⁴. Il est nommé Professeur en 1986. À la fermeture de Bicêtre en 1994, il crée le service de biologie de la reproduction de Cochin, dont il prend la direction jusqu'en 2007. Il devient professeur émérite à Paris Descartes en 2010. Il a aussi été vice-président du comité médical et scientifique de l'ABM dès 2005. Il est membre de l'Académie de médecine. Il participe au comité d'éthique de l'INSERM.

Revenons avec Pierre Jouannet sur l'histoire de Bicêtre. Ce centre a été créé en 1968 par Georges David. À l'initiative de ces deux praticiens, les biologistes de Bicêtre développent une activité de FIV dévolue exclusivement aux indications masculines. Ils reçoivent les ovocytes d'Antoine Bécère, de Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, de Montsouris et de Jean Verdier. Une collaboration s'installe notamment entre Pierre Jouannet et Jean-Philippe Wolf d'une part, et René Frydman et Jacques Testart de l'autre. Ce partenariat est favorisé par les liens entretenus par le premier avec Émile Papiernik, dont la rencontre a fortement marqué le biologiste : « *C'était aussi à lui, entre autres, que je dois mon orientation professionnelle* ». Pierre Jouannet le décrit comme un gynécologue, qui « *à la différence de beaucoup d'autres, s'est intéressé à la reproduction. Il avait aussi fait le DEA chez Charles Thibault* ». De plus, Bicêtre appartenait au même centre hospitalo-universitaire (CHU) que Bécère ; leurs liens étaient donc « *naturels* ». Pourtant, Pierre Jouannet ne cache pas la complexité de l'organisation du travail, due en partie à la distance géographique. La création du CECOS par Georges David en 1973 dynamise le centre de Bicêtre, renforce sa spécialisation en infertilité masculine, et contribue à sa notoriété. Malgré de nombreuses forces, l'absence de maternité et de service de gynécologie freine son développement. Au début des années 1990, souhaitant restructurer l'offre de soins dans l'ensemble de ses établissements, la direction de l'APHP propose à Pierre Jouannet de prendre la responsabilité le service de biologie de la reproduction de Cochin, créé après la fusion entre la maternité de Port-Royal et de Baudelocque. Les services et le CECOS de Bicêtre y déménagent en 1994.

¹¹⁴ Pour plus d'informations sur la trajectoire professionnelle de Georges David, se référer à l'entretien accordé à Jean-François Moreau le premier août 2007 disponible sur www.jfma.fr consulté le 17-11-13. Un film, coproduit par la fédération des CECOS intitulé « Georges David, un médecin du vingtième siècle », est également disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=jzzYRRa bi8>.

L'unité clinique est actuellement dirigée par Dominique De Ziegler¹¹⁵. L'unité biologique est dirigée par Jean-Philippe Wolf.

Encadré 8. Jean-Philippe Wolf, un parcours entre Bicêtre, Jean Verdier et Cochin

Il se décrit comme un « *OVNI* » car il est à la fois gynécologue obstétricien et biologiste de la reproduction. La variété de ses compétences lui offre « *un regard très complet* ». Après son internat en médecine interne, il pratique la gynécologie obstétrique, la chirurgie générale et la cancérologie. Attiré par la recherche, il fait une thèse de sciences aux États-Unis, où il rencontre, au cours d'un congrès, René Frydman et Pierre Jouannet. Ce dernier a joué un rôle déterminant dans sa carrière. Pierre Jouannet a sensiblement influencé son orientation professionnelle et son passage de la « *gynécologie obstétrique pure et dure à la biologie* ». Il a également facilité son ascension professionnelle. Il lui propose d'abord d'intégrer son équipe à Bicêtre pour mettre en place l'ICSI en 1987. Il le nomme MCF puis PH. Ils travaillent ensemble jusqu'en 1997, date à laquelle Pierre Jouannet lui suggère le poste de chef de service de biologie à Jean Verdier. Il y restera dix ans, jusqu'au départ à la retraite de Pierre Jouannet, que Jean-Philippe Wolf remplace à la tête du service de Cochin.

2.1.2 Les centres privés

L'hôpital Américain à Neuilly-sur-Seine dans les Hauts-de-Seine a été créé en 1984 par des anciens professionnels d'Antoine Béclère, soient les biologistes Jacques Testart et Alain Thébault, qui avaient déjà menés des recherches conjointes sur l'animal, en collaboration avec deux gynécologues de Béclère, Gérard Héluin et André Gauthier. Jacques Testart codirige le laboratoire avec Pascal Briot, jusqu'à sa retraite en 2003, à 65 ans. Les autres co-fondateurs y exercent toujours.

Le laboratoire Clément et l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis, anciennement la clinique du Blanc-Mesnil, ont été créés en même temps, en 1963, par un chirurgien et un biologiste. Le responsable du laboratoire explique que « *c'était un ancien hôtel que le docteur Aubradour a racheté. Il en a fait une clinique, avec un bloc et quatre chambres. La clinique appartient actuellement au groupe de la générale de santé* », entreprise cotée en Bourse. L'activité d'AMP a démarré au milieu des années 1980, mais s'est interrompue au départ de son initiateur. Elle est relancée en 1997 par Patrice Clément et les docteurs Alain Laffy et Dominique-Lucie Dujardin.

Le centre de la Dhuis à Bagnolet en Seine-Saint-Denis est né en 1985 de la collaboration entre une biologiste, Simone Zerah, et un gynécologue obstétricien, Dominique Cornet¹¹⁶.

¹¹⁵ Cette unité a également été dirigée par Jean-René Zorn, Françoise Merlet et François Olivennes.

¹¹⁶ Ce gynécologue a notamment exercé à Tenon et travaille actuellement avec la clinique de la Muette.

Le centre de la clinique de la Muette a été créé en 1989, par les gynécologues Laurent Tesquier et Didier Delafontaine. Il travaille principalement en collaboration avec le laboratoire Eylau-Unilabs, créé en 1995.

Le centre de Jean Villar à Bruges en Gironde a été créé en 1982. L'année suivante, il donne naissance au premier bébé né dans un centre privé en France, grâce à la collaboration entre les gynécologues Alain Audebert, Jean-Claude Empereire et Serge Larue-Charlus, et les médecins biologistes Sauveur Verdaguer et Pierre Guy Discamps.

2.2 La richesse de l'offre de soins

Au-delà de valeurs fédératrices qui homogénéisent la description de l'offre de soins par les acteurs, l'idéal du soin prend des formes différentes selon les structures dans lesquelles exercent des professionnels. Les centres de l'APHP se distinguent par leur statut hospitalo-universitaire, alors que les centres privés mettent en avant leur disponibilité et leur réactivité.

2.2.1 Présentations et représentations de l'offre de soins

Les professionnels du public et du privé soulignent conjointement leurs compétences et insistent sur la relation directe qu'ils entretiennent avec les couples. Ils mettent en avant la polyvalence de leurs prestations, le modernisme de leurs techniques, et soulignent leurs performances.

2.2.1.1 *Des relations personnalisées*

Les professionnels rencontrés soulignent à la fois leurs compétences et la relation qu'ils entretiennent avec les couples. Jérémy Boujenah et Christophe Poncelet ont par exemple mis en valeur l'« *expérience* » et le « *niveau d'excellence* » des professionnels de Jean Verdier.

De même, les dirigeants de Sèvres insistent sur la compétence du personnel. Olivier Kulski, responsable du laboratoire, le décrit comme « *qualifié, très concerné, très motivé* ». Joëlle Belaisch-Allart qualifie l'équipe d'« *extrêmement performante* ». Elle décrit une bonne dynamique interprofessionnelle entre la quinzaine de gynécologues et de biologistes.

Encadré 9. Parcours professionnel de Joëlle Belaisch-Allart : de Béclère à Cochin

Malgré le fait que son père, gynécologue, exerçait en secteur privé, elle a choisi le secteur public, choix qu'elle regrette un peu à cause de la rigidité de l'hôpital et de la « *pesanteur de l'administration* ». Après avoir exercé à Antoine Béclère dès l'époque de la naissance d'Amandine, elle rejoint l'hôpital de Sèvres en 1992 et prend la suite de Jean Cohen. Elle dirige actuellement le service de gynécologie obstétrique et le centre d'AMP. Elle est ou a été membre de nombreuses sociétés savantes : vice-présidente du CNGOF, co-présidente de la FFER, présidente du GEFF, membre du conseil scientifique de l'ABM et notamment du groupe de travail « Stratégies en AMP », et membre du CCNE jusqu'en 2013.

L'exploration des sites internet des centres renseigne sur l'image qu'ils souhaitent véhiculer. Par exemple, sur celui de l'hôpital Américain, véritable vitrine du centre, une vidéo traduite en anglais le présente comme un « leader »¹¹⁷. Comme les autres structures, ce court-métrage vante l'expérience et la qualification de ses praticiens. Il insiste également sur l'existence d'un « suivi personnalisé par le même médecin ». Carine Pessah utilise ce même élément pour caractériser la culture du centre, qui « *se veut personnalisée. Nous essayons de faire du cas par cas* ». Charles Brami souligne aussi le rapport direct et individualisé entretenu avec les couples qui, grâce à « *une facilité de contact* » et à la qualité d'« *écoute* » du médecin, constitue « *la force de notre activité* ». Comme Jérôme Pfeffer, ils sont nombreux à insister sur une prise en charge « *individualisée* », qui s'effectue au cas par cas.

2.2.1.2 Des centres modernes et innovants

Parmi les éléments conjointement mis en avant par les acteurs pour mettre en valeur la qualité de leur centre, la modernité des locaux, des équipements et des techniques est très souvent soulignée.

Lors de notre échange, René Frydman décrit Béclère comme une structure « *ournée vers l'innovation* » qui s'inscrit dans la tradition initiée par Émile Papiernik « *qui a imprimé cette marque. Je crois que j'ai endossé sa façon de faire* ».

Les responsables de Sèvres mettent en valeur le modernisme du centre, situé à la pointe de la technologie. Olivier Kulski insiste sur l'équipement du laboratoire : « Nous assistons très régulièrement à des congrès nationaux, internationaux, pour ramener dans notre laboratoire les dernières innovations technologiques. Nous sommes équipés de matériel très sophistiqué ». Joëlle

¹¹⁷ <http://www.american-hospital.org/fr/notre-offre-de-soins/centres-services-specialises.html> consulté le 24-10-14.

Belaisch-Allart précise que ces médecins ont recours à des techniques innovantes comme l'IMSI et la vitrification, une technique de congélation ultrarapide de l'embryon autorisée depuis 2011.

Jean-Philippe Wolf met en relief le prestige de Cochin en rappelant que l'équipe réunit des figures importantes de la discipline. Il souligne aussi la modernité des locaux et du plateau technique.

Le site de la clinique de la Muette vante l'équipement de ce centre, avec un « plateau technique de tout premier plan »¹¹⁸. De même, celui de l'hôpital Américain valorise la qualité des locaux, « modernes et spacieux (...) entièrement rénovés, sur une surface de plus de 300 m² ». Il insiste sur « des équipements de dernière génération (...), un environnement hospitalier de très haut niveau : tous les examens complémentaires peuvent être réalisés sur place ». Il met en valeur l'utilisation de techniques récentes comme la culture embryonnaire, la vitrification des embryons et des ovocytes ou la préservation de la fertilité. Le tout « dans les meilleures conditions d'accueil et de confort (...), de sécurité et d'efficacité optimales ».

2.2.1.3 *Des équipes performantes*

Les centres ont tendance à insister sur leurs résultats, comme le montre le contenu de leurs sites internet. À titre d'exemple, Renato Fanchin, sur le site d'Antoine Béclère, souligne l'efficacité de ses médecins en mentionnant des taux de grossesse et d'accouchement élevés qui, dit-il, « nous placent parmi les centres de pointe en France et en Europe ». Il y vante ces performances : « Nous sommes très fiers de nos résultats, parce que nous obtenons en moyenne tous âges confondus environ 45 % de grossesses cliniques par prélèvement d'ovocytes et environ 30 % d'accouchements »¹¹⁹. De même, le site de Sèvres permet de mettre en avant les résultats du centre, décrits comme supérieurs à la moyenne. En 2012, il évoque « un taux global de grossesse par ponction de 30 % et de 35 % par transfert ». Lors de notre entretien, Joëlle Belaisch-Allart précise que ces résultats expriment seulement les grossesses cliniques. Le site internet de l'hôpital de la Seine-Saint-Denis évoque 30 % de grossesses par ponction sans plus de précision. Les résultats fournis sur le site de Jean Villar distinguent les femmes de moins et de plus de 37 ans : en 2010, le taux de grossesse par ponction est de 42 % pour les premières et de 25 % pour

¹¹⁸ <http://www.clinique-delamuette.fr/spécialités/pma.aspx> consulté le 24-10-14.

¹¹⁹ <http://www.aphp.fr/hopital/antoine-beclere/services/> consulté le 23-10-14.

les secondes¹²⁰. La faible précision de ces chiffres les rend difficilement exploitables. Seule la clinique de la Dhuys publie les résultats de l'évaluation menée par l'ABM¹²¹.

2.2.1.4 Des prestations larges

En privé comme en public, les professionnels mettent en avant la polyvalence de leurs prestations. Jérôme Pfeffer souligne que « *techniquement, nous sommes à la pointe. Nous faisons toutes les techniques possibles actuellement proposées* ». De même, Patrice Clément rappelle que son laboratoire est la seule structure privée de la région à bénéficier de tous les agréments pour l'AMP et le diagnostic prénatal¹²². Sa collaboration avec la clinique, ainsi que le rythme de travail et la nature des activités, l'incitent à rapprocher son fonctionnement de celui d'un laboratoire hospitalier : « *Nous travaillons 24 heures sur 24, dans l'urgence permanente, nous sommes vraiment comme un laboratoire hospitalier. Toutes proportions gardées, nous ne sommes pas non plus un laboratoire de recherche* ». Tous les centres privés étudiés proposent le don de sperme¹²³. Des centres comme l'hôpital Américain, la Muette ou la Dhuys réalisent une cinquantaine d'actes par an, mais cette activité reste très marginale dans d'autres centres, comme à l'hôpital de la Seine-Saint-Denis.

Le secteur public se distingue du privé en ce qu'il propose des prestations spécifiques, et notamment la prise en charge de personnes à risque viral, l'AMP avec don de gamètes, la préservation de la fertilité et le diagnostic préimplantatoire. Jacqueline Mandelbaum décrit le CHU de Tenon comme « *très complet* »¹²⁴. De même, Pierre Jouannet souligne la richesse de l'offre à Cochin : « *Nous voulions couvrir l'ensemble des actes possibles en AMP* ». Cette polyvalence s'accompagne d'un phénomène de spécialisation. Par exemple, l'AMP avec don est proposée par les cinq centres publics étudiés, mais cette activité est plus développée à Jean Verdier et Cochin qu'à Bécélère ou Sèvres. La prise en charge en contexte viral, très peu développée sur le territoire, constitue une particularité de certains lieux, comme Tenon ou Cochin. Ces deux centres sont également spécialisés dans la prise en charge et la préservation de

¹²⁰ <http://www.fivbordeaux.com> consulté de 24-10-14.

¹²¹ <http://www.amp93.com/> consulté le 24-10-14 et <http://www.amp93.com/wp-content/uploads/2014/04/Evaluation-Dhuys-2011.pdf> consultés le 24-10-14.

¹²² Notamment de biologie polyvalente, biologie de la reproduction, génétique et cytogénétique.

¹²³ Cette prestation peut paraître étonnante compte tenu du fait que cette activité est censée être réservée au secteur public.

¹²⁴ <http://tenon.aphp.fr/le-service-dhistologie-a-orientation-biologie-de-la-reproduction-cecos/> et <http://tenon.aphp.fr/gynecologie-obstetrique-medecine-de-la-reproduction/> consultés le 24-10-14.

la fertilité masculine. À Cochin notamment, les médecins reçoivent des hommes transsexuels au sein d'un programme initié par Pierre Jouannet (2014). Depuis 2014, ils proposent également la préservation de la fertilité, en cas de maladie grave. Le DPI est une des rares prestations qui n'est pas offerte, la candidature de ce centre ayant été rejetée au profit de celle d'Antoine Béclère.

À Jean Verdier aussi, l'offre de soins est large, puisque seule l'AMP en contexte viral n'est pas proposée. La présence d'un CECOS, qui a été transféré de Necker en 2008, permet d'assurer une importante avec de don de sperme et dans une moindre mesure, de don d'ovocytes. La prise en charge de l'homme est également partie intégrante de l'offre de soins. L'attention portée à l'homme est une conséquence de la formation en endocrinologie des fondateurs du centre. Isabelle Cédric constate que dans la plupart des centres conduits par des gynécologues obstétriciens, « *la prise en charge est plus ciblée sur la femme* ». Mais l'expérience des médecins de Jean Verdier leur permet de mieux prendre en considération l'aspect masculin : « *Du fait de notre formation d'endocrinologue, nous avons l'habitude de prendre en charge l'homme* ». Elle présente cette pratique comme une exception : « *Nous sommes l'un des rares centres où les hommes sont examinés de façon systématique* ». Jean-Noël Hugues souligne lui aussi cette spécificité et explique le manque d'attention de ses confrères aux problématiques masculines par un déficit de formation des gynécologues. Les médecins de Jean Verdier ont recours à des techniques moins courantes comme la culture embryonnaire prolongée, l'éclosion assistée ou les tentatives en cycle naturel. En 2011, quelques mois après l'autorisation de la vitrification embryonnaire, l'équipe obtient la première naissance issue de cette technique.

Avec l'arrivée de Michael Grynberg, l'offre de soins s'est élargie à la préservation de la fertilité¹²⁵. Cette prestation se distingue de l'autoconservation en ce qu'elle est proposée à des personnes s'appêtant à subir un traitement toxique pour leurs gamètes¹²⁶. Le souhait de Michael Grynberg de développer l'oncofertilité à Jean Verdier a séduit Jean-Noël Hugues : « *C'était un projet très cohérent pour nous* ». Il se réjouit de cette nouvelle activité, qui le rapproche de son parcours initial de médecin. Christophe Poncelet, qui voulait développer cette activité à sa

¹²⁵ Selon Article L2141-11, modifié par loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 32 : « Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité ».

¹²⁶ Les enjeux liés à l'autoconservation de la fertilité sont trop larges pour être abordés dans le cadre de ce travail. Nous nous focaliserons donc sur l'une de ses applications : l'oncofertilité.

nomination en 2007, l'accueille également avec « *bienveillance* ». Elle représente selon lui « *un nouvel instrument, une corde de plus à notre arc de techniques* ». Cette innovation poursuit « *un but humaniste et altruiste* », ce qui l'oppose à des motivations mercantiles : « *Nous ne le faisons pas pour nous enrichir personnellement. Nous rendons service à des femmes jeunes qui vont subir de lourds traitements* ». Se différencier des autres et proposer une offre de soins novatrice est un enjeu de notoriété et de reconnaissance pour un centre d'AMP et celui qui le dirige, comme l'explique Nathalie Besoin, cadre à Jean Verdier : « *Michael Grynberg souhaite en faire un centre de référence, ce qu'il était déjà en AMP, en ajoutant la préservation de la fertilité* ».

Cependant, la mise en place de l'oncofertilité est complexe et pose des problèmes d'organisation. En effet, en 2015, seulement une année après son introduction à Jean Verdier, cette offre de soins représente déjà un tiers des ponctions. Mais cette activité d'urgence et non planifiable est particulièrement contraignante pour les acteurs. Les équipes doivent réagir vite, avant que le traitement contre le cancer ne soit initié. La coordination des actes entre les cliniciens, les anesthésistes, les chirurgiens et les biologistes, ainsi que l'organisation du parcours de soins sont assurées par la sage-femme, Alexandra Benoit. Celle-ci doit également composer avec une disponibilité limitée du personnel et des locaux, notamment du bloc opératoire. En outre, la spécialisation de l'offre de soins s'accompagne d'une intensification de l'activité et d'une volonté d'améliorer les résultats du centre, dans un souci d'efficacité et de compétitivité. Or, les capacités d'accueil n'étant pas exponentielles, nous verrons par la suite que cette nouvelle prestation participe à la réorientation du recrutement des patientes. Elle a également des répercussions sur le déroulement du parcours et sur le choix des autres procédés biomédicaux.

2.2.2 Des vocations différentes

L'offre de soins est plus large dans le secteur public que dans le privé. Les équipes hospitalières partagent une orientation vers la recherche et l'enseignement, mais elles ont tendance à se spécialiser dans certaines activités. Les acteurs libéraux valorisent leur disponibilité et un contact direct avec le gynécologue. Nous verrons dans une seconde partie qu'ils sont aussi plus accessibles que certains centres publics.

2.2.2.1 *Des centres publics tournés vers l'Université et la recherche*

Tous les centres publics étudiés mettent en valeur la mission de formation et de recherche induite par leur appartenance à l'APHP. Cette démonstration est observable tant dans le contenu des sites internet que dans les discours des individus. Dans une vidéo présente sur le site internet de l'hôpital Antoine Bécclère, Renato Fanchin insiste sur l'attractivité de l'offre de formation proposée. Il souligne la mission universitaire de ce CHU et le prestige dont il jouit. De même, le site de Cochin met en avant sa dimension hospitalo-universitaire, le but étant « d'offrir une qualité de soins irréprochable tout en développant une activité de recherche et d'enseignement de haut niveau »¹²⁷.

Au-delà de l'image véhiculée auprès du grand public, l'insistance des acteurs sur ces dimensions montre à quel point elles sont constituantes de l'identité des centres.

La fonction de formation de Jean Verdier est notamment assurée par l'accueil de nombreux internes. Leur intégration au sein de l'équipe répond à l'image que Jean-Noël Hugues nourrit vis-à-vis de ses missions professionnelles : « *J'ai toujours considéré que mon rôle était de former les internes* ». Ainsi, il a par exemple organisé l'emploi du temps pour favoriser la recherche et la publication. Clémence Roche s'appuie sur l'exemple des revues de littérature scientifique hebdomadaires pour souligner l'aspect atypique de cette manière de travailler : « *Le lundi matin nous lisons des articles. Aucun centre de PMA ne le fait !* ». Cette situation découle d'une volonté du chef de service : « *C'est son choix, pour que nous puissions publier et que nous restions un service universitaire* ». Nous reviendrons sur l'impact de cette double orientation sur la culture du centre, qui « *joue à la fois sur la sélection de la patientèle et sur le parcours de soin* », explique Isabelle Cédric.

Le centre de Cochin est particulièrement investi dans la recherche académique. Cette vocation est un motif de fierté pour ses médecins. Cette posture a été impulsée par Pierre Jouannet : « *J'ai toujours pensé que nous avons une vocation de recherche* ». Ce centre est devenu selon Jean-Philippe Wolf « *le plus grand service académique de l'Assistance Publique et peut-être de France* ». Outre cette vocation universitaire, il souligne les moyens alloués pour favoriser la recherche : « *Nous sommes le plus gros centre de recherche en AMP en France* ». Dans cette perspective, le centre cultive une position d'ouverture : « *La porte est largement ouverte à toutes les investigations d'ordre sociétal, psychologique et fondamental* ».

¹²⁷ <http://www.gynecochin.com> consulté le 23-10-14.

2.2.2.2 Des centres privés privilégiant un accès rapide aux soins

Alors que les acteurs des centres publics insistent sur leur mission de recherche, de formation et d'enseignement, les acteurs des centres privés soulignent l'absence de délai d'attente comme un de leur principal atout. La question des délais d'attente revêt une importance centrale pour les couples, comme l'explique Émilie : « *C'est un vrai critère. Le plus difficile, c'est d'être dans le stress et l'attente, et qu'il ne se passe rien* ». Certaines femmes infertiles, réunies dans l'association BAMP soulignent « des délais souvent trop longs pour la prise en charge des patientes de plus de 35 ans »¹²⁸.

Dans les centres publics, très sollicités, les délais d'attente sont souvent plus longs que dans le domaine libéral. À Antoine Béclère, ils peuvent avoisiner les six mois. À Cochin, ils dépassent souvent les trois mois. Les médecins hospitaliers ont peu évoqué cette question, alors que leurs confrères du privé valorisent régulièrement la rapidité de la prise en charge, comme Charles Bami : « *Il n'y a pratiquement pas de délai ou de liste d'attente (...). Si le dossier de la patiente est complet, elle peut être prise en charge le mois suivant* ». De même, à Jean Villar, le délai d'accès à la consultation est réduit à un mois grâce à une collaboration interdisciplinaire efficace avec les gynécologues obstétriciens, chirurgiens ou spécialisés en anténatal.

Nous reviendrons sur cette question pour montrer comment le degré de sollicitation des centres et l'équilibre entre l'offre et la demande favorisent autant qu'ils justifient les pratiques de sélection des patients.

2.2.3 Volumes et répartition de l'activité

En 2013, les données fournies par l'ABM (2015a) permettent de constater que le nombre de FIV dans les centres publics étudiés est relativement homogène¹²⁹. À l'exception de Cochin,

¹²⁸ https://bamp.fr/manifeste-association-patients-et-ex-patients-amp-pma?iframe=true&theme_preview=true consulté le 1-11-2014.

¹²⁹ Se référer à deux tableaux situés en annexe. Le tableau 2 renseigne sur nombre d'actes d'AMP selon les techniques, en intraconjugal, par centre. Le tableau 3 décrit la répartition de l'activité d'AMP selon les techniques et les centres. Le nombre d'actes total a été obtenu en additionnant les inséminations aux ponctions. Les inséminations ont été comptabilisées en nombre de cycles. Les ICSI regroupent les tentatives réalisées à partir de sperme éjaculé et de spermatozoïdes prélevés par voie chirurgicale. Les transferts d'embryons congelés ont été exclus de ces chiffres. En effet, le dénominateur choisi par l'ABM est celui de la ponction, et non du transfert. Le nombre de TEC est une donnée difficilement exploitable, car une tentative de FIV peut donner lieu à plusieurs transferts. De plus, il est impossible de distinguer les embryons obtenus en FIV ou en ICSI.

qui assure un volume important, les autres font entre 600 et 700 ponctions par an, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne nationale. Le nombre d'inséminations est plus variable et oscille entre 100 et 400. Jean Verdier se singularise par le fait que les inséminations représentent plus de la moitié de l'activité. À Sèvres, cette part s'élève à un tiers. Mais Béclère et Cochin font sept fois plus de FIV que d'inséminations, et Tenon six fois plus.

Le volume d'activité des centres privés étudiés est globalement plus élevé que celui des centres publics. De plus, ces médecins ont plus souvent recours à l'insémination que certains de leurs confrères hospitaliers. Par exemple, le centre de la Muette, le plus grand centre français de par son volume d'activité, se distingue par un nombre d'inséminations presque trois fois plus élevé que le nombre de FIV. Dans les centres du Blanc-Mesnil et de la Dhuis, d'autres structures importantes de la région parisienne, les inséminations sont également plus nombreuses que les FIV. L'hôpital Américain fait figure d'exception en ce que les inséminations sont deux fois moins nombreuses que les 1 700 ponctions de FIV annuelles.

2.3 Des organisations et des interactions diverses

La qualité des interactions entre professionnels, ainsi que l'intensité de l'interdisciplinarité, diffèrent selon les lieux et leurs histoires.

À l'hôpital, les modalités décisionnelles sont collectives. Ce type de structures valorise la pluridisciplinarité et l'investissement exclusif des praticiens. Les équipes comptent relativement souvent des sages-femmes. De même pour les psychologues, mais leur présence reste encore marginale. Les concertations entre cliniciens et biologistes sont fréquentes et formalisées. Leurs places dans le processus décisionnel varient selon les hôpitaux.

Le secteur libéral valorise la liberté des praticiens. Les décisions sont prises de manière autonome par le gynécologue et son activité est peu soumise au regard de ses confrères. L'individualisation des pratiques se manifeste par la faible fréquence des réunions collectives, qui oscille entre un rythme hebdomadaire et trimestriel. Les concertations sont davantage informelles et interindividuelles. Les échanges sont diffus, distillés dans la pratique quotidienne. En rendant possible la dispersion de l'activité, l'organisation du travail joue sur les conditions de collaboration et alimente une individualisation de la pratique. Ces structures ne comptent pas de sages-femmes, et rarement de psychologues. L'espace d'intervention des biologistes est plus difficile à trouver, en l'absence de staff d'inclusion et de système de double consultation.

2.3.1 Un modèle hospitalier collectif et interdisciplinaire

Les structures publiques privilégient la pluridisciplinarité, mais son intensité est variable. Les acteurs travaillent en équipe, ce qui les distingue des structures libérales, comme en témoigne la description par Pierre Jouannet des pratiques à Cochin : « *Dans le privé les organisations sont très différentes. Il y a moins de travail en équipe que dans notre centre* ». Ce fonctionnement en groupe se manifeste par des concertations pluridisciplinaires fréquentes et formalisées. Par exemple, à Cochin, il y a trois staffs par semaine. Le staff clinico-biologique hebdomadaire étant complété deux fois par mois par les staffs du CECOS et d'andrologie.

Le modèle décisionnel à l'hôpital est fondé sur la négociation entre les acteurs. À Jean Verdier par exemple, chaque dossier est discuté de manière singulière. Les décisions sont adaptées aux particularités de chaque couple. Cette norme du cas par cas est centrale dans le système de valeurs des médecins de la procréation, comme en témoigne cette assertion de René Frydman : « Toutes les décisions ne sont pas généralisables. Le traitement au cas par cas constitue le fondement d'une pratique médicale responsable » (2008 : 74). Cette attitude s'oppose à une pratique standardisée et guidée par des protocoles. La réflexion préalable confère à la décision sa valeur et témoigne de sa justesse.

2.3.1.1 Une interdisciplinarité à géométrie variable

À l'hôpital, les sages-femmes et les psychologues sont mieux représentés qu'en secteur privé et mais leur intégration dans la chaîne de soins varie selon les centres. Un rapport d'inspection de l'ABM relève que la place des psychologues « diffère considérablement d'un centre à l'autre et est quasi inexistante lorsqu'il s'agit d'insémination artificielle. Dans le secteur public, l'accès à un psychologue est quasi systématique mais toutes les équipes ne lui font pas la même place lors des staffs » (2012 : 15).

À Jean Verdier, entre 2003 et 2015, l'équipe ne comptait pas de psychologue. Mais la situation n'a pas toujours été ainsi. Dominique Neuman a travaillé aux côtés de Jean-Noël Hugues dès 1983 et ce pendant vingt ans. Elle assistait à ses consultations à Avicennes, avant de le suivre à Jean Verdier. Isabelle Cédrin explique que « *pendant les dix premières années, tous les couples en FIV rencontraient obligatoirement la psychologue* ». Jean-Noël Hugues regrette son départ, causé par des différends personnels. Elle a rejoint le pôle de la maternité, ce qui a

compliqué, selon Isabelle Cédric, le recrutement d'un autre psychologue. Cette absence est ressentie comme un frein à une prise en charge de qualité, tant pour les patients que pour les professionnels. Une clinicienne raconte que parfois, « *nous n'avons pas les bons mots, parce que nous-mêmes nous sommes un peu désemparés, et ce n'est pas évident d'aider les gens quand nous partageons leur détresse* ». Lorsque les praticiens sollicitent les psychologues du service de pédopsychiatrie, pour des troubles sexologiques par exemple, ils se voient souvent opposer un refus. Les psychiatres du CECOS sont peu disponibles et ne sont pas présents lors des staffs. Michael Grynberg, dont l'épouse est psychologue en AMP, est sensible à ces questions : « *Notre priorité, c'est de soulager les patients* ». De plus, le développement de l'oncofertilité rend indispensable la présence d'une sage-femme à temps plein. Grâce à l'action de Michael Grynberg, qui, selon Alexandra Benoit, « *a valorisé le poste de sage-femme à temps plein auprès de la direction* », la demande de création de poste a été acceptée et une psychologue travaille désormais dans l'équipe à temps plein.

La place du psychologue à Béclère et à Sèvres semble similaire. Le premier compte une psychologue à temps plein, le second deux à mi-temps. Mais dans les deux centres, elles sont rarement présentes aux staffs. Le second propose les compétences d'un sophrologue.

Le rôle de ces professionnels semble davantage exploité à Cochin et à Tenon. Dans le premier, deux psychologues exercent à mi-temps en médecine de la reproduction, mais ceux dédiés aux CECOS sont nombreux et participent à des programmes de recherches liés aux aspects psychologiques de la maternité consécutive à un don. Lorsque Jacqueline Mandelbaum exerçait dans le second, elle a « *fait en sorte d'obtenir des vacances de psychologue* », estimant que leur présence devrait être obligatoire. Le chef de service de l'époque, Jacques Salat-Baroux, s'est montré réceptif et ouvert à sa demande. Ces deux volontés ont abouti à une situation où « *les psychologues sont intégrés dans l'équipe. C'est très différent que lorsque nous envoyons la personne consulter un psychologue libéral* ». Cette consultation est d'autant plus facile à accepter pour les patients qu'ils ont l'impression de rencontrer « *un intervenant du centre* ». Elle insiste sur la richesse de la collaboration avec ces professionnels soulignant « *l'apport de la réflexion multidisciplinaire* ».

La place du psychologue dépend de contraintes structurelles. Les créations de postes sont notamment freinées par des facteurs économiques. Ces consultations étant gratuites, elles ne rapportent pas d'argent au service. De plus, la présence de ces professionnels dépend des priorités

budgétaires établies par les chefs d'équipe. Elle est également tributaire de la sensibilité du dirigeant du service et de sa capacité à négocier cette place au sein de l'équipe.

La place des biologistes est, elle aussi, parfois difficile à trouver. Par exemple, depuis ce que Christophe Sifer appelle « *l'affaire Testart* », les relations entre cliniciens et biologistes à Antoine Béclère semblent compliquées. La lutte d'influence entre René Frydman et Jacques Testart a façonné le visage actuel de ce centre et a inscrit son empreinte sur son organisation. Lorsque Christophe Sifer y travaillait, elles étaient faiblement développées. Il parle d'une « *main mise des gynécologues sur leur laboratoire* ». Les biologistes n'occupaient qu'une place marginale dans les décisions : « *Les gynécologues s'adressaient directement aux techniciens de laboratoire. Les biologistes n'avaient pas d'existence réelle* ». Interrogé sur le nombre de biologistes et de cliniciens qui composent son équipe, Renato Fanchin répond : « *Je n'ai pas d'équipe biologique. L'équipe biologique est séparée. Nous travaillons main dans la main, mais elle n'est pas sous ma responsabilité* ». Même si la question est probablement formulée avec une certaine maladresse, le fait que Renato Fanchin souligne simultanément la collaboration et la séparation entre ces deux équipes est un indice de la persistance de leurs divisions.

À Tenon également, les relations entre les deux groupes professionnels ont été difficiles. La fréquence des staffs est similaire aux autres centres. Alors que relations clinico-biologiques étaient équilibrées sous la direction de Jacqueline Mandelbaum, elles se sont dégradées à son départ. Pendant les vingt-six années où elle y a exercé, le fait qu'elle soit également formée en gynécologie a favorisé l'instauration d'une relation égalitaire et « *complémentaire* ». Le processus décisionnel est collectif et l'organisation du travail « *bien formalisée* ». Cependant, l'ensemble des couples ne rencontrent pas les biologistes de manière routinière. Si Jacqueline Mandelbaum reconnaît que « *l'information doit être donnée par des consultations de médecine et de biologie* », le nombre restreint de médecins biologistes empêche cependant d'appliquer ces recommandations, car sinon « *toute notre activité aurait été uniquement centrée sur des consultations* ». Les biologistes ne reçoivent les couples que si les cliniciens leurs rappellent cette possibilité et que ces derniers la sollicitent. Lors du départ à la retraite de Jacqueline Mandelbaum en 2011, l'organisation de sa succession par le chef de service a généré de tels conflits qu'en 2013, le centre a provisoirement été fermé par l'ARS. Pour cette praticienne, cette décision est le résultat d'un « *défaut de fonctionnement et de gouvernance criant, une faillite* ».

totale de la fusion entre deux services ». Pour expliquer également ces problèmes relationnels, Jacqueline Mandelbaum souligne que les départs des dirigeants sont des situations propices aux conflits : « *Une succession se passe rarement bien* ».

2.3.1.2 *Les modalités de concertation : l'exemple Jean Verdier*

Les membres de ce centre valorisent un processus décisionnel collectif. Les rapports clinico-biologiques sont équilibrés et les décisions sont prises au cas par cas de manière collégiale. Les négociations sont favorisées par des règles peu nombreuses. Elles sont rendues possibles par un respect des prérogatives de chacun. L'intensité des interactions est un indice de la qualité des échanges. D'ailleurs, les individus saluent la qualité des relations. Michael Grynberg qualifie l'ambiance d'« *extrêmement bonne. Les personnes apprécient travailler ensemble* ». Héloïse Gronier, l'assistante attachée à temps plein qui a succédé à Clémence Roche, trouve l'atmosphère « *très joviale* », même si comme ailleurs, il y a des personnes « *caractérielles* ». Beaucoup comparent l'ambiance dans le centre à celle d'une famille. Ce contexte est alimenté par la personnalité fédératrice de Jean-Noël Hugues. La fête qu'il a organisée dans sa maison familiale pour les vingt ans de l'AMP à Jean Verdier témoigne de la convivialité qu'il impulse avec ses collaborateurs. De plus, l'ancienneté et l'harmonie de la collaboration entre Jean-Noël Hugues et Isabelle Cédricin renforce la cohésion du groupe. Les internes les appellent d'ailleurs « *le papa et la maman du centre* », filant ainsi cette métaphore familiale.

Fonctions

En tant que « lieu de mises en scène publique » (Vega, 2000 : 78), les staffs constituent un espace d'observation privilégié pour le chercheur, car ces échanges pluridisciplinaires donnent à voir les normes interactionnelles et décisionnelles des équipes.

Pour les professionnels, le staff remplit de multiples fonctions. C'est d'abord un espace de communication, qui permet d'échanger des informations, de pointer les dysfonctionnements et d'envisager des améliorations, tant sur le plan logistique qu'organisationnel. C'est ensuite un espace d'interdisciplinarité où biologistes et cliniciens mutualisent leurs compétences. Il permet de s'appuyer sur les connaissances des autres et sur le soutien du groupe lors des décisions difficiles : « Les décisions critiques sont ici d'autant mieux vécues qu'elles deviennent des

décisions partagées », remarque Kristina Orfali, sociologue et professeure de bioéthique (2003 : 52). L'aspect collectif de la décision légitime le choix des médecins et devient plus facile à assumer face aux couples. L'usage du « nous » efface le caractère individuel de l'accompagnement, au profit d'une répartition collective des responsabilités : « *Cela donne un certain poids de dire que nous avons pris cette décision ensemble* », explique Charlotte Sonigo. Le caractère collectif de la réflexion confère sa valeur à la décision. Le groupe allège le poids reposant sur les épaules des médecins. Le staff a ainsi pour vertu, selon le philosophe Pierre Le Coz, « d'apaiser l'angoisse de la responsabilité », cette dernière étant diluée par l'autorité du groupe (2007 : 118). Pour Anne Paillet aussi (2007), la collégialité décisionnelle apparaît comme un « mode de légitimation de l'autorité ». La nécessité de décider ensemble est renvoyée « à la difficulté de déterminer seul les meilleures options (donc à la nécessité de réunir les compétences) ainsi qu'à la difficulté d'assumer seul le poids subjectif des décisions (donc à la nécessité de partager l'épreuve) » (2007 : 65 et 62).

La réflexion collective permet d'objectiver des situations où les professionnels sont aux prises avec leurs émotions et leurs sentiments. Quand Charlotte Sonigo est dans l'incapacité de « *prendre une décision seule* », notamment lorsqu'elle est confrontée à des demandes qui mettent à mal son système de représentations, elle sollicite l'avis de ses confrères : « *Ces demandes atypiques, je les mets en réunion pour en discuter ensemble* ». La collégialité des discussions opère comme une forme de réassurance collective lorsque les médecins sont confrontés à des décisions difficiles, et notamment d'arrêt de prise en charge : « Quand les médecins sont confrontés à ça, ils sont un peu désarmés, un peu déstabilisés (...). Il faut donc mettre en place des systèmes de réflexion et d'aide à la décision, qui permettent de conforter les choix qui doivent être faits. Cela passe par des discussions de staff » (Jouannet, 2010).

La démarche collective a valeur d'objectivation. Elle permet au médecin de prendre de la distance vis-à-vis de son implication dans le devenir du couple tout en conférant une dimension consensuelle à la décision, comme le mentionne Christophe Sifer : « *Nous essayons de nous débarrasser de l'opinion propre du médecin qui les suit et de nous rattacher à une décision commune et collégiale* ». Michael Grynberg souligne également cette vertu du staff, qui permet d'« *avoir une réflexion objective pour aller tous dans le même sens* ». La réflexion multidisciplinaire présente l'avantage de « *limiter les facteurs individuels et l'application subjective des procédures* ». Ainsi, dans un processus d'objectivation, la discussion collective des

dossiers revient à « exposer le vécu et les contre-attitudes des soignants au cours des consultations », remarque la psychiatre Claire Squires (2008 : 149). Le staff « favorise la révision des émotions », en protégeant la décision médicale des « émotions parasites que peut parfois induire la présence immédiate du patient » écrit Pierre le Coz (2007 : 183). La finalité des staffs, comme des comités d'éthique, est donc de « limiter l'arbitraire et d'accroître la légitimité par le caractère collectif et négocié des décisions » (Iacub et Jouannet, 2001 : 7). Par le contrôle que le groupe exerce sur l'individu, le staff favorise le « bon » exercice de la médecine, et endigue les déviances individuelles : « *Les situations où le médecin est seul dans son cabinet sont plus propices à certaines dérives* », estime Michael Grynberg. Ainsi, le staff encadre la subjectivité des acteurs. La collégialité des décisions participe à leur légitimation.

Déroulement

Les staffs se déroulent deux fois par semaine. Ces réunions, souvent placées sur le ton de l'humour, se déroulent dans une ambiance conviviale. Le contexte hospitalier favorise la création d'« une ambiance de proximité qui rappelle que dans un hôpital c'est la valeur du relationnel qui doit prédominer par-dessus tout » (Le Coz, 2007 : 125). Les participants sont assis autour d'une grande table, chargée des dossiers à traiter. Ils se regroupent par spécialité. Les dossiers informatiques des couples sont projetés sur un écran. Une feuille préparée par les secrétaires répertorie les dossiers à aborder. Ils sont traités en fonction de la présence du médecin en charge du dossier. Ces réunions sont animées : les participants entrent et sortent, répondent au téléphone, discutent entre eux, enregistrent les décisions au dictaphone, parlent parfois en même temps et se coupent régulièrement la parole. Les échanges sont arbitrés par Jean-Noël Hugues, qui maintient l'ordre en demandant à certains « *d'arrêter de jouer* » avec leur téléphone, ou d'interrompre leurs conversations : « *Tu ne parles pas, sinon j'arrête* ». Il joue le rôle du gardien de la répartition de la parole, remarquant parfois que « *personne n'écoute* ».

Les staffs sont organisés par thématiques relatives aux techniques et à la gestion du parcours du couple, de son inclusion à son arrêt.

Les staffs clinico-biologiques ont lieu une fois par semaine et sont divisées en trois parties. D'abord, lors des staffs chirurgicaux, les chirurgiens, et notamment Christophe Poncelet et Jérémy Boujenah, rejoignent les médecins pour discuter du recours à la chirurgie. Il s'agit

souvent de savoir, pour l'homme, s'il faut faire une biopsie testiculaire ou enlever une varicocèle, et pour la femme, s'il faut opérer une endométriose¹³⁰ ou réaliser une cœlioscopie. Lors des retours de chirurgie, les médecins discutent de la stratégie à adopter après l'intervention chirurgicale. Le staff laboratoire met en lien l'opération clinique de production et de récupération des gamètes et l'opération biologique de leur traitement. Cliniciens et biologistes échangent sur la conduite de la stimulation, le nombre d'ovocytes attendu et obtenu, le choix des techniques ou encore la politique de transfert d'embryons. Lors du staff biologique, les biologistes présentent les dossiers d'indications masculines.

Les staffs transferts permettent d'élaborer une réelle politique de transfert. Les professionnels se concertent notamment sur le nombre d'embryons à transférer. Alors qu'une biologiste juge cette démarche indispensable, elle semble être une particularité de Jean Verdier : « *Nous discutons avec le clinicien du nombre d'embryons à transférer, ce qui ne se fait nulle part* ». Cette concertation est pourtant recommandée par les règles de bonnes pratiques de 2010, qui stipulent que « le nombre d'embryons à transférer est discuté conjointement entre le couple, le clinicien et le biologiste ». Les rapports d'inspections insistent sur les enjeux de cette « politique concertée » avant la décongélation pour anticiper les hyperstimulations et les grossesses multiples (ABM, 2011 : 8).

Des règles décisionnelles peu nombreuses

À Jean Verdier, peu de critères décisionnels ont été définis avec précision. L'attitude consistant à évaluer les dossiers au cas par cas favorise les échanges.

Même si Charlotte Sonigo défend cette posture, elle semble soutenir la définition de règles communes pour aider à la décision : « *Nous avons besoin de critères clairs pour autoriser ou pas l'accès à l'AMP et qui s'appliquent à tous* ». Cela permet de prendre de la distance avec ses jugements de valeur : « *Quand nous avons pris une décision de staff ou que nous pouvons nous appuyer sur une loi, nous pouvons dire non sans nous impliquer nous-même et sans donner notre avis* ». Ainsi, la règle protège le médecin et lui permet « *de se cacher derrière* » ce dispositif. À cette force protectrice s'ajoute une vertu libératrice. Christophe Sifer pense aussi que la règle facilite le travail du médecin en lui évitant de se poser des questions : « *C'est la règle et la règle libère. Elle permet de dire aux patients : "vous n'entrez pas dans nos critères, nous ne*

¹³⁰ L'endométriose est un développement anormal de la paroi utérine.

vous prenons pas en charge » ». Cependant, il estime que prendre une décision en fonction d'indicateurs préétablis est une posture « *très rigide* ». D'ailleurs, Jean-Noël Hugues refuse d'adopter ce type d'attitude – « *je n'incite pas à faire ces choix drastiques fondés sur des limites chiffrées* » –, même s'il reconnaît que « *c'est pratique, cela évite les discussions* ».

L'ampleur des possibilités de négociation est directement liée à la densité du maillage de règles établies par le groupe. Anselm Strauss et ses coauteurs (1992 [1963]) remarquent que « là où l'action n'est pas réglementée, elle doit être l'objet d'un accord ». L'activité de délibération est d'autant plus intense quand le groupe a fixé peu de règles formelles. À Jean Verdier comme à l'hôpital de Chicago étudié par ce sociologue, la négociation est favorisée par des règles peu formalisées. Ce refus d'officialiser des règles s'explique par une « croyance profonde que la prise en charge des malades exige un minimum de règles immuables et un maximum d'innovation et d'improvisation ». Il ajoute que même lorsque qu'un accord tacite existe, il est régulièrement enfreint. Les conventions adoptées peuvent « être étendues, négociées, discutées, aussi bien qu'ignorées ou appliquées aux moments opportuns » (1992 [1963] : 93-95). L'accord passé n'est pas immuable mais temporaire, en évolution constante, et sera réévalué et renégocié si le besoin s'en ressent. L'intensité des échanges et des négociations est présenté par les acteurs comme fondamentale pour garantir la qualité de la décision.

Des relations égalitaires

Le processus décisionnel à Jean Verdier est fondé sur un respect des territoires professionnels et sur une forte implication des acteurs.

Le professeur Poncelet décrit la politique du centre sur le mode de l'« *honnêteté* ». Celle-ci renvoie à plusieurs critères. Il met en valeur la « *qualité d'échange* » entre les membres de l'équipe, unis autour de principes collectivement partagés. De cette « *sensibilité* » commune découle l'adoption de décisions validées par tous : « *La décision n'est pas prise individuellement, ce qui explique peut-être la fréquence de nos désaccords en staff, mais dès lors que nous avons validé une prise en charge, c'est un consensus et tout le monde suit cette décision* ». La confrontation de points de vue est présentée comme un « *gage de qualité* ». Les débats sont le signe d'une liberté de parole et d'un respect des positions. Les praticiens évaluent la qualité du fonctionnement d'une équipe en fonction de l'intensité des échanges. Charlotte Dupont pense qu'une « *bonne dynamique* » règne entre biologistes et cliniciens, et qu'« *il y a vraiment un*

échange, une discussion ». Christophe Sifer souligne aussi « *cette indépendance et cette liberté de pouvoir discuter* ».

L'égalitarisme revendiqué par ces médecins entre biologistes et cliniciens s'inscrit dans l'histoire du centre. Christophe Sifer estime que Jean-Philippe Wolf, l'ancien responsable du service de biologie, « *a su imposer une place importante aux biologistes de la reproduction dans ce centre* ». La position actuelle des biologistes a été facilitée par la personnalité et l'action de ce médecin dont la légitimité est renforcée par sa formation initiale de gynécologue. La qualité de la collaboration est également le résultat de l'action du dirigeant du centre, comme le souligne Marine Durand : « *Jean-Noël Hugues donnait beaucoup d'importance au travail de chacun. Il a beaucoup joué sur cette entente (...). Il répartissait bien les tâches et valorisait le travail de chacun* ». Christophe Poncelet pense aussi que la personnalité des médecins, notamment de ceux qui se situent au sommet de la hiérarchie, influence l'existence de discussions : « *Certains médecins, ayant le plus d'expérience, globalement les plus âgés, mettent une telle pression sur leurs confrères, notamment les plus jeunes, qu'il n'y a pas d'échange* ». Des personnalités ou des hiérarchies trop fortes créent des relations trop déséquilibrées pour favoriser un échange constructif. Selon Jean-Noël Hugues, le « *respect des compétences et des territoires* » est une des clés pour entretenir des relations harmonieuses. Christophe Sifer souligne que l'expertise des acteurs n'est pas contestée et que « *chacun apporte sa pierre à l'édifice* ».

La place des biologistes dans le processus décisionnel est également préservée grâce à l'application du système de double consultation. Ce mode de fonctionnement est vécu comme une spécificité par Charlotte Sonigo : « *Les patients rencontrent les biologistes, y compris pour les inséminations, ce qui l'une de nos particularité* ». Les biologistes refusent de parler d'un dossier s'ils n'ont pas rencontré les couples, en témoigne une réflexion de Christophe Sifer qui, pour résister à la pression de Jean-Noël Hugues selon lequel qu'il « *faut prendre une décision* », lui répond que « *nous ne les avons pas rencontrés, donc nous n'en parlerons pas* ».

La dynamique de groupe est également influencée par l'implication des médecins et la répartition de leur activité. Héloïse Gronier remarque qu'à Jean Verdier, la présence de quatre personnes à plein temps permet d'assurer « *un vrai suivi* » ainsi qu'un traitement équitable des dossiers. Dans un autre centre où elle a exercé, le chef de service travaille à temps plein, et y réalise la moitié de son activité en privé, ce qui entraîne à la fois l'absence de suivi au long cours et la création de passe-droit : « *Certains dossiers passaient en force parce qu'il avait accepté*

dans le privé et qu'il ne voulait pas refuser ». L'existence d'une clientèle privée nuit à la confection d'une politique décisionnelle commune. Alors que la multi-activité favorise l'hétérogénéité des pratiques, la présence exclusive des médecins permet l'établissement d'une attitude commune pour l'appréciation des dossiers. Christophe Poncelet dresse le même constat. Lorsqu'il travaillait à l'hôpital Bichat, et que le service était mené par des praticiens à temps partiels, les médecins attachés « *posaient les indications, le staff était là pour les valider et les biologistes acceptaient ou pas* ». Le rôle des biologistes était réduit à son minimum : « *Il n'y avait pas de discussion, pas d'échange. L'indication était posée par le médecin, et le biologiste réalisait l'acte. Nous discussions éventuellement la politique de transfert, mais seulement lorsque Christophe Sifer est arrivé aux manettes !* ».

Le contexte et les conditions des interactions à Jean Verdier, malgré l'existence de hiérarchies propres aux statuts et aux appartenances professionnelles, favorisent un dialogue égalitaire. Cette ouverture aux compétences de chacun s'enracine dans l'histoire du lieu. Celui-ci s'est construit autour de la revendication, portée par des médecins formés en endocrinologie, d'une reconnaissance de la médecine de la reproduction comme une spécialité à part entière. La place des biologistes dans le processus décisionnel est également le résultat de la capacité des acteurs, passés ou présents, à défendre ce pouvoir. Cette aptitude est elle-même dépendante de leur position dans l'espace hiérarchisé des spécialités médicales. Cet ensemble de facteurs contribue à la culture entretenue dans ce centre qui se singularise également, nous le verrons, par une approche spécifique de la prise en charge médicale de l'infertilité.

2.3.2 Un modèle libéral fondé sur l'autonomie individuelle

Les politiques décisionnelles en libéral se déploient essentiellement à l'échelle individuelle, comme en témoigne la faible fréquence des réunions collectives. Les occasions d'harmoniser les pratiques autour d'une politique de centre définissant les critères d'inclusion et les stratégies thérapeutiques sont plus rares, comme l'explique Pierre Jouannet : « *À la Murette, ou à Pierre Cherest, il n'y a pas d'équipe. Chaque gynécologue travaille seul avec sa clientèle et il y a très peu de travail en commun* ». Cette absence de cohésion est alimentée par une dispersion géographique de l'activité, plus fréquente dans ce secteur.

2.3.2.1 Une interdisciplinarité globalement peu développée

La multidisciplinarité des équipes est souvent plus restreinte en privé qu'en public. Les équipes ne comptent pas de sages-femmes. Leurs tâches sont réparties entre les gynécologues et les secrétaires, qui remplissent certaines tâches assurées à l'hôpital par les sages-femmes.

De même, les psychologues sont souvent absents. Les professionnels doivent dans ce cas envoyer les couples vers des intervenants extérieurs. Les couples doivent alors payer leur consultation avec des dépassements d'honoraires, ce qui pose des problèmes d'accès. Lorsque des psychologues travaillent au sein des structures libérales, leur activité est rarement dédiée à l'infertilité. Il en va ainsi à l'hôpital Américain, où ce professionnel reste disponible sur demande des médecins et/ou des couples. À l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis, les deux psychologues de la clinique reçoivent certains couples infertiles, mais ils exercent au sein du pôle mère-enfant. Même si Patrice Clément précise que leur présence résulte d'une « *volonté de l'établissement* », leur place semble marginale. Ils sont parfois présents aux staffs, mais il avoue qu'ils sont un peu en retrait. Si c'est peut-être une question de personnalité, il reconnaît la domination symbolique qu'elles subissent et l'intérêt limité des médecins pour ces problématiques : « *C'est aussi de notre faute parce que pendant les staffs, nous restons sur un discours très médical et nous abordons assez rarement le sujet de la problématique du couple* ». Face à l'importance d'aider les couples à « *faire le deuil de leur fertilité* », Patrice Clément regrette que leurs compétences ne soient pas davantage valorisées. Il a plaidé en vain à la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction, lors de la rédaction du guide de bonnes pratiques de 2008 pour que « *la présence du psychologue soit presque obligatoire* ». Cela aurait permis que les frais des consultations soient pris en charge par la collectivité, mais aussi qu'elles soient mieux acceptées par les couples.

À Jean Villar cependant, les couples doivent rencontrer le psychologue de manière systématique dès l'entrée dans le parcours, pour discuter des « *aspects non-techniques* », explique Xénia Lechat. Elle justifie ce choix en rappelant son ancrage historique : cette consultation a été mise en place trente ans auparavant, dès le début de l'activité. Cette démarche est un gage de qualité : « *Nous l'avons inscrit dans notre démarche qualité, cela fait partie du parcours de soins* ». Cependant, son caractère obligatoire soulève deux problèmes. Le premier est économique, le second est relatif à l'autonomie du couple : « *Cette décision pose la*

problématique du règlement, puisque c'est une consultation que nous imposons et qui n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale. En plus, nous imposons le praticien ».

En libéral, la place des biologistes est hétérogène. Ils ont globalement plus de difficultés à s'imposer dans le processus décisionnel, face à l'individualisation des pratiques dans ce secteur.

Christophe Sifer explique l'exercice libéral est plus susceptible de générer l'éviction des biologistes du processus décisionnel : *« Le gynécologue voit un patient en consultation, décide de faire une FIV ou une ICSI en fonction des examens prescrits, mais cette tentative ne sera pas discutée par les biologistes qui l'applique. C'est de la prestation de service »*. Le terme de « prestataire de services » peut être perçu comme dévalorisant pour le biologiste, puisqu'il réduit son travail à la prestation, c'est-à-dire la réponse qu'il est contraint d'apporter à une demande. Le mot « service » dénigre dans un même mouvement l'intervention du biologiste, son rôle diagnostic et les responsabilités qui lui incombent. L'utilisation volontairement provocante de ce terme entraîne une réaction défensive de Jérôme Pfeffer, qui rejette ce dénominateur : *« Le laboratoire met à disposition des structures et des moyens très importants. Nous ne sommes pas des prestataires de service »*. Il rappelle que les biologistes se sont mobilisés pour une meilleure reconnaissance de leur profession et pour être valorisés comme un partenaire, à l'interface entre le patient et le clinicien. Jérôme Pfeffer réhabilite la biologie par sa dimension médicale : *« C'est une biologie médicale. Nous sommes avant tout des praticiens de soins et nous faisons partie de la chaîne de soins, particulièrement en biologie de la reproduction, parce que beaucoup de biologistes consultent »*. Nous retrouvons l'importance pour les biologistes d'assurer des consultations pour préserver leur position. Son discours souligne l'interdépendance de ces deux segments professionnels et défend le biologiste comme un acteur à part entière : *« Nous travaillons main dans la main. Ils ne pourraient pas travailler sans nous, et nous ne pourrions pas travailler sans eux »*.

Le rôle des biologistes n'est pas identique dans tous les centres privés. Pierre Jouannet précise que leur place *« dépend des centres. Je connais et j'ai connu des centres privés où les biologistes jouent un rôle très important »*. Cependant, il semble que leur place dans le processus décisionnel soit plus difficile à trouver, notamment face au pouvoir décisionnel du clinicien, amplifié par deux éléments : non seulement le volume d'activité du centre dépend de leur capacité à développer une clientèle, mais ils sont les principaux recruteurs et interlocuteurs des

couples. La place des biologistes dans la chaîne de soins est fortement influencée par le contexte structurel et par l'organisation des échanges : « Les biologistes dépendent d'autant plus du prescripteur que le laboratoire a une faible activité, que la concurrence est à proximité, qu'il n'y a pas de staff d'inclusion avec les gynécologues et qu'ils sont trop rarement organisés en réseau avec un centre clinico-biologique d'AMP » (ABM, 2014a : 4). Les difficultés des biologistes à s'imposer en tant que partenaire de soins sont d'autant plus importantes lorsque les relations entre cliniciens sont elles-mêmes distendues. L'intensité du travail collectif est aussi liée à l'organisation spatiale de l'activité entre les établissements de soins et les laboratoires. Les rapports d'inspection de l'ABM incitent précisément à améliorer la collaboration « lorsque les cabinets de consultations des gynécologues ne sont pas sur le site de la clinique et du laboratoire (...) ou lorsque l'activité d'AMP n'est qu'une activité secondaire ou occasionnelle du gynécologue ou du laboratoire » (2014a : 12).

2.3.2.2 *Organisations du travail et individualisation des pratiques*

La clinique de la Muette et l'hôpital Américain sont des exemples typiques des organisations libérales. L'indépendance des cliniciens est favorisée par l'externalisation de leurs consultations, leurs liens avec le centre étant essentiellement centrés autour de la réalisation des ponctions. La clinique de la Dhuis, l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis et la polyclinique de Jean Villar se distinguent notamment par l'existence d'un plateau de consultations au sein du centre.

La clinique de la Muette

Le laboratoire de la clinique de la Muette est placé sous la responsabilité du laboratoire d'Eylau, qui gère plusieurs structures réparties sur dix sites¹³¹. Il collabore également avec le centre Pierre Cherest à Neuilly. François Olivennes est coordinateur de ce centre.

¹³¹ <http://www.laboratoire-eylau.fr/> consulté le 24-10-2014.

Encadré 10. Parcours professionnel de François Olivennes, entre Bécélère, Cochin et la Muette

Après son stage en gynécologie obstétrique à Bécélère, il part se former à l'endocrinologie aux États-Unis en 1991. À son retour, il rejoint l'équipe de René Frydman en tant que chef de clinique, où il restera quinze ans. Dans son ouvrage, il écrit que son « patron » et « mentor » lui a transmis « la passion du métier » et a facilité son ascension professionnelle (2008 : 18). René Frydman, devenu chef de service, lui confie la responsabilité de l'unité d'AMP. Il devient PH en 1996, puis PUPH en 2000.

Il rejoint ensuite Cochin en 2003, sur proposition de Pierre Jouannet et de Jean-René Zorn, qu'il remplace à la tête de l'unité d'AMP. Malgré le « sentiment culpabilisant de trahir » René Frydman, et face à ce « douloureux dilemme », il écrit que la volonté de « mettre en place un service à mon image » l'emporte et accepte cette proposition. Il est remplacé par Renato Fanchin.

Cette expérience à Cochin s'achève rapidement. Il quitte ce centre trois ans plus tard. Il justifie sa décision : « Certains ont voulu croire que je faisais cela pour des raisons financières, d'autres plus proches de moi n'ont pas compris l'abandon du service public. Mais le service public n'avait de public que le nom ». François Olivennes explique son départ par les mauvaises conditions dans lesquelles il exerçait son métier. Il évoque également de fortes contraintes structurelles, et son impression de devoir « se battre » pour exercer sans recevoir d'aide de l'hôpital, en matériel et en personnel. Malgré la présence d'une sage-femme, il n'arrive pas à obtenir la création d'un poste de psychologue. Il exprime ses difficultés à se faire entendre, confronté à l'« incompréhension des nouveaux mandarins ». Écrasé par le travail administratif et par le poids des préoccupations financières à l'hôpital public, il espère en milieu libéral pouvoir « rééquilibrer le rapport soin/recherche » et « remettre les patients au cœur du dispositif ». Déçu, mais « pratiquement au sommet de la pyramide », il quitte le service public à regrets et s'installe en cabinet en 2006 (2008 : 19-21). Il est remplacé par le professeur Dominique De Ziegler. Il est membre de la Société européenne de reproduction et d'embryologie humaine (ESHRE) et de l'*American society for reproductive medicine* (ASRM).

Dans cette présentation de ce parcours professionnel, nous retrouvons l'image d'un métier-passion, influencé par des rencontres déterminantes, et transmis par un guide toujours représenté par une personne jouissant d'un fort prestige. Cette description montre l'importance, en termes d'accomplissement professionnel, de parvenir à la tête un centre. Le lecteur sent bien, à la lecture de ce récit, que François Olivennes tente de véhiculer une image valorisante, celle d'un médecin passionné, attentif à ses patients et formé par les meilleurs, ayant décidé de prendre son autonomie pour exercer une médecine conforme à ses convictions. Écrasé par le poids et l'inertie des institutions, il quitte à regret un système qui l'a consacré tout en l'empêchant de faire le métier auquel il était voué et dévoué. Son discours est représentatif de deux facettes de l'image que les médecins souhaitent donner d'eux-mêmes, celle de médecins humanistes, dont la préoccupation principale est le patient, et celle de médecins innovants, qui cultivent un intérêt pour la recherche et la quête de l'excellence.

Le rôle actuel de François Olivennes de coordinateur des pratiques d'une vingtaine de gynécologues semble une mission difficile à mettre en œuvre. Ce clinicien reconnaît que les

pratiques de ces gynécologues sont « *harmonisées mais avec difficultés* ». Plusieurs freins compliquent cet ajustement autour de normes communes. Les concertations collectives sont peu fréquentes : les gynécologues se réunissent seulement une fois tous les deux mois. La part de cette spécialité dans l'activité des praticiens est très variable. Alors que certains s'y consacrent exclusivement, d'autres ont un exercice polyvalent. De plus, ces médecins revendiquent une grande liberté, légitimée par l'ancienneté de leur pratique : « *La plupart des cliniciens de la Muette font de la FIV depuis longtemps. Ils sont attachés à leurs pratiques et ce n'est pas facile de les modifier* ». Interrogé sur ce qu'il conviendrait de modifier, il minimise les changements à opérer et convoque l'absence de consensus au sein de la communauté scientifique pour justifier la multiplicité des manières de faire de ces gynécologues : « *Je ne dis pas qu'elles devraient être modifiées, mais pas mal de domaines en AMP sont scientifiquement controversés* ». La liberté des praticiens s'affirme au détriment d'une politique de centre forte et implique une pratique plus solitaire : « *Il ne s'agit pas d'un fonctionnement d'équipe comme à l'hôpital (...). Nous sommes plus autonomes mais nous sommes aussi plus seuls* ».

Un centre privé tel que celui de la clinique de la Muette fonctionne avec un réseau de gynécologues et la structure met à leur disposition des plateaux techniques. Ces gynécologues y envoient leurs patientes après les avoir stimulées. La culture de ce centre valorise la liberté des praticiens. Cet attachement à l'autonomie individuelle empêche l'émergence de politiques décisionnelles communes et favorise l'expression d'une multiplicité des pratiques.

L'hôpital Américain

Comme à la clinique de la Muette, l'organisation de l'activité est libérale. Les relations professionnelles sont marquées par des liens assez distendus et par un exercice principalement individuel. Les gynécologues sont nombreux, exercent souvent dans plusieurs lieux et assurent des volumes d'activité différents.

Carine Pessah décrit les relations clinico-biologiques comme une « *collaboration* » équilibrée dont la qualité dépend de la « *communication* » entre les différents acteurs et de l'absence de « *conflits d'intérêts* » qui permet de s'unir autour d'un « *seul intérêt : le bien-être du patient* ». Les deux équipes se réunissent à un rythme mensuel, mais Carine Pessah insiste sur le fait que les interactions sont facilitées par une « *disponibilité importante* » des professionnels et par la « *proximité* » du laboratoire et du centre, situés sur un même site. Charles Bami souligne

le caractère informel des échanges interprofessionnels : « *Nous nous voyons quand nous le souhaitons* ». Ce type de concertation est désigné par l'expression de « *staffs volants* », qui souligne leur caractère rapide et improvisé.

Selon Charles Brami, l'inclusion des dossiers n'est pas soumise à l'acceptation du groupe à cause du volume d'activité : « *Il n'y a pas de staffs d'inclusion. Nous faisons entre 1 700 et 1 800 traitements par an, dont environ 400 nouveaux dossiers* ». Les décisions sont prises par le gynécologue avant d'être soumises au biologiste : le clinicien accepte un couple, ouvre un dossier, transmis ensuite au biologiste qui évalue la « *concordance entre la pathologie éventuelle et l'indication du type de FIV* ». Même s'il reconnaît que le regard du biologiste sur l'indication des techniques est nécessaire, l'échange interdisciplinaire n'émerge que ponctuellement, dans certains types de configurations. La discussion peut être sollicitée par le clinicien ou par le biologiste explique Carine Pessah : « *Nous discutons des dossiers dans les cas "frontières" où le biologiste peut éventuellement appeler le médecin* » ou lorsque se posent des problèmes d'indications. Elle explique la non-systématisation de la double consultation par l'ampleur du volume d'activité. L'accès à la consultation biologique est conditionné par le gynécologue, qui décide de diriger les couples vers un de ses confrères. Dans les situations routinières, l'appréciation du dossier est laissée à la discrétion du clinicien. Il prend individuellement sa décision mais peut solliciter l'avis du groupe.

La liberté du médecin est soumise à une régulation collective dans des situations limites, comme l'âge, les infertilités masculines sévères, le recours à la chirurgie ou les échecs répétés. Ceci étant, Carine Pessah souligne la diversité des pratiques à l'hôpital Américain : « *Il y a onze gynécologues qui ont chacun leur façon de faire. Je ne pense pas qu'il soit possible d'uniformiser réellement leurs pratiques* ». Selon cette biologiste, cette multiplicité est inhérente à l'activité médicale, en ce qu'elle est intrinsèquement liée à l'individualité des praticiens.

La clinique de la Dhuys

Le laboratoire d'AMP de cette clinique est géré par le laboratoire ZTP. Il est situé au sein la clinique¹³². Deux médecins biologistes de ce laboratoire travaillent avec six gynécologues du

¹³² Le nom du laboratoire ZTP est l'acronyme des initiales des trois associés, Simone Zerah, Jean-Paul Taar et Jérôme Pfeffer. La première a pris sa retraite en 2013. Jean-Paul Taar est responsable du dispositif d'AMP vigilance.

centre d'AMP. Depuis 1997, Jérôme Pfeffer est « *associé en tant qu'actionnaire dirigeant* » du laboratoire ZTP. Il est également coordinateur et responsable du centre. Il présente ce lieu comme « *une entité un petit peu particulière* » par rapport aux autres centres privés. L'existence d'un « *centre de consultation* » singularise ce centre et lui permet de garder « *ce petit côté encore artisanal* ». L'accès est à « *double entrée* », puisque les gynécologues consultent à la fois dans leur cabinet et à la clinique. L'existence d'un centre de consultation est liée à son histoire : « *Grâce à l'ancienneté de ce centre, les gens savent qu'il y a un centre de consultation* ». La notoriété du lieu influence le mode de recrutement des patients, qui s'adressent directement à une structure et non à un praticien en particulier.

La présence des gynécologues au sein de la clinique contrebalance une concertation interdisciplinaire peu fréquente. Jérôme Pfeffer explique la difficulté à regrouper l'ensemble des membres de l'équipe par la maxime selon laquelle « *le temps c'est de l'argent* ». Pour « *rationaliser le temps* », les staffs se déroulent à un rythme trimestriel. Les échanges s'effectuent individuellement, sur les temps de présence des cliniciens, ou par téléphone. Jérôme Pfeffer décrit les interactions comme « *des relations de confiance et de décisions mutuelles* ». Cette valeur relative à l'égalité est alimentée par l'« *effet Dhuy* ».

Jérôme Pfeffer compare le degré de liberté du praticien selon l'orientation de l'établissement. Dans le public, l'autonomie individuelle est limitée ; le professionnel doit appliquer les protocoles et suivre la direction choisie par le dirigeant : « *Si une personne veut faire différemment, elle ne peut pas (...), c'est la politique du chef de service* ». Dans le privé, les praticiens sont plus libres, ce qui crée des situations plus hétérogènes : « *Il y a de tout* ». Alors que dans le public dit-il, « *c'est une histoire de groupe* », dans le privé, c'est « *une histoire d'hommes. Chaque praticien travaille différemment. Il y a une politique générale de centre, mais qui ne va aussi bas que l'hormone il faut prescrire, l'âge auquel il faut dire non, l'AMH¹³³ qu'il faut. Il n'y a pas ce type de règles en libéral* ». Jérôme Pfeffer explique l'éclectisme des pratiques par la formation et le système de valeurs des professionnels : « *Il y a six praticiens, ils ont tous une approche différente (...). Chacun décide en fonction de son éthique, de son background, de sa formation, de ses études (...), d'accepter de voir le couple, de le prendre en charge ou pas* ».

¹³³ L'hormone anti-müllérienne est un indicateur de la réserve ovarienne. Mais comme le note Charles Bami, « son caractère prédictif de la survenue d'une grossesse est discuté ainsi que son utilisation pour l'inclusion (ou l'exclusion des patientes en FIV », <http://www.gyneco-online.com/fertilité/hormone-anti-müllérienne-amh-et-infertilité> consulté le 18 avril 2016.

Les pratiques sont régulées tacitement par une conception commune : « *Derrière il y a une “politique de centre” où nous nous connaissons, et quand quelque chose sort de l’ordinaire ou des cadres, la gynécologue m’appelle pour savoir si nous sommes tous sur la même longueur d’onde* ». Jérôme Pfeffer ajoute que l’exercice libéral permet de se détacher de la notion de « *hiérarchie hospitalière* ». Il met l’accent sur l’égalité des relations : « *En privé, nous sommes chacun “notre propre patron”. Nous parlons d’égal à égal, nous avons chacun nos prérogatives, et chacun est maître de ses décisions* ». La régulation de la multiplicité des pratiques individuelle s’opère de manière spontanée et diffuse par une conception partagée du soin.

L’hôpital privé de la Seine-Saint-Denis

L’activité biologique de ce centre est assurée par une antenne du laboratoire Clément¹³⁴. Le laboratoire d’AMP est situé au sein du centre. Les trois cliniciens travaillent avec un réseau d’une vingtaine de gynécologues.

Encadré 11. Patrice Clément, pharmacien biologiste, directeur du laboratoire Clément et responsable du laboratoire d’AMP

Pour expliquer son parcours professionnel, Patrice Clément dit avoir « *failli rester à l’hôpital parce que j’étais bien classé à l’internat de Paris* » mais sa volonté d’exercer en libéral, alimentée par la tradition familiale, s’est rapidement manifestée. Il y apprécie notamment la liberté permise par ce secteur, contrairement aux structures « *pyramidales* ». De plus explique-t-il, « *j’avais envie d’être mon propre patron, de prendre les décisions et de pouvoir les appliquer facilement* ». Il reprend la direction du laboratoire en 1990, continue à se former pour obtenir son agrément et les autorisations d’AMP. Il est directeur du BLEFCO. Il est également conseiller scientifique à l’hôpital Américain. Il assiste à leurs staffs, les aide à la mise en place du laboratoire et au développement de nouvelles techniques. Il est membre du groupe de travail de l’ABM « *Stratégies en AMP* ».

Le staff hebdomadaire est consacré aux dossiers « *de routine* ». Il est complété par un staff mensuel, auquel Jean-Noël Hugues participe, dédié aux cas « *compliqués* », aux échecs répétés ou aux problèmes de stimulation. Les couples peuvent rencontrer les biologistes s’ils le demandent. Si Patrice Clément concède que la décision doit être pluridisciplinaire, il souligne que la consultation biologique n’est pas obligatoire. La mitoyenneté du laboratoire et de l’hôpital donne du crédit à cet agencement : « *Nous ne voyons pas tous les couples. Notre situation est très particulière, quasiment hospitalière, c’est-à-dire que le laboratoire de FIV se situe à vingt mètres des bureaux de consultation des gynécologues* ». Cette proximité rapproche les professionnels

¹³⁴ Les neuf biologistes de ce laboratoire travaillent avec quatre cliniques, la principale étant celle de l’hôpital privé de la Seine-Saint-Denis.

des couples : « *Cette activité permet de “cocooner” les couples. Nous sommes au même endroit et ils peuvent nous rencontrer facilement* ». La configuration géographique est une garante de la dimension collective : « *C'est vraiment un pool. Nous ne sommes pas une structure avec un plateau de ponction isolé* ». Patrice Clément distingue ce lieu des autres centres privés par l'intensité des interactions permises par l'organisation spatiale. Le fait qu'il assimile cette organisation au fonctionnement de l'institution hospitalière montre que cette dernière constitue la norme vers laquelle les professionnels doivent tendre en matière de division du travail.

La polyclinique Jean Villar

Ce centre se singularise par son organisation du travail. La centralisation de l'activité permet à ses acteurs de concilier une approche pluridisciplinaire tout en respectant l'autonomie individuelle. L'équipe du laboratoire est composée de deux biologistes et de six techniciens. Quatre gynécologues assurent l'activité clinique à plein temps, ce qui constitue une réelle particularité pour un centre privé. Ils travaillent aussi avec un gynécologue extérieur, mais Xénia Lechat explique que l'organisation du travail avec cet « *électron libre* » est « *très difficile à intégrer dans les circuits ISO 9001* ».

Encadré 12. Xénia Lechat, du CHU de Pellegrin à la polyclinique Jean Villar

Elle commence ses études à Paris, qu'elle poursuit au CHU de Bordeaux, où elle obtient son internat en 1996 puis réalise son clinicat avant de rejoindre Jean Villar en 2005. L'exercice en secteur libéral « *n'était pas un choix, c'est une question d'opportunité. Il n'y avait pas de place à l'hôpital* ». Elle n'était pas attirée par ce secteur, qu'elle ne connaissait pas de « *tradition* » familiale. De plus, elle ne se sentait pas la fibre de l'« *entrepreneur* ». Cependant, à l'occasion de remplacements à Jean Villar, elle découvre « *leur outil de travail et leur potentiel, la façon dont ils pouvaient rendre service au patient. Tout cela fait taire mes réticences* ». Aujourd'hui, son exercice est exclusivement dédié à la médecine de la reproduction.

Xénia Lechat explique les modalités d'organisations interprofessionnelles. Une fois par mois, les membres de deux équipes se réunissent, soient les « *cliniciens, les biologistes, le psychologue, les gynécologues chirurgiens pour les indications chirurgicales et notre satellite* ». Elle insiste sur une concertation pluridisciplinaire permanente et diffuse, ainsi que sur la quotidienneté des échanges informels. Par exemple, pour les inséminations, « *nous faisons un staff uniquement sur dossier* ». Les praticiens ne se rencontrent pas physiquement : le dossier est créé par le clinicien qui résume le parcours du couple et précise l'indication de la technique. Le

biologiste le vérifie et le valide « *si c'est un dossier simple* ». Mais s'il est en désaccord avec la conduite adoptée, il passe le dossier en réunion d'équipe et la décision est soumise à l'appréciation du groupe. Le biologiste peut également solliciter directement le clinicien : « *Si c'est urgent, nous nous voyons entre deux portes* ». Ce centre se distingue des autres établissements libéraux à la fois par l'existence d'un plateau de consultation et par le fait que les cliniciens y exercent quasiment tous à plein temps. De plus, la consultation avec le biologiste et le psychologue est obligatoire, ce qui leur ménage une place importante dans les décisions.

Xénia Lechat insiste sur le double caractère individuel et collectif de l'exercice à Jean Villar : « *Nous travaillons en équipe, nous partageons les suivis de traitements et les actes techniques* ». Elle précise néanmoins que chaque médecin reste le « *réfèrent pour le suivi du dossier et les décisions stratégiques* ». Elle met ainsi en relief le fait que le collectif n'empiète pas sur la souveraineté de la décision du médecin en charge du couple. Xénia Lechat illustre la liberté offerte par l'exercice en secteur privé par l'histoire d'une patiente de 30 ans en insuffisance ovarienne. Alors que la consœur qui suivait cette patiente au CHU de Pellegrin souhaitait la prendre en charge, et avait partagé sa volonté à la patiente, la décision du staff se révèle différente. Ne partageant pas attitude, la clinicienne laisse à la secrétaire le soin de l'annoncer à la patiente. Cette dernière contacte Xénia Lechat « *en larmes* » qui accepte de la prendre en charge et obtient une grossesse dès la première insémination. Xénia Lechat reconnaît « *qu'il m'est arrivé de me plier à la décision d'équipe qui n'était pas la mienne et j'ai pris le temps de l'expliquer aux patients, mais ce n'est pas une position agréable, et je pense que cette situation est beaucoup plus fréquente à l'hôpital* ». Même si elle apprécie de travailler en équipe lorsque les « *décisions sont difficiles à prendre* », elle estime que dans le secteur privé, « *chacun est le médecin de son patient et peut prendre des engagements vis-à-vis de lui* », restant ainsi plus souvent maître de sa décision.

* * *

Ce tour d'horizon des histoires, des acteurs et de l'organisation du travail dans ces dix centres donne à voir la diversité du paysage de la médecine de la reproduction en France. Cette rétrospective montre comment le contexte de création de ces lieux façonne tant les dynamiques d'équipe que l'organisation de l'offre de soins.

L'histoire des centres pionniers en AMP en France fait apparaître le rôle centralisateur des biologistes de Necker et de Bicêtre. Ceux-ci rassemblent respectivement l'activité clinique de Sèvres, de la Muette et de Tenon d'un côté, et de Béchère, Cochin, Montsouris et Jean Verdier de l'autre. Lorsque l'État légifère sur l'organisation de ces activités, ces pionniers se dispersent entre les centres qu'ils ont contribué à créer. Les équipes se construisent au gré des affinités personnelles, des ambitions professionnelles des individus et des restructurations institutionnelles. Les modalités de recrutement sont homogènes. Les carrières se construisent dans un nombre restreint de centres, entre lesquels les individus circulent, sélectionnés par les médecins au sommet de la hiérarchie. Pour s'intégrer dans ce système de cooptation, les futurs médecins construisent leur réseau professionnel dès les stages d'internat. Par des systèmes d'entente avec les dirigeants des services, ils orientent ainsi leurs stratégies de carrière pour obtenir un poste. La circulation des professionnels entre les centres ainsi que la forte interconnaissance qui règne dans ce milieu contribuent à homogénéiser les pratiques de ces médecins. Ces deux phénomènes alimentent la volonté chez les acteurs de se démarquer de leurs confrères en donnant à leur centre une identité spécifique.

Les sites internet des centres reflètent l'image qu'ils tiennent à véhiculer. Véritables vitrines commerciales, ils attirent les futurs patients en mettant en avant l'humanité et la technicité de la prise en charge. La manière dont ce média et les acteurs mettent communément l'accent sur l'ancienneté du centre, l'attention au patient, la compétence des médecins, la modernité des techniques et des équipements ainsi que la diversité de l'offre de soins, témoigne d'une cohésion autour d'un idéal de soin commun. Cependant, au-delà de cette facette identitaire la plus visible et certainement la plus consensuelle, les acteurs décrivent différemment l'offre de soins selon le type de structure dans lequel ils exercent. Quand les hospitaliers revendiquent leur mission de recherche et d'enseignement, les libéraux valorisent l'absence de délai d'attente et l'instauration d'une relation directe avec le couple. Le phénomène de spécialisation de l'offre de soins manifeste une volonté de se distinguer dans un contexte parisien particulièrement concurrentiel. La spécialisation participe au renforcement des cultures de centre. Ces dernières s'observent également dans la répartition de l'activité selon les techniques, premier indice des préférences thérapeutiques et des stratégies médicales propres à chaque lieu sur lequel nous reviendrons.

Ensuite, au-delà de l'offre de soins, les modalités d'organisation du travail diffèrent sensiblement d'un secteur à l'autre, ainsi que d'un centre à l'autre. Les structures influencent la qualité des interactions, leurs rythmes et leurs modalités. De manière schématique, le secteur hospitalier favorise la concertation collective, alors que le milieu libéral préfère l'autonomie individuelle. Le caractère individuel ou collectif de l'activité tient en partie à l'investissement des praticiens au sein de la structure. Les établissements publics tendent à favoriser un exercice exclusif et centralisé, alors que les cliniques privées facilitent la multi-activité entre plusieurs sites. L'institution façonne également la place de chacun dans les négociations, ainsi que ses conditions : la hiérarchie induite par l'organisation hospitalière se distingue de l'égalitarisme des praticiens libéraux.

Le degré de pluridisciplinarité est variable selon les lieux. La place des sages-femmes et des psychologues dépend de la sensibilité des chefs de services et de leur capacité à négocier avec les dirigeants des établissements, mais également du contexte structurel : ces professionnels sont très peu présents en secteur libéral, et occupent une place souvent marginale, bien que plus développée, dans le secteur public. Les structures modèlent la place réservée aux biologistes dans la chaîne de soins et donc dans le processus décisionnel. Le rôle du biologiste « s'inscrit dans un espace plus ou moins extensible selon l'équipe de rattachement et aussi selon capacité personnelle d'initiative du ou de la titulaire, son pouvoir d'autonomie professionnelle » (Doré et Saint-Arnaud, 1995 : 515). Il est imprégné par l'histoire du centre, les relations initiales entre les intervenants et par les capacités des biologistes, actuels et passés, à ménager leur place dans la chaîne de soins. L'autonomie décisionnelle des biologistes est également fonction de leur proximité avec les patients. Or, le système de double consultation n'est quasiment jamais appliqué dans les centres privés étudiés. S'il est plus courant à l'hôpital, sa mise en œuvre n'est pas toujours systématique. Bien souvent, cette consultation reste soumise à conditions. Elle varie en fonction de la quantité et de la répartition des médecins dans la structure. Lorsque les cliniciens sont trop peu nombreux, les biologistes sont amenés à assurer certaines consultations pour accélérer les parcours. À l'inverse, le manque de médecins biologistes freine la systématisation de ces échanges. La rareté des rencontres entre les patients et les biologistes s'explique également par des éléments d'ordre économique, car ces consultations ne sont pas rémunérées.

De manière générale, nous avons constaté que la fréquence, la formalisation et la traçabilité des réunions intra et interdisciplinaires à l'hôpital s'opposent à la spontanéité, au volontarisme, et au caractère ponctuel, informel et individuel des concertations en milieu libéral. Cependant, le degré de liberté individuelle s'inscrit dans des dynamiques d'équipes spécifiques. Les relations professionnelles sont globalement plus développées dans les centres publics, même si leur qualité varie. D'importantes différences traversent aussi les centres privés, mais les déficiences dans les interactions et les carences dans la multidisciplinarité y sont plus fréquentes. Les intervenants libéraux justifient une concertation pluridisciplinaire parfois faible par un ensemble de contraintes : des contraintes économiques, en rappelant que « *le temps c'est de l'argent* », ce qui alimente les réticences des acteurs à des réunions trop fréquentes ; des contraintes structurelles, comme un volume d'activité trop important pour systématiser les staffs d'inclusion ou les doubles consultations ; des contraintes axiologiques, selon lesquelles le contrôle du pouvoir individuel par le groupe va à l'encontre des valeurs des médecins libéraux. De par leur attachement à leur indépendance, ils rechignent à se voir imposer des règles, ce qui freine le développement d'un processus décisionnel collectif. Cependant, ils ont conscience de la distance entre leurs actions et les normes garantissant les bonnes pratiques, comme en témoignent les argumentaires qu'ils développent pour expliquer une faible coordination clinico-biologique. Cette autojustification par le biais de stratégies discursives défensives résulte partiellement d'un effet de méthode, mais elle semble proportionnelle à l'infraction qu'ils commentent vis-à-vis des règles communément admises. Finalement, dans les structures privées, le groupe représente essentiellement une instance consultative et faiblement coercitive. Si le modèle décisionnel est fondé sur l'autonomie, certains centres privés ont néanmoins édicté des règles qui contraignent l'action individuelle en soumettent la décision au contrôle du groupe. Les variations entre ces centres expriment les différents degrés de contrôle du groupe sur l'individu.

Ainsi, à l'instar de Carine Vassy (1999), nous avons montré que les cultures locales s'articulent avec les cultures professionnelles des acteurs. Parmi les facteurs identifiés par cette sociologue pour comprendre la qualité des relations, nous avons analysé la spécialisation de l'offre de soins et l'organisation du travail. Reste à nous pencher sur la sélection des patients. Le type de patients soignés joue sur l'harmonie relationnelle. Les médecins les trient selon leur maladie et l'image qu'ils se font de leur rôle de médecin. La sélection est « une ressource

décisive pour les rapports de pouvoir dans le groupe médical ». Celle-ci « est plus ou moins forte selon les services et les responsables médicaux, mais elle existe toujours. Elle est indispensable à l'activité d'enseignement et de recherche clinique ». La sélection est la marque d'une « culture de métier qui ignore les frontières » (1999 : 344, 348 et 352).

Conclusion

La première partie de notre réflexion nous a permis de constater que si les pratiques des professionnels sont harmonisées par leur inscription au sein d'un cadre législatif, institutionnel, éthique, déontologique et économique commun, les différences qui s'expriment tant dans le public et le privé qu'au sein de chacun de ces secteurs prouvent l'existence de cultures locales. Nous avons commencé à poser les bases de notre démonstration, selon laquelle ces particularismes illustrent la capacité des individus et des groupes à composer avec les contraintes de leur milieu, pour adopter des pratiques en accord avec leurs représentations. La multiplicité des manières de faire est le reflet de l'influence mutuelle des structures et des acteurs du soin.

À un échelon global, de nombreux facteurs contribuent à homogénéiser les pratiques médicales. D'abord, l'espace de la médecine de la reproduction français s'est initialement construit autour d'un nombre restreint d'individus très dynamiques. Le réseau d'interconnaissance qui caractérise ce milieu est alimenté à la fois par le système de cooptation pour le recrutement des professionnels et par la circulation intense entre les établissements des individus, notamment en début de carrière. Ces spécialistes sont également unis autour d'un même objectif : participer à la naissance d'enfants en bonne santé. Ils partagent une fascination pour les mécanismes de la procréation. Ils apprécient ce domaine pour sa modernité, sa diversité et sa complexité. Cette spécialité, vécue comme épargnée, valorise le professionnel par son service rendu aux patients. Ces cliniciens et biologistes contribuent non seulement à la création des structures d'AMP mais sont également impliqués dans les débats sociétaux posés par les biotechnologies. Ils défendent leurs valeurs et leurs intérêts à travers un militantisme structuré, grâce à un maillage associatif et syndical dense, et s'appuient sur assise déontologique forte. Les professionnels participent activement à la reconnaissance et à l'institutionnalisation de la médecine de la reproduction, en s'impliquant dans l'élaboration des mécanismes étatiques de régulation. Ceux-ci tentent ont pour but de rassembler les pratiques médicales autour de standards partagés (règles de bonnes pratiques, système de certification...). Les agences sanitaires telles que l'ARS et l'ABM incitent les professionnels à une prise de décisions collective et à une collaboration pluridisciplinaire, à travers notamment la constitution d'un dossier informatique commun, l'édiction d'un règlement intérieur, la centralisation des activités clinico-biologiques, la généralisation des staffs d'inclusion et la systématisation de la consultation biologique.

Cependant, la portée uniformisante de ces dispositifs est limitée. Leurs modalités d'application à l'échelle locale sont variables. Un certain nombre d'éléments expliquent les écarts entre les recommandations et la pluralité des pratiques effectives. En premier lieu, le système économique est seulement incitatif. L'État laisse la possibilité aux couples d'accéder à ces techniques, en se contentant, par son désengagement financier, de marquer sa désapprobation. L'efficacité de ces mécanismes de régulation institutionnelle est freinée par une répartition imprécise des missions des différentes agences sanitaires. De plus, leur rôle est faiblement coercitif, les sanctions envers les établissements étant relativement rares. La semi transparence des résultats publiés par l'ABM ne favorise pas non plus l'homogénéisation des pratiques. Cette agence insiste spécifiquement sur la nécessité d'une collaboration pluridisciplinaire. Mais les luttes de pouvoir entre segments professionnels, visant à la reconnaissance d'une identité spécifique nuisent potentiellement à cette pluridisciplinarité. Malgré la médicalisation de la formation des biologistes qui contribue à la reconnaissance de ce segment professionnel, celui-ci reste divisé. Ces acteurs, et spécifiquement les scientifiques et les pharmaciens, sont symboliquement dominés par les cliniciens. Ces derniers forment un groupe plus homogène, grâce à une formation et une identité commune, ce qui n'empêche pas qu'il soit lui aussi traversé par des forces de différenciation et des hiérarchies internes. Les rapports de forces s'organisent autour de l'accès aux patients. Le contact avec les couples est un vecteur essentiel d'exercice du pouvoir individuel. Or, l'affirmation de l'identité des biologistes passe nécessairement par leur participation aux décisions. Leur exclusion du processus décisionnel représente une forme de modèle répulsif pour les biologistes, relégués au rang de prestataires de services. De par leur intervention dans la création d'un être humain et les responsabilités qui lui sont liées, ils revendiquent leur implication dans le diagnostic et dans les décisions concernant l'accès aux patients et le choix des traitements.

Les hiérarchies entre ces catégories de professionnelles ne se jouent pas de la même manière selon les centres. Les structures de santé sont un puissant déterminant de la division du travail et de la répartition des pouvoirs. Les établissements influencent directement les conditions de la délibération et les capacités de négociation des acteurs. En ce sens, comme le remarquent Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977), les spécificités de chaque établissement « structurent

et délimitent le champ d'exercice des relations de pouvoir entre les membres d'une organisation, et définissent ainsi les conditions auxquelles ceux-ci peuvent négocier les uns avec les autres. Elles constituent les contraintes qui s'imposent à tous les participants ». L'organisation génère du pouvoir en même temps qu'elle conditionne ses possibilités d'expression : « Par son organigramme et par sa réglementation intérieure, elle contraint la liberté d'action des individus et des groupes en son sein et, de ce fait, conditionne profondément l'orientation et le contenu de leurs stratégies » (1977 : 78-79). Globalement, à la culture de groupe du secteur public s'oppose la culture individuelle du secteur libéral. Les médecins hospitaliers érigent la concertation collégiale comme une valeur fondamentale. Même si celle-ci est importante dans l'identité des médecins libéraux, ils lui préfèrent la liberté décisionnelle. Ceci étant, les premiers ne sont pas totalement contraints par le groupe et les seconds ne sont pas entièrement livrés à eux-mêmes. Le pouvoir des acteurs varie en fonction de la dominante individuelle ou collective du processus décisionnel entretenue historiquement dans la structure. Il dépend également de la capacité des individus à influencer la négociation, en fonction de leur degré d'intériorisation des normes interactionnelles, leur appartenance disciplinaire, leur formation, leur statut hiérarchique ou encore leur volume d'activité.

Ceci étant, l'organisation du travail et les modalités interactionnelles ne sont que partiellement déterminées par l'institution. Cette dernière impulse certaines tendances, mais les différences entre les centres appartenant au même secteur d'activité témoignent de l'influence d'autres variables. Nous avons insisté sur la dimension située des pratiques et des interactions, qui s'incarnent dans les cultures entretenues dans chaque centre par ses acteurs. Leurs fondateurs y ont initié des traditions qui sont parfois représentatives d'« écoles de pensée », qui marquent leur empreinte sur les décisions. Les dirigeants des centres tentent de les façonner à leur image et contribuent à déterminer l'agencement des dynamiques de leur équipe. Cette acquisition d'une identité spécifique passe notamment par la spécialisation de l'offre de soins permettant de se distinguer dans un contexte francilien particulièrement concurrentiel.

Que l'exercice soit à tendance individuelle ou collective, que la force du groupe soit à dominante coercitive ou consultative, les processus décisionnels s'incarnent dans des politiques de centres que nous nous proposons à présent d'explorer en détail. Celles-ci se déclinent en deux

aspects et concernent le recrutement des couples et les stratégies thérapeutiques, qui seront respectivement l'objet de notre deuxième et de notre dernière partie.

Partie 2. Les politiques de recrutement : les décisions d'accès à une prise en charge

La première question que se posent les médecins est de savoir s'ils acceptent de participer ou non au projet parental d'un couple. L'accès à l'AMP est soumis à leur accord : « Pour les patients, la FIVÈTE commence (et se termine) dans une relation avec le médecin, lequel jouit sans entraves du privilège d'être le recruteur » (Testart, 1986 : 106). Cette situation de dépendance du patient vis-à-vis de l'autorité médicale ne fait pas figure d'exception dans le paysage de la médecine, comme le souligne Eliot Freidson : « Il n'est pas rare pour le "client" d'être réduit au rôle de solliciteur, demandant à être choisi : les organisations et les praticiens qui n'exercent qu'à l'intérieur du "système référentiel professionnel" sont libres de "prendre le cas" ou de ne pas s'en occuper, suivant l'intérêt plus ou moins grand qu'il présente » (1970 [1960] : 233). Le processus de tri des malades a davantage été étudié dans d'autres sphères de la médecine (Nguyen, Lefève et Lachenal, 2014). Les pratiques de sélection des demandes ont notamment été mises au jour dans le secteur des urgences¹³⁵ (Dodier et Camus, 1997 ; Jefferey, 1979 ; Vassy, 1999, 2001). Dans le domaine de l'infertilité, nous allons examiner comment les critères de filtrage des candidats, globalement ordonnés par l'État, sont mis en œuvre localement par les professionnels.

Dans un premier chapitre, nous commencerons par poser les principaux enjeux de la sélection des couples. Nous nous demanderons ainsi « pourquoi une équipe accepte une demande qui est refusée par une autre » (Bataille et Virole, 2013 : 5). Le degré de sélectivité s'incarne dans les politiques de recrutement des centres. Certains cultivent l'accessibilité, même pour les couples dont les chances de réussite sont limitées ; d'autres sont plus sélectifs et vont jusqu'à refuser de les recevoir. Nous analyserons comment les centres se distribuent de façon continue entre ces deux attitudes, formes extrêmes de tendances orientant la culture des centres.

Les trois chapitres suivants analysent les modalités d'application des critères d'accès à l'AMP. L'État confie aux praticiens la responsabilité de réguler l'admission des candidats selon la conformité de leur profil avec les prérequis législatifs. En France, l'accès à une aide médicale

¹³⁵ Ces auteurs montrent que les médecins urgentistes appliquent une sélection en fonction du système de valeurs des soignants, du travail de catégorisation des malades selon leurs caractéristiques sociales, et de contraintes structurelles et organisationnelles.

est réservé aux couples hétérosexuels, infertiles, motivés et en âge de procréer. Ces règles combinent des éléments d'ordre médical, en affirmant la nécessité d'une infertilité pathologique, à des préoccupations sociales et culturelles, relatives aux modes de conjugalité et à l'âge de la parentalité. Les textes de lois ont simultanément « pour mission d'encadrer déontologiquement les institutions mais aussi de définir une morale commune » (Mehl, 2011 : 243). Ces limites apparaissent comme une « solution normative » aux problèmes causés par le développement des biotechnologies (Bateman, 2001 : 112). Les critères d'entrée en AMP expriment la « norme sociale procréative française », soit « un ensemble de “bonnes” conditions sociales pour avoir un enfant » (Rozée et De la Rochebrochard, 2010 : 109-110). Selon Bertrand Pulman, leur rigidité alimente l'écart entre « la réglementation et les conduites » (2010 : 296). Il s'agira donc de décrypter les manifestations de ce « décalage (...) entre les conduites prescrites par un système normatif et celles déduites de l'expérience et mises en pratique par des personnes aux prises avec des décisions concrètes » (Bateman, 2000 : 130). Le pouvoir des professionnels « se logerait dans les interstices – et même plutôt parfois dans les béances – que le législateur a laissé » (Bellivier et Brunet, 2001 : 196). Il s'exprime dans la variabilité des décisions médicales et notamment d'accès aux soins (Iacub et Jouannet, 2001). D'ailleurs, Ilana Löwy observe un « flottement dans les décisions d'accepter ou de refuser des demandes d'AMP en France, malgré l'existence d'un encadrement légal strict de ces techniques » (2005 : 32). La multiplicité des pratiques professionnelles traduit un rapport distancié des experts avec la loi et révèle les modalités d'appropriation du pouvoir que leur délègue l'État. En effet, dans leur pratique quotidienne, les spécialistes élaborent des règles usuelles parfois plus permissives et d'autres fois plus exigeantes que les limites légales. Ces outils, formels et informels, plus ou moins prohibitifs, permettent de prioriser les demandes. Ils sont adoptés à l'échelle individuelle, principalement dans les structures libérales, et collective, préférentiellement dans les établissements publics. Mais Pierre Jouannet souligne que ces critères sont « *variables selon les centres et selon les médecins qui y exercent* ». Il ajoute que, « *même au sein d'un centre, ces critères peuvent varier d'une fois sur l'autre* ».

Le deuxième chapitre sera dédié aux critères médicaux. Considérés comme les plus légitimes, ils n'en laissent pas moins une marge d'appréciation importante aux professionnels. Le dispositif législatif est centré autour d'une définition médicale de l'infertilité, dont le caractère pathologique doit être médicalement constaté. La loi autorise l'usage de ces techniques

uniquement à des fins médicales. Mais le diagnostic est parfois difficile à établir. De plus, ces critères médicaux sont rares et subjectifs : *« Il n'y a pas beaucoup de critères objectifs nous permettant de dire que nous ne prenons pas en charge (...). Ce sont des critères subjectifs parce que, dans un autre centre, ces critères "médicaux" seront différents »*, concède une gynécologue. Ainsi, non seulement ces critères sont controversés, mais le constat de la variabilité des réponses interroge leur caractère strictement médical. Constatant qu'un couple « essuie un refus ici et peut s'inscrire là », Jacques Testart pointe la « non-scientificité des critères d'acceptation » (1986 : 106). Ces derniers sont selon lui aléatoires et « approximatifs » (2014 : 58). La multiplicité des stratégies fait apparaître la mise en concurrence de problématiques médicales avec d'autres préoccupations.

Les décisions médicales intègrent des critères sociaux, culturels et économiques. Dans un troisième chapitre, nous nous intéresserons à la condition qui stipule que seuls les couples jugés stables et motivés par le corps médical peuvent bénéficier de l'AMP. La dimension morale qui affleure, tant dans la définition du couple que dans l'évaluation de son aptitude à devenir parent, génère une série d'« interrogations normatives » telles que « quelles sont les conditions sociales minimum nécessaires pour rendre pensable et acceptable la venue au monde d'un enfant ? » (Bateman, 2004 : 394).

Dans un quatrième chapitre, nous nous pencherons sur le critère de l'âge, qui allie le registre médical au registre social. La loi laisse place à l'expression d'une multiplicité de pratiques. L'estimation du « bon » âge pour être parent est relative, et chaque individu, chaque groupe, se fixe ses propres limites.

Ainsi, nous essaierons d'expliquer la plus ou moins grande sélectivité des politiques locales, les enjeux de cette sélection et ce qu'elle nous apprend sur les pratiques et le système de valeurs et de représentations des praticiens.

Chapitre 3. Les politiques de sélection, constitutives de la culture d'un centre

La communauté médicale se distribue entre deux manières de concevoir les usages légitimes de l'AMP. La question est principalement de savoir dans quelle mesure faut-il considérer l'efficacité comme un critère permettant de définir la justesse de l'intervention médicale¹³⁶. Pour François Olivennes, l'évaluation des chances de succès constitue à la fois le fondement de la décision et le cœur de l'activité médicale : « Quand il n'y a que 5 % ou 10 % de chances de réussite, faut-il quand même tenter ? C'est tout l'intérêt de cette médecine : réfléchir, conseiller, évaluer les risques et les bénéfices et prendre une décision » (2008 : 118). Ce filtrage en fonction des probabilités de réussite est principalement rendu possible par le contexte d'une offre de soins limitée. Christophe Sifer formule ainsi la question que tous se posent : « *Est-ce que j'accepte les mauvais cas sachant qu'ils ont un vrai facteur d'infertilité, ou est-ce que je les laisse sur le carreau sur le simple prétexte qu'il faut réserver des soins efficaces aux gens pour lesquels nos techniques marchent le mieux ?* ».

La première conception défend principalement une médecine accessible à tous, lorsque la seconde envisage surtout son recours en fonction de son efficacité et de ses bénéfices. L'analyse de ces différentes visions de la médecine et du système de soins, à travers les pratiques de sélection, doit compter avec les réticences de certains acteurs à évoquer ce thème. Certains ont malgré tout confié la manière dont les représentations des professionnels s'organisent. Selon Patrice Clément, le premier élément explicatif de la plus ou moins grande propension des praticiens à accéder à une demande dont les chances de réussite sont compromises dépend de leur « *sensibilité* ». François Olivennes explique ces « *deux façons de voir l'AMP* ». La première « *philosophie consiste à dire : "si nous n'essayons pas, nous n'y arriverons pas, donc nous essayons avec tout le monde"* », quand l'autre vision prend en considération les chances de succès et estime que « *si le pronostic est vraiment très faible, imposer le traitement est éthiquement discutable* ». Jacqueline Mandelbaum établit cette même distinction : les premiers

¹³⁶ Un numéro du *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* (2005) a notamment été consacré aux critères de sélection des patients. Il réunit des articles rédigés par des médecins ayant des points de vue divergents. Par exemple, deux articles apportent des réponses différentes à une même question : « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? », Joëlle Belaisch-Allart y répond par l'affirmative, et son confrère Charles Brami par la négative.

considèrent que chacun a le droit de bénéficier de ces techniques et proposent une AMP à « *tout couple qui présente une infertilité, pour laquelle nous n'avons pas d'autre solution à proposer (...), quelles que soient les conditions annexes et les chances de succès estimées* ». Les seconds se positionnent principalement en fonction du pronostic. L'alternative au refus peut être de proposer un nombre limité de tentatives.

Cette polarisation dans les modalités de fonctionnement se retrouve dans les politiques de sélection. Pour Christophe Sifer, ces « *deux images* » sont incarnées par les centres de Jean Verdier et d'Antoine Béclère. À Jean Verdier, pendant la première période, les spécialistes sont plus enclins à accepter des patientes de moins bon pronostic et à s'engager dans de longues prises en charge, incarnant ainsi une approche « *à l'ancienne* », explique-t-il. Dans la seconde période, son accessibilité tend à se rapprocher de celle d'Antoine Béclère, où Michael Grynberg travaillait précédemment et où la sélectivité est motivée par une recherche d'efficacité. Alors que la grande majorité des professionnels demandent simplement une lettre d'un confrère avant de recevoir un couple, ce centre a mis en place des pratiques de tri en amont, systématisées grâce à des questionnaires dont les résultats conditionnent l'accès à une consultation.

Ces politiques de sélection sont « *dépendantes des personnes* » qui y exercent, explique Isabelle Cédric. Elles manifestent l'influence des fondateurs d'un centre sur son identité : « *L'orientation du centre est déterminée au départ par les gens qui l'ont créé* », affirme cette praticienne. Christophe Sifer resitue le rôle des acteurs sur les cultures de centre dans une perspective historique : « *Ce qui fait la différence, c'est le poids des habitudes* ». Ces habitudes sont influencées par la tradition perpétuée au sein d'« *écoles* » de pensées, incarnées et véhiculées par certains individus.

3.1 Les politiques favorisant l'accessibilité

Les centres les plus accessibles recouvrent certains établissements publics, comme celui de Jean Verdier à l'époque de son fondateur, mais également des structures privées. L'accessibilité est corrélée à la représentation, individuelle et collective, du système de soins. Elle est également liée au souci de performance et de compétitivité, ainsi qu'à des impératifs de rentabilité, qui s'expriment avec une force accrue dans le secteur libéral.

3.1.1 La culture initiale du centre de Jean Verdier

La volonté d’entretenir une facilité d’accès à la consultation pour tous les couples est une dimension centrale de la culture traditionnellement entretenue à Jean Verdier. Cette posture s’intègre dans une vision spécifique de la médecine et du système de soins. Charlotte Sonigo explique que ce choix « *dépend ce que nous appelons “prendre en charge”* ».

3.1.1.1 Une tradition d’ouverture empreinte d’une vision spécifique de la médecine

La politique de recrutement des patients est décrite de façon unanime : « *Nous disons rarement non* » (Clémence Roche) ; « *Le recrutement est large* » (Christophe Sifer) ; « *Il n’y a pas de refus* » (Jérémy Boujenah) ; « *Nous ne sommes pas très restrictifs et plutôt accommodants en termes de prise en charge de personnes en situation difficile* » (Jean-Noël Hugues). Ainsi, cette politique consiste à « *prendre en charge et à donner sa chance à tout le monde* » (Michael Grynberg). Ces médecins acceptent ces demandes, même si les chances de succès sont faibles : « *Nous acceptons plus facilement de prendre en charge certains patients où, si nous regardons avec des yeux objectifs, il y a peu de chances d’obtenir une grossesse, mais nous essayons* », concède Charlotte Dupont.

Cette attitude est présentée par ces acteurs comme une particularité. Jérémy Boujenah rappelle que « *Jean Verdier est connu pour cela. Nous acceptons des demandes en nous disant que si nous ne le faisons pas, personne ne le fera* ». Pour nuancer notre propos, il faut distinguer l’accès pour tous à la consultation de l’accès aux techniques d’AMP : « *Nous n’avons pas de critères d’exclusion à l’entrée du centre. Mais ce n’est pas parce que les voyons en consultation que nous leur ferons tous une FIV* », comme le précise Charlotte Sonigo. Cette accessibilité n’est pas partagée par les médecins de la région, puisqu’Isabelle Cédric explique que dans certains centres, « *les critères de sélection à l’entrée sont beaucoup plus stricts. Pour obtenir un rendez-vous, les couples remplissent une fiche avec leurs caractéristiques et les mauvais cas sont barrés* ». Les praticiens de Jean Verdier refusent un tel tri, en vertu de leur devoir d’information. Isabelle Cédric souligne qu’il faut expliquer aux couples la raison du refus : « *Même si nous savons que nous ne ferons rien, nous recevons les couples pour leur expliquer* ». Jean-Noël Hugues insiste aussi la nécessité d’informer les couples pour éviter le « *nomadisme* » médical : « *Nous leur donnons des informations et parfois un traitement médical, mais nous ne proposons pas une AMP* ».

La volonté de recevoir tous les patients en consultation, et de leur permettre d'accéder à un traitement en dépit d'un mauvais pronostic, représente une facette centrale de l'identité du centre entretenue depuis sa fondation. Pour Clémence Roche, c'est le fruit d'une volonté de son créateur : « *Cela vient de M. Hugues. Il nous a tous formés ici* ». Cette posture exprime ses convictions et traduit les principes auxquels il est attaché : « *C'est sa personnalité, sa manière de voir les choses et de réfléchir, qu'il nous a transmis et que nous transmettons* ». Jérémie Boujenah partage cet avis : « *M. Hugues et Mme Cédrin, par tradition, n'ont pas fixé de barrières* ». Cette tradition est influencée par leur image de leur métier, selon laquelle « *ce n'est pas notre rôle de médecin de fixer une barrière, au moins avant d'avoir posé un diagnostic* ».

Pour expliquer la politique de ce centre, Christophe Poncelet évoque également un « *bias de recrutement* » induit par le bassin de population de la Seine-Saint-Denis. Jean Verdier accueille une population défavorisée. Le mode de recrutement s'effectue essentiellement par réseau professionnel, les patientes étant envoyées par leur gynécologue¹³⁷. Outre ce recrutement local, son périmètre d'influence est large : « *Notre zone de recrutement, c'est le 93, 77, sud du 95, nord du 94 et dans le 77, jusqu'à Melun* », explique Isabelle Cédrin.

Au-delà de la situation géographique du centre, la posture visant accepter de recevoir tous les couples est justifiée en partie par la plus grande sélectivité de leurs confrères. Christophe Sifer précise que les politiques de sélection des centres agissent en interrelation. La sélectivité des uns, par un « *effet de vases communicants* », rejaillit sur celle des « *autres centres qui n'ont pas fait ce choix* ». Le médecin du centre peu sélectif se « *retrouve avec une patientèle qui a été exclue de Béclère ou de Cochin* ». Ces remarques montrent bien que les politiques de centre sont conditionnées les uns aux autres, en ce que leurs logiques s'intègrent dans un système commun et dans une dynamique globale. Les médecins de Jean Verdier sont donc d'autant plus enclins à aider ces couples que ces derniers risquent d'être refusés ailleurs.

Ce raisonnement est renforcé par la mission de l'établissement, et la « *nature du lieu* », décrit Jérémie Boujenah. Même si les pronostics sont faibles, les médecins se sentent obligés de répondre à ces demandes, dans une optique de « *service public* ». Les larges critères de sélection adoptés répondent à la mission imputée traditionnellement à l'hôpital (Dodier et Camus, 1997). Cette idée est exprimée par Christophe Sifer et permet de justifier la politique initiale du centre

¹³⁷ Le choix du centre peut également être guidé par le réseau personnel des couples, ou par un souci de proximité.

en matière d'âge : « *Nous prenons significativement plus de femmes de plus de 40 ans, parce que nous sommes investis d'une mission de service public et que nous nous inscrivons dans le système de soins tel que nous estimons qu'il doit fonctionner* »¹³⁸.

3.1.1.2 *Un rapport distancié aux résultats*

Le degré de sélectivité est également influencé par l'importance que chacun accorde aux résultats. Cette notion renvoie aux chances de succès offertes aux couples dans un contexte de compétition entre les centres.

Si l'évaluation des résultats des centres est assurée par l'ABM depuis sa création, elle était initialement menée par l'INSERM à travers le registre FIVNAT, et ce, dès le milieu des années 1980¹³⁹. Les performances des médecins sont également l'objet d'une attention croissante de la part des journalistes¹⁴⁰. Une partie de la société civile réclame une plus grande transparence vis-à-vis des résultats centre par centre, à l'instar de Virginie Rio, présidente de l'association BAMP : « Nous demandons que chaque établissement rende public son taux de réussite réel. Les couples ont le droit de savoir. Nous regrettons que l'agence se contente d'une semi-transparence. Elle ne communique pas les vrais chiffres sous prétexte que ceux-ci dépendent du type de patients accueillis et ne reflètent pas la véritable qualité des équipes »¹⁴¹. Dans ces évaluations et ces classements, ce qui est principalement en jeu, c'est d'un côté le contrôle des pratiques par les institutions et de l'autre l'image du centre véhiculée auprès du public.

Mais l'interprétation des résultats des centres est délicate, car ils traduisent des différences d'efficacité entre les équipes sans mesurer le biais de la sélection par les professionnels. Jacques Testart souligne cette dualité : « Ces différences peuvent venir d'un meilleur savoir-faire des équipes bien entraînées ou du choix qu'elles font des cas les plus favorables pour le

¹³⁸ Le sixième chapitre sera consacré à cette question de l'âge comme critère de sélection.

¹³⁹ Cette question a été évoquée dans notre première partie.

¹⁴⁰ Classements et autres palmarès des établissements de santé en général et des centres d'AMP en particulier se multiplient. En guide d'exemple, le journal *Le point* a publié le jeudi 21 août 2014, un numéro intitulé « Hôpitaux et cliniques. Le palmarès 2014 ». Les journalistes se posent un défi ambitieux en annonçant en sous-titre mettre « 1 400 établissements au banc d'essai pour 64 spécialités ». *L'Express* a publié, sous la plume d'Estelle Saget, un classement des centres français, disponible sur le site : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/les-meilleurs-centres-de-fecondation-in-vitro_1260955.html publié le 25 juin 2013, consulté le 18 avril 2015. L'ABM a peu de temps après publié son évaluation des centres d'AMP en 2010.

¹⁴¹ Entretien avec Estelle Saget pour *L'Express*, http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/couples-infertiles-ce-qu-on-ne-leur-dit-pas_1267693.html publié le 19-07-13, consulté le 18-11-2014.

recrutement » (1986 : 191). Cette question est également soulevée par Laurence Tain, selon laquelle il est « bien difficile de distinguer, dans la mesure, la part due à l'efficacité du traitement et celle due à l'effet de la sélection » (2013 : 165). Cette sociologue, qui a notamment travaillé sur les processus de sélection et sur les « exclus » de l'AMP, met en miroir l'abandon spontané des couples et l'élimination des candidats par les médecins. Elle explicite une des fonctions de la sélection pour les médecins : « L'élimination à l'entrée de la filière (...) a surtout pour effet d'affirmer les limites du domaine en vue d'améliorer la performance technique » (2005a : 11). La majorité des médecins, comme François Olivennes, préfèrent mettre l'accent sur l'influence de leurs compétences : « Cette sélection doit être prise en compte pour expliquer en partie les différences, mais indéniablement des variations sont expliquées par la qualité de la prise en charge » (2008 : 136). Pourtant, la sélection opérée en amont de la prise en charge a aussi une influence directe sur les résultats d'un centre, comme le concède Joëlle Belaisch-Allart : « Le taux de succès d'un centre est fonction certes de sa compétence mais aussi des patientes qu'il accepte » (2011 : 59). René Frydman explique aussi en partie la sélectivité par la quête du résultat, mais cette motivation ne lui paraît pas légitime : « *Les résultats peuvent guider à tort un certain nombre de centres refusant de prendre les mauvais cas, ou les cas compliqués* ». Pierre Jouannet pense aussi que la compétitivité entre les centres alimente le phénomène de sélection entre ceux qui y sont sensibles : « *Certains centres sont à la recherche de performance* ». Ils prennent moins de patientes de mauvais pronostic pour éviter de « *diminuer leurs statistiques* ». L'exposition des performances des professionnels au regard des experts comme des profanes contribue à mettre les centres en concurrence et nourrit leur propension à sélectionner les patients¹⁴².

Les médecins de Jean Verdier tiennent à se distinguer de ceux qui adoptent une sélection drastique dans une recherche de compétitivité. Le rapport de chacun à ses propres performances dépendrait en partie des caractéristiques d'ordre psychologique et de l'image que les individus se font d'eux-mêmes. Pour Jean-Noël Hugues, la volonté d'être le meilleur découle d'une question d'« ego ». De même, pour expliquer que certains centres acceptent des demandes dont les chances de grossesse sont très faibles, Sixte Blanchy répond que « *la plupart des médecins se*

¹⁴² Joëlle Belaisch-Allart par exemple estime que « si la transparence brute est érigée en dogme par nos instances, tous les “mauvais cas” (les couples dont les chances sont estimées faibles ou nulles) ne seront plus pris en charge et iront, pour ceux qui le peuvent, à l'étranger » (2012 : 39).

prennent pour Dieu ». Il évoque ici la tendance de certains à surestimer leurs capacités et leur efficacité. À Jean Verdier, Christophe Sifer explique que « *nous ne sommes pas à la chasse de la vitrine que représente le taux de grossesse* ». Il est rejoint par Christophe Poncelet : « *Nous n'avons pas peur de nos résultats. Nous savons que se lissera, et que nous serons quand même dans la partie supérieure du panier* ». Il constate la plus grande tolérance des médecins de Jean Verdier dans le recrutement et concède que « *nous acceptons un taux d'échec un peu plus élevé* ». Il reconnaît que leur manque de sévérité peut être lié au fait que « *nous pêchons peut-être un peu par orgueil, pensant que nous allons réussir* ». Christophe Poncelet impute également leur indulgence à leur goût pour les situations complexes : « *Nous essayons de répondre présents à certains challenges, c'est peut-être pour cette raison que nous les acceptons* ». Cette notion de défi face à des dossiers compliqués est liée à la recherche scientifique et à la vocation universitaire de l'établissement.

Pour ces médecins, la quête du résultat peut nuire à une prise en charge de qualité, en termes de service rendu aux couples. Jean-Noël Hugues justifie l'accessibilité de son centre par un rapport plus distancié aux résultats – « *l'essentiel n'est pas là* » –, contrairement à d'autres, qui « *soignent plus des statistiques que des patientes* ». Xénia Lechat évoque, elle aussi, les centres qui trient leurs patientes au profit des plus fertiles : « *En refusant les patientes de mauvais pronostic, ils soignent surtout les résultats de leur centre* ». Elle rejette cette attitude privilégiant la compétition sur l'accès aux soins, qui renvoie à une question d'ego. Pour Marine Durand aussi, la volonté de performance statistique légitime difficilement l'excès de sélection de certaines équipes, qui se justifie par un refus de « *plomber leurs statistiques (...). Je changerai peut-être d'avis avec l'expérience, mais c'est un argument que j'ai encore du mal à concevoir* ».

Si ces praticiens entretiennent un rapport distancié aux statistiques, ces dernières revêtent malgré tout une certaine importance, comme en témoigne Charlotte Dupont : « *Les centres doivent donner leurs chiffres et nous souhaitons tous avoir les meilleurs taux possibles* ». Principal outil de mesure des performances des équipes, les résultats des centres sont le vecteur de leur image. Ces statistiques sont au cœur d'une « *compétition de renommée* », dont Jérémie Boujenah explique les conséquences : « *Publier de bon résultats permet d'obtenir des bourses de recherche pour le service et d'acquérir une renommée internationale et une légitimité dans le monde universitaire* ». De plus, afficher des performances compétitives attire une clientèle plus large, car les couples « *se tournent spontanément vers les centres qui ont les meilleurs résultats* ».

Comme l'ont exprimé plusieurs médecins, les chiffres représentent à la fois un « *reflet du travail* » de l'équipe et un motif de fierté pour les praticiens. Charlotte Dupont explique leur importance : « *Nous sommes jugés sur nos chiffres (...). Nous avons une obligation de résultats* ». Avec ses confrères, elle concède être « *tous les jours fixés sur les taux de grossesse* ». D'ailleurs, quand les résultats ne sont pas satisfaisants, l'ambiance est « *un peu morose* », explique-t-elle. Une clinicienne confie aussi l'impact de cette situation sur le moral de l'équipe, qui est alors « *un peu déprimé* ». Dans ces situations, les individus sont amenés à redresser la barre du recrutement et à le réadapter aux objectifs fixés lors des conseils de centre, qui se déroulent à un rythme trimestriel. Ces objectifs sont également examinés au cours d'une revue annuelle de direction. Ils constituent un outil central de l'élaboration des politiques de centre, car ils permettent d'analyser les taux de réussite et d'y réajuster leurs pratiques¹⁴³.

Christophe Sifer reconnaît que « *nous gérons malgré tout notre politique par nos résultats* ». Il explique l'impact de ces résultats sur les critères de recrutement et sur les politiques de sélection : « *Quand tout va bien, nous lâchons du lest, mais dans le cas contraire, nous verrouillons un peu plus le recrutement, en nous disant que nous avons mal géré une certaine forme de "quotas"* »¹⁴⁴.

3.1.2 Les structures libérales

Les praticiens libéraux se montrent moins sélectifs et plus accessibles que certains de leurs homologues hospitaliers. Certainement moins sollicités, ils sont également soumis à des obligations de rentabilité plus impérieuses.

3.1.2.1 La polyclinique Jean Villar : une volonté d'ouverture

Les professionnels de la clinique Jean Villar souhaitent également préserver l'accessibilité des soins aux couples dont les chances de grossesse sont limitées. Xénia Lechat refuse toute

¹⁴³ Nathalie Besoin, cadre dans le service distingue les objectifs « de résultats » des objectifs « de nombre ». Elle explique ces objectifs : « *Nous nous sommes fixé un certain nombre de ponctions, de dons d'ovocytes, ou de biopsies dans l'année* ». Le recours à chacune des techniques est influencé par des indicateurs définis en conseil de centre. Les politiques de transfert embryonnaire, exemple sur lequel nous reviendrons, sont conditionnées au seuil fixé par les praticiens : « *Nous souhaitons un taux inférieur à 20 % de grossesses gémellaires* ».

¹⁴⁴ Nous verrons qu'ils influencent également les stratégies médicales. Pour optimiser leurs résultats, les médecins peuvent jouer sur le choix des techniques, préférant avoir recours rapidement à celles qui marchent le mieux.

« sélection à l'entrée ». Même lorsque les couples se situent « *en dehors des limites d'âge ou du cadre légal* », ils sont reçus en consultation. Comme Isabelle Cédric, elle s'insurge contre le fait que les patientes soient informées par téléphone d'un refus de consultation : « *Nous avons des patientes qui, dans d'autres centres, n'ont même pas été reçues. Elles ont été refusées par téléphone. C'est horrible !* ». Cette forme de rejet, dont Xénia Lechat souligne le caractère inédit en médecine, représente l'antithèse des bonnes pratiques médicales. La posture de cette praticienne est intimement corrélée à son image du rôle du médecin en général, investi d'un devoir d'information, et du spécialiste de l'infertilité en particulier : « *C'est un choix d'être gynécologue et spécialiste en reproduction, et pas seulement FIViste* ». Ceux que certains appellent également les « *AMPistes* » sont accusés d'entretenir une vision restreinte de la médecine de la reproduction, limitée aux techniques d'AMP, alors que l'infertilité implique un accompagnement global. Si la prise en charge de patientes dont le pronostic est compromis complique le travail des médecins, elle le « *valorise* » lorsqu'ils parviennent à obtenir une grossesse. Xénia Lechat explique que cette option nécessite d'appréhender la « *notion de résultat au sens large, c'est-à-dire que même si nous n'envisageons pas de résultat possible en AMP, il est plus valorisant d'accompagner ces patientes que de les sanctionner en les rejetant* ». Xénia Lechat utilise le même procédé discursif que les médecins de Jean Verdier pour justifier une sélectivité faible. La posture valorisant l'accessibilité est renforcée par le registre émotionnel : « *Cela me serre le cœur de savoir qu'elles ne sont reçues nulle part* ».

3.1.2.2 La clinique de la Dhuis

Jérôme Pfeffer se défend d'appliquer toute forme de sélection. Il commence par déclarer que « *nous ne sélectionnons pas (...). Nous prenons les gens comme ils viennent* ». Cependant, il reconnaît qu'une sélection existe et qu'elle est variable selon les gynécologues. Le laboratoire de la clinique de la Dhuis « *travaille avec six gynécologues, ils ne gèrent pas tous de la même manière. Certains sont un peu plus sévères que d'autres, mais je ne leur dis rien* ». Le choix du candidat à l'AMP dépend principalement du clinicien en charge du dossier.

3.1.2.3 Des contraintes financières accrues

Selon Jacqueline Mandelbaum, la dimension financière est particulièrement présente dans le secteur privé, et ce dans tous les domaines de la médecine : « *Dans une clinique privée, les*

enjeux financiers sont différents, puisque les revenus des acteurs dépendent de l'activité ». Ces praticiens sont « très attentifs à l'investissement, et aux quotients entre les bénéfices et les dépenses ». De plus, elle estime que les dépassements d'honoraires en secteur privé entraînent un « surcoût qui n'est pas toujours forcément justifié par une meilleure prise en charge ou de meilleurs résultats ».

Nombre de professionnels expliquent le faible degré de sélectivité de certains centres par des motivations financières. Par exemple, Jean-Noël Hugues impute cette attitude à « *des raisons d'argent et d'activité* ». L'offre de soins en secteur privé est pour partie guidée par des préoccupations commerciales et s'adapte à la demande. Parmi les multiples facteurs qui jouent sur l'ampleur de la sélection, Pierre Jouannet évoque d'abord celui du secteur d'activité : « *Nous pouvons imaginer que certains centres privés sont poussés par des motivations financières pour accepter certaines demandes* », alors qu'à l'hôpital, cette dimension « *est moins présente* ». Il précise son propos, en nuancant l'impact « *très variable* » de ce facteur financier sur les centres¹⁴⁵. Michael Grynberg attribue la sélection minimale appliquée par certains centres privés à une volonté de générer de l'activité et à un souci de rentabilité. Selon lui, le secteur privé en AMP se singularise par une faible sélectivité, guidée par des motivations financières. Christophe Sifer partage cette idée : « *Dans le privé, les patients paient souvent des dépassements d'honoraires. Alors le patient, ou le client, est roi* ».

L'accessibilité est défendue tant par certains centres publics que privés. Ces traditions sont justifiées par le devoir d'information du médecin, par l'importance de poser un diagnostic et de proposer un accompagnement global à des patients qui ont peu de chances d'être acceptés ailleurs. Ces spécialistes refusent l'idée d'une sélectivité guidée par une recherche de compétitivité. S'ils se montrent plus tolérants vis-à-vis de certains échecs, les résultats sont pourtant au centre de leur attention, notamment des biologistes. L'accessibilité des équipes hospitalières est liée à leur mission de service public, alors qu'en libéral, cette décision est plus individuelle et répond à des préoccupations économiques plus prégnantes.

¹⁴⁵ Nous examinerons l'influence de cette question sur les décisions en matière de traitements.

3.2 Les politiques favorisant l'efficacité

Dans sa reprise en main du centre, Michael Grynberg a modifié la politique de sélection, l'orientant vers une plus grande exigence. L'objectif de proposer des soins efficaces se substitue à la volonté d'offrir à tous les moyens d'obtenir une grossesse. Le principal, c'est de préserver l'accès à ceux qui ont de réelles chances d'avoir un enfant. Ce faisant, les manières de faire à Jean Verdier se rapprochent de la tendance instituée depuis les origines à Antoine Béclère.

3.2.1 La nouvelle politique de l'hôpital Jean Verdier

Pour Michael Grynberg, la volonté d'accessibilité semble difficilement compatible avec la quête d'efficacité. Un médecin ne peut pas « *tenir compte des résultats de manière très importante s'il décide de prendre toutes les patientes* ». Ses prédécesseurs se situent selon lui dans un « *mode de fonctionnement qui consiste à donner sa chance à tout le monde et dont le résultat n'est pas l'objectif primaire* ». Or, ce raisonnement ne lui semble pas le meilleur, compte tenu des chances de succès : « *Nous les prenons parce que nous ne voulons pas les refuser, et finalement, nous ne faisons pas mieux* ».

Ce spécialiste estime que l'accessibilité ne doit pas être fonction des caractéristiques socio-économiques des patients. De plus, la justification de l'absence de sélection, s'appuyant sur l'idée selon laquelle « *le bassin de population étant défavorisé (...), si les couples ne sont pas pris ici, ils ne seront acceptés nulle part* » est selon lui « *une fausse excuse* ». S'il reconnaît être obligé de tenir compte de la population, cela ne doit pas « *nécessairement dicter nos conduites. Le mode principal de fonctionnement ne doit pas être inhérent au fait que la population est défavorisée* ».

Seule la perspective d'une amélioration des chances de grossesse doit déterminer la décision. Sinon, « *ce sont les limites de la médecine et il faut les accepter* ». Si Michael Grynberg adopte une posture exigeante, il tient à relativiser cette sélection en introduisant une notion de degré : « *Le but n'est pas de faire une sélection drastique pour prendre uniquement les cas dits "simples". L'objectif est d'être très performants dans les cas de bon pronostic* ».

3.2.2 Le centre d'Antoine Béclère

Dans ce centre, cliniciens et biologistes ont établi un système de filtrage par le biais d'un questionnaire rempli par les couples, dont les réponses conditionnent l'accès à une consultation.

Christophe Sifer explique que cette équipe a, pendant « *un certain temps, c'est moins le cas aujourd'hui, préféré poser des questions aux couples avant de les recevoir en consultation* ». Ce questionnaire symbolise une sélection outrancière, que beaucoup déplorent. Mais les acteurs de ce centre se réclament d'une culture de l'excellence, fondée sur une volonté d'offrir des résultats acceptables aux couples.

3.2.2.1 Une sélection en amont de la consultation

François Olivennes, qui a été avec René Frydman à l'initiative de cette procédure, reconnaît l'existence d'un « *questionnaire avant le rendez-vous, et les mauvais cas étaient refusés* ». Il justifie cette décision par une forte sollicitation, elle-même induite par la visibilité du centre : « *Nous étions noyés sous les demandes, de par la notoriété de Béclère* ». La demande excédant l'offre, les délais d'attente avoisinaient les six mois, ce qui entraînait de nombreuses annulations de rendez-vous. Aujourd'hui, il est conscient que cette pratique n'est pas soutenue par l'ensemble de ses confrères. Son indépendance professionnelle lui permet de prendre une distance critique vis-à-vis de cette mesure : « *Avec le recul, je pense qu'un questionnaire sans rendez-vous n'est pas une bonne pratique* », mais il continue de soutenir cette décision, eu égard à l'ampleur de la demande : « *Il est difficile de refuser une femme par téléphone ou par questionnaire, mais donner des rendez-vous dans six ou huit mois l'est aussi* ». De plus, François Olivennes légitime la sélection en précisant qu'elle est guidée par les chances de grossesse, « *le seul mode de sélection* ». Renato Fanchin, qui dirige actuellement ce centre, défend le système du questionnaire, soulignant que les patientes sont informées de la décision par voie postale et ne sont pas obligées de se déplacer.

3.2.2.2 Une sélectivité excessive ?

La sélection des meilleures patientes et l'éviction de celles de moins bon pronostic permet d'optimiser les résultats d'un centre. Mais une trop forte sélectivité est considérée comme une pratique déviante par l'ensemble de la communauté, à l'instar d'un radiologue : « *Certains centres ont des critères d'inclusion tellement élevés qu'ils peuvent effectivement avoir de très bonnes statistiques* ». Le fait de trop sélectionner les patientes décrédibilise la qualité du travail effectué par les médecins : « *J'ai 80 % de résultats positifs mais je ne prends que des couples fertiles* ». Ainsi, les taux de grossesse masquent un biais de recrutement important. Les praticiens

d'Antoine Béclère sont accusés de trop sélectionner leurs patientes pour avoir les meilleurs résultats possibles : « *Il est très facile d'avoir des taux de grossesse élevés, il suffit de virer les mauvais cas, ce qui a longtemps été reproché à Béclère* », explique Christophe Sifer. Pour Jacques Testart aussi, les médecins de ce centre « *trient beaucoup les patientes pour se donner les meilleures chances* ».

Or, ce filtrage excessif aboutit à prendre en charge des patientes dont la fertilité est légèrement altérée, précisément celles qui ont le moins besoin de l'aide des médecins. Certains centres « *ont de bons résultats parce qu'ils prennent des femmes qui seraient tombées enceintes sans rien faire* », explique Jean-Noël Hugues. Jean-Philippe Wolf décrit ce même mécanisme : pour avoir « *de très bons résultats, je prends des femmes fertiles et j'ai 100 % de grossesses. Mais elles n'en ont pas besoin, elles seraient tombées enceintes toutes seules* ». Jean-Philippe Wolf établit un parallèle avec l'univers scolaire pour illustrer la compétition entre les centres d'AMP : « *Le lycée le plus performant, qui rend le meilleur service, c'est celui qui fait progresser les élèves, pas celui qui sélectionne les meilleurs* ».

Il est reproché aux médecins d'Antoine Béclère d'être trop sélectifs et de ne prendre en charge que des patientes légèrement infertiles, qui auraient pu être enceintes sans une intervention médicale. Comment réagissent-ils à ces critiques ?

3.2.2.3 Une culture de l'excellence

François Olivennes s'en défend, rappelant que les praticiens de ce centre s'appuient sur des critères définis, et notamment sur une durée d'infécondité d'au moins un an. René Frydman estime que ces affirmations sont fausses et sans fondement. Il interprète ces critiques comme des « *manifestations d'énervement* » de certains de ses confrères face aux bons résultats de ce centre.

Michael Grynberg n'est pas entièrement d'accord avec la thèse des « *détracteurs de Béclère* » qui dénonçaient « *une sélection extrêmement importante* ». Il concède que cette accusation « *correspond à une réalité, pendant certaine période* ». Il resitue cette sélectivité dans le contexte de « *reprise en main du centre* » et explique que le but de cette « *sélection importante est d'asseoir les résultats sur une population plus "simple"* ». Cela a permis, dans un second temps, d'élargir les limites d'accès : « *À la fin, nous avons une sélection peu importante avec d'excellents résultats* ».

Pour Michael Grynberg, le centre d'Antoine Bécclère se caractérise surtout par une exigence et une quête de performance : « *La politique du centre, c'est de faire toujours plus et toujours mieux* ». Les taux de succès de ce centre sont générés par « *une volonté d'excellence, un refus de l'échec et une rigueur extrêmement importante* ». Or, cette recherche d'efficacité n'est selon lui pas suffisamment présente à Jean Verdier : « *C'est ce qu'on ne ressentait pas du tout ici et ce que j'ai essayé de faire prendre, mais ce n'est pas facile* ».

Si Renato Fanchin est conscient de la perception que nourrissent ses confrères vis-à-vis de cette politique de sélection, il assume ce choix. Depuis qu'il a rejoint ce centre treize ans auparavant, il poursuit un objectif d'excellence et fait en sorte que « *les résultats soient au niveau international* ». Il précise que leurs taux de grossesse ne sont pas liés à la sélection mais à leur efficacité : « *Ce n'est pas parce que nous avons sélectionné les meilleurs cas, mais parce que nous avons, sur les meilleurs cas et sur les mauvais, de meilleurs taux de réussite (...). C'est une conjonction de rigueur et d'intérêt scientifique* ». La sélection garantit le bon usage de la médecine, entendu comme efficace. Il reconnaît que « *le médecin assume un pouvoir dérangeant* », et propose d'adopter une démarche éthique en se questionnant sur la légitimité et les limites de l'intervention médicale. L'efficacité de cette dernière est évaluée en fonction de son efficacité : « *Être inefficace n'est pas éthique* ». Le devoir du praticien est avant tout « *d'offrir un résultat* ». S'il n'est pas capable d'assurer une « *probabilité acceptable et raisonnable de réussir* », il doit refuser de s'impliquer, sinon « *c'est comme si vous donniez un médicament inefficace à 95 %. Ce n'est pas de la médecine* »¹⁴⁶.

3.2.3 Le centre de Cochin

À propos de la sélection, Pierre Jouannet évoque d'abord les choix des patients eux-mêmes. Il souligne que les patientes s'adressent souvent à cette équipe en deuxième intention, après avoir été suivies dans d'autres centres. Ces médecins ont « *tendance à récupérer les cas plus compliqués, ce qui est aussi une forme de sélection* ». Il évoque une sélection « *spontanée* », effectuée par les couples. Celle-ci est induite par la spécialisation de l'offre de soins et par l'allongement de la durée d'attente qui en découle. Il prend l'exemple des patients infectés par le VIH qui voulaient devenir parents sans prendre de risque. Au début, « *il y avait une sélection,*

¹⁴⁶ Il estime que « la probabilité raisonnable est de 100 % », même s'il concède qu'« au bout de quatre tentatives de FIV, la probabilité dans notre centre ne s'élève pas à 100 %, mais plutôt à 80 % ».

parce que nous étions les seuls à proposer cette prestation. Lorsque nous annonçons aux personnes ne présentant pas cette pathologie des délais de rendez-vous trop longs, ils pouvaient s'adresser à d'autres centres ». Il reconnaît que « *la longueur de la file d'attente* » peut jouer sur la sélectivité des centres. Comme la demande excède l'offre, les médecins sont contraints de faire des choix : « *Il y a une forme de sélection parce que nous ne pouvons pas recevoir tout le monde* ». Dans ce cas, le praticien a tendance à « *préférer prendre les personnes qui ont des meilleures chances d'obtenir une grossesse* ». Finalement, il reconnaît l'existence de mécanismes de sélection à Cochin, mais précise que « *je n'ai jamais fait de sélection des patients en fonction d'un questionnaire, ni donné d'instruction pour refuser des personnes en particulier* ». Il refuse de choisir les candidats en amont de toute prise en charge. Les décisions sont prises au fil du parcours, en fonction de critères spécifiques à chaque cas.

À Cochin, le changement de direction s'accompagne d'une réorientation de la politique de sélection. Alors que, selon une praticienne y ayant exercé, le gynécologue obstétricien Jean-René Zorn se positionnait principalement dans une volonté d'ouverture et d'accessibilité, l'arrivée de François Olivennes impulse un changement de cap. Il met en place un système de concertation interprofessionnel, désigné par le terme de *taskforce*. Ces staffs constituent un outil de définition et d'élaboration d'une politique décisionnelle commune, s'appuyant sur des indicateurs quantitatifs. Les médecins adoptent un regard rétrospectif sur les décisions prises antérieurement et examinent les résultats des six mois précédents. Le but est de revenir sur les difficultés rencontrées et d'envisager des axes d'amélioration. Les résultats ont une influence directe sur la politique de sélection, car lorsqu'ils ne sont pas satisfaisants, les médecins sont amenés à recentrer leur recrutement en fonction des critères d'acceptation et des indicateurs de performances établis.

Aujourd'hui, Jean-Philippe Wolf décrit ce centre comme « *complètement ouvert* », où la sélection est principalement guidée par les pronostics de grossesse : « *Nous ne prenons pas les gens qui n'ont aucune chance* ». Nous verrons par la suite que l'accessibilité de ce centre semble cependant plus restreinte que dans d'autres lieux. Une gynécologue qui y a exercé pense d'ailleurs que ses anciens confrères « *sont nettement plus restrictifs et plus sévères* » qu'à Jean Verdier. Elle l'explique par une recherche de performances – « *ils ont besoin de résultats statistiques* » – et par l'ampleur de la demande.

3.2.4 Le centre de Sèvres

Joëlle Belaisch-Allart s'interroge sur la pertinence des chances de grossesse comme critère d'inclusion : « Faut-il inclure toutes les patientes dans nos protocoles d'AMP, y compris celles pour lesquelles le pronostic est d'emblée très défavorable, ou faut-il réserver nos tentatives aux femmes qui ont de réelles chances de succès ? » (2012 : 39). Cette praticienne penche pour la seconde option. Elle tient d'abord à distinguer sa politique de sélection de certains de ses confrères franciliens : « *Les critères de sélection sont moins restrictifs que certains de mes voisins* ». Elle prend pour preuve l'absence de procédure préalable à la consultation : « *Je n'ai pas de lettres, comme certains centres, un questionnaire à remplir à l'avance* ».

Cependant, Joëlle Belaisch-Allart concède que la politique du centre est modulée par une recherche de performance : « *Nous regardons nos résultats chaque semaine. Je reconnais que nous aussi, quand nous avons beaucoup de femmes de plus de 40 ans et que les résultats chutent, nous sélectionnons* ». Les décisions de ce groupe sont fonction des objectifs fixés. Par exemple, cette clinicienne explique que « *nous souhaitons obtenir 50 % de grossesses dans les bons cas* ». Or, lorsque les médecins n'ont pas trié suffisamment les demandes et « *quand nous n'avons aucun bon cas, nous redressons la barre* ». Même si Joëlle Belaisch-Allart cherche à avoir les meilleurs résultats, elle refuse de sélectionner de manière trop drastique et souhaite conserver l'accessibilité à ces techniques, y compris pour les couples de moins bon pronostic.

La sélectivité de ces spécialistes est principalement justifiée par la nécessité de hiérarchiser les nombreuses demandes, pour éviter des délais d'attente trop longs. L'adoption du questionnaire par exemple vise à réserver l'intervention médicale aux couples dont les pronostics sont les meilleurs. Ces spécialistes veulent surtout leur offrir de réelles chances de grossesse. Dans le cas inverse, ils préfèrent ne pas intervenir et insistent sur les limites de la médecine. L'obligation de résultat est décrite comme une exigence éthique, relative à la responsabilité du médecin.

* * *

Dans ce chapitre introductif, nous avons commencé à décrire comment se distribuent les politiques de sélection et à poser les bases des enjeux soulevés par ces pratiques. Si les médecins

mettent en avant la sélection spontanée opérée par les couples, en fonction de la notoriété du centre, de l'offre de soins et des délais d'attente, ce mode d'argumentation ne doit pas faire oublier que le filtrage des demandes est principalement réalisé par les praticiens. Leur niveau de sélectivité apparaît comme le résultat de la somme entre des contraintes structurelles – inhérentes au degré de sollicitation d'un centre et à son orientation hospitalière ou libérale –, et des conceptions individuelles.

L'analyse de Nicolas Dodier et d'Agnès Camus (1997), qui se sont intéressés à l'accès aux soins dans un service des urgences d'un hôpital universitaire, met en relief des comportements similaires. Ces auteurs constatent eux aussi une multiplicité de pratiques. Ils décrivent la sélection comme une forme de gestion collective des patients instaurée par les professionnels, qui les trient en fonction de leur « valeur mobilisatrice ». Celle-ci recouvre notamment sa « valeur budgétaire », elle-même influencée par sa couverture médicale ou son environnement familial, son âge et l'originalité de sa pathologie en fonction de l'orientation de la recherche dans le service. En s'intéressant à la « dimension pragmatique des conduites », ces chercheurs montrent comment les contraintes structurelles, et notamment économiques et scientifiques, organisent la catégorisation des malades (1997 : 741, 746 et 758). Celles-ci sont également effectives dans le domaine de l'infertilité. Les spécialistes qui ont choisi d'appliquer une sélection cherchent à évaluer l'intérêt que le couple représente pour le centre, en fonction de sa rentabilité, évaluée en termes d'activité ou de performance.

La sélectivité des centres répond à la loi de l'offre et de la demande. Ce mécanisme est souvent évoqué comme un levier central pour expliquer l'exigence du recrutement des équipes. La forte demande de soins favorise des pratiques sélectives. Jacques Testart (1986) observe aussi que la « clause d'exclusion (...) est essentiellement justifiée par l'importance de la liste d'attente ». Ce déséquilibre permet aux équipes de justifier leur refus des couples de moins bon pronostic : « Cette attitude des équipes FIVÈTE les plus sollicitées combine leur capacité d'accueil avec les chances estimées de succès pour chaque cas individuel » (1986 : 173). Le degré de sollicitation apparaît comme un déterminant important de la sélectivité des centres : « *Un centre où les délais d'attente sont très longs sélectionne de façon plus intense* », explique Jacqueline Mandelbaum. À l'inverse, les centres moins sollicités sont probablement moins sélectifs : « *Ils prennent probablement des couples dont les chances d'avoir des enfants sont compromises parce qu'ils ont plus de places* », postule Sixte Blanchy. Le degré de sollicitation et

l'ampleur de la sélectivité sont influencés par le secteur d'activité de l'établissement. Les médecins libéraux, qui annoncent des délais d'attente globalement plus courts, sont plus disponibles et ont moins tendance à sélectionner les patientes.

L'accessibilité d'un établissement est également fonction des convictions des individus qui y exercent. En structure publique notamment, le pouvoir du chef de service est déterminant, en ce qu'il détermine l'orientation des politiques de sélection des patients et le degré d'exigence du recrutement. La réorientation des politiques des centres de Jean Verdier ou de Cochin, lors des changements de dirigeants, en est l'illustration. Claudine Herzlich (1973) analyse les liens entre « spécialisation, sélectivité du recrutement et dominance du système professionnel ». Elle se base sur l'étude de deux services hospitaliers dans deux hôpitaux de l'APHP entre 1968 et 1969. Dans le service de médecine générale, le mode de recrutement est à la fois local et non sélectif. La prise en charge se veut globale et les pratiques s'inscrivent dans le cadre du service public. Le service de chirurgie générale s'est spécialisé, sous l'impulsion du chef de service, en chirurgie plastique et réparatrice. Cette spécialisation s'exerce par le biais de la sélection des clients, le recrutement devenant à la fois plus sélectif et moins local. Ce processus de tri est la double marque d'une « tentative d'acquisition d'une identité spécifique » ainsi que d'« une dominance du système professionnel sur l'institution », notamment parce que le recrutement ne s'opère plus par le biais de l'hôpital mais grâce au réseau professionnel du médecin (1973 : 53, 49 et 48). Claudine Herzlich montre que les organisations du soin révèlent les représentations des acteurs vis-à-vis du système de santé, nourries par leurs conceptions de la mission de l'hôpital. Nous retrouvons la même opposition observée par cette sociologue chez les professionnels de l'infertilité, entre la volonté d'offrir des soins à tous dans une mission de service public et celle d'offrir les meilleurs soins à une partie de la population. Les changements instaurés à Jean Verdier par Michael Grynberg montrent, à un niveau macro, que la médecine de l'infertilité n'échappe pas au mouvement de fond qui traverse la médecine où, à la tradition d'assistance tend à se substituer « un fonctionnement centré sur le meilleur soin à quelques-uns. C'est cette ambiguïté qui se reflète dans les différents modes de recrutement hospitalier » (1973 : 58). Comme celle de Claudine Herzlich, notre analyse met en valeur les capacités du chef de service hospitalier à composer avec les contraintes organisationnelles qui pèsent sur sa pratique. Ce pouvoir lui permet d'imposer sa conception du système de santé et d'orienter l'offre de soins et le

recrutement des patients en fonction, participant ainsi à conférer une identité spécifique à son centre.

L'analyse des pratiques montre que la majorité des professionnels se fédèrent autour du rejet d'un filtrage trop restrictif, symbolisé par la passation d'un questionnaire. Cet acte apparaît comme l'archétype d'une sélection injustifiée, revenant à accepter les couples hypofertiles qui pourraient se passer d'une intervention médicale. Cependant, même si certains professionnels manifestent un rapport distancié à leurs performances, ces dernières revêtent malgré tout une réelle importance. En effet, les résultats sont examinés très régulièrement, à un rythme hebdomadaire, voire quotidien. Lorsqu'ils ne sont pas à la hauteur des objectifs fixés en conseil de centre, cette situation affecte le moral des équipes, qui réajustent leur politique autour de critères plus restrictifs.

Les politiques de sélection soulèvent des enjeux sociaux, économiques et symboliques : enjeux de compétitivité et de notoriété pour acquérir une place dominante dans l'espace de la médecine de la reproduction ; enjeux financiers pour assurer la rentabilité de l'activité et de la structure dans un contexte de marché ; enjeux idéologiques, relatifs aux conceptions des usages des techniques et de la mission de la médecine.

Au-delà des divergences sur l'importance conférée à l'efficacité comme critère d'accès, la suite de notre réflexion souligne la multiplicité des modalités d'articulation de cette condition avec des impératifs exigés par la loi.

Chapitre 4. Un accès conditionné au caractère pathologique de l'infertilité

L'ABM distingue les systèmes législatifs européens selon leurs critères d'accès à l'AMP¹⁴⁷. Dans la première catégorie de pays, dans laquelle la France se situe, le droit est « fondé sur le diagnostic médical », l'AMP étant considérée comme un traitement. Dans la seconde, la loi se base sur le principe de non-discrimination et sur l'idée selon laquelle l'AMP « relève d'un choix personnel, voire d'un droit. Le recours à l'AMP est ouvert à toute femme, quelle que soit sa situation affective » (2014c : 32).

En France, la loi de bioéthique est construite sur la définition de l'infertilité en termes médicaux. L'objectif de l'AMP est de « remédier à l'infertilité d'un couple ». Le caractère « pathologique » de cette infertilité doit avoir été « médicalement diagnostiqué »¹⁴⁸. Pour Irène Théry, la particularité du système français est « non seulement d'avoir rigidifié et même sacralisé dans son droit l'approche thérapeutique à un point sans exemple ailleurs, mais elle est de résister aujourd'hui à toute évolution des représentations et des règles » (2010 : 17-18). Pourtant, ces critères sont largement remis en question, notamment par la société civile.

Les problématiques relatives au choix de l'indication médicale comme un prérequis à l'accès à l'AMP sont générées par la dimension sociale de la définition de l'infertilité et de la pathologie. Ces notions sont polymorphes et polysémiques. En médecine grecque, rappelle Georges Canguilhem (2013 [1966]), la maladie est perçue comme un trouble dans l'équilibre de la nature. La médecine clinique apparaît comme une « technique d'instauration ou de restauration du normal ». Or, toute la question est de savoir « à quel moment une anomalie se tourne en maladie ». Il insiste sur la difficulté à définir la pathologie : « Leur qualité de pathologie est un import d'origine technique et par là d'origine subjective. Il n'y a pas de pathologie objective » (2013 [1966] : 7, 116 et 201). Simone Bateman observe également que « la condition pathologique (...) renvoie à une norme de bon fonctionnement qui articule des critères biologiques à une conception, socialement construite, de la vie "normale" » (2004b : 162).

¹⁴⁷ Certains pays comme l'Allemagne ou l'Italie limitent l'accès à l'AMP aux couples hétérosexuels stables pour lesquels un diagnostic d'infertilité a été posé. D'autres pays ont choisi une autre référence familiale et autorisent l'accès aux femmes seules ou en couple avec une femme, comme le Royaume-Uni, la Belgique ou l'Espagne (ABM, 2014c). Ces données sont disponibles sur le site https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2014_encadrement_juridique_international_vdef.pdf consulté le 10-01-2017.

¹⁴⁸ Article L2141-2 du CSP.

En fondant ainsi la norme juridique, la législation accroît le pouvoir des médecins, en ce qu'elle transfère « à la profession médicale la responsabilité de l'orientation normative des pratiques » (Bateman, 2000 : 127). La définition de l'infertilité en ces termes participe au mouvement de médicalisation de la reproduction. Elle justifie l'intervention des médecins : « La stérilité étant considérée comme une pathologie, au sens large, la déontologie médicale prescrit de tenter d'y remédier » (Frydman et Canto-Sperber, 2008 : 72). Pourtant, René Frydman déclare lors de notre entretien que « *la reproduction est une médecine très particulière, dans la mesure où l'infertilité n'est pas une maladie* ». Ces contradictions, qui se cristallisent autour de l'usage des termes de maladie et de pathologie, s'observent tant dans les difficultés individuelles à qualifier l'infertilité et à établir un diagnostic que dans les divisions qui parcourent la communauté professionnelle.

4.1 Une définition médicale aux fondements du dispositif législatif

Le recours aux techniques d'AMP est autorisé dans un cadre médical. L'infertilité médicalement diagnostiquée est une « notion nécessaire avant une prise en charge médicale » (ABM, 2009 : 8). François Thépot souligne que la finalité médicale du cadre législatif est organisée autour de la « démonstration de l'infertilité »¹⁴⁹ (OPECST, 2008 : 52). L'AMP est également utilisée à visée préventive, pour éviter de transmettre une maladie grave au partenaire ou à l'enfant, ou pour préserver la fertilité de personnes s'apprêtant à subir un traitement potentiellement stérilisant.

Le critère médical est justifié pour pallier les défaillances de la procréation naturelle, tout en reproduisant sa structure sociale (Bellivier et Brunet, 2001 ; Brunet, 2011). Ainsi, le sénateur François-Noël Buffet souligne que l'AMP est « conçue en miroir de la procréation naturelle : elle vise à permettre à un couple de pallier l'infertilité qui l'empêche de procréer naturellement. Elle n'a pas pour objet de rendre possible des procréations impossibles » (2011 : 41). Ce critère s'ancre dans la norme, telle que la qualifie Dominique Mehl, du « couple procréateur » en même temps qu'il la renforce. Celle-ci s'adosse aux « structures naturelles de la parenté » et « se fonde sur une philosophie de la famille »¹⁵⁰ (2011 : 117-118). La perception de l'infertilité comme une

¹⁴⁹ François Thépot est embryologiste et généticien. Il est l'ancien adjoint à la direction médicale et scientifique de l'ABM et responsable du pôle « Procréation, Embryologie et Génétique Humaines ».

¹⁵⁰ Nous détaillerons l'importance de la notion de couple dans le chapitre suivant.

pathologie organique justifie l'implication et le droit de regard des médecins, des juges et des législateurs sur la demande d'enfant d'un couple (Löwy, 2000).

En conditionnant l'accès à l'AMP à une nécessité médicale, le législateur écarte également toute demande sortant du cadre pathologique. Irène Théry (2010) observe que « cette notion de stérilité permet de sélectionner le type de couple accepté : la “stérilité pathologique” d'un couple – de ce fait nécessairement hétérosexuel – s'oppose à la non-stérilité ou à la stérilité “sociale” du couple homosexuel. Seule la première est acceptée, au nom de l'éthique médicale : ici on traite des pathologies, on ne fait pas de médecine “de convenance” ». La décision de réserver l'accès à certains couples ne s'appuie pas sur un fondement médical mais s'ancre dans une « justification thérapeutique de la morale familiale » (2010 : 99 et 102).

La sociologue Manon Vialle observe que le modèle bioéthique « ne légitime que la référence “soins”, et dénie la dimension “confort”. Pourtant, cette tension est inéluctable, dès lors qu'au-delà de la prise en charge des maladies, du traitement des pathologies, le rôle de l'AMP est aussi d'accroître le bien-être de la population » (2014 : 19). Les tensions entre ces deux pôles sont à l'origine des difficultés des médecins à qualifier l'infertilité en termes médicaux¹⁵¹. La diversité de leurs définitions révèle la complexité d'un tel critère pour définir les limites de la participation de la société au projet parental. Tous s'accordent sur le constat que l'infertilité est reconnue par la société comme une maladie, qu'elle est définie comme telle par l'OMS et qu'elle n'engage pas le pronostic vital, même si elle cause d'importantes souffrances psychologiques. Pourtant, chacun en tire des conclusions différentes. Aucun de ces éléments, ni même les causes de l'infertilité, ne sont suffisants pour définir la logique des conceptions individuelles relatives au caractère pathologique, ou non, de l'infertilité. Il semble bien que ce qui est en jeu, c'est la manière dont le médecin se représente son propre métier et dont il souhaite influencer les modes de représentations collectifs.

4.2 Un diagnostic difficile à établir : l'exemple des infertilités idiopathiques

Le diagnostic apparaît comme indispensable pour pratiquer une médecine raisonnable et raisonnée. Seule la définition d'une indication médicale légitime les usages de l'AMP. Comme le rappelle Jacqueline Mandelbaum, le devoir du médecin est « *de s'assurer que les personnes qui*

¹⁵¹ Au point que Renato Fanchin refuse de se prêter à l'exercice : « Les définitions n'ont aucun intérêt. L'infertilité, on reconnaît que ce n'est pas une bonne chose ».

s'adressent à nous ont réellement besoin de ce traitement ». Le fait de prendre en charge des personnes qui ne sont pas vraiment infertiles est une pratique perçue aux yeux de la majorité comme déviante.

Cependant, l'évaluation de l'infertilité est complexe. René Frydman et Monique Canto-Sperber estiment que la condition pathologique est d'une « illusoire clarté », tant il est parfois difficile de pouvoir l'« identifier sans équivoque » (2008 : 73). Pour que le caractère pathologique soit avéré, le moyen le plus fiable est d'identifier l'étiologie, c'est-à-dire la cause de l'infertilité. Sinon, l'infertilité reste inexpliquée : elle est alors dite idiopathique. Son diagnostic s'apparente au simple constat d'une incapacité involontaire à procréer sur une durée donnée. Dans ce cas, son caractère pathologique devient difficile à établir. Pour expliquer la complexité de ce diagnostic, Henri Léridon confronte la définition théorique et pratique de l'infertilité : « Il s'agit donc en théorie d'un état, qui existe indépendamment des tentatives effectuées pour concevoir et mener une grossesse à terme, mais en pratique, seules ces tentatives permettent de repérer l'infertilité » (2011 : 11). Pour lui, cette dernière n'est pas une pathologie et la définition médicale n'est pas appropriée car elle confond les situations de stérilité et d'hypofertilité.

La désignation d'une infertilité comme idiopathique suppose la réalisation d'un bilan complet des causes de l'infertilité. Selon le guide des bonnes pratiques, ce bilan diagnostic comprend au moins un examen clinique explorant le cycle ovarien, l'utérus et/ou les trompes, ainsi qu'un examen biologique de la quantité et de la qualité du sperme¹⁵². Certaines femmes infertiles réunies dans le collectif BAMP dénoncent un manque d'exploration de l'infertilité et soulignent les dépenses inutiles liées à un diagnostic médical trop souvent incomplet¹⁵³. Bernard Hédon (2009) précise en tout cas que le diagnostic repose essentiellement sur une réflexion probabiliste, qui dépend également de l'âge et de la durée d'exposition à la grossesse¹⁵⁴. Finalement, l'infertilité est seulement inexpliquée par les examens réalisés : « On parle donc de “stérilité inexpliquée... au bilan de base”, soit qu'il soit strictement normal, soit qu'il comporte quelques éléments de discussion mais qui ne permettent pas de conclure sur la vraie cause de l'infécondité »¹⁵⁵ (2009 : 26).

¹⁵² Ce bilan est ensuite « complété en fonction des contextes clinique et biologique » et par la « recherche d'éventuels facteurs de risques obstétricaux ».

¹⁵³ Virginie Rio par exemple regrette dans son cas d'avoir attendu « *trois ans pour qu'un vrai bilan soit posé* ».

¹⁵⁴ Bernard Hédon est gynécologue, chef de l'unité d'AMP du CHU de Montpellier et président du CNGOF.

¹⁵⁵ Même si les médecins ont posé un diagnostic, cela ne signifie pas qu'ils soient à même d'identifier les causes de l'infertilité. Par exemple, lorsque l'infertilité du couple est d'origine masculine, les médecins ne

Rappelons que « la stérilité est une affaire de couple, c'est la fertilité des deux partenaires qui définit la fertilité du couple » (Olivennes et Beauvillard, 2008 : 91). En effet, les deux partenaires sont hypofertiles dans 40 % des cas ; l'infertilité est alors dite mixte (Guérif et Lansac, 2005¹⁵⁶). De plus, il faut souligner qu'il n'y a « pas de définition unanime » de l'infertilité inexplicée et que sa fréquence est « extrêmement variable dans la littérature », allant de 8 à 28 % (Amar-Hoffet *et al.*, 2010 : 89). Pour René Frydman comme pour François Olivennes, ce type d'infertilité correspond à 15 % des situations. Le gynécologue Esme Kamphuis et ses co-auteurs (2014) estiment de leur côté que la prévalence de ces infertilités oscille entre 25 et 30 %. Jacques Testart se base sur la même estimation. Grâce aux données du registre FIVNAT, il décrit l'ampleur du phénomène : alors que les infertilités inexplicées représentaient au départ 10 % des couples, elles concernent en 2011 un quart d'entre eux. Il pense que ce chiffre a probablement augmenté, mais son estimation est imprécise et variable : « L'évolution récente (depuis douze ans) de la fréquence des “stérilités idiopathiques” est inconnue puisque l'ABM ne fait pas apparaître les indications médicales dans les résultats qu'elle rend publics », malgré la demande formulée par le CCNE dès 1994 de mentionner ces indications (2014 : 60).

La notion de degré d'infertilité, allant de l'hypofertilité à la stérilité, ainsi que la connaissance de plus en plus souvent limitée de son étiologie, remettent en cause un des fondements du cadre législatif. Le critère médical pose d'autant plus de difficultés que la définition de l'infertilité est subjective, influencée par la représentation que chacun entretient vis-à-vis de la médecine et de son rôle.

4.3 Une définition pathologique au cœur de divisions entre les professionnels

Si tous les professionnels estiment que l'infertilité nécessite une prise en charge médicale, leurs opinions vis-à-vis de la définition de l'infertilité se distribuent entre deux pôles : les uns considèrent préférentiellement l'infertilité comme une maladie, les autres estiment que ce terme n'est pas le plus approprié¹⁵⁷. Pour Alain Cordier, médecin inspecteur général des finances à

savent souvent pas expliquer pourquoi l'homme est infertile. Les infertilités masculines sont donc « majoritairement idiopathiques. Leur fréquence estimée entre 40 à 75 % » (HAS, 2006 : 34).

¹⁵⁶ Fabrice Guérif est professeur des universités en biologie et en gynécologie obstétrique et praticien hospitalier. Jacques Lansac est professeur en gynécologie obstétrique, praticien hospitalier et président du CNGOF.

¹⁵⁷ Ces mêmes divisions se retrouvent chez les patientes rencontrées. Toutes mettent l'accent sur les difficultés

l'HAS, la multiplicité de ces définitions est une manifestation de la pluralité des convictions individuelles : « *C'est intéressant que vous observiez des réponses différentes, parce que je pense qu'il y a derrière ceci un enjeu de visions personnelles* ». Bernard Hédon souligne également que la définition de l'infertilité est « à géométrie variable » et « ne peut être qu'individuelle et forcément subjective » (2009 : 25). La manière dont les médecins singularisent leur discours, par l'usage de termes comme « *moi, pour moi, je pense, je considère* », est un indice de cette subjectivité¹⁵⁸. Si la variété des conceptions des acteurs est certainement liée aux particularités de la médecine de la reproduction, leurs représentations s'ancrent également dans leur système de valeurs.

4.3.1 L'infertilité, une maladie

Certains médecins perçoivent l'infertilité comme une maladie qui demande, au nom de la santé, une prise en charge médicale. Sa particularité est liée au fait qu'elle ne met pas en jeu la survie d'un individu mais sa capacité à donner la vie, ce qui incite les plus prudents à employer l'usage de la comparaison, estimant que c'est « comme une maladie ».

Pour Joëlle Belaisch-Allart, le fait que l'infertilité soit une maladie relève de l'évidence : « *Bien entendu ! Pour moi, cela ne se discute pas !* ». Même si elle est consciente que tous ne partagent pas son point de vue, elle fait appel à la position de l'OMS pour clore le débat : « *C'est une maladie comme les autres. C'est la définition de l'OMS de 2009* ». Michael Grynberg s'appuie également sur cette institution sanitaire pour considérer l'infertilité comme une maladie, avec son lot de « *souffrances* » physiques et psychiques.

Pour Jean-Philippe Wolf aussi l'infertilité est une maladie, et la solidarité financière de la société montre qu'elle est reconnue comme telle. Même si le pronostic vital n'est pas engagé, la menace de mort est « *symbolique* » : « *La société considère que l'infertilité est une maladie au moins aussi grave que l'Alzheimer ou le cancer* ». De plus, en termes de filiation, « *la généalogie meurt avec vous* ». La cause de l'infertilité n'est pas un critère définitionnel approprié, puisque certaines pathologies ont des « *causes objectives* » qui peuvent entraîner d'autres maladies. Elle peut également être liée à des « *mutations génétiques* ».

générees par l'infertilité, mais seulement la moitié d'entre elles considèrent l'infertilité comme une maladie. Leurs perceptions semblent en partie liées à leur parcours de soins et à l'origine de leur infertilité.

¹⁵⁸ Pour faciliter la lecture, certains de ces termes ont été supprimés des citations.

Nous retrouvons ces arguments chez Patrice Clément, qui appuie son argumentaire sur les difficultés éprouvées par les couples : « *Ne pas avoir d'enfant, pour un couple, c'est extrêmement délétère sur le plan psychologique, et à travers cela, c'est une maladie* ». Cependant, l'infertilité a un statut particulier puisque non seulement elle ne met pas en cause le pronostic vital, mais elle concerne la rencontre de la fertilité de deux personnes : « *C'est une maladie quelque part. C'est la maladie d'un couple* ». Il est intéressant de noter la relativité de ses propos : l'infertilité est une maladie « *quelque part* » ; elle n'est pas mortelle, mais elle est « *quand même* » pathologique.

Assimiler l'infertilité à une pathologie justifie la nécessité d'une intervention médicale. Cette considération légitime la participation du médecin en même temps qu'elle définit son rôle : « *Finally, c'est une pathologie, parce que sinon, cela signifierait que nous ne sommes pas des médecins mais des guérisseurs* », déclare une gynécologue médicale. Un autre gynécologue établit le même lien entre la définition de l'infertilité et celle de la médecine : « *Je considère l'infertilité comme une pathologie, bien-sûr, parce que nous sommes médecins, nous soignons l'infertilité* ». Xénia Lechat épouse la définition de la santé de l'OMS, comme un « *bien-être physique, psychique et social* ». Le but de l'intervention médicale est de contribuer à ce bien-être. Elle prend l'exemple des infertilités idiopathiques ou liées à l'âge : « *Selon la définition de la médecine que vous donnez, la FIV n'est pas médicalement justifiée mais elle est tout à fait justifiée au registre de la santé* ». Ainsi, Xénia Lechat entretient une vision positive de cette médecine qui s'inscrit dans l'amélioration de la santé des individus. Dans sa conception comme dans celle de ses confrères, la définition médicale de l'infertilité est directement corrélée à l'identité professionnelle du médecin. Cette dernière prend ses racines dans le raisonnement médical et requiert une prise en charge globale prenant en compte la balance bénéfices/risques : « *Nous ne sommes pas techniciens, nous sommes encore dans un art médical qui consiste à faire la synthèse de la demande de la patiente, de son état de santé et des outils que nous avons à notre disposition* ».

Ces médecins perçoivent l'infertilité comme une maladie, car elle entraîne une souffrance psychique voire physique et est reconnue comme telle par la société. D'autres professionnels préfèrent la qualifier par d'autres termes. Mais leurs discours portent aussi les traces de leurs hésitations. L'usage quasi systématique de la première personne du singulier témoigne du caractère individuel de leurs conceptions.

4.3.2 L'infertilité, d'autres propositions de qualificatifs

D'autres professionnels éprouvent des difficultés à qualifier l'infertilité de maladie. Ils la considèrent davantage comme une pathologie, un état, une incapacité, une dysfonction ou un handicap.

4.3.2.1 *Maladie, pathologie et étiologie de l'infertilité*

L'institution d'une norme définitionnelle par une organisation mondiale ne suffit pas à convaincre tous les professionnels. D'abord, ceux qui ne considèrent pas l'infertilité comme une maladie insistent sur le fait qu'elle n'est pas mortelle. Par exemple, Jérémy Boujenah pense que *« même s'elle est reconnue par l'OMS, il ne s'agit pas d'un problème de santé vital »*.

Ensuite, ces praticiens soulignent, comme Jérôme Pfeffer, la relativité de cette notion. Malgré les souffrances qu'elle engendre, le mot maladie lui paraît cependant *« un peu fort »*. Charlotte Sonigo trouve également ce terme inapproprié et pense que l'infertilité est une conséquence d'une maladie. Charlotte Dupont est du même avis. À ses yeux, seule la souffrance physique, engendrée par exemple par l'endométriose, pourrait permettre de qualifier l'infécondité subie de maladie, alors que l'azoospermie – l'absence de spermatozoïde –, n'en est pas une.

Isabelle Cédricin distingue la maladie de la pathologie. Malgré un impact psychologique qu'elle compare à celui du cancer, cela lui paraît insuffisant pour qualifier l'infertilité de maladie, qui recouvre les situations où le processus vital est engagé. L'infertilité est une pathologie qui découle potentiellement d'une maladie, comme l'endométriose ou les infections.

À l'inverse, Christophe Sifer estime que l'infertilité est une maladie qui peut être la conséquence d'une pathologie. Le déroulement de l'entretien montre la difficulté à définir l'infertilité de manière claire. D'abord, il axe son estimation en fonction de la souffrance du patient : *« Ne pas avoir de possibilité de reproduction, c'est une maladie, vécue comme telle »*, même en l'absence de symptômes physiques associés. Si l'infertilité est une maladie, elle n'est *« pas forcément une pathologie parce que nous n'en avons pas nécessairement fait la preuve »*. L'identification de l'étiologie est donc centrale pour qualifier un état de pathologie : *« C'est peut-être là que réside la différence entre le pathologique et médicalement constaté, l'ignorance que nous en avons »*. Alors qu'il venait d'établir une distinction d'importance entre le médical et le pathologique, Christophe Sifer en revient, et confond de nouveau les deux, avant de constater

les déficiences de ces usages lexicaux : « *L'état pathologique, c'est l'état qui n'est pas physiologique, donc c'est une maladie. Mais cette terminologie présente pour défaut d'être soumise à caution, à l'interprétation des médecins* ».

Ces réflexions montrent les limites de la définition de l'infertilité en des termes médicaux, qui se révèlent largement inappropriés face à la relativité des conceptions et des situations individuelles.

4.3.2.2 *D'autres terminologies*

D'autres médecins proposent un lexique différent. Une gynécologue ne conçoit l'infertilité ni comme une maladie ni comme une pathologie mais comme un « *état* », car les chances de grossesse varient selon les individus et selon les couples. De plus, n'étant pas « *nécessaire à la survie* », l'infertilité renvoie à « *une notion de confort et d'épanouissement personnel* ». Cependant, lorsque l'infertilité est la conséquence d'une maladie potentiellement mortelle comme l'infection au *chlamydiae* – une infection sexuellement transmissible –, cette incapacité retrouve son caractère médical.

Jacques Testart considère que la particularité du statut de l'infertilité ne permet pas de la qualifier de maladie. Selon lui, « *une personne stérile n'est pas une personne malade* » car son pronostic vital n'est pas engagé. La dimension pathologique relèverait plutôt d'une souffrance liée à la non-réalisation d'un désir : « *Si c'était une maladie, elle serait plutôt de l'ordre psychologique* ». Il assimile cet état à « *une notion subjective du handicap* ». Les singularités de la médecine et la biologie de la reproduction l'incitent à dépasser ce cadre définitionnel : « *Ce ne sont pas des spécialités comme les autres parce que nous ne soignons pas. Nous intervenons pour créer un individu nouveau, avec une responsabilité peut-être plus importante qu'en médecine classique* ».

Jacqueline Mandelbaum propose une terminologie alternative en définissant l'infertilité comme une maladie de la filiation. Cette expression apparaît comme un compromis discursif entre le pathologique, le médical, et le vécu des couples. Elle reconnaît qu'ils « *ne sont pas malades, mais c'est une maladie de la filiation, et en ce sens, c'est un handicap. Comme tous les handicaps, c'est une pathologie, c'est une maladie* ». La définition de l'infertilité en des termes médicaux renvoie à un enjeu relatif à l'identité professionnelle : « *Je suis médecin (...). La stérilité pour moi est donc un trouble de la reproduction* ». Elle apporte ensuite des précisions qui

contredisent ses premières déclarations : l'infertilité « *n'est pas une pathologie, c'est un constat de l'incapacité, de l'impossibilité de se reproduire* ». Mais l'infertilité peut être la conséquence d'une pathologie, qui touche les trompes ou concerne la spermatogénèse. La médecine peut seulement pallier cette incapacité et, ce faisant, s'écarte de son rôle traditionnel : « *Nous ne savons pas traiter le problème spécifique, donc nous avons recours à des artifices* ».

4.3.2.3 Une médecine palliative

Ilana Löwy rappelle que les techniques d'AMP sont une « solution médicale à une anomalie fonctionnelle » et que l'infertilité reste une « affection “ incurable ” » (2000 : 76 et 78). Louise Vandelac souligne que cette médecine « ne soigne pas un individu, mais contribue à fabriquer un tiers ; elle ne traite pas, mais contourne une impatience, une difficulté », qui ne peut être considérée comme une maladie. Ces procédés « ne sont donc pas des “thérapeutiques” mais des “palliatifs” », car ils s'attaquent rarement à la cause de l'infertilité (1995 : 90 et 76). Pour Clémence Roche et Charlotte Sonigo, le fait que l'infertilité ne soit pas une maladie ne remet pas en cause le rôle du médecin, qui reste celui du soignant : « *Nous soignons mais nous ne traitons pas* ». Les biologistes Françoise Arnal et Jean-Claude Humeau (2003) considèrent que les techniques d'AMP sont une thérapeutique relevant « d'une médecine réparatrice, dont l'objectif est de rétablir les effets d'une fonction défaillante ». Ils estiment que l'infertilité est une pathologie et vont jusqu'à émettre l'idée selon laquelle « la stérilité est peut-être la maladie par excellence, puisqu'elle pourrait compromettre non pas la survie individuelle mais celle de l'espèce » (2003 : 127-128).

Jean-Noël Hugues souligne également cette dimension palliative. Il définit l'infertilité comme une « *affection* », ou comme la conséquence d'une pathologie, elle-même repérable à une souffrance physique. Mais la souffrance psychique générée par l'infertilité ne suffit pas à la considérer comme une maladie. Ce cheminement intellectuel ferait courir le risque d'une médicalisation abusive des sentiments et des émotions : « *Si nous commençons à considérer que tout ce qui nous manque affectivement est une pathologie, nous sommes mal partis !* ».

Pour Pierre Jouannet, l'aspect pathologique de l'infertilité se manifeste par l'existence d'une dysfonction. Cette spécialité se singularise par sa finalité : « L'aide à la procréation ne peut être réellement assimilée à un traitement, ne serait-ce parce que les objectifs sont différents. Créer un enfant n'a rien à voir avec la guérison d'une maladie » (2001 : 130). De plus, non seulement le

statut de traitement est rendu problématique par l'objectif de l'intervention, mais il est uniquement substitutif : « *Nous ne traitons pas une maladie, nous nous substituons à une fonction défaillante* ».

Une jeune gynécologue médicale estime que l'infertilité n'est pas une pathologie. Elle explique que, « *du point de vue médical, nous ne leur apportons rien* ». Elle insiste sur les risques induits par les techniques d'AMP et notamment par la stimulation sur la santé des femmes : « *Nous leur donnons des doses d'hormones importantes, avec des conséquences à long terme sur le sein, sur l'utérus... Ces hormones entraînent également un léger sur-risque de cancer du sein. Dans la balance médicale du bénéfice et du risque, nous sommes plutôt en faveur du risque* ». L'apport de la médecine n'est selon elle pas mesurable en termes médicaux. Elle prend l'exemple de l'endométriose pour rappeler que ces techniques ne sont que palliatives : « *L'AMP ne traite pas l'endométriose. Elle aide une femme qui a de l'endométriose, grâce à une intervention chirurgicale, à être enceinte* ».

Ainsi, les médecins qui ne conçoivent pas l'infertilité comme pathologique mais comme la conséquence d'une potentielle maladie mettent en avant les limites d'une intervention qui reste palliative, et, plus rarement, les risques iatrogènes de la médicalisation de la procréation.

* * *

Étant donné la porosité de la notion de pathologie, nous proposons ici de considérer l'infertilité dans le sens de François Steudler. Pour lui, « l'état pathologique, dans la mesure où il est lié aux valeurs et aux normes de la société, se caractériserait non par l'écart par rapport à une norme mais par l'incapacité d'une certaine autonomie au sein d'un système culturel et social » (1972 : 42). L'infertilité est donc considérée comme une pathologie dans le sens d'une incapacité, dans la mesure où elle empêche le couple de procréer de manière autonome. Ce dernier est en situation de dépendance vis-à-vis du corps médical. L'infertilité et l'autonomie reproductive relèvent de la santé, au sens large du terme.

Pour Simone Bateman (2000), le critère médical remplit une fonction centrale dans l'identité du médecin soignant. Il permet de « définir le statut de l'acte fécondateur comme thérapeutique, puisqu'il s'adresse à un dysfonctionnement physiologique qu'aurait "dû" pouvoir soigner le médecin ». L'acte technique « se définit comme médical, non pas parce qu'il est

thérapeutique au sens strict de ce terme, mais parce qu'il est actuellement réservé au seul médecin – ce qui revient à définir d'une nouvelle manière ses compétences à soigner le corps malade ». La condition pathologique assure l'acceptation de l'AMP par la société. Elle transforme « une technique instrumentale de fécondation en thérapeutique médicale socialement valable ». Cependant, les limites de ce critère le vident de son sens et cette « justification thérapeutique (...) apparaît comme un garde-fou illusoire » (2000 : 136-138).

L'hétérogénéité des définitions par les professionnels, alimentée par le statut particulier de la médecine de la reproduction, met en lumière la relativité du critère médical, pourtant placé au centre du dispositif législatif. Cette variété montre la dimension sociale de cette norme, qui implique en elle-même la notion d'infertilité de couple :

« La notion d'une indication médicalement justifiée n'est pas une notion strictement technique, mais une construction normative où logique médicale et logique sociale sont imbriquées. Ce n'est pas l'infertilité d'une personne qui constitue l'indication mais l'infécondité d'un couple ; en d'autres termes, ce n'est pas le fait d'être incapable de procréer soi-même qui justifie l'accès aux techniques, mais l'impossibilité de procréer avec une personne particulière. La notion d'indication médicale de "procréation assistée" intègre donc aux critères techniques une certaine conception sociale et morale des conduites procréatrices légitimes » (Bateman, 2000 : 138).

Irène Théry (2010) souligne également que, dans la loi de bioéthique, l'AMP est pensée comme une intervention thérapeutique, une « forme de traitement d'une stérilité pathologique ». Mais cette sociologue affirme que l'AMP « n'a jamais été un traitement et n'a jamais guéri une personne stérile. On aperçoit alors que la référence à la thérapie n'est ici rien d'autre qu'un certain usage de l'imaginaire médical, qui fut destiné au départ à légitimer socialement une pratique nouvelle et mal acceptée » (2010 : 16-17). Le choix de la condition thérapeutique moralise les pratiques de procréation et d'engendrement. De plus, l'inclusion de l'AMP dans la catégorie plus large de la biomédecine permet la légitimation de l'optique législative dans son ensemble : « En biomédecine, on n'organise pas une procréation plus ou moins immorale, on soigne un couple infertile en manipulant un matériau thérapeutique ». Ainsi, poursuit cette chercheuse, « l'éthique médicale absorbe en elle la morale procréative... et l'absout de ses ambiguïtés » (2010 : 95).

L'hétérogénéité des définitions de l'infertilité par les professionnels nous amène, comme Véronique Fournier (2010), à nous interroger sur la légitimité de ce critère : « Les limites de la maladie sont devenues, comme celle de la morale, trop sujettes à caution pour servir de référence

sur ce point »¹⁵⁹. Cette subjectivité alimente un traitement inégal entre les candidats et nourrit chez elle un « sentiment d’injustice », constatant « la façon dont la société les traite aujourd’hui, en acceptant certains, en condamnant les autres, sur des critères supposés clairs, bâtis autour d’une ligne de démarcation qui est officiellement la maladie, mais dont l’appréciation est à mon avis éminemment subjective et beaucoup plus morale qu’autre chose » (2010 : 205 et 170). Le cadre médical est remis en question par la multiplicité des conceptions et des formes de l’infertilité.

La dimension sociale affleure encore plus nettement dans la seconde condition restreignant l’accès à l’AMP. La demande de soins doit émaner d’un couple hétérosexuel estimé stable et motivé. Mais la charge subjective de l’évaluation de la capacité du couple à devenir parent complique l’application de cette disposition législative.

¹⁵⁹ Véronique Fournier est cardiologue et fondatrice du premier centre d’éthique clinique français à Cochin, composé pour moitié de soignants et de représentants de la société civile. En 2016, elle est nommée à la tête du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

Chapitre 5. Un accès réservé aux couples stables et motivés

Intéressons-nous aux conditions conjugales d'accès à l'AMP établis par la loi de bioéthique. Le couple hétérosexuel est érigé comme seul modèle parental valable. Dans la première version de la loi datant de 1994, les individus doivent être mariés ou vivre en concubinage depuis plus de deux ans. Cette alternative au mariage envisagée par le législateur s'inscrit dans un contexte sociétal marqué, depuis les années 1970, par le phénomène du démariage, lequel se caractérise notamment par la baisse des mariages et par l'augmentation conjointe des unions libres et des divorces¹⁶⁰. Par exemple, en 1994, le taux de divortialité était déjà de 37 %, contre 44 % actuellement. De fait, Irène Théry constate que le mariage n'est plus « l'institution unique du couple » (2007 : 588). Ce contrat n'est également plus une condition pour faire famille, plus de la moitié des enfants naissant actuellement hors mariage.

En 2011, la loi ouvre l'accès à l'AMP à tous les couples hétérosexuels et ce indépendamment de leur statut marital, d'une vie commune ou de la durée de leur union. Les individus doivent simplement être vivants et en âge de procréer. Dans le même temps, le texte maintient la mission attribuée à la profession médicale de vérifier, avant toute prise en charge, la « motivation » du couple, par un système d'entretiens particuliers¹⁶¹.

Alors que l'État demande aux praticiens de s'assurer de la conformité des façons d'être en couple, il restreint une partie des fondements juridiques permettant de la mesurer. Les professionnels entretiennent un rapport ambivalent avec cette mission. Ils se distribuent entre deux visions de leur rôle, qui ne sont pas antagonistes et peuvent se combiner selon les situations : certains estiment ne pas avoir à porter de jugement de valeur sur une demande ni à se substituer au désir du couple ; ils considèrent sa stabilité comme acquise. D'autres ont plus tendance à souligner leur responsabilité dans la naissance de l'enfant ; ils s'approprient le pouvoir conféré par la loi en élaborant un patchwork de critères décisionnels relatifs aux façons de vivre

¹⁶⁰ Amorcé dès le milieu des années 1960, et renforcé par la loi du 11 juillet 1975 autorisant le divorce par consentement mutuel, le phénomène du démariage manifeste le « bouleversement du sens que nous accordons à l'institution matrimoniale » (Théry, 2007 : 587). Ce phénomène s'accompagne de l'expansion des unions libres et du concubinage, entendu comme le « choix d'une communauté de vie » (Théry, 1988 : 97)

¹⁶¹ Selon l'article 2141-10 du CSP, « la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation doit être précédée d'entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire du centre (...). Ils doivent notamment vérifier la motivation de l'homme et la femme formant le couple ».

du couple et intègrent dans leur réflexion non seulement leurs modes de conjugalité mais également leur stabilité psychologique, leur état de santé ou leur situation socio-économique. Ainsi, « la représentation morale de ce qu'est un enfant, les motivations des parents pour engendrer, le cadre conjugal et hétérosexuel de la demande sont des préoccupations non médicales dont la médecine de la reproduction s'accommode pourtant jusqu'à l'excès de zèle, en ouvrant ou pas les portes d'accès du soin » (Bataille et Virole, 2013 : 6). Ceci étant, les éléments relatifs aux aspects individuels et sociaux des demandeurs ne constituent qu'une partie de la décision. Ces motifs sont généralement insuffisants pour justifier en eux-mêmes un arrêt ou un refus de prise en charge. Pour être légitimes, tant aux yeux des médecins, des couples que de la société, ces décisions doivent être expliquées par une raison médicale. De fait, ces phénomènes sont difficiles à quantifier. Nous nous appuyons sur deux études ayant identifié les motifs de refus chez les professionnels. La première est celle de Laurence Tain (2005a). Elle analyse la trajectoire de cent quatre-vingt couples ayant réalisé au moins une FIV et décrypte la sélection des patients au fil du parcours, qu'elle soit spontanée ou décidée par les médecins. La seconde a été menée par François Olivennes auprès des centres d'AMP français pour connaître leurs pratiques « en termes de sélection et d'annulation en AMP » (2005 : 8). Cette enquête dresse un état des lieux des critères de refus dans soixante-quinze centres compris dans l'analyse.

Nous accorderons une attention particulière aux situations marginales. Simone Bateman (2000 ; 2004) met en valeur le potentiel analytique de ces zones de flottement normatives : « Le contrôle de l'accès aux techniques est donc largement laissé à l'appréciation du médecin qui, dans sa pratique, va se heurter constamment à des situations limites, l'obligeant à évaluer – et ce parfois seul – le caractère socialement acceptable d'une indication » (2000 : 138). Ces demandes « dissidentes » sont intéressantes en ce qu'elles mettent à l'épreuve les limites usuelles et « contestent des normes communément admises, au nom d'un désaccord estimé moralement justifié ». L'étude des réactions des médecins est particulièrement féconde car « l'acteur a la conscience troublée et se voit obligé d'explicitier les présupposés normatifs de son action » (2004 : 392-393).

5.1 Les façons d'être en couple : les situations définies par la loi

Depuis 1994 et jusqu'en 2011, l'accès à l'AMP était en partie limité en fonction des modes de conjugalité. En supprimant toute mention relative aux modalités d'union – le mariage

ou la durée de vie commune –, l'État assouplit légèrement la description des manières traditionnelles légitimes d'être un couple parent et, par effet de vases communicants, délègue aux médecins la responsabilité de les évaluer. Nous nous appuyerons sur les analyses de ce transfert de pouvoir par Dominique Memmi, qui décrit comment « l'État se retire de la fabrication des règles et des interdits, et délègue à un autre le soin de s'en charger, non sans avoir dessiné les modalités de la vigilance qui sera exercée » (2003 : 44).

5.1.1 Des dispositions législatives ambiguës

L'analyse de l'évolution des normes d'accès à l'AMP montre que l'État adopte une attitude ambiguë, en ce qu'il supprime les marqueurs de stabilité du couple tout en maintenant la vérification de sa motivation par le corps médical. Les médecins doivent s'assurer de la compatibilité de ces demandes avec les valeurs sociétales en se préservant de tout jugement de valeur. Christophe Sifer illustre ce dilemme : alors que la loi laisse un « *vide d'interprétation* », elle met les médecins dans une position inconfortable car ils doivent « *à la fois mesurer la compliance des couples aux thérapeutiques assez lourdes que nous leur proposons, sans se placer en juge* », ce qui reviendrait à abuser de leur « *pouvoir médical* »¹⁶².

5.1.1.1 La suppression des modalités d'union

Cette décision politique suit les préconisations de l'ABM (2008). Lors des consultations préalables à la révision de la loi de bioéthique, les membres de son conseil d'orientation s'interrogeaient sur la pertinence des modalités d'union comme critère d'accès : « Qui doit, qui peut, vérifier réellement cette condition ? Cette exigence est-elle arbitraire ou veut-elle marquer une reconnaissance symbolique de la valeur sociale du mariage ou d'une durée de vie commune comme élément de stabilité du couple ? » (2008 : 11). En dépit d'une formulation interrogative, les auteurs soulignent la portée morale de cette condition d'évaluation de l'aptitude des individus à devenir parents.

C'est justement cette dimension morale qui crée des tensions, autant chez les politiciens que les professionnels. Le rapport de François-Noël Buffet (2011) résume les divergences entre les sénateurs et les députés. Les premiers souhaitent étendre l'accès à l'AMP aux couples

¹⁶² Le terme de compliance est employé par les médecins pour désigner le degré d'adhésion et de participation du patient à la prescription et à la stratégie médicale.

hétérosexuels pacés¹⁶³. Ils considèrent le mariage, le Pacs et la cohabitation comme des conditions juridiques facilement vérifiables qui permettent aux médecins de s'assurer de la stabilité du couple et leur offrent des fondements objectifs pour appuyer leurs décisions. Mais sous l'égide de Jean Léonetti, rapporteur de la commission pour l'Assemblée Nationale, les députés refusent de sélectionner les couples sur leurs modalités d'union. Ils ne veulent pas distinguer les unions légales des unions de fait, car cela introduirait des différences de traitement entre des couples dont la stabilité est admise *a priori*. Dans ces débats, le rôle de contrôleur dévolu au corps médical par le corps législatif est central. Les désaccords résultent d'une « inévitable concurrence » entre ces deux pouvoirs et expriment la contradiction entre « d'une part, le souci du législateur d'encadrer de manière restrictive les conditions de mise en œuvre de ces processus, et, d'autre part, la liberté (sans doute irréductible) conférée à l'autorité médicale dans le contrôle de ces conditions » (Bellivier et Brunet, 2001 : 188).

5.1.1.2 *Le maintien d'une mission régulatrice*

Le système d'entretiens entre le clinicien et les candidats à l'AMP a été instauré *a posteriori* par le législateur, sous la pression du Parlement, comme un « obstacle prudent opposé à la libéralisation des pratiques » (Memmi, 2003 : 35).

Lors de cet échange, la loi confie plusieurs missions aux professionnels. Ils doivent remettre un dossier au couple, le renseignant sur les techniques et les dispositions législatives et réglementaires en matière d'AMP et d'adoption. Ils sont chargés de recueillir son consentement éclairé, en l'informant des chances de réussite et des risques des techniques. Outre ce rôle d'information, le législateur enjoint les médecins de « vérifier la motivation de l'homme et de la femme formant le couple ». Les praticiens doivent évaluer la légitimité de la demande du couple, au regard de sa motivation. Pour ce faire, les professionnels invitent les membres du couple à se raconter, à revenir sur leur histoire affective et sexuelle et à exprimer ce qui les a poussés à franchir la porte de la consultation.

Dominique Memmi (2003) considère ce système d'entretien comme un outil central du dispositif de régulation, où s'organise une « redistribution officielle de l'administration du vivant. Le juge tend à laisser la place au médecin et l'État délègue son pouvoir de surveillance à des professions libérales souvent associées au service public ». Placé au centre de la supervision de

¹⁶³ Le Pacs désigne le Pacte Civil de Solidarité.

l'accès à l'AMP, le médecin apparaît comme une « figure régulatrice » incontournable du dispositif. Par ce système d'entretien préalable, les spécialistes sont investis du « rôle de contrôleurs de la conformité biographique » (2003 : 24, 102 et 45). Ils veillent à l'adéquation de leurs actions avec les normes sociales, estimées au prisme de leur propre système de valeurs. S'ils estiment que la demande n'est pas conforme à leurs représentations du couple parent, ils sont en capacité de refuser : « À eux de recueillir les paroles légitimes, faute de quoi ils auront la possibilité de surseoir, voire de s'opposer, à l'intervention demandée ». Par cette vérification, les praticiens régulent l'accès au dispositif : « Gare à celui qui ne produirait pas l'identité biographique adéquate. Les médecins sont maîtres du temps comme de la volonté mise à satisfaire sa demande : il n'existe aucun recours prévu contre la décision d'un médecin qui se refuserait à accéder à la demande d'un patient, ou qui repousserait sans cesse sa satisfaction » (2003 : 136 et 28). Ainsi, les professionnels, seuls juges de la stabilité du couple demandeur, ont le pouvoir de refuser d'accéder à une demande de soins s'ils estiment que cette condition n'est pas remplie.

Or, une partie du corps médical expriment les difficultés posées par cette mission. Ils sont « investis d'une responsabilité considérable, qui n'est pas sans susciter (...) un certain malaise » (Iacub et Jouannet, 2001 : 7). Dominique Memmi (2003) remarque que l'autorité sociale dont ils sont investis les placent « dans une injonction contradictoire. Convaincus de leur responsabilité sociale en ces matières, ils se sentent tenus d'intervenir. Mais ils n'osent s'en donner les moyens, pourtant consentis par la loi ». Ils développent différents modes d'organisation, autant de compromis entre le système de valeurs des membres de l'équipe, la mission qui leur est confiée par la société et les outils dont ils disposent pour y parvenir. Ainsi, « le corps médical manifeste une puissante autonomie et sa propre inventivité régulatrice. Sans doute parce qu'il se trouve au front des pratiques. Il délaisse en partie la sollicitation biographique attendue de lui au profit d'une vigilance diffuse, parfois honteuse, toujours prudente, comme dérobée » (2003 : 151 et 161). Examinons comment les médecins réagissent à cette liberté décisionnelle et les façons dont ils exercent cette régulation.

5.1.2 Réactions et adaptations locales

Si les médecins expliquent qu'*a priori*, la suppression de la condition du mariage ou de la vie commune de plus de deux ans n'a eu que de faibles conséquences sur leurs pratiques,

l'analyse des valeurs qui sous-tendent leurs réactions permet de pointer un certain nombre de problématiques. De manière générale, le couple est une valeur centrale chez ces spécialistes, et constitue le cœur de leur identité professionnelle, notamment des gynécologues médicaux¹⁶⁴. Sa définition est aujourd'hui moins liée au mariage qu'à la vie commune, considérée comme un marqueur de stabilité du couple et surtout comme la condition *sine qua non* du foyer familial.

Les opinions des médecins face à ce changement législatif traduisent des perspectives différentes, qui s'articulent autour du sentiment de responsabilité des acteurs, lui-même corrélé à leur représentation de leur rôle. Dans une première perspective, qui correspond à celle des députés, les praticiens estiment ne pas avoir à juger la validité d'une demande et refusent ce rôle de « gestionnaire social » des pratiques qui leur est dévolu (Bateman, 2001 : 125). En leur évitant d'avoir à vérifier les modalités d'union, l'État les décharge d'une responsabilité difficile à assumer. Dans la seconde optique, qui rejoint celle des sénateurs, les médecins s'estiment investis d'une responsabilité particulière du fait de leur participation à la création d'un être humain. Ils se sentent dessaisis d'un des seuls moyens objectifs pour mesurer l'aptitude des couples à accueillir un enfant. Par cette mesure législative, l'État les prive de tout support sur lequel adosser un refus.

Ces deux tendances peuvent intervenir concomitamment dans le raisonnement des acteurs, ce qui est en partie à l'origine de leur confusion. La position de Clémence Roche laisse deviner les questionnements générés par la suppression de ces deux critères : si elle estime « *un peu rigide* » d'exiger que les couples soient mariés ou qu'ils vivent ensemble depuis deux ans, cette suppression « *pose problème parce qu'elle ouvre la porte à tout et n'importe quoi* ». Elle complique notamment la tâche qui leur est attribuée de vérifier la motivation du couple. Ce dont il est question ici, c'est la manière dont le médecin s'approprie cette mission en fonction de ses valeurs et de ses représentations.

5.1.2.1 Opinions sur la suppression des modalités d'union

Pour la communauté médicale, la légitimité du couple semble de moins en moins marquée par la reconnaissance étatique de l'union. Seule une minorité rejoint la position préconisée par

¹⁶⁴ Engagés dans une lutte pour la survie de leur spécialité, du fait de son déclin démographique (*cf* chapitre 1) et de la collusion de leurs compétences avec celles des gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux tendent à insister sur la spécificité de leur identité professionnelle : la prise en charge de couples. Une gynécologue médicale explique que « *c'est un gynécologue qui voit des couples, pas seulement des femmes* ». Une de ses consœurs place également cette valeur au cœur de son métier : « *C'est une infertilité du couple, un projet d'enfant dans le couple* », ce qui l'incite à employer l'expression de « *couple parent* ».

François-Noël Buffet visant à élargir l'accès à l'AMP aux individus pacsés. Parmi eux, une obstétricienne se réjouit de la suppression de vérification de la vie commune, cette démarche administrative ne faisant pas partie des prérogatives du médecin : « *Ce n'est pas notre métier* ». Cependant, elle soutient l'ingérence régulatrice de l'État dans les modalités d'union : « *Nous aurions au moins pu demander aux gens d'être pacsés* ». Elle se dit « *choquée et étonnée* » que le législateur n'ait pas choisi cette option. Par ce biais, l'État serait resté le garant de la légitimité de la forme d'union du couple, tout en supprimant le caractère « *moralisateur* » du mariage. Cependant, le mariage apparaît à la majorité comme un critère désuet pour définir une union. Cette idée est résumée par François Olivennes, qui « *conteste le bien-fondé de cette disposition, le mariage n'est plus un gage de longévité du couple depuis bien longtemps* » (2008 : 107).

La suppression du certificat de vie commune de deux ans est également peu problématique, car le législateur harmonise les textes avec les pratiques effectives des médecins. Non seulement la durée était peu appliquée mais ce certificat, délivré sur l'honneur par les mairies, était considéré comme inutile. Jean-Noël Hugues pense que la durée de deux ans était « *stupide* » et que le rôle de cette mention était essentiellement d'éviter les excès : elle a été instaurée « *pour mettre des garde-fous, pour éviter que les gens n'agissent trop vite, puisque nous savons que les couples qui n'ont pas de problème ont 90 % de chances d'avoir un enfant dans les deux ans* ». La plupart estiment, comme Charlotte Sonigo que deux ans « *c'était long* », et avaient déjà « *beaucoup raccourci* » les délais de prise en charge, s'adaptant à l'âge croissant des demandeurs¹⁶⁵. Pour François Olivennes, ce changement signe la fin d'une mention hypocrite et arbitraire¹⁶⁶. Rare voix dissonante parmi les professionnels rencontrés, celle de Jacques Testart, selon lequel la suppression de la notion de durée « *ne peut qu'aggraver les évaluations subjectives de la "stérilité"* », et accroît le pouvoir du médecin (2014 : 60).

La majorité, notamment ceux qui refusent d'émettre un jugement sur la demande, approuvent également l'annulation du certificat de vie commune. Elle les décharge d'une procédure administrative inutile. Jacqueline Mandelbaum assure que « *cela n'a pas changé grand-chose, sauf la diminution d'une paperasserie assez lourde* ». Xénia Lechat pense aussi que

¹⁶⁵ Nous aborderons cette question dans le chapitre suivant.

¹⁶⁶ François Olivennes confie à ce propos à un journaliste du Journal du Dimanche que « *quand ils nous consultent, quelque soit leur âge, les couples ont déjà attendu. Pas forcément deux ans certes, mais le message selon lequel il n'y a rien d'anormal dans votre dossier, revenez me voir dans deux ans, n'est pas recevable par les patients* ». Voir <http://www.pourquoidoctor.fr/m/article-5626.html> consulté le 1-10-14.

ce certificat « *n'avait plus aucun sens* ». Outre cette inutilité, les praticiens se sentent libérés d'une mission en inadéquation avec leur rôle. Pour Jacqueline Mandelbaum, ce contrôle « *transformait le médecin en officier d'état civil* ». De même, Xénia Lechat pense que « *nous ne sommes pas des contrôleurs, comme en préfecture* ». Recueillir la preuve administrative d'une vie commune est vécu par François Olivennes (2008) comme une démarche moralisatrice outrepassant les prérogatives du médecin : « Je me suis toujours refusé à demander au couple le livret de famille ou quelque papier justifiant leur union. J'estime que ce n'est pas le rôle du médecin de demander à ses patients leurs papiers ! ». Le médecin n'a pas à supplanter le jugement des couples, qui « doivent être considérés par le corps médical comme responsables et ne pas être infantilisés par une procédure dont il serait bon de connaître les bases de réflexion » (2008 : 107-108).

Mais certaines équipes, soucieuses de prendre en charge des couples conformes à leurs représentations, ont réagi différemment et ont pallié cette suppression en mettant en place des outils de contrôle alternatifs. Ce développement de pratiques localement situées est inévitable : « Étant donné l'importance de la mission confiée à l'autorité médicale et l'insuffisance des repères fixés par la loi, il est forcé que se mettent peu à peu en place, au sein des centres agréés (...), des pratiques usuelles et des codes de conduite qui facilitent la prise de décision par l'équipe médicale » (Bellivier et Brunet, 2001 : 195).

Une équipe a par exemple pris des libertés dans l'application de la loi et a continué à demander une attestation de concubinage¹⁶⁷. Face à l'enquêteur, les membres de l'équipe approuvent cette stratégie. Mais les limites de cette décision semblent assez floues. Une gynécologue explique que les biologistes ne demandent plus un certificat mais une preuve de vie commune, peu importe la durée : « *Ils ne demandent pas un certificat comme avant, ils leur demande de prouvez qu'ils sont vraiment un couple* ». Or, cette demande ne serait pas formulée à tous : « *Ils ne le demandent pas systématiquement, c'est quand ils ont un doute. Qu'est ce qui peut mettre le doute dans leur esprit, je ne sais pas* ». Puis, cette gynécologue concède que cette attitude concerne « *surtout sur les couples africains* », plus souvent soupçonnés de polygamie.

¹⁶⁷ L'étude de ce centre a été réalisée début 2012, seulement quelques mois après la révision des lois de bioéthique, ce qui explique en partie cette survivance.

Cette décision apparaît un compromis élaboré par les médecins pour préserver l'harmonie entre leurs pratiques et leurs représentations du couple parent.

Une autre praticienne soutient la décision de son équipe, qui garantit la vie commune. Elle désapprouve le changement législatif : « *La loi nous a bien plombés, parce qu'il n'y a même plus les deux ans de vie commune, maintenant c'est un couple qui est seulement ensemble* ». Elle raconte ses ambivalences, entre ses valeurs individuelles, son devoir de neutralité, sa mission de s'assurer du respect des valeurs collectives et un sentiment d'intrusion dans la vie des couples : « *Il est souhaité que les couples soient mariés et stables, mais cela me gêne d'être obligée de "fliquer" les gens* ». Si elle accepte ce rôle, elle a malgré tout le sentiment qu'il outrepassé les devoirs traditionnels du médecin : « *Je veux bien le vérifier, mais cette question ne devrait pas intervenir dans notre travail de médecin* ». D'un autre côté, son implication dans la naissance d'un enfant l'investit d'une « *responsabilité parce que l'enfant naît de notre geste médical* ».

Une de ses consœurs obstétricienne pose le débat en des termes moraux. Elle estime que l'action sur la procréation introduit « *des exigences morales supérieures aux naissances spontanées* ». L'intervention directe du médecin légitime l'existence d'un droit de regard sur les conséquences de son action. Mais elle concède que la décision prise dans son centre sort du cadre prévu par la loi : « *C'est vrai que nous investiguons la longueur de la vie commune alors que la loi ne nous autorise plus à le faire* ». La philosophe des sciences Anne Fagot-Largeault explique que la notion de responsabilité revêt une dimension morale en médecine de la procréation, dans le sens où les professionnels sont directement impliqués dans l'engendrement d'un enfant : « *Sans présomption d'une responsabilité humaine, c'est-à-dire d'une imputabilité des actes à la personne d'où ils émanent, il n'y aurait pas de morale. La notion de responsabilité est donc fondatrice pour l'éthique* » (1995 : 5).

5.1.2.2 *La vie commune, un critère central, symbole du foyer familial*

Si la majorité des médecins approuvent la suppression du mariage et de la durée de vie commune, le fait de vivre ensemble reste fondamental dans la représentation partagée du couple parent. La vie commune est une condition essentielle pour faire famille.

Dans l'esprit de la loi comme dans celui des médecins, le couple représente le noyau de la cellule familiale. Les textes de lois associent le couple au « projet parental » porté par la loi de

bioéthique de 1994, devenu en 2004 une « demande parentale ». Le sociologue Luc Boltanski le définit comme « l'accord par lequel se lie un homme et une femme dans l'intention de réaliser un enfant ». Celui-ci « constitue l'instance supra-individuelle de pré-confirmation de l'enfant à naître » (2004 : 132 et 135). Laurence Brunet remarque que le projet parental n'est pas seulement central en AMP : il est devenu « la matrice de tout le droit de la famille » (2011 : 305). Cette notion est elle-même synonyme de foyer familial apte à accueillir un enfant.

Le modèle de la « conjugalité cohabitante » (Flahault, 2009) s'impose largement dans notre société. Selon les démographes, seuls 4 % des couples ne vivent pas dans le même appartement. L'âge est un facteur significatif dans la cohabitation, puisque la moitié de ces couples ont moins de 30 ans. De plus, le fait d'avoir eu un enfant ensemble est également un élément déterminant. Entre 30 et 59 ans, seulement 1 % des personnes ayant eu un enfant ensemble ne cohabitent pas (Buisson et Lapinte, 2013). Ce modèle est également déterminant dans la définition du couple élaborée par les médecins. Pour les praticiens, cette notion est fondatrice d'une famille : « *Le couple, c'est une famille. Ce n'est pas sans raison qu'il faille être deux pour pouvoir faire un enfant* ». C'est également le point de vue d'Isabelle Cédric : « *Nous aimerions que cet enfant que nous contribuons à faire naître ait une mère et un père qui assument leur rôle. En tant que parent, nous nous rendons bien compte que c'est important que les deux soient présents* ». Une de ses consœurs abonde dans ce sens, en faisant appel aux lois de la nature : « *Je suis plutôt proche de la nature. C'est plus facile d'élever un enfant à deux dans le même appartement* ». Les couples non cohabitants posent également problème à Clémence Roche. Face à ces demandes, elle se montre méfiante et tente de s'assurer que le couple projette de s'installer ensemble. La vie commune est une condition essentielle à la constitution d'une cellule familiale. La réunion physique des futurs parents est un idéal vers lequel les couples doivent tendre : « *Je leur demande d'avoir ce projet de vie commune pour élever un enfant* ». Or, elle se dit quelques fois « *effarée* » de la souplesse des réactions de certains de ses coéquipiers, plutôt en faveur de ces couples. S'il lui semble délicat de refuser l'accès à une prise en charge aux célibataires géographiques, l'éloignement ne lui paraît pas une raison suffisante pour justifier l'intervention médicale. Permettre l'accès à ces couples sur cette seule indication représente à ses yeux une forme de dérive.

Le concubinage symbolise la capacité des futurs parents à former un « *foyer qui peut recevoir un enfant* », explique Charlotte Sonigo. Pourtant, malgré son intime conviction selon

laquelle un enfant doit être élevé par des parents qui partagent la même résidence, elle éprouve des difficultés à s'appuyer sur ce critère pour évaluer la solidité du couple : « *Qui suis-je, moi, à 30 ans, pour décider s'ils vivent ensemble ou pas ? C'est un peu délicat et je ne le ferai pas* » sans avoir préalablement consulté ses collègues. Pour Charlotte Sonigo, la vie commune est un « *marqueur* » de stabilité, et sa suppression augmente de fait la responsabilité du médecin. Elle se positionne « *plutôt contre* » ce changement de loi. Alors qu'elle ne s'estime pas suffisamment armée pour s'assurer de la stabilité du couple, la vie commune représentait un outil d'évaluation objectif : « *En 20 minutes de consultation, nous ne pouvons pas nous rendre compte de la stabilité du couple. Alors, cela me gêne beaucoup qu'ils ne vivent pas au même endroit* ». Ce cran de « *sécurité* » réduisait la marge d'appréciation du médecin et le protégeait d'erreurs de jugement.

Face à ces « *nouveaux couples* » qui ne vivent pas ensemble, Xénia Lechat se montre prudente. C'est une configuration qu'elle a des difficultés à concevoir, ayant elle-même été contrainte de gérer seule l'éducation de ses enfants. En essayant de rester neutre, elle cherche à provoquer le dialogue avec les couples, pour sonder l'autonomie décisionnelle de ses membres, et avoue avoir du mal à s'empêcher de mettre son « *petit grain de sel* ». Elle justifie cette immixtion dans l'intimité des couples par un souci de protection : « *Ce qui m'inquiète un peu, c'est que derrière ces faux choix de liberté, la femme soit vulnérable ensuite* ».

La position de Jacqueline Mandelbaum permet d'adopter des pratiques en cohérence avec son système de valeurs tout en se préservant d'un abus de pouvoir. Malgré le caractère « *éminemment subjectif* » de l'évaluation de « *leur envie réelle d'avoir un enfant ensemble* », elle assume ce rôle, qu'elle considère comme un devoir du médecin : « *Cela fait partie des choses que nous nous devons de faire* ». Si le couple n'habite pas ensemble, elle pense qu'il doit en avoir l'intention, mais que cette situation n'est « *pas forcément rédhitoire* ». L'existence d'une vie commune relève de normes sociétales et à ce titre ne devrait pas être un élément décisionnel. Elle rappelle que les décisions doivent être motivées par des critères médicaux. Elles sont également déterminées par le contexte. Chaque situation étant singulière, elle ne peut pas anticiper le poids que prendra cet argument, ni « *dire à l'avance tel dossier n'est absolument pas recevable, en tout cas pour des raisons sociétales. Nous sommes médecins, nous ne sommes pas juges* ». Réaffirmer la supériorité des indications médicales pour décider d'une prise en charge permet aux acteurs d'assurer l'objectivité de leur approche.

5.1.2.3 Vérifier la motivation : un dépassement du rôle du médecin

Le système d'entretien préalable à la FIV permet aux médecins d'investiguer les modalités d'être en couple. Dans la grande majorité des cas, Dominique Memmi (2003) constate qu'au cours de cette séquence narrative, les médecins vérifient surtout l'existence d'« une compétence positive – un vouloir faire – et une compétence négative – un non-pouvoir faire ». Mais les modalités d'appropriation de cette responsabilité varient selon les médecins. Si la plupart considèrent cette motivation comme acquise, certains se montrent plus vigilants : « Le désir d'enfant est le plus souvent une formalité, mais on rencontre des cas où le praticien s'est engouffré dans la sollicitation biographique préconisée par les textes » (2003 : 143 et 197).

Les praticiens peuvent également être partagés entre ces deux positions. Ces tensions sont explicites dans le raisonnement de Sylvie Epelboin : « Dans l'investigation menée sur le contexte du projet d'enfant, nous sommes partagés entre deux volontés : ne pas passer à côté d'un problème majeur au sein duquel le désir d'enfant serait de colmater une brèche, mais aussi celle de ne pas obliger un couple à subir un “examen de passage” » (1999 : 89). En même temps, elle estime avoir un « “devoir” d'intrusion dans la vie des couples » même si elle concède que l'investigation biographique « est une forme d'expression du pouvoir médical discutable, opposée au principe d'autonomie et de compétence de décision des patients » (2005 : 50).

De manière générale, les praticiens sont nombreux à remettre en question leur capacité à s'assurer de la motivation du couple, jusqu'à refuser de remplir ce rôle. Ils disposent en effet de peu de moyens pour parvenir à cette fin : « On peut s'interroger sur les possibilités réelles pour l'équipe médicale de mener à bien un tel contrôle » (Bellivier et Brunet, 2001 : 194). C'est également l'avis d'Isabelle Cédricin : « *Nous n'avons pas tellement la possibilité de savoir dans quelle mesure un couple est réellement fiable* ». Ces médecins, comme François Olivennes, ne s'estiment pas compétents : « Il est très difficile d'évaluer le désir d'enfant et le projet parental d'un couple. Les médecins sont très peu formés, au cours des études médicales, aux aspects psychologiques » (2008 : 111). Rappeler l'absence de formation est une façon de signifier que cette mission dépasse les compétences et les prérogatives du médecin. Christophe Sifer, qui s'inscrit dans la tendance adoptée par les sénateurs, considère la motivation des couples comme allant de soi et ne souhaite pas formuler d'opinion sur leur demande : « *Nous ne jugeons pas*

pourvu qu'ils soient là tous les deux, qu'ils soient présents, qu'ils aient un vrai projet partagé et qu'on ne sente pas de réticences ».

Les professionnels émettent parfois des réserves sur la motivation des couples. Jean-Noël Hugues concède qu'ils peuvent avoir « *de sérieux doutes sur le désir d'un des deux partenaires, en général, de l'homme. Mais la plupart du temps, nous ne savons pas (...). Ils ne le disent pas. Nous pouvons le sentir. Dans ce cas, nous écrivons de vérifier la motivation, l'équilibre, la stabilité. Mais qu'est-ce qu'un couple stable ?* ». De toutes façons, il refuse d'émettre un jugement sur le couple et pense que « *c'est leur affaire* ».

Ces déclarations confortent la remarque de Dominique Memmi (2003) concernant la sollicitation biographique : les médecins « se révèlent clairement en retrait face au dispositif. Dans l'impossibilité de refuser très ouvertement une prestation (...), ils sont aussi dans la difficulté quand il s'agit simplement de forcer une parole autobiographique ». Elle identifie la présence d'une « gêne plus intense et plus explicite encore se vérifie quant à l'investigation psychique consentie par la loi à propos du “désir d'enfant” ». Celle-ci montre « que la profession médicale, si elle dispose dans ce domaine d'un crédit d'autorité indéniable, ne s'autorise pas – ou plus – à affirmer une compétence normative dont l'arbitraire social serait trop apparent. D'où cet effort incessant de naturalisation, de médicalisation » (2003 : 302, 142 et 152).

Continuons à explorer le système de valeurs auxquelles se réfèrent ces décisions en examinant d'autres critères décisionnels considérés par les professionnels pour s'assurer de la stabilité du couple, relatifs à ses façons de vivre.

5.2 Les façons de vivre : les situations posées par la pratique

Au-delà des situations envisagées par le législateur, les professionnels sont confrontés, dans leur pratique, à une myriade d'autres configurations, qui génèrent chez certains des interrogations quant à la légitimité de leur intervention. Par exemple, René Frydman note que « les repères fournis par la déontologie médicale peuvent être d'appréciation variable. Une légère déficience mentale, certains troubles moteurs, une situation psychosociale difficile sont des situations complexes (...) qui suscitent souvent de réels débats au sein des équipes » (2008 : 74). Parmi les demandes hors normes, les médecins sont parfois sollicités par « *des personnes violentes, “psy”, ou sous curatelle. Nous n'avons pas le droit de ne pas les prendre pour ces*

raisons là. Mais c'est un peu compliqué, parce qu'il n'y a aucune barrière éthique », constate Charlotte Sonigo. Elle refuse de prendre en considération de telles caractéristiques et remet en question son pouvoir de décision : *« Qui sommes-nous pour ne pas les autoriser à avoir d'enfant ? »*. Face à la complexité de ces situations, elle érige le groupe comme seule instance décisionnelle : *« C'est une question très difficile que personne ne peut prendre seul »*. À l'instar de cette clinicienne, lorsque les praticiens sont confrontés à des situations relatives à des questions de santé ou à des caractéristiques psychologiques, sociales, culturelles, économiques et juridiques atypiques, ils insistent sur la nécessité d'une réflexion collective ; ils « ne se sentent pas autorisés à faire prévaloir, seuls, leur normativité spontanée » et ont tendance à « déléguer le contrôle de la normalité au travailleur social, voire au psychologue » (Memmi, 2003 : 147).

5.2.1 La stabilité psychologique

Au cours de son enquête, Laurence Tain constate que l'état psychologique est un motif de refus dans neuf situations, sur les itinéraires des cent quatre vingt couples suivis (2005a). Jacques Testart affirme également que « le couple peut être récusé pour des raisons extérieures au bilan strictement médical : parfois, quand la médicalisation de la procréation paraît injustifiée, eu égard à l'état psychologique des partenaires » (1986 : 172).

Avant de prendre une décision, les médecins se tournent d'abord vers leur groupe de pairs. Charlotte Dupont ne s'estime pas compétente pour gérer seule les demandes d'individus présentant des troubles psychiatriques : *« Je ne suis pas du tout à l'aise et je me réfère plutôt à mes responsables ou à une décision collective parce que c'est très difficile de prendre une telle décision. Nous manquons de psychologue dans le centre »*. Rappelons que si une psychologue a longtemps travaillé avec l'équipe de Jean Verdier, plusieurs années se sont écoulées avant qu'elle ne soit remplacée.

L'équipe consulte ensuite l'avis des spécialistes de santé mentale qui accompagnent ces individus pour s'assurer de leur stabilité. Charlotte Sonigo explique comment certains médecins utilisent cet avis pour ne pas avoir à assumer seul la décision : *« Nous nous cachons derrière le psychologue qui le suit, en demandant leur accord »*. Les professionnels se sentent démunis face à des troubles du comportement et ont une capacité d'action limitée : *« À part demander l'avis du psychologue, nous ne faisons pas grand-chose »*. Cette consultation est symbolique, puisque les

médecins savent que les spécialistes en santé mentale se positionnent rarement en défaveur du projet : « *Très peu de psychiatres disent non* », concède cette praticienne. Ainsi, une telle démarche n'a pas pour fonction d'aider les médecins à refuser une demande, mais plutôt de faciliter leur accord en partageant les responsabilités. Jacques Testart note le manque de représentation et de clarté du rôle de ces professionnels. Il constate que « *leur mission est un peu ambiguë* » et qu'ils sont « *assez serviles* ». Les psychologues ne sont d'après lui pas suffisamment intégrés dans la chaîne de soins, alors qu'ils devraient par exemple annoncer les échecs ou les fins de parcours. Jacques Testart souligne ainsi la domination symbolique que subissent ces professionnels. Au-delà de sa visée consultative, la sollicitation de l'avis d'un spécialiste est un moyen de différer le traitement de la demande et la prise de décision : « *L'entretien psychologique revient à encadrer une demande perçue comme problématique par le somaticien ; sans refuser la demande de procréation assistée, le médecin peut l'ajourner, la faire mûrir* » (Squires, 2008 : 140-141).

Dans ces situations, Jean-Noël Hugues défend une réflexion collective ajustée à chaque cas. La décision de l'équipe est guidée par l'avis du psychiatre qui suit le patient. Ne connaissant pas ce dernier, la position du groupe reste « *très théorique* ». Les médecins prennent à la fois en compte la pathologie et l'intérêt de l'enfant, mais Jean-Noël Hugues pense en dernière instance « *qu'il faut savoir dire non* ». C'est également le point de vue de Clémence Roche, qui s'interroge sur son droit de regard : « *J'ai encore beaucoup de mal à me positionner. Je me demande de quel droit je leur refuserais l'accès à une prise en charge* ». Mais elle estime que le médecin bénéficie d'« *une légitimité à donner son avis et à dire que ce n'est pas possible* ». Clémence Roche pense aussi que le médecin doit savoir refuser d'intervenir. Personnellement, elle évite de s'impliquer en cas de troubles psychiatriques graves. Dans ces circonstances, elle décrit une prise de décision collective plus laborieuse, différant l'accès à la demande : « *Nous évitons toujours le sujet (...). Personne ne prend vraiment de décision. Elle est remise à plus tard* ».

Isabelle Cédric rappelle que la stabilité psychologique n'est pas un motif de refus considéré comme immédiatement suffisant : « *Nous disons rarement non d'emblée* ». Même si les médecins ont envie de refuser une prise en charge, ils se le permettent difficilement. L'appréciation de la situation s'élabore lentement : les professionnels disent qu'« *il faudrait dire non, mais nous allons nous donner un peu de temps. Et au bout d'un moment, nous finissons par*

être convaincus que c'est vraiment non qu'il faut dire ». Le principe guidant la position de départ selon laquelle ces techniques doivent être accessibles à tous est progressivement révisé à l'épreuve de la réalité.

Un débat lors d'un staff clinico-biologique illustre la manière dont les professionnels contournent ces difficultés décisionnelles. La femme a presque 38 ans, l'homme 44. Ils n'ont jamais eu d'enfant ensemble, mais lui est déjà père. Ils ont eu une FIV, deux ICSI et la question est de savoir s'il convient de réaliser une cinquième IMSI. Mais l'homme présente des troubles psychiatriques. Il a fait un séjour en institution. Il est décrit comme logorrhéique et psycho-maniaco-dépressif. À cela s'ajoutent des problèmes sexologiques. Après avoir fait remarquer, non sans ironie, à sa consœur Isabelle Cédric qu'*« il va falloir que nous devenions intransigeants »*, Christophe Sifer demande à ses collègues si le spécialiste s'est prononcé. Le psychiatre a déclaré le patient *« apte à vivre en collectivité »*. Mais une phrase de Christophe Sifer illustre bien l'impasse dans laquelle se situent les médecins : *« Nous ne pouvons pas dire oui »*. Finalement, leurs réticences sont telles qu'ils décident d'adresser de nouveau ce patient à un psychiatre, repoussant ainsi la décision.

La prise de décision en présence de troubles psychiatriques est un processus dont la consultation d'un spécialiste constitue une étape symbolique, les psychiatres se positionnant rarement contre une prise en charge. Les médecins se donnent ainsi le temps de la réflexion, qui a de fortes chances de s'acheminer progressivement vers un refus d'intervenir dans un projet qui ne paraît pas propice à l'accueil d'un enfant. L'appel à un tiers extérieur permet à la fois de différer la décision, de partager la responsabilité décisionnelle et de dissuader les couples de continuer. Laurence Tain (2005a) constate que la consultation de l'avis des psychologues et des psychiatres implique que le médecin *« délègue une part de son pouvoir »*. Mais la sociologue précise que ce contrôle continue de s'exercer au niveau de la sélection et de l'accès à la FIV : *« L'avis médical porte non plus sur le contenu de la demande, mais sur le processus de la demande (...). La réponse du médecin modifie le "registre de l'expertise" et déplace le terrain de la demande du biomédical au psychologique, d'infécond, le couple devient psychologiquement défaillant »*. Cette chercheuse affirme ainsi que *« la conformité du profil psychologique des patients (...) renvoie à une proximité de façons d'être au monde, à un partage de système de valeurs ou encore à l'appartenance à une même communauté »* (2005a : 15).

5.2.2 La stabilité affective

D'autres éléments relatifs aux façons d'être en couple sont susceptibles d'interférer dans le processus décisionnel des professionnels. Arrêtons-nous sur l'exclusivité de l'union et sur l'harmonie de la vie sexuelle du couple, considérées par certains comme autant de signes de stabilité.

5.2.2.1 L'exclusivité de l'union

Sévérine Mathieu a mis en valeur « l'importance accordée par les soignants au sentiment amoureux » (2013 : 62). Cette conception du couple est intimement liée à l'exclusivité du lien conjugal, ou à ce que Michel Foucault appelle le « monopole » des relations sexuelles (1997 [1984]). Or, les médecins sont parfois face à des couples atypiques, que la société qualifie d'« illégitimes ». Ils concernent principalement les hommes qui ne se présentent pas avec leur compagne officielle. Selon leurs origines culturelles, les médecins les considèrent comme infidèles ou polygames¹⁶⁸.

Certains médecins de Jean Verdier, et notamment les plus jeunes, se disent gênés par ces demandes, car elles ne correspondent pas à leur représentation du couple. Par exemple, Charlotte Dupont a été, à deux reprises, confrontée à des hommes venus faire le recueil de sperme avec leur maîtresse. Elle reconnaît avoir été « *un peu perturbée* », mais cette situation n'a pas interrompu son parcours. Charlotte Sonigo adopte la même réaction. Alors qu'elle souligne que rien n'interdit de les accepter, ces demandes lui « *posent vraiment problème* », car même si « *c'est un couple, ils ne vivent pas ensemble* ». Cette gynécologue établit cependant une distinction entre les couples illégitimes et les couples polygames. Ces derniers concernent selon elle surtout les africains et la « *choquent beaucoup moins* » car « *la maîtresse par définition, la femme ne le sait pas (...), alors que la polygamie, c'est socialement accepté* ». Elle résume la politique adoptée dans ces configurations à Jean Verdier : « *Finally, nous acceptons tout le monde* ».

¹⁶⁸ Étant donné les fréquentes confusions relatifs à ces termes, il n'est pas superflu de rappeler les origines grecques du terme polygamie, composé de *polus* qui signifie plusieurs, et *gamos*, voulant dire mariages. Il désigne une personne unie par les liens du mariage avec plusieurs autres personnes. Il est employé dans le langage courant comme synonyme du terme plus précis de polygynie (*gunê* en grec signifiant femme), qui renvoie à une situation où un homme est marié avec plusieurs femmes. Son antonyme, polyandrie (*andros* signifiant homme) est utilisé lorsqu'une femme est mariée avec plusieurs hommes.

Les médecins qui exercent depuis longtemps à Jean Verdier sont plus habitués à ces demandes. Celles-ci ont contribué à façonner la politique du centre et à faire « *évoluer les normes, dans la mesure où Isabelle Cédric et Jean-Noël Hugues prennent en charge les couples polygames alors que nous ne sommes pas censés le faire* », explique Clémence Roche. Elle postule que la fréquence de ces demandes les a incités à reconsidérer leurs valeurs : « *J'imagine qu'au début, ils les refusaient et qu'au fil de leur travail et des rencontres, ils les ont acceptés* ». Isabelle Cédric confirme que la diversité sociale et culturelle des patients a fait évoluer ses représentations du couple vers une attitude moins normative : « *La première fois, cette demande te choques parce qu'elle ne correspond pas à ton image du couple. Mais à force de voir ces demandes se répéter et de constater que finalement cela ne se passe pas plus mal* », les acteurs révisent leur jugement : « *Notre niveau de censure est sûrement moins élevé que dans d'autres endroits où ils sont moins confrontés à des visions différentes de la vie. Cela nous a sûrement rendus plus tolérants* », poursuit Isabelle Cédric. Elle en appelle à la relativité culturelle : « *Si nous acceptons que c'est leur culture, il n'y a pas de raison de ne pas les prendre en charge* ». Isabelle Cédric refuse d'inclure ces modalités d'être en couple dans son jugement, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble de ses confrères. Elle cite le cas d'un patient « *venu faire le prélèvement avec sa maîtresse* ». Dans un autre centre, il aurait été « *éjecté* » mais, à Jean Verdier, après discussion collective, le couple est accepté. Les praticiens considèrent à la fois que la compagne a « *donné son assentiment* » et qu'ils n'ont pas de droit de regard sur cette situation. En s'opposant à leur volonté, ils dépasseraient leur rôle et ne respecteraient pas le choix de vie du couple.

Jean-Noël Hugues partage la conception d'Isabelle Cédric. Lorsque les individus confient aux médecins leur situation matrimoniale, ce qui se produit rarement, ce clinicien les questionne pour « *comprendre la motivation et l'équilibre* ». Pour autant, ce constat ne peut pas constituer un critère d'exclusion, car « *aucune règle ne stipule que les couples illégitimes doivent être refusés* », précise Jean-Noël Hugues. Ce critère pourrait justifier d'éventuelles poursuites judiciaires : « *Nous nous ferions attaquer pour manque de respect des règles éthiques. Ce n'est pas à nous de juger* ». Pourtant, l'utilisation de cet argument légaliste par Jean-Noël Hugues est paradoxale. Alors qu'il vient de souligner qu'utiliser la polygamie comme un critère de refus contreviendrait aux normes de la profession, il concède qu'« *il n'y a pas de règles éthiques à ce sujet, donc cela nous interroge et nous freine* ».

Christophe Sifer estime que le médecin doit mettre de côté ses convictions personnelles et « *s'adapter* » aux autres cultures plutôt que de vouloir « *s'en débarrasser* ». La condition *sine qua non* réside dans le consentement libre de chacun des membres du couple. Pourvu qu'il n'y ait pas de « *soumission particulière et que les deux soient en accord avec leur projet, nous ne jugeons pas les aspects culturels ou religieux* ». Face à la subjectivité et à la dimension morale de ces questions, il souligne l'importance d'une décision collégiale pour objectiver le regard des professionnels.

Jean-Philippe Wolf, qui a exercé à Jean Verdier, tend à rejoindre la position de ses anciens collègues vis-à-vis des couples illégitimes, et pose un refus d'ingérence. Il relate l'exemple d'un malien, venu avec sa femme et présentant une vraie indication d'infertilité. Mais lorsque Jean-Philippe Wolf lui objecte « *si vous avez déjà trois enfants avec cette femme-là, c'est peut-être déjà suffisant non ?* », l'homme répond en avoir « *quatre avec une autre, et elles veulent avoir le même nombre d'enfants* ». Finalement, le groupe décide de l'accepter, « *entre autres parce qu'il y avait une indication médicale* », mais également parce qu'aucune loi ne l'interdit. Jean-Philippe Wolf s'amuse de ces situations, dont il pointe la fréquence dans toutes les strates de la population : « *Nous aimons beaucoup les couples illégitimes. Nous avons même reçu des ministres de la République* ». Que le couple soit monogame ou polygame, légitime ou illégitime, cela ne le regarde pas. L'important c'est « *qu'ils s'aiment et qu'ils veulent un bébé* ».

Une gynécologue obstétricienne rejoint le point de vue d'Isabelle Cédric mentionné précédemment. Elle évoque la nécessité de prendre en compte la diversité culturelle des configurations familiales : « *Je suis effarée par la façon dont nous n'envisageons ces discussions de staff qu'à l'aune totalement ethnocentrique de nos présupposés relatifs à la vie d'un couple et à la place de l'homme* ». Elle rappelle la relativité des conceptions de la famille en les comparant à d'autres systèmes d'organisation de la filiation. Elle s'interroge sur la légitimité de ce critère : « *Est-ce que ces cas de polygamie, que nous ne maîtrisons pas, doivent attirer notre bienveillance et notre prise en charge au même titre que les gens qui divorcent tous les trois ans mais qui sont officiellement avec une seule femme ?* ». Elle essaye d'appréhender ces cas différents des normes sociales et culturelles françaises en prenant de la distance avec ses propres schémas culturels, et tente de « *ne pas plaquer des schémas, ne pas avoir une normalité de la "bonne" famille, ne pas tomber dans des présupposés, tout en acceptant de poser des questions* ».

Ainsi, certains médecins, peut-être les plus habitués à être sollicités par des couples atypiques, ont visiblement pris des distances avec la représentation largement partagée du couple légitime. Ils ont une perception large des façons d'être en couple, ne souhaitant pas juger sa stabilité à la lumière de ses modalités d'union, de son exclusivité ou de sa légitimité. Cependant, nous verrons dans une troisième partie que, lorsqu'ils hésitent, ils limitent leur implication dans le projet parental en choisissant les techniques les moins médicalisées.

L'ensemble des médecins de Jean Verdier n'adhère pas à la politique commune. Certains, comme Clémence Roche, mesurent la stabilité de l'union par l'exclusivité des relations affectives et par la monogamie. Elle refuse les demandes d'individus déjà en couple, car elle se met « *à la place de la tierce personne* ». Elle adopte l'optique du troisième partenaire qu'elle estime lésé, pour condamner d'un point de vue moral les couples illégitimes. Ces demandes sont en inadéquation avec ses convictions personnelles et contraires à la loi : « *Je refuse de les prendre en charge, parce que je pense que la polygamie est interdite en France et doit le rester* ». Elle est rejointe par une de ses consœurs : « *C'est illégal, il faut rester dans les lois (...). Nous ne pouvons pas la cautionner* ». De même, cette gynécologue hésite à accepter les maris infidèles. Elle insiste sur l'importance d'un projet de couple et d'un foyer : « *Si c'est sa maîtresse et qu'il veut un enfant avec elle, pourquoi ne va-t-il pas vivre avec elle ?* ». Elle évoque la clause de conscience dont les médecins bénéficient pour ne pas faire des actes en opposition avec leurs valeurs et préfère « *confier* » le dossier à un autre médecin. Ce principe de retrait n'est pas exprimé en ces termes dans les textes de loi, mais il est mentionné qu'« un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles »¹⁶⁹.

D'autres centres ont adopté une posture différente de celle de Jean Verdier. À Cochin, Pierre Jouannet préfère refuser de prendre en charge les couples polygames au nom du respect des valeurs sociétales. Même si ces demandes étaient « *traitées comme les autres au cas par cas* », elles étaient rarement acceptées. Ces décisions relèvent d'une mise en concurrence entre des « *choix éthiques et médicaux* ». Les premiers relèvent de considérations sociétales et peuvent

¹⁶⁹ Selon l'article R4127-47 du CSP. En outre, le conseil de l'ordre des médecins définit la clause de conscience comme « le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pour autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques ». Mais ce désengagement est soumis à trois conditions : la demande de soins ne doit pas être urgente, le médecin doit informer rapidement le patient de son refus et assurer la poursuite des soins : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160>.

dépasser les seconds : « *La polygamie n'est pas une référence sociale acceptée par notre société. Le contexte n'est pas très favorable* ». À Tenon, les professionnels se montrent plus intransigeants. Jacqueline Mandelbaum explique que ce type de demande était « *non-exceptionnel* », mais que les couples polygames étaient refusés pour « *rester dans le cadre légal* ». Dans les rares cas où ils étaient acceptés, c'était à la fois en non-connaissance de cause et dans le cadre d'une « *vraie indication médicale, documentée et justifiée* ». Pour éviter les situations de polygamie, les acteurs de Jean Villar ont trouvé une parade : ils demandent l'extrait de l'acte de naissance pour « *vérifier qu'ils ont résolu leur situation matrimoniale antérieure* », explique Xénia Lechat. Cette décision est consécutive à un incident, où « *un patient faisait une FIV en même temps avec deux femmes dans deux centres* ». Cette mesure permet d'éviter que cette situation ne se réitère et de se préserver de certaines tentatives ressenties comme une forme de duperie.

Les professionnels interprètent ces demandes en fonction d'arguments culturalistes et/ou légalistes (Mathieu, 2013). Selon les situations, certains tendent à les accepter au motif de la multiplicité culturelle des manières d'être en couple ; ils précisent que la loi ne les autorise pas à utiliser ce fait comme une cause d'exclusion, surtout si l'infertilité est avérée. D'autres ont tendance à considérer l'exclusivité comme l'essence du couple ; ils soulignent que la polygamie est interdite par la loi.

5.2.2.2 *La vie sexuelle*

Les questions de sexualité sont rarement abordées lors des consultations, en dehors de la vérification par le clinicien de la fréquence des rapports sexuels. Cependant, les professionnels sont parfois mis en présence de couples dont l'infertilité est causée par l'absence de rapports sexuels : ce sont les indications dites sexologiques. Les demandes émanant de « couples sans sexualité » posent des difficultés aux médecins, car elles se situent « aux marges des normes sociales admises » (Squires, 2008 : 136). Cette étiologie questionne également le caractère pathologique de l'infertilité sur lequel se fonde le cadre légal français.

Une gynécologue remarque que les troubles sexologiques sont particulièrement propices à l'expression de divergences entre les praticiens. Elle prend l'exemple de la demande d'un homme, ayant une sexualité avec sa maîtresse, mais pas avec sa femme. Les uns considèrent l'absence de sexualité comme un indice de l'instabilité du couple – « *ce n'est pas un couple*

équilibré » –, les autres réaffirment la « *liberté* » du couple et se recentrent sur leur rôle professionnel : « *La sexologie c'est une chose. Nous, nous sommes là pour assurer la procréation, c'est autre chose* ». L'équipe sollicitée a refusé d'intervenir dans un projet qui ne correspond pas à sa représentation du couple parental. Dans ce cas, les troubles sexologiques, en ce qu'ils constituent l'origine de l'infertilité, ne sont pas considérés comme un motif légitime de recours aux techniques biomédicales. Dans notre troisième partie, nous verrons comment d'autres praticiens, plutôt qu'un refus, adaptent leur stratégie à cette indication.

5.2.3 L'état de santé

Les professionnels examinent également l'état de santé général du patient, qui inclut à la fois une attention à l'hygiène de vie, la présence d'un handicap ou d'une maladie potentiellement grave. Si les deux dernières situations sont abordées principalement sous l'angle de l'intérêt de l'enfant, la première rassemble des enjeux liés à l'impact des habitudes de vie sur la fertilité.

5.2.3.1 L'hygiène de vie

La notion d'hygiène de vie, usitée par les acteurs de l'infertilité, renvoie principalement à l'alimentation et à la consommation de toxiques tels que le tabac, l'alcool et la drogue. L'attitude des centres face à ces questions est variable (Leperlier, 2014). D'après Christophe Sifer, seuls une minorité conditionnent l'accès à la FIV à des critères relatifs à l'hygiène de vie. La plupart, comme à Jean Verdier, préfèrent inciter les couples à un comportement plus sain en proposant un schéma thérapeutique avec l'accompagnement de nutritionnistes et de tabacologues.

L'attention à ces éléments relève d'une prise en charge globale de l'infertilité. Certains médecins perçoivent l'amélioration de l'hygiène de vie comme un outil permettant d'éviter une médicalisation inutile. C'est par exemple le point de vue de Patrice Clément : « *La prise en charge d'une infertilité ce n'est pas l'AMP. Si nous pouvons réussir à ce que les couples aient un bébé sous la couette, c'est mieux que dans un tube à essai* ». Pour ce faire, il faut essayer de convaincre les couples d'arrêter de fumer ou de perdre du poids, « *pour qu'ils récupèrent une fertilité naturelle. C'est bien mieux que d'avoir 50 % de réussite en FIV* ».

L'obésité

La prise en charge des patients obèses complexifie le travail des médecins et nécessite parfois une approche multidisciplinaire avec les anesthésistes et les obstétriciens, en raison des sur-risques d'apnée du sommeil, de césarienne et de diabète. Les stratégies varient selon la perception des conséquences de l'obésité sur la fertilité, la grossesse, la santé de la femme et de l'enfant. Certains adoptent une posture coercitive. Pour les patientes dont l'indice de masse corporelle, ou BMI, dépasse un certain seuil, ils conditionnent leur intervention à une perte de poids¹⁷⁰. D'autres, comme à Jean Verdier, préfèrent une attitude souple et incitative. Le plus souvent, même si les centres ont établi une limite, elle est relative au contexte de l'infertilité.

À Jean Verdier, Clémence Roche explique que « *nous essayons de ne pas faire de tentative au-dessus d'un BMI de 40* ». Mais l'application de cette limite est variable. Les médecins sont surtout censés impulser une prise de conscience chez le patient, qui doit faire preuve de bonne volonté. Isabelle Cédric souligne la souplesse des médecins de cette équipe : « *Nous ne sommes pas des ayatollahs* ». S'ils se sont accordés autour d'un seuil symbolique, cette limite s'adapte en fonction du comportement de la patiente : « *Les patientes avec un BMI supérieur à 40, si elles étaient à 45 mais qu'elles sont descendues à 42, nous le ferons quand même, parce qu'il faut prendre en compte leur histoire* ». Lorsqu'ils hésitent et que les patientes se montrent volontaires et adhèrent à la stratégie médicale, ces médecins révisent les limites usuellement admises.

Cette souplesse est justifiée par Christophe Sifer par l'absence de consensus scientifique. L'impact de l'obésité est mal évalué et le doute quant à sa nocivité subsiste. Le poids, comme le tabac sur lequel nous reviendrons, sont seulement des « *facteurs supposés toxiques, ou en tout cas délétères. Ce n'est pas vraiment très clair dans la littérature* ». Mais Isabelle Cédric (2011) ne partage pas cet avis, notamment vis-à-vis de l'obésité, ou de l'anorexie : « *L'impact sur les capacités reproductives féminines des anomalies de poids (...) a été démontré dans la population générale* ». Dans une approche globale de la médecine de la

¹⁷⁰ Pour évaluer la corpulence d'un individu, les médecins calculent l'Indice de Masse Corporelle (IMC), qu'ils appellent plus souvent le BMI (Body Mass Index). Selon la classification de l'OMS, un BMI situé entre 18,5 et 25 renvoie à une corpulence considérée comme normale. La personne est dite en surpoids lorsque le BMI est entre 25 et 30. Entre 30 et 35, l'obésité est qualifiée de modérée pour devenir sévère entre 35 et 40 puis morbide ou massive au-delà de 40. Selon les centres, le seuil varie entre 35, 38 ou 40.

reproduction, Isabelle Cédric défend l'importance de faire un bilan métabolique. Elle estime que « la prise en charge des problèmes de poids est un préalable indispensable avant la mise en route du traitement de l'infertilité, non seulement pour améliorer son efficacité, mais aussi pour prévenir les complications de la grossesse » (2011 : 74 et 75). Elle regrette donc que « *beaucoup de centres ne s'occupent pas de ce problème* ».

Clémence Roche souligne aussi que la perte de poids « *améliore les choses à tous les niveaux et diminue les risques* ». Alors elle se montre « *assez stricte sur ce sujet, en mettant des objectifs progressifs, mais cela fonctionne bien* ». Elle a été sensibilisée à l'obésité au cours de son parcours professionnel, et notamment lors de sa participation à un groupe de travail dédié aux liens entre fertilité et obésité. L'intervention médicale est remise en question si la cause de l'infertilité réside dans l'hygiène de vie de l'individu, en provoquant par exemple des problèmes d'ovulation : « *Si tu les fais maigrir, certaines ré-ovulent. Pourquoi leur donner des hormones et faire autant d'exams s'il suffit qu'elles fassent un peu d'exercice ?* ».

Jean-Noël Hugues fonde sa conviction selon laquelle la perte de poids peut améliorer la fertilité sur son expérience. Lors d'un staff, il présente un patient, pour lequel il semble nourrir une forme d'admiration. Il raconte l'« *histoire invraisemblable* » d'un « *mec incroyable* ». La qualité initiale de son sperme était fortement dégradée, au point de nécessiter deux interventions chirurgicales, des biopsies testiculaires (BT), et cinq ICSI. Mais la perte de 45 kg en une année « *par sa volonté* » a permis de restaurer sa spermatogénèse et d'améliorer la qualité de son sperme au point d'être suffisante pour faire des inséminations. L'impact de l'hygiène de vie sur la fertilité est tel qu'il remet en cause, aux yeux de Jean-Noël Hugues, la légitimité des interventions chirurgicales et biologiques précédentes.

D'autres centres ont adopté une attitude plus coercitive qu'à Jean Verdier. La prise en charge est questionnée à partir d'un BMI de 35, mais ce seuil est variable, notamment en fonction de l'âge de la femme.

À Jean Villar, l'application de cette limite de 35 est souple : « *Certaines dérogations sont discutées en staff, notamment pour les patientes âgées, ou présentant une vraie indication de FIV, tubaire ou masculine* », explique Xénia Lechat. Lorsque l'indication est relative ou que l'infertilité est inexplicée, les médecins préfèrent attendre une perte de poids, surtout chez les femmes jeunes.

À Cochin aussi, lorsque le BMI dépasse 35, l'acception est soumise à discussion, et est refusée au-delà de 40. Sur le site internet du centre, les patients sont prévenus : « En cas d'IMC (Indice de Masse Corporelle), supérieur à 40, pas de prise en charge. Pour les IMC entre 35 et 40, discussion en fonction du dossier »¹⁷¹.

Ce seuil est le même à Sèvres. Joëlle Belaisch-Allart explique que les praticiens adaptent leur exigence et leur stratégie à l'ampleur de l'obésité et à l'âge de la patiente. La perte de poids peut être réalisée en amont ou concomitamment à l'AMP : « À partir d'un BMI de 30, les personnes sont accompagnées par des médecins nutritionnistes et au-delà de 35, nous les envoyons automatiquement à Ambroise Paré et nous demandons une prise en charge antérieure, avant l'AMP, ou en parallèle, si la femme a 40 ans et qu'il ne faut pas lui faire perdre de temps ». Face à certaines urgences, les médecins sensibilisent la patiente, sans exiger de perte de poids. Au-delà de l'impact sur les chances de grossesse, Joëlle Belaisch-Allart rappelle que l'obésité augmente à la fois les malformations chez l'enfant et « le risque d'accouchement avec hémorragie et de mortalité maternelle ».

Charlotte Sonigo décrit également un centre de province où elle a travaillé, où « ils ne font pas d'AMP lourde pour les patientes avec un BMI supérieur à 35 ». Ils assurent un suivi médical, mais le recours à la FIV est conditionné à un « contrat de poids ». Ainsi, les professionnels peuvent réserver l'usage des techniques les plus efficaces aux patientes les plus motivées.

L'exigence des professionnels vis-à-vis des conduites alimentaires varie en fonction du genre de l'individu concerné, de sa motivation, de la situation du couple, de son parcours et du pronostic de grossesse. Les médecins sensibles à cette problématique hiérarchisent leurs priorités : la perte de poids peut constituer soit une condition d'accès aux techniques pour les patientes les plus jeunes, soit une condition de poursuite pour les plus âgées ou dans les situations les plus complexes. Leur posture est également influencée par leur perception des conséquences de l'obésité sur la fertilité et sur la santé des individus.

Les addictions

Le tabagisme semble revêtir moins d'importance aux yeux des praticiens de Jean Verdier que l'obésité. Mais le dilemme auquel ils sont confrontés est le même. Les médecins tentent de

¹⁷¹ <http://www.gynecochin.com> consulté le 23-10-14.

ne pas avoir une attitude moralisatrice, tout faisant en sorte que leurs patientes améliorent leur hygiène de vie. C'est d'ailleurs le terme employé par Charlotte Dupont lors d'une consultation. Elle demande à une patiente : « *Vous fumez toujours ?* », avant de lui proposer l'aide d'un tabacologue et de clore le sujet en annonçant la fin de la « *minute moralisatrice* ». L'importance accordée à la consommation de tabac est dépendante de la sensibilité du médecin. Chacun peut, dans l'intimité de la consultation, fixer ses propres limites au patient : « *Je leur demande d'arrêter de fumer, ou au moins de diminuer à dix cigarettes par jour, mais je ne l'exige pas* », explique Clémence Roche.

Patricia Monnier-Barbarino, gynécologue obstétricienne, souligne qu'en dépit de la nocivité du tabagisme sur la fertilité, sa prise en charge est négligée et que la nécessité d'un sevrage devrait être rappelée « *comme préalable à toute AMP* » (2004 : 264). Dans les équipes les plus strictes vis-à-vis du tabagisme, l'arrêt de la consommation est une condition *sine qua non* de l'accès à l'AMP, et surtout aux techniques les plus lourdes. Charlotte Sonigo décrit ces centres qui « *ne prennent jamais les fumeuses. Ils les acceptent au début, mais refusent ensuite de faire une FIV tant que les patientes n'ont pas arrêté de fumer* ».

Les médecins de Jean Verdier, quant à eux, ne conditionnent pas l'accès à l'AMP à l'arrêt du tabac. Isabelle Cédricin décrit une politique souple se préservant d'une attitude « *dogmatique* ». Le poids du tabagisme croît progressivement : il a peu d'importance en début de prise en charge, mais le sevrage peut constituer une condition de poursuite du parcours au-delà des normes communément admises. Charlotte Sonigo explique que certaines fois, « *à la quatrième tentative, nous leur disons que s'ils continuent à fumer, nous ne ferons pas de cinquième* ». Deux exemples permettent de mieux comprendre l'optique de ces médecins. Le premier se déroule lors d'une consultation d'Isabelle Cédricin. La patiente a 33 ans. Elle a un enfant, mais ses trompes ne sont plus fonctionnelles. Elle a déjà bénéficié de cinq FIV, mais les embryons sont de mauvaise qualité. Isabelle Cédricin pose alors le problème du tabagisme et demande à la patiente où elle se situe, ce à quoi elle répond : « *j'arrive à réduire quand je suis en traitement* ». Mais la clinicienne explique qu'ils sont démunis face à la mauvaise qualité embryonnaire et l'enjoint à consulter un tabacologue : « *Faites-vous aider* ». La patiente interroge Isabelle Cédricin sur les causes de la mauvaise qualité des embryons, qui concède l'ignorance des médecins dans ce domaine. Pendant qu'elle rédige les ordonnances, la patiente demande :

La patiente : « *Si j'en fume quatre, cinq dans la semaine c'est trop ?* »

Isabelle Cédricin : « *Oui, c'est zéro. Là vous en fumez combien ?* »

La patiente : « *Là j'en fume... Normal* »

Isabelle Cédricin : « *Normal c'est combien ?* »

La patiente : « *Dix* »

Isabelle Cédricin : « *Ce n'est pas du tout raisonnable, mais alors pas du tout* »

La patiente reviendra sur le sujet en fin de consultation, ce qui montre que l'insistance du médecin peut impulser un changement de comportement. Les acteurs de ce centre préfèrent une attitude incitatrice à une posture coercitive. Cependant, ces praticiens savent se montrer plus sévères. Isabelle Cédricin est parfois plus intransigeante que dans notre premier exemple. Elle relate une consultation avec une femme déjà mère et confrontée à des échecs à répétition. L'indication de la FIV est absolue. Après six tentatives, ils lui proposent alors de passer en cycle naturel, mais Isabelle Cédricin pose pour condition l'arrêt du tabac. L'implication du professionnel en dehors des limites fixées par la Sécurité Sociale est soumise à l'expression de la motivation des couples. Un changement comportemental symbolise la bonne volonté du patient à poursuivre le projet, sorte de contrepartie à l'investissement du médecin.

Ainsi, l'importance attribuée au surpoids ou à la consommation de tabac dépend de la sensibilité et de la formation du médecin et des équipes, ainsi que du contexte clinique. Par exemple, les endocrinologues ont davantage tendance à faire un bilan métabolique. D'autres services, sensibles à cette thématique pour avoir mené des recherches sur le sujet, ont tendance à se montrer exigeants. À Jean Verdier, l'importance que les médecins y accordent croît avec leurs difficultés à obtenir une grossesse. Lorsqu'ils ne savent pas expliquer les causes de leurs échecs, ces facteurs jusqu'alors périphériques deviennent centraux, jusqu'à représenter une condition à la poursuite du traitement. Les couples doivent ainsi manifester leur motivation et montrer la force de leur désir d'enfant en améliorant leur hygiène de vie.

L'enquête de François Olivennes montre que les couples marginaux, étant définis comme « asociaux, alcoolo-tabagiques et/ou toxicomanes », sont refusés dans la moitié des centres. Et l'auteur de remarquer : « Il y a quand même 35 % des centres qui les prennent en charge » (2005 : 9). L'alcoolisme et la toxicomanie apparaissent comme des freins importants à une prise en charge. Florence Leperlier, gynécologue obstétricienne, écrit qu'« un sevrage des patients ayant une addiction sévère à l'alcool est indispensable avant toute AMP » (2014 : 100). À Jean

Verdier, la gravité du degré d'intoxication à l'alcool est appréhendée collectivement, mais l'arrêt de la consommation est une condition préalable à une prise en charge.

5.2.3.2 *Les situations de handicap*

Les demandes de couples en situation de handicap, physique ou mental, nourrissent des questionnements chez les équipes. Jacqueline Mandelbaum explique qu'à Tenon, la gestion de ces demandes est « *extrêmement difficile* » et induit une discussion au cas par cas. Mais l'existence d'un handicap ne constitue pas un motif de refus pour ces médecins et « *finalement nous étions toujours d'accord* ». Après des débats récurrents sur ce sujet, la décision a été prise selon laquelle ces dossiers « *seraient traités de la même manière que les autres* ».

À ce propos, François Olivennes (2008) relate l'histoire d'une femme devenue tétraplégique à la suite d'un accident de la route. Il précise qu'elle n'avait qu'un usage partiel de ses bras, mais pouvait soulever le poids d'un enfant. Or, « plusieurs centres d'AMP parisiens avaient considéré que ce handicap était incompatible avec l'éducation d'un enfant et avaient refusé le traitement ». Mais ne partageant pas ce point de vue, il présente ce dossier en réunion et, « malgré l'opposition de quelques membres du personnel nous avons accepté à une large majorité cette prise en charge », et la patiente tombe enceinte dès le premier essai (2008 : 259-260).

Une étude menée par ce gynécologue montre que le handicap mental peut aussi constituer un motif de refus : 65 % des centres répondants « déclarent prendre en charge ces couples dont un des membres (ou les deux) souffre d'un "déficit intellectuel" », ce qui implique que plus d'un tiers d'entre eux les refusent (2005 : 9). Pourtant, Sylvie Epelboin souligne l'absence « d'empêchement légal à prendre en charge un couple demandeur uniquement sur un argument de QI "insuffisant" » (2005 : 52).

5.2.3.3 *La présence d'une maladie engageant le pronostic vital*

Les débats qui entourent la prise en charge d'individus dont le pronostic vital est incertain aident à comprendre la dimension éthique de certains dilemmes qui se posent aux médecins. Là aussi, la collaboration interdisciplinaire est indispensable. Gynécologues et biologistes sollicitent l'avis des oncologues avant de prendre une décision. À Tenon à l'époque de Jacqueline Mandelbaum, cet avis était doublé d'un entretien avec un psychologue. Les chances de survie sont la principale préoccupation des médecins afin d'éviter, selon une expression couramment

usitée, de « *faire un orphelin en puissance* ». Trois exemples illustrent la prépondérance de ce critère à Jean Verdier et montrent que la nature des débats varie selon le genre de l'individu malade.

Lors de notre entretien, Clémence Roche relate le cas d'un patient atteint d'un « *myélome qui a fait conserver son sperme avant son traitement* ». Malgré une récurrence l'année précédente, il a sollicité le CECOS pour obtenir la restitution de ses gamètes. La clinicienne décrit les membres du couple comme « *plus que motivés, presque agressifs* ». La consultation s'est « *mal passée* », car la clinicienne avait « *une petite réticence au début* ». Sa principale préoccupation est de pouvoir estimer les chances de survie du patient. L'avis de l'hématologue est sans appel, estimant que ce patient aura besoin d'une greffe de moelle osseuse. Lors du staff, les acteurs butent sur l'évaluation du pronostic vital. Même si le patient est éligible à une greffe, son risque de mortalité est évalué à 30 %. Jean-Noël Hugues n'est visiblement pas partant : « *Nous n'allons pas faire de l'ICSI maintenant s'il est en train de rechuter !* ». Il prend la salle à témoin : « *Qui est prêt à faire des orphelins ?* ». Il s'interroge sur la légitimité de sa participation à la naissance d'un enfant dont le futur père est « *en survie* ». Mais Clémence Roche (en charge du dossier), et Christophe Poncelet répondent ensemble que cette situation peut durer longtemps et que « *nous sommes tous en survie* ». Clémence Roche objecte également qu'il est « *très difficile de refuser* », principalement parce que la conservation de ses gamètes a été acceptée et que son état de santé s'est stabilisé. Jean-Noël Hugues le concède – « *je ne te dis pas qu'il ne faut pas* » –, mais précise qu'il tient à attirer l'attention sur les problèmes éthiques que pose ce type de demande. Une remarque d'Isabelle Cédricin semble mettre un terme au débat. Elle remarque qu'ils sont « *intelligents* », qu'ils ont déjà un enfant et que de toutes façons, « *nous n'allons pas prendre la décision à leur place* ». Ces médecins finissent par refuser de se substituer à la volonté du couple. À la date de l'entretien avec Clémence Roche, la situation n'avait pas évolué, le patient n'étant « *pas revenu alors qu'il était très demandeur* », constate-elle.

Isabelle Cédricin souligne que si l'homme est atteint d'une pathologie létale, il s'agit de se questionner sur l'environnement social et familial de la femme, afin de mesurer le soutien qu'elle pourra recevoir de son entourage. Sylvie Epelboin décrit la même démarche, qui consiste à estimer l'espérance de vie et à évaluer le projet parental ainsi que la « *compétence* » de la conjointe en tant qu'éventuel futur parent unique, la place éventuelle de l'environnement dans le soutien familial » (2010 : 78). Michael Grynberg entretient une posture plus libérale lorsque le

pronostic vital de l'homme est engagé : « *Si les parents l'ont intégré, je crois que nous ne pouvons pas être contre* ». Il estime qu'il « *est très compliqué de mettre des vraies limites* » et s'appuie sur un exemple tiré de sa pratique à Antoine Béclère : « *Nous avons eu un homme qui avait une pathologie extrêmement lourde, il en avait pour cinq ans* », mais sa santé pouvait également se dégrader très rapidement. À ses yeux, la relativité du pronostic médical empêche de justifier un refus.

Lorsque c'est la femme qui est atteinte d'une pathologie grave, les médecins s'interrogent moins sur l'environnement social de l'homme que sur les risques induits par la grossesse sur sa santé. Isabelle Cédric explique que « *ce qui nous pose un problème, c'est le risque obstétrical et que la grossesse mette la vie des femmes en jeu* ». Elle prend l'exemple d'une femme atteinte par la maladie de Crohn. Après une première naissance au bout de sept ou huit tentatives, elle revient pour un deuxième enfant. La clinicienne explique que « *nous avons eu du mal à renoncer, parce qu'elle était très demandeuse, mais nous avons fini par nous dire que nous prenions des risques très importants pour elle, et que c'était notre devoir de dire non* ». Même si à Jean Verdier les refus sont rares, Isabelle Cédric fait remarquer avec amusement que « *ce n'est pas souvent, mais de temps en temps, nous disons non* ». Le devoir du médecin consiste ici à ne pas faire prendre des risques trop importants aux femmes. Son refus est justifié par la responsabilité qui lui incombe de préserver la santé de l'individu et de ne pas lui nuire, renvoyant ici aux règles de déontologie et au serment d'Hippocrate.

Pour forger leur opinion, certains médecins estiment ne pas avoir à porter de jugement sur ces demandes tant que le couple est informé des tenants et des aboutissants de sa décision.

D'autres praticiens sont d'abord préoccupés par l'avenir de l'enfant et centralisent leur attention sur les chances qu'aura l'individu de pouvoir l'élever. Les décisions concernant l'homme questionnent préférentiellement l'environnement social de la femme ; pour les femmes, le refus de soin est plus facile à formuler, surtout si la grossesse met directement sa santé en jeu. Ces différents modes de raisonnements révèlent la pertinence des problématiques de genre, telles qu'elles ont été développées par Irène Théry ou par Laurence Tain¹⁷².

¹⁷² Nous reviendrons sur cette distinction entre raisons médicales pour justifier les décisions concernant les femmes, et justifications sociales préférentiellement évoquées pour les hommes dans notre chapitre suivant.

5.2.4 La situation socio-économique

Les couples qui se situent dans des situations sociales marginales complexifient les décisions des médecins. Si la capacité de communication semble freiner l'accès et les parcours de soins dans certains centres, c'est surtout la situation de précarité, entendue comme une fragilité ou une vulnérabilité économique et professionnelle, qui pose des difficultés à la majorité des médecins. La situation se complique face aux couples en situation irrégulière, et la légitimité de leur prise en charge génère des désaccords entre les professionnels.

5.2.4.1 *La capacité de communication*

La diversité culturelle des patients de Jean Verdier confronte les médecins à des difficultés communicationnelles. Les consultations avec des individus maîtrisant mal le français prennent plus de temps. La complexité des traitements exige une bonne compréhension des prescriptions et un investissement important de la patiente. Le problème de communication complique la mission du médecin de s'assurer de l'autonomie et du consentement éclairé du patient. Cette difficulté implique un « *devoir d'explication probablement plus élevé* », explique Christophe Sifer. Ce dernier reconnaît par ailleurs que « *nous avons sûrement un taux d'échappement et de mauvaise compliance plus important* ». Isabelle Cédric met en avant les deux problèmes induits par la diversité de leurs patients : « *Cela complique la prise en charge à cause du double problème du langage et des connaissances. Certains couples issus de l'immigration n'ont pour ainsi dire pas été scolarisés* ».

Malgré ces difficultés supplémentaires, ce multiculturalisme est considéré à Jean Verdier comme une richesse. C'est « *une population qui te le rend bien* », comme le formule le chef de service cité par Jérémy Boujenah. Les patients sont décrits par Isabelle Cédric comme plus enclins à faire confiance à leur médecin : « *Ils ne donnent pas vraiment un consentement éclairé, ils signent un chèque en blanc, et c'est à toi de savoir ce qu'il faut faire pour eux* ». Ce rapport « *un peu à l'ancienne* » est nourri par un « *culte du médecin complètement différent, une reconnaissance plus importante que dans des zones plus favorisées* », remarque Michael Grynberg. Les médecins de Jean Verdier ont d'autant plus tendance à s'impliquer dans ces situations difficiles qu'ils ont « *accumulé une expérience dans la précarité, dans la difficulté* », remarque Jérémy Boujenah. La complexité des demandes nourrit les compétences des médecins et influence les normes adoptées par l'équipe.

Mais cette posture n'est pas partagée par l'ensemble de la communauté. La capacité de communication et de compréhension du patient peut intervenir dans la décision de poursuivre l'intervention, mais ce critère est passé sous silence : « *Il y a des gens qui sélectionnent, mais c'est non dit, sur la capacité de compréhension culturelle des gens. Ils tentent une fois ou deux, et puis s'ils voient qu'ils ne comprennent rien, ils les excluent* », assure Jérémie Boujenah. Ces propos confirment l'observation de Laurence Tain, selon laquelle « la qualité de la communication paraît un ingrédient nécessaire à l'équipe médicale ». La capacité communicationnelle peut constituer un critère d'exclusion, mais il est rarement énoncé comme tel : l'analyse des dossiers médicaux par la sociologue montre que quatre couples sur cent quatre vingt six, ont été « éliminés pour un problème de communication » (2005a : 16-17). Ainsi, en écartant ces populations, ces médecins « anticipent une non-observance des traitements en fonction de l'appartenance sociale » (2013 : 146).

5.2.4.2 Les situations de précarité

Les spécialistes se montrent prudents avec les couples en situation de précarité. Les résultats de l'enquête de François Olivennes (2005) montrent que les caractéristiques socio-économiques du couple apparaissent comme un critère pris en considération mais peu déterminant : 53 % des centres publics et 46 % des centres privés « déclarent faire systématiquement une évaluation du statut économique du couple » avant de débiter une FIV (2005 : 9). Dans l'enquête, seulement 5 % d'entre eux récusent certains couples en raison de difficultés financières.

Mais la précarité économique est néanmoins un facteur potentiellement défavorable à la prise en charge, comme le montre la réaction de Charlotte Dupont. Elle se souvient d'une femme qui « *faisait la manche dans le métro* » et qui s'est fait arrêter pour vol, ce qui a provisoirement interrompu le parcours. Cette biologiste s'oppose à une participation des médecins, mais la décision d'équipe s'y révèle favorable, les praticiens ne pouvant pas refuser une prise en charge au vu de l'ampleur de la motivation du couple : « *Les patients étaient très insistants. Nous étions nombreux à ne pas vouloir les prendre mais ils étaient présents à toutes les consultations* ». Une gynécologue obstétricienne aussi reconnaît que « *si les deux n'ont aucune source de revenu, qu'ils habitent à l'hôtel ou qu'ils n'ont pas de logement, oui cela pose un problème* ». Elle

n'apprécie pas être confrontée à ces situations, mais assume son rôle : « *C'est toujours difficile et nous n'avons pas envie de juger cette question, mais nous sommes bien obligés de regarder* ».

Isabelle Cédric insiste sur la nécessité de rester vigilant, non pas que les ressources financières puissent constituer un motif de refus, mais plutôt un « *critère à prendre en considération pour aider les plus démunis à accéder à des aides qui leur permettraient d'anticiper et de ne pas se retrouver dans une situation critique après la naissance de l'enfant* ». Malgré la bienveillance dont font preuve les membres de cette équipe, les situations de grande précarité provoquent la résurgence du sentiment de responsabilité. Pour Isabelle Cédric, il est du devoir du médecin de s'assurer « *que l'enfant sera accueilli dans des conditions minimales* ». Cependant, elle reconnaît que les cliniciens n'interrogent pas les candidats sur leur situation financière. Si elle n'identifie pas les raisons de cette retenue, elle émet l'hypothèse selon laquelle « *cette question est assez tabou en France, mais nous pourrions la poser* ».

Ces tensions apparaissent également dans le récit de Jacqueline Mandelbaum sur les pratiques à Tenon. Elle explique dans un premier temps que le « *niveau de ressources (...) n'était pas un critère pris en compte* ». Puis, elle ajoute que ces couples faisaient l'objet d'« *une large discussion, avec la psychologue et l'assistance sociale, pour décider de la poursuite éventuelle de la prise en charge* », avec comme préoccupation centrale l'intérêt de l'enfant. Cependant, ils se montrent moins tolérants vis-à-vis des individus sous tutelle financière. Dans ce cas, « *la réponse est négative, sauf si vraiment le dossier est très solide* ». Ces médecins pensent qu'il n'est pas judicieux d'aider une personne à devenir parent si elle « *n'est pas en situation de pouvoir s'assumer* ». La situation de tutelle est donc « *rédhibitoire sauf si un parent assume tout* ».

Les propos de François Olivennes montrent eux aussi les difficultés à utiliser le niveau de ressources comme un critère décisionnel :

« Il n’y a rien de plus difficile que de juger par avance de la compétence parentale et du bonheur du futur enfant. Comment, par exemple, un couple est-il en mesure d’élever un enfant malgré de faibles revenus ? Je me souviens de patients qui avaient eu des triplés à la suite d’un traitement en AMP. Une assistante sociale m’avait fait remarquer plus tard que ce couple habitait dans une chambre de bonne (...). Je me souviens en avoir conçu une forte culpabilité, mais en même temps est-il éthique de prendre en compte des critères de ressources pour accepter ou refuser un enfant à un couple ? Dans une unité que je dirigeais à l’hôpital Cochin, j’avais dans mon équipe une remarquable assistante sociale (...). En cas de problème, les couples devaient la rencontrer et elle nous alertait si les conditions sociales étaient vraiment défavorables » (2008 : 111).

La communauté est marquée par des histoires d’enfants retirés de leur famille pour être placés au sein d’institutions de protection infantile, autant d’événements traumatisants pour les professionnels. Cette situation est également évoquée par une obstétricienne, qui s’interroge sur les indicateurs de précarité : « *Le rôle du médecin n’est pas de traquer les signes extérieurs de misère* ». Elle dénonce l’élaboration d’un jugement fondé sur le « *délit de faciès* », qu’elle trouve « *insupportable* ». Elle conclut sur l’idée que « *la précarité n’est jamais en soi un argument* », et que celui-ci doit être accompagné d’autres critères.

Lorsque les praticiens nourrissent des incertitudes vis-à-vis de la situation économique ou sociale d’un couple, le déploiement du dispositif est plus lent et la temporalité du parcours s’allonge. Clémence Roche explique cette réaction. Comme Isabelle Cédric, elle reconnaît que la situation de précarité entre en compte. Elle ne constitue pas pour autant un motif de refus, mais alimente la vigilance des spécialistes. Ils s’entourent de l’avis d’autres professionnels, en demandant une « *évaluation sociale* ». Cela ne les empêchera pas d’apporter leur soutien, mais leur permet de gagner du temps pour éviter de « *se précipiter* ». La décision d’aider des couples en situation de précarité mérite une réflexion progressive et prudente.

5.2.4.3 *Les situations d’irrégularité*

Les personnes en situation irrégulière sont couvertes de l’Aide Médicale d’État (AME). Ces demandes semblent peu fréquentes¹⁷³. Cependant, elles méritent notre attention, car cette

¹⁷³ Le nombre de personnes concernées est très difficile à identifier. Comme l’explique Sixte Blanchy, « *les chiffres sont totalement flous* ». En effet, en 2009, Alain Cordier et Frédéric Salas (2010), respectivement inspecteur des finances et des affaires sociales, recensent vingt-deux bénéficiaires de l’AME ayant eu des facturations d’actes d’AMP, ces dépenses s’élevant à plus de 99 000 euros. Lors de la discussion relative au projet de loi de finances de 2011 adopté par l’Assemblée Nationale, Alain Millon, rapporteur pour l’avis de la commission des affaires sociales, estime que l’ABM ne recense aucun titulaire de l’AME en AMP (Sénat, 2010). Pourtant, lors de notre première enquête menée en 2011, nous avons rencontré une vingtaine de

population fait particulièrement l'objet d'une sélection, restreignant leur accès aux soins. Ce mouvement est impulsé par la loi : depuis 2011, l'AMP est exclue du panier de soins. Malgré l'attachement idéologique des professionnels à l'AME, qui incarne des valeurs chères au monde médical, telles que l'égalité de l'accès aux soins et le droit à la santé pour tous, la majorité approuvent cette mesure et poursuivent cette dynamique, en refusant désormais de recevoir ce public¹⁷⁴.

L'Aide Médicale d'État : un dispositif médical dédié aux sans-papiers

L'AME est un dispositif de protection maladie concernant spécifiquement les personnes en situation irrégulière. Au motif de ce statut juridique, elles ont d'abord été exclues de la Sécurité Sociale en 1993¹⁷⁵. Elles sont ensuite écartées de la Couverture Médicale Universelle (CMU) à sa création en 1999¹⁷⁶. Ce cloisonnement apparaît comme le produit du glissement des principes de solidarité nationale, par la substitution de la condition de territorialité à celle de régularité.

L'accès à cette prestation est soumis à conditions : il faut prouver son identité, sa présence ininterrompue et irrégulière sur le territoire de trois mois minimum et ses revenus¹⁷⁷. Selon le rapport de Claude Goasguen et Christophe Sirugue (2015), ce dispositif compte près de 300 000 bénéficiaires en 2015. Ils se concentrent en Île-de-France : les deux tiers relèvent de caisses primaires situées dans le bassin parisien. Ce sont pour la plupart des personnes jeunes et isolées. Cette même année, le coût de ce dispositif s'élève à 676 millions d'euros.

Un rejet commun des termes du décret

Le législateur retire du panier de soins de l'AME « les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie »¹⁷⁸. L'application de cette mesure, par le décret du 17 octobre 2011, entraîne la double exclusion des frais liés à l'AMP

personnes sans-papiers prises en charge en AMP. Depuis ce décret, cette proportion est d'autant plus difficile à estimer que ces personnes ne sont plus couvertes par l'AME et donc ne sont plus identifiées comme telles.

¹⁷⁴ Cette question a principalement été abordée avec des praticiens hospitaliers, certainement les plus attachés à ces principes.

¹⁷⁵ Depuis 1993, la loi dite « Pasqua » relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers conditionne l'accès à l'Assurance Maladie à la régularité de séjour, selon l'article L.115-6 du code de la Sécurité Sociale.

¹⁷⁶ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant sur la création de la CMU. Article L380-1 du code de la Sécurité Sociale.

¹⁷⁷ Cette loi de finances a été adoptée le 29 décembre 2010. Le plafond de ressources est identique à celui de la CMU.

¹⁷⁸ Article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles.

et aux cures thermales¹⁷⁹. Désormais, les personnes en situation irrégulière désirant s'engager dans un processus d'aide médicale à la procréation doivent s'acquitter du coût des consultations, des techniques, des actes de biologie et des médicaments.

Ces motifs sont mal reçus par les professionnels, qui estiment globalement rendre un service médical important. De plus, le fait que seuls les cures thermales et l'AMP soient concernées traduit une vision de ces techniques comme n'étant pas destinées directement au traitement d'une maladie. Les professionnels sont surtout gênés par le message véhiculé par ce décret, renvoyant l'AMP à un soin de confort. Pour Sixte Blanchy, cette mesure témoigne d'une modification de la représentation de l'infertilité : « *Dans les textes, l'AMP est un soin remboursé par l'Assurance Maladie. Mais placer l'AMP au même niveau que les cures thermales signifie que le législateur ne considère pas l'AMP comme un soin mais comme un luxe* ».

Même si la forme du décret est dévalorisante, cette mesure est soutenue par la majorité des spécialistes, qui considèrent que l'AME devrait être réservée aux situations d'urgence.

Les réactions à la restriction du panier de soins

Selon ses partisans, ce décret est un moindre mal. Il écarte des postulants qui leur posent des difficultés spécifiques et entraînent une surcharge de travail. Ce dispositif doit se limiter aux soins urgents, au nom de la maîtrise de la dépense nationale. L'irrégularité du statut de ces personnes semble justifier le traitement particulier dont elles font l'objet.

La conception de l'AME comme dispositif d'urgence est évoquée de manière récurrente pour expliquer la décision des législateurs. C'est pour cette raison que Christophe Sifer se dit « *plutôt favorable* » à cette mesure, et que Jean-Noël Hugues ne trouve pas ce décret « *choquant* ». Aux yeux de ce dernier, la situation antérieure représentait une « *dérive considérable* », car certains candidats à l'AMP sans-papiers « *venaient spécialement en France pour avoir des soins* », alors qu'ils pourraient y avoir accès ailleurs.

Ce soupçon d'une migration motivée par le désir d'enfant est porté par de nombreux autres gynécologues¹⁸⁰. Charlotte Sonigo souligne les « *dérives* » de l'AME, permettant à certains

¹⁷⁹ Le décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011 définit les modalités de prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'État et le droit au service des prestations. Ce mouvement de restriction du panier de soins se poursuit avec le décret n° 2015-120 du 3 février 2015, qui exclut les médicaments à service médical rendu faible, qui sont remboursés à 15 % pour les assurés sociaux.

¹⁸⁰ Dans sa thèse portant sur l'attribution de l'AME par les agents de l'Assurance maladie, Céline Gabarro

individus de profiter du système, *« qui venaient en France faire leur bébé et qui repartaient, parce que cela coûtait trop cher dans leur pays »*. Clémence Roche aussi évoque ces migrations motivées par le désir d'enfant : *« Beaucoup de patientes sont venues de l'étranger pour cette raison »*. Une gynécologue raconte qu'*« un couple m'a clairement dit qu'ils venaient parce que dans leur pays, cela coûtait très cher, et qu'en France grâce à l'AME, ils pouvaient en bénéficier gratuitement »*.

Vouloir réserver l'AME aux soins vitaux est également justifié par les contraintes économiques, qui obligent à hiérarchiser les besoins. C'est pour cette raison que Christophe Poncelet approuve cette mesure, même s'il la trouve *« dommage »*. Une obstétricienne estime elle aussi que *« charité bien ordonnée commence par soi-même »*.

Ce sont principalement l'énonciation et l'application de cette loi qui posent des difficultés aux spécialistes. La conception de Charlotte Dupont, qui se dit *« partagée »*, illustre ces tiraillements individuels. Elle estime ce dispositif *« indispensable »*, mais pense que l'AMP et les cures thermales n'ont *« pas à être pris en charge »*, ce d'autant que l'infertilité n'est à ses yeux pas une maladie. Finalement, le contact avec les couples a fait évoluer son système de valeurs : *« Je révisé mon jugement parce que je vais me retrouver face à un couple qui me touche, qui a l'AME, et je vais trouver cette mesure injuste »*.

Charlotte Sonigo salue l'existence du dispositif en lui-même mais soutient cette mesure législative, car elle s'interroge sur les conditions de vie de l'enfant : *« S'ils n'ont pas les moyens pour vivre, comment pourraient-ils avoir les moyens d'élever un enfant ? Cela ne me choque pas qu'ils ne soient plus remboursés, parce qu'il ne s'agit pas d'une maladie »*. Ceci étant, cet obstacle financier nourrit un sentiment d'injustice, et reste complexe à annoncer aux couples : *« C'est difficile de refuser simplement parce qu'ils n'ont pas les moyens »*.

Clémence Roche soutient aussi ce décret, *« même si, au cas par cas, j'ai beaucoup de mal à l'expliquer au patient, de manière idéologique, je l'approuve »*. Son empathie dans certaines situations l'amène pourtant à réviser ses convictions. Elle prend l'exemple d'un *« couple africain. Leurs deux enfants sont morts dans un accident en Afrique, et ils sont venus en France pour cette raison »*. La patiente a 38 ans, a fait une fausse couche à la suite d'un premier essai, et *« doit*

montre notamment l'ampleur du soupçon dont ce public fait l'objet, et les problématiques liées à l'existence de ce dispositif (Gabarro, 2017).

refaire une tentative mais ils n'ont pas d'argent. C'est vrai qu'au cas par cas, nous avons envie de les aider ». Alors, Clémence Roche stratifie ces demandes en fonction de la nécessité de l'intervention médicale. Elle accepte surtout les patientes qui ne pourraient pas avoir d'enfant sans AMP, par exemple lorsqu'elles ont des problèmes de trompes. Elle justifie également sa décision par une obligation de résultats induite par l'autofinancement des couples.

Une autre gynécologue raconte la manière dont elle se représente les bénéficiaires de l'AME : « *Nous avons l'image de gens qui ne travaillent pas, ou qui ne sont pas déclarés, qui ne sont pas intégrés. Pourtant, certains sont là depuis des années, mais ils ne parlent pas français. C'est ce qui me gêne le plus, ils ne sont pas français, dans le sens où ils ne sont pas intégrés à la société française* ». Cela dit, elle exprime concomitamment sa gêne vis-à-vis de la légitimité de ce critère, symptôme d'une marginalité : « *Je suis très mal à l'aise par rapport à leur demande, je pense que ce n'est pas bien, parce que nous sommes médecins. Nous ne sommes pas là pour trier en fonction des revenus ou de la couleur de peau* ». Ses difficultés tiennent à sa volonté de ne pas laisser ses convictions personnelles interférer dans son exercice professionnel.

Une gynécologue confie que les couples en situation irrégulière la mettent dans une situation inconfortable, en raison de la grande précarité dans laquelle ils semblent vivre : « *Nous sommes très mal à l'aise parce que nous sentons qu'ils sont dans une certaine misère sociale* ». La mesure législative lui offre ainsi des fondements pour appuyer son refus de soins : « *Quelques fois, sincèrement, c'est vrai, cela m'arrange, je me dis qu'ils ont l'aide médicale et que j'ai un argument* ». Une de ses consœurs avoue que cette loi la rassure, car elle permet de distinguer « *ceux qui ont la capacité de payer* » la tentative et qui seront en mesure d'assumer la surcharge financière induite par l'arrivée d'un enfant. Le décret comporte une dimension protectrice qui évite aux médecins de contribuer à la naissance d'un enfant dans le contexte d'une précarité trop importante.

Les professionnels qui défendent le remboursement des frais de l'AMP par l'AME sont moins nombreux. L'évolution des conceptions d'une gynécologue montre comment le contact avec ces couples influence son système de valeurs. Alors qu'elle trouvait « *un peu fort* » qu'ils soient remboursés de leurs frais, au fil de ses rencontres, elle s'est « *attachée* » à certains couples et cet « *autre* » est devenu familier. Elle explique que progressivement, « *je me suis posé moins de questions, et cela me paraissait normal* ». Dans ce « *nouvel état d'esprit* », elle se dit

finalement « *navrée* » par cette réforme. Cette gynécologue n'estime pas « *légitime* » de faire payer les personnes en situation irrégulière. Elle refuse de faire une différence entre ses patients selon leur statut juridique : « *Nous devons les aider au même titre que les personnes présentes sur le territoire (...). Je ne n'occupe pas des expulsions, ou des problèmes de papiers. Je suis médecin, je suis là pour les soigner* »

Les opposants à cette loi mettent en relief la diversité des situations des bénéficiaires de l'AME. Isabelle Cédric estime « *normal de ne pas faire de FIV à des gens qui viennent trois mois en France pour faire une FIV* ». Mais elle précise que « *beaucoup sont des couples totalement insérés* ». Elle est donc partiellement contre cette réforme : « *Il ne me semble pas normal que des personnes qui vivent en France depuis dix ans et qui n'ont pas réussi à régulariser leurs papiers n'aient pas le droit à l'AMP* ». Jérémie Boujenah pense aussi que les individus méritent d'être soignés au même titre que les autres, et que leurs demandes doivent être considérées au « *cas par cas. Nous ne pouvons pas fixer un cadre général pour tous les AME, parce que c'est une population très disparate* ».

De plus, ils rejettent l'argument des coûts relatifs à la prise en charge des personnes infertiles et en situation irrégulière. Ces dépenses paraissent dérisoires aux yeux d'Isabelle Cédric : « *Dans le déficit de la Sécurité Sociale, c'est une goutte d'eau* ». Sixte Blanchy estime également que ces raisons économiques sont fallacieuses, les partisans de la réforme sachant pertinemment « *que les étrangers sans-papiers rapportent beaucoup plus qu'ils ne coûtent. Toutes les études économiques l'ont montré. Nous savons que ce sont des gens jeunes, qui ne sont pas malades, qui travaillent et payent des impôts* ». Il balaie l'accusation de fraude souvent portée en rappelant que l'accès à l'AME est soumis à des « *conditions de ressources extrêmement strictes* »¹⁸¹.

Finalement, cette mesure législative paraît surtout symbolique. Pour Jérémie Boujenah ou Isabelle Cédric, ce débat est essentiellement politique et vise à séduire un certain électorat. Pour Jérôme Pfeffer, cette mesure vise à « *se débarrasser des AME qui utilisaient le système pour un soin non vital* ». Il se demande d'ailleurs pourquoi cette mesure concerne uniquement les sans-papiers, et ne serait pas « *choqué* » si elle était étendue à l'ensemble des résidents français. Sixte Blanchy considère ce décret comme « *inadmissible* » et le qualifie d'une « *scélératesse inouïe* ».

¹⁸¹ Ces accusations recouvrent une réalité marginale. En 2014, cinquante quatre cas de fraudes ont été identifiés chez les bénéficiaires, pour un montant de 130 000 euros.

Il dénonce son caractère « *discriminatoire. Les Français ont le droit d’avoir l’AMP, et pas les étrangers* ». Or, il estime que « *tant que nous sommes dans un pays qui déclare que la stérilité est une maladie, nous devons faire payer la même somme aux étrangers et aux Français* ». Il considère que cette mesure est motivée par une « *haine de l’étranger* » : « *Il n’y a aucune justification économique, et encore moins de justification éthique, c’est simplement de la xénophobie* ». Pourtant, même si Sixte Blanchy se positionne clairement contre ce décret, il s’interroge sur la pertinence de l’accès à l’AMP pour les sans-papiers, compte tenu de leur situation de précarité au sens large : « *Pour faire une AMP, il faut être dans des conditions de stabilité psychologique, de couple, et de résidence minimales* ». Or, le suivi lui paraît compliqué dans ces conditions de vie : « *Je ne vois pas comment une femme peut bénéficier d’une stimulation ovarienne, d’un monitoring avant la ponction si elle n’a pas une résidence stable, un minimum d’argent et un lieu où se reposer* ». Alors il comprend l’optique des médecins qui refusent de s’impliquer dans ces projets parentaux : « *Le refus de soins, c’est compliqué. Un médecin qui refuse de faire une AMP, parce que le couple n’est pas stable, qu’il n’a pas de résidence, est-ce un refus de soins ou de la logique et de la bienfaisance : qui va en juger ?* ».

Mises en pratique de cette exclusion

L’application de ce décret est variable selon les centres. L’attitude des pôles décisionnels des hôpitaux semble en partie influencée par la part que représente ce public dans la clientèle. Avant cette mesure, elle variait, selon Sixte Blanchy, entre 1 % et 10 % maximum, dans certains centres du nord de Paris ou de Seine-Saint-Denis. L’hétérogénéité des réactions locales est également mise en valeur par l’enquête de François Olivennes (2005). À l’époque, les couples en situation irrégulière étaient acceptés dans 68 % des centres publics répondants, et seulement par 56 % des centres privés.

Isabelle Cédric précise que Jean Verdier est « *le centre qui en a sûrement reçu le plus depuis toujours* », ce qui explique notamment que nous ayons placé cette équipe au cœur de notre recherche. Cette situation est due à sa situation géographique ainsi qu’à l’ouverture des professionnels à ce type de patients. À l’époque de Jean-Noël Hugues, la prise en charge des AME fait partie constituante de l’identité du centre : « *Si nous sommes ici, dans le 93, ce n’est pas anodin. Nous avons l’habitude de prendre de gens qui sont en situation de précarité au sens*

large du terme », explique Clémence Roche. Or, le décret focalise l'attention sur le statut juridique du patient, qui n'entrait pas en ligne de compte auparavant. Ces médecins ne faisaient pas de distinction entre les individus selon leur couverture médicale : « *Avant que le décret ne passe, pour nous, il n'y avait aucune différence* », explique Isabelle Cédricin.

Plusieurs centres de la région parisienne ont réagi de manière radicale. Comme le constate une gynécologue, certaines « *équipes ne prennent plus en charge les AME* ». Elles sont allées au bout de la logique initiée par le législateur en arrêtant purement et simplement de prendre en charge les personnes en situation irrégulière. À Cochin par exemple, la couverture médicale constitue un critère d'exclusion officiel : « *Les couples bénéficiant de l'AME ne sont pas pris en charge* » stipule son site internet¹⁸².

Selon les praticiens de Jean Verdier, certains centres ont justifié cette décision pour éviter que les couples ne s'endettent, refusant « *que ce financement de leur désir de grossesse impacte leur vie économique déjà dégradée* », relate Jérémie Boujenah. Cette hypothèse leur paraît peu probable. Pour Clémence Roche, l'avis de non-recevoir fondé sur le motif de l'endettement reflète « *la raison officielle* », mais « *la raison officieuse* » répond surtout à une volonté de simplifier leurs pratiques. Charlotte Sonigo constate que « *c'est plus facile de dire non à tout le monde que s'adapter à la situation* », et ce d'autant que la capacité de compréhension de ce public est souvent limitée, ajoute Jérémie Boujenah. Pour Isabelle Cédricin, ces équipes « *ne veulent pas s'ennuyer à faire des devis qui n'aboutiront à rien* ». Jean-Noël Hugues explique cette solution : « *Ils dégagent en touche en disant c'est trop lourd à organiser (...) et que ce n'est pas leur rôle de médecin de s'occuper de ces problèmes de société* ». Cependant, Jean-Noël Hugues ne soutient pas cette décision, surtout si le couple est en capacité de financer ses soins : « *Ils payent, nous ne pouvons pas les refuser, nous n'avons pas raison de le faire* ».

Sixte Blanchy précise que cette décision de mettre un terme à l'accueil des AME officialise des pratiques déjà effectives. Non seulement les hôpitaux sont peu nombreux à les accepter, mais « *la grande majorité des cliniciens sont à dépassement. Ils ne prenaient pas les gens sous AME (...). Les refus de soins, c'est quotidien* ». Cependant, les termes du décret protègent les professionnels qui refusent d'accueillir ce public : « *Il n'y a pas de refus de soins*

¹⁸² <http://www.gynecochin.com> consulté le 23-10-14.

dans la mesure où le texte dit que l'AMP n'est pas un soin », contrairement à l'optique portée par les lois de bioéthique.

La part d'appréciation personnelle des critères d'accès à l'AMP apparaît nettement lorsqu'ils concernent les façons de vivre des individus. La stabilité psychologique, l'état de santé, le niveau d'intégration dans la société française sont autant de conditions à l'accès et à la poursuite des soins. Mais ces éléments sont généralement considérés comme insuffisants en eux-mêmes et devant être justifiés par des arguments médicaux. Ils ont également tendance à s'effacer devant la nécessité d'une intervention médicale, notamment lorsque l'indication est absolue. Ceci étant, ces éléments interfèrent, à plus ou moins grande échelle, dans l'opinion des praticiens. C'est aussi ce que démontre Laurence Tain (2005a ; 2013), qui affirme que les pratiques de sélection des médecins se fondent sur un jugement moral élaboré selon les caractéristiques sociales des patients. Elle indique que « les composantes non strictement cliniques des choix sont souvent masquées par l'argumentation scientifique » (2005a : 14). En effet, une praticienne rappelle que seuls les critères médicaux peuvent légitimement constituer un motif de refus : *« Il faut avoir un argument médical. C'est mon problème parfois, quand je vois des couples en consultation, pour des raisons purement sociales, j'aurais envie de dire non. Mais si je n'ai pas d'argument médical sur lequel m'appuyer, je ne peux pas, ce n'est pas mon rôle »*. Cette clinicienne illustre cette contrainte par l'exemple de parents de quatre enfants, qui viennent avec pour interprète leur fille de 12 ans. Cette situation complique l'entretien : *« Tu imagines poser des questions sur les rapports sexuels ! »*. De plus, face à une certaine agressivité de ce couple, ce médecin confie sa réaction : *« Je n'avais pas envie de les prendre »*. Finalement, son refus social a pu se transformer en refus médical : *« Heureusement, il y avait un argument médical. Mais, nos jugements personnels, nous les gardons pour nous »*.

Ainsi, comme le note Laurence Tain, même si c'est la « composante biologique, matérielle qui est mise en avant » par les professionnels, celle-ci « recouvre de façon subtile la composante socio-relationnelle qui donne l'avantage aux femmes des classes moyennes et supérieures ». Cette sociologue met en valeur l'« impact des représentations sociales dans le jugement médical » (2013 : 147) en montrant que « la conformité avec un système de valeurs se révèle être un ingrédient du choix médical parfois légitimé par la législation en vigueur. Or, une procédure de tri, prenant en compte la conformité psychologique ou la capacité à communiquer,

tend à éliminer les couples appartenant au bas de la hiérarchie sociale » (2005a : 25). Ilana Löwy (2005) résume les caractéristiques des couples considérés par certains médecins, qui jugent dans quelle mesure le couple candidat a « “mérité” un enfant, brouillant ainsi les frontières entre un jugement médical et moral. Ils récusent ainsi des couples pour des raisons sociales, tels l’alcoolisme (supposé), l’instabilité mentale (perçue), la précarité, et même, dans certains cas, une connaissance insuffisante du français qui entrave le dialogue ». Cette chercheuse partage l’analyse de Laurence Tain en termes de contrôle : « Il est tout à fait légitime de parler du contrôle exercé par la profession médicale dans le cadre de la procréation assistée ». Ce vocable accentue les « déséquilibres de pouvoir entre les contrôleurs (...) et les contrôlés, c’est-à-dire les utilisateurs des services de procréation assistée, qui se trouvent dans une position de dépendance envers l’établissement médical. En outre, les demandeurs d’AMP en bas de l’échelle sociale sont particulièrement démunis face au contrôle exercé par les médecins » (2005 : 31-35).

Il convient de préciser que la dimension normative des critères décisionnels n’est pas propre à la médecine de la reproduction et existe dans d’autres champs. Par exemple, Caroline Guibet-Lafaye (2012) analyse le traitement des demandes d’interruptions médicales de grossesse et montre que si les équipes décident en fonction de la gravité de la pathologie du fœtus, certains critères moraux prédominent parfois sur les arguments médicaux : « Les usages sociaux concernant l’interruption de grossesse se justifient à partir d’arguments qui ne sont pas prioritairement médicaux mais principalement normatifs, qu’il s’agisse de l’“intérêt” supérieur ou du “bien de l’enfant”, de sa qualité de vie ou de la responsabilité parentale ». Ces professionnels prennent en compte l’histoire familiale et la situation économique, et tentent d’anticiper « la capacité des parents à rendre leurs enfants heureux ou susceptibles d’avoir une vie décente » (2012 : 45 et 46). Dans le secteur des urgences également, Roger Jefferey (1979) démontre que les médecins organisent également la gestion des demandes sur des fondements moraux, entre les « bons » et les « mauvais » patients. Ces normes sont un outil de contrôle de la clientèle, qui orientent l’appréciation de la légitimité de la demande, dans le contexte d’une offre limitée.

* * *

Par l’évolution des normes conjugales d’accès à l’AMP, l’État élargit la marge d’appréciation individuelle des praticiens. Dans le même temps, il maintient leur rôle régulateur.

La majorité des acteurs acceptent cette mission tout en se questionnant sur les limites de leurs prérogatives, ce qui contribue *in fine* à légitimer leurs prises de position. Cependant, s'autorisant difficilement à laisser intervenir leur jugement de valeur, les médecins replacent leurs décisions dans un cadre médical.

À travers la suppression de toute mention à la vie maritale ou en concubinage, l'État concède aux professionnels une plus grande marge d'appréciation et renforce leur position déjà centrale dans le dispositif de régulation. Les spécialistes de l'infertilité doivent notamment veiller à la conformité des manières d'être en couple des candidats, avec les valeurs proclamées par la société française à travers ses choix législatifs.

Mais les professionnels mettent en avant leurs difficultés à remplir ce rôle. La perte des repères légaux pour évaluer la stabilité du couple s'accompagne d'une remise en question de leur autorité sociale. Les analyses d'Anne Paillet (2002 ; 2007) montrent que les médecins réanimateurs partagent avec les spécialistes de l'infertilité une incertitude diagnostique, pronostique et normative, cette dernière « portant sur l'autorisation des médecins à décider ». Elle souligne les questionnements des professionnels sur leur pouvoir de décision, générés par la dimension morale de leurs critères de jugement : « Si la difficulté des décisions n'est pas "purement médicale", va-t-il de soi qu'il appartienne aux seuls médecins, en tant que médecins, au nom de leur compétence médicale, de trancher ? (...) Bien des médecins s'interrogent » (2002 : 201 et 205). Véronique Fournier partage ce constat d'une incertitude grandissante relative aux capacités décisionnelles des praticiens : « Leur expertise – ou du moins le fait qu'elle seule fonde la décision – est de plus en plus mise en cause. Comme est de plus en plus mis en question leur rôle de décideur quand il s'agit de trancher face à une situation non explicitement prévue par la loi et qui les dérange » (2010 : 177).

Les modalités d'appropriation de ce pouvoir par les praticiens organisent les rapports qu'ils entretiennent avec les demandes qui sortent des cadres usuels. Les acteurs eux-mêmes sont souvent partagés mais, pour faciliter la compréhension, nous retiendrons que leurs interprétations se répartissent entre deux pôles. Dans la première configuration, les individus tendent à endosser le rôle régulateur qui leur est confié, et conçoivent leur responsabilité décisionnelle comme un symbole de leur exercice professionnel. La seconde inclination exprime un refus de la part des

praticiens d'engager leurs convictions individuelles et une volonté de laisser les couples répondre de leurs actes. Les réactions face aux demandes hors normes traduisent le rapport de l'individu à son rôle professionnel et à ses prérogatives. Ces représentations déterminent l'implication du praticien et sa distance face aux sollicitations atypiques. Pierre Jouannet explique que certaines demandes « nous interrogent tellement que nous ne les assumons pas et que nous nous disons qu'il faudrait peut-être les refuser ». Mais ce praticien présente une autre optique, selon laquelle « l'idée même que le médecin puisse refuser est un excès de pouvoir de la part du médecin et que de toutes façons, ce n'est pas à lui de décider » (2010). Ces perceptions du partage du pouvoir entre le couple et le praticien sont mouvantes. L'exemple de Charlotte Sonigo montre qu'un individu peut osciller entre ces deux tendances. Ses tiraillements sont générés par une tension entre un sentiment de responsabilité, induit par sa participation à la naissance d'un enfant, et un refus d'émettre un jugement de valeur : « *Nous sommes un peu responsables de l'enfant qui va naître. Mais justement, nous ne le sommes pas vraiment* ».

Les membres du centre d'éthique clinique (CEC) de l'hôpital Cochin établissent plus fermement cette distinction entre les professionnels. Ils les catégorisent en fonction de leurs réactions à des demandes atypiques : « Il y a ceux qu'elles "dérangent" au plan éthique et qui sont réticents d'une part, et ceux, de l'autre, qui considèrent que ce n'est pas leur affaire de les examiner en ces termes » (2011 : 29). Pour les premiers, qui ne nient pas leur subjectivité, « la dimension éthique est (...) une partie importante de leur métier : la réflexion sur les limites, leur perpétuelle remise en cause et leur évolution, est au fond ce qui les intéresse le plus dans celui-ci ; ils vivent mal l'idée d'en être dépossédés ou même d'avoir à partager cela ». Les seconds refusent « de juger et de s'immiscer » et « se défendent d'être subjectifs ». Nos observations confortent le constat de ces auteurs, selon lequel « les premiers sont plus volontiers des médecins du secteur public, travaillant en équipe, quand les seconds sont des médecins du secteur privé, dont l'exercice professionnel est souvent plutôt solitaire » (2011 : 69-70). Au-delà de ces différences, les médecins « considèrent majoritairement que la société leur a confié le rôle de garants d'un certain ordre social » (2011 : 30). Ils estiment que « la responsabilité éthique est constitutive de leur métier, c'est elle qui donne sens et intérêt à leur pratique », note Véronique Fournier (2010). La perception et l'utilisation du pouvoir décisionnel des praticiens sont directement corrélées à la représentation que ceux-ci nourrissent vis-à-vis de leur métier. Ils sont

animés par cette « fameuse crainte qui les hante : celle d'en être réduits à jouer les prestataires de services » (2010 : 16 et 208).

Ces interrogations régulièrement formulées par les médecins sur des questions d'ordre éthique ou morale donnent corps à la réflexivité des acteurs, dont la valeur symbolique est hautement valorisée (Memmi, 2003). L'acte de questionnement des médecins sur leurs pratiques ne fait pas seulement partie intégrante des pratiques discursives de la profession, il incarne également les fondements de leur identité professionnelle. En témoigne la préface de Jean-François Mattei à l'ouvrage de Pierre Le Coz : « Si le médecin ne se pose pas ces questions philosophiques, alors il a implicitement accepté le rôle que notre époque est de plus en plus tentée de lui attribuer aujourd'hui : celui d'un prestataire de services » (2006 : 10). La manière dont René Frydman entame l'un de ses ouvrages (2008), par une série d'interrogations sur le pouvoir des médecins et les fondements normatifs des décisions, révèle également l'importance de la réflexivité dans la rhétorique médicale : « Dans le même temps où des adultes responsables se voient opposer un refus, ceux qui sont impliqués dans ce processus de décision se demandent presque tous : pourquoi ? Pourquoi refuser ? Pourquoi interdire ? ». Ce questionnement initial sert de point d'appui à l'affirmation de la liberté du médecin : « C'est un médecin qui choisit de mettre en œuvre les techniques de la procréation assistée. Ce sont les médecins qui analysent la nature de la stérilité, conçoivent les moyens d'y remédier, décident d'employer ces moyens, accomplissent les gestes nécessaires à la fécondation et réimplantent l'embryon ». Les refus sont légitimes dans certaines situations et le médecin doit assumer son rôle de « *gatekeeper* ». Les critères décisionnels sont justifiés et induits par sa participation au projet parental. Le jugement médical a également pour fonction de contrebalancer les désirs des couples : « Les règles qui président à l'exercice des libertés recommandent donc de poser des limites à l'affirmation des préférences individuelles des parents » (2008 : 21, 38 et 55).

Dans leur processus décisionnel, les médecins prennent en compte les façons d'être et de vivre des couples. Si l'importance que chacun y accorde varie, ces outils permettent de mesurer la motivation, la stabilité mais surtout la capacité des couples à accueillir un enfant dans des conditions affectives, sociales et économiques suffisantes. La majorité de la communauté médicale partagent une image commune du couple parent idéal et une « certaine philosophie de la famille », définie par le philosophe Pierre Le Coz comme une « argumentation d'ensemble

cohérente » s'intégrant dans une « vision globale de l'homme, de sa destinée et de sa condition » (2006 : 17-18). Dans cette conception commune de la famille, les parents sont liés par des relations affectives, partagent un foyer et forment une union légitime, mesurée en fonction de son exclusivité. Le couple est inséré dans la société française, en bonne santé, avec une bonne hygiène de vie et avec un niveau de ressources suffisant pour élever un enfant. Dans ces conditions, Philippe Bataille et Louise Virole notent qu'il arrive que « les soignants s'estiment soumis à des demandes de patients dont ils considèrent qu'elles contrarient les fondements moraux de leur engagement personnel dans leur métier » (2013 : 6). Cependant, ce constat peut être nuancé : d'abord, si des demandes vont parfois à l'encontre du système de valeurs des médecins, elles peuvent également contribuer à modifier leurs représentations, les orientant vers une plus grande ouverture à l'égard de la richesse des configurations conjugales et familiales. De plus, notre analyse conforte d'autres études, qui montrent que les praticiens ne refusent officiellement que rarement les demandes sortant de ce cadre, et s'appuient prioritairement sur des arguments médicaux. Les raisons relatives aux façons de vivre des couples apparaissent insuffisantes pour justifier en elles-mêmes une abstention thérapeutique. Pour Dominique Memmi, « les réticences des médecins sont là, qui pourraient se résumer ainsi : il leur paraît insurmontable d'assumer explicitement qu'ils pourraient bien imposer aux patients un arbitraire social dont on a fait d'eux les gardiens » (2003 : 147). Les praticiens tiennent à fonder leur décision sur des arguments essentiellement médicaux, contribuant ainsi à une « politique de médicalisation des décisions » (Paillet, 2007 : 47). Ainsi, comme le formule Dominique Memmi, « la régulation prend l'apparence distanciée du positivisme médical » permettant ainsi de faire oublier que le regard médical est « une interprétation du voir, une manière de voir d'un "bon œil", ou d'un "mauvais œil" » (2003 : 162).

Lorsque les repères normatifs usuels sont insuffisants pour résoudre des conflits de valeurs et que la « mobilisation initiale des catégories cliniques comme des catégories légales ne suffit pas », les équipes peuvent solliciter l'avis des centres d'éthique clinique (Orfali, 2003 : 56). La subjectivité des décisions tente d'être rationalisée par le travail éthique. Ces consultations aboutissent le plus souvent à une recommandation positive, face à l'impossibilité de « fonder "éthiquement" un non », comme le remarque Véronique Fournier à Cochin, car les professionnels refusent de « réintroduire en éthique clinique une dimension normative, de l'ordre du jugement

moral » (2010 : 123-124). Ces comités d'éthique aident les équipes à objectiver leur regard et à dépasser leurs conflits de valeurs, par le questionnement collectif sur leurs pratiques.

Chapitre 6. Un accès autorisé aux couples en âge de procréer

Pour accéder à l'AMP, la loi stipule que les membres du couple doivent être « en âge de procréer ». L'âge constitue un critère central dans les décisions d'accès ou de poursuite des traitements, en ce qu'il impacte la fertilité, principalement féminine. Mais la relativité de cette notion, induite par sa dimension sociale, questionne les arguments médicaux justifiant les décisions des praticiens.

L'empreinte culturelle sur l'appréhension de l'âge de la parentalité se manifeste dans la diversité des politiques nationales. Celles-ci restreignent surtout l'âge des femmes. La France, comme six pays européens, a choisi de conditionner l'accès à l'AMP à l'âge de la procréation, laissant au corps médical l'appréciation de cette notion¹⁸³. Dix pays ont défini un seuil précis, et dix autres n'ont fixé aucune limite¹⁸⁴ (ABM, 2014c). Cette variété montre que « les choix stratégiques nationaux ne reposent pas forcément sur des prérogatives médicales. Les choix de société conditionnent donc tout le dispositif », remarque François Thépot (OPECST, 2008 : 33).

À l'échelle locale, la multiplicité des pratiques exprime des appréciations subjectives de l'âge de la procréation, localisées au sein des centres auxquels les individus appartiennent. L'homogénéisation des pratiques insufflée par l'ABM est freinée par la liberté et l'autonomie décisionnelle revendiquées par les professionnels. À cela s'ajoute le manque de précision du texte de loi qui laisse aux médecins une large marge d'appréciation : « *Quand les textes ne sont pas clairs, leur interprétation laisse place au libre-arbitre* », explique Christophe Sifer. Nous montrerons, suivant l'idée de Patrice Clément, que les différences de pratiques dépendent en grande partie de convictions individuelles : « *L'âge a plus de poids dans la sélection chez certains que chez d'autres. La tolérance vis-à-vis de l'âge par exemple, dépend de la sensibilité du praticien* ». Ces sensibilités s'organisent à l'échelle collective. L'établissement génère un mode de relations, à tendance égalitaire ou hiérarchique, individuelle ou collective, qui conditionne l'autonomie du praticien. Selon leur degré de sélectivité, certains groupes ont établi des limites, pour l'homme et/ou pour la femme, et d'autres ont choisi de ne pas le faire.

¹⁸³ Les six autres pays sont l'Allemagne, le Portugal, le Royaume-Uni, la République Tchèque et la Suède.

¹⁸⁴ Cette limite a été établie à 50 ans en Grèce et en Estonie, 45 ans en Belgique, Bulgarie, Danemark et en Irlande, 43 ans en Slovénie et au Luxembourg, et 40 ans en Finlande et aux Pays-Bas.

Ces décisions se traduisent dans les statistiques de l'ABM (2013f ; 2014b ; 2015c). Cependant, ces données sont limitées : elles concernent uniquement les femmes et sont très générales, renseignant surtout sur l'âge moyen des femmes à la ponction, à l'échelle nationale et régionale. L'observateur, contraint d'obtenir ces renseignements auprès des acteurs de terrain, se heurte aux réticences d'une partie d'entre eux à communiquer de manière précise. Ils adoptent des stratégies discursives de contournement pour éviter de divulguer des informations jugées trop délicates. Certains disent ne pas connaître, ou ne pas se souvenir de l'âge moyen ; d'autres répondent à côté, en donnant l'âge médian ou une information partielle car spécifique à une tranche d'âge. Ces résistances s'expliquent par le fait que ces données rendent trop apparent le processus de sélection mis en place par les praticiens. En effet, si la part que représentent les patients âgés parmi la clientèle résulte en partie des caractéristiques des couples qui s'adressent à un centre, elle traduit surtout l'influence déterminante des décisions prises par les professionnels eux-mêmes. Les demandes des femmes âgées sont parmi les situations identifiées par le centre d'éthique clinique de Cochin comme mettant à mal l'éthique des équipes, qui sont « gênées par ce pouvoir arbitraire et subjectif qui leur est confié et sont tentées d'adopter une politique systématique en matière d'âge limite »¹⁸⁵ (2011 : 69).

6.1 Une notion au carrefour du médical et du social

Le recul de l'âge de la maternité confronte les médecins à des couples de plus en plus âgés, et ce particulièrement en région parisienne. Or, non seulement ces demandes remettent en question le cadre initial prévu par la loi, mais les réponses médicales apportées se révèlent peu efficaces. Les professionnels de l'infertilité sont « mis en tension entre la prise en charge des couples dans les limites théoriques de la conception naturelle et le poids croissant de la dimension sociale de l'infertilité, qui amène à plus de demandes au-delà du seuil d'âge » (Vialle, 2014 : 6).

6.1.1 Une maternité plus tardive

L'âge moyen de la première grossesse en France ne cesse d'augmenter, passant de 24 ans en 1970 à plus de 30 ans actuellement. Par voie de conséquence, le nombre de grossesses chez les femmes de plus de 40 ans est quatre à cinq fois plus élevé qu'en 1980. En AMP, l'âge moyen de

¹⁸⁵ Les deux autres situations identifiées par le CEC recouvrent l'existence d'une maladie grave et la gestation pour autrui.

prise en charge est compris entre 32 et 34 ans et varie selon les régions et selon les centres (ABM, 2009). Si le vieillissement des candidates à l'AMP s'observe sur tout le territoire, les professionnels parisiens sont particulièrement confrontés à ce phénomène (Belaisch-Allart, 2005 ; 2011). Les femmes de plus de 40 ans représentent 20 % des patientes franciliennes bénéficiant d'une FIV, contre 15 % en France¹⁸⁶. De même, les femmes de moins de 30 ans sont nettement moins nombreuses en région parisienne.

Les professionnels observent également le vieillissement des pères : « *Les cas où l'âge de l'homme est avancé augmentent* », remarque Pierre Jouannet. Jean-Philippe Wolf l'interprète comme un phénomène de société : la paternité tardive « *devient monnaie courante* » et les demandes sont de plus en plus nombreuses. Ce biologiste se fonde sur l'exemple d'hommes qui travaillent dans son service, ayant une soixantaine d'années, des petits-enfants, et qui vivent avec de jeunes femmes. Il cite aussi la paternité de Nicolas Sarkozy : « *Regardez, notre Président précédent a fait un enfant avec Carla Bruni à 57 ans, ce qui est relativement âgé* ».

L'évolution de la demande entraîne un réajustement des normes professionnelles dans le sens d'un « recul progressif de la limite » (Vialle, 2014 : 15).

6.1.2 Les impacts de l'âge

L'âge a un impact tant sur la fertilité des individus que sur la santé des mères et des enfants. L'âge est un des principaux déterminants de la fertilité féminine. Alors qu'à chaque cycle, les femmes de 25 ans ont 25 % de chances de procréer, celles-ci baissent à 12 % à 35 ans et à 6 % à 42 ans¹⁸⁷ (ABM, 2009). La baisse de la fertilité débute souvent autour de 35 ans. Comme elle s'accélère vers 38 ans, les bonnes pratiques recommandent « de ne prendre en charge les femmes plus âgées que dans les cas où la fonction ovarienne a été jugée satisfaisante ». L'âge a aussi un effet négatif sur la fertilité de l'homme. Après 40 ans, on observe une diminution des chances de grossesse et une augmentation des fausses couches (ABM, 2009).

Outre son influence sur la fertilité, l'âge des parents est un facteur de risques (ABM, 2008 ; 2009). Du côté des femmes, « les taux de complications tant pour la mère (hypertension artérielle, diabète, accidents thromboemboliques) que pour l'enfant (hypotrophie, prématurité)

¹⁸⁶ Se référer au tableau 4 situé en annexe sur l'évolution de l'âge moyen des femmes à la ponction en France et en Île-de-France entre 2011 et 2013.

¹⁸⁷ Si seulement 5 % des femmes de moins de 30 ans sont infertiles, la prévalence de l'infertilité grimpe à 20 % entre 35 et 39 ans (HAS, 2006). À 42 ans, la moitié des grossesses débutées se soldent par des fausses couches.

augmentent rapidement » (CCNE, 2017 : 64). Le risque de mortalité maternelle est neuf fois plus élevé chez les femmes de plus de 40 ans qu'entre 25 et 29 ans¹⁸⁸. Du côté des hommes, l'âge a également des conséquences sur la santé de l'enfant, et ce dès 40 ans. Les experts observent une augmentation des anomalies chromosomiques, des mutations génétiques et des maladies multifactorielles types cardiopathies, cancers ou maladies neuronales. L'âge paternel serait même plus délétère que l'âge maternel : « L'augmentation de l'âge paternel à la conception intervient dans un spectre plus large de problèmes de santé et de développement des enfants que ne le fait l'augmentation de l'âge maternel » (ABM, 2009 : 2). Malgré leur importance, ces risques sont peu évoqués par les professionnels, en particulier en ce qui concerne le futur père.

6.1.3 Les ambiguïtés soulevées par un âge avancé

La prise en charge d'individus âgés soulève des ambiguïtés, à un niveau social et médical. L'âge relativise la dimension pathologique de l'infertilité et fait apparaître la porosité de ses frontières, comme l'explique François Thépot : « Le problème n'est pas seulement médical. Si une insuffisance ovarienne constitue une pathologie à 30 ans, elle est considérée comme pratiquement naturelle à 40 ans » (OPECST, 2008 : 33). Les infertilités liées à l'âge questionnent le modèle thérapeutique érigé par la loi. Elles brouillent les limites du cadre pathologique circonscrivant les usages de l'AMP. En effet, ces infertilités ne sont pas pathologiques, et « l'infertilité qui en découle ne peut pas justifier l'AMP » (ABM, 2008 : 10). En acceptant les femmes âgées, « les professionnels vont au-delà d'un strict cadre thérapeutique, ils invalident alors l'opposition entre demandes liées à une pathologie et demandes de convenance », ces dernières renvoyant à une infertilité dite sociale (Vialle, 2014 : 11).

Cette remise en question de la légitimité de l'AMP intraconjugale en cas d'âge parental avancé est renforcée par une efficacité limitée de la médecine dans ces situations. En effet, « l'AMP ne permet pas d'améliorer la baisse naturelle de la fertilité féminine » (Olivennes, 2008 : 169). L'ABM (2009) reconnaît aussi que « l'AMP ne permet d'obtenir que des résultats limités lorsque l'âge féminin augmente ». Ces résultats chutent avec l'âge. Le taux d'accouchement est souvent inférieur à 10 % après 40 ans, et à 5 % au-delà. Mais « la médecine n'aime pas être prise en défaut, elle qui d'un côté annonce qu'elle soigne la stérilité avec l'AMP, tandis que de l'autre elle reconnaît être impuissante lorsque la fertilité baisse » (2009 : 5-7). Or,

¹⁸⁸ Le taux de mortalité maternelle s'élève à 32 décès sur 100 000 accouchements.

l'efficacité de la médecine dans ces situations est centrale dans l'élaboration des politiques de centres.

6.2 Des pratiques difficilement régulées

Les pratiques en matière d'âge varient d'un médecin et d'une équipe à l'autre. Deux exemples, relatifs à la proportion des femmes entre 40 et 42 ans, et de celles de 43 ans et plus parmi les femmes ponctionnées, illustrent la pluralité des manières de considérer ces demandes. Selon l'ABM, en 2012, les premières représentent en moyenne presque 13 % des patientes, mais leur part s'élève jusqu'à un quart de la clientèle dans un centre, alors qu'elles sont moins de 5 % des patientes dans un autre (2015c). Pour les secondes, qui constituent en moyenne 1 % des patientes, les écarts entre les centres sont également importants même si la situation tend à se lisser¹⁸⁹.

Jacques Testart souligne l'hétéroclisme des politiques locales : « Certains centres acceptent des patientes jusqu'à 45 ans tandis que d'autres les refusent dès 38 ans ». Pour les hommes, le jugement est « plus arbitraire encore puisqu'il existe une barrière, fixée à 50 ans ici ou 60 ans ailleurs, mais elle est parfois inexistante » (2014 : 60). Ilana Löwy constate aussi une « limitation plus sévère de l'âge de la procréation pour la femme et, en parallèle, l'élimination de presque toutes les restrictions sur la capacité des hommes à engendrer » (2000 : 86). Ailleurs, elle remarque que « l'interprétation pratique du terme “couple en âge de procréer” en France est donc : un homme d'âge indifférent et une femme de moins de 40 ans » (2006b : 159). Cependant, nous apporterons une nuance à son constat. Si l'accès des femmes en fonction de leur âge est bien plus limité que celui des hommes, la moitié des équipes tend également à restreindre l'accès de ces derniers autour de 60 ans.

Face à la multiplicité des pratiques locales, un groupe de travail de l'ABM a essayé d'inciter les professionnels à réguler leurs pratiques, mais s'est heurté au refus des membres de son conseil d'orientation. Cette opposition relaie celle des professionnels qui tiennent à défendre leur indépendance décisionnelle.

¹⁸⁹ Les écarts entre les centres diminuent : alors que ces femmes représentaient 9 % de la clientèle du centre le plus tolérant en 2010, elles ne plus représentent au maximum que 5,7 % des patientes en 2012.

6.2.1 Une enquête mal acceptée

Une étude menée par François Olivennes (2005) montre que l'âge de la femme est le critère de refus le plus fréquent. Il varie selon les centres : 36 % d'entre eux ont établi une limite à 43 ans, 14 % vont jusqu'à 47 ans et 7 % n'ont posé aucune limite formelle. Cette enquête met en relief une disparité entre les centres publics et privés, ces derniers étant plus nombreux à accepter les femmes jusqu'à 45 ans. Ce critère constitue un outil de sélection des hommes dans la moitié des centres. Pour 81 % d'entre eux, l'âge retenu est compris entre 55 et 60 ans.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par l'ABM, dans une enquête visant à sonder les professionnels sur leurs pratiques vis-à-vis de l'âge. Les questions portent sur l'existence d'une règle générale et sur ses modalités de formulation. Sixte Blanchy précise que *« cette règle devrait se trouver dans le règlement intérieur de chacun des centres, mais dans les faits, elle est rarement mentionnée »*. La moitié des centres répondants (34/64) ont établi une règle officielle : dix-huit d'entre eux l'ont inscrite dans les procédures internes ou des référentiels ; dans douze centres, elle apparaît dans le règlement intérieur ; les quatre derniers le mentionnent dans la notice d'information adressée aux couples ou dans le formulaire de consentement. Lorsqu'il existe une limite officielle, elle est le plus souvent de 43 ans pour la femme et de 60 ans pour l'homme. Si pour la femme, certains posent la limite à 45 ans, ces différences sont surtout remarquables pour l'homme. Sixte Blanchy souligne le consensus entre praticiens tout en reconnaissant que la fourchette d'appréciation est large : *« Il y a quand même un consensus, mais il se situe entre 55 et 65 ans »*. Les centres n'ayant pas édicté de règle sont réticents à partir de 55 ans, et refusent en général à partir de 60 ans. Les cinq centres ayant coché la case 65 ans et plus manifestent leur refus de mettre des limites.

Cette enquête a suscité des contestations de la part de certains professionnels, qui soulignent leur attachement à leur autonomie et leur opposition à toute contrainte émanant d'une instance extérieure. Ceci étant, forts du constat de l'hétérogénéité des normes pratiques en matière d'âge, les membres du groupe de travail *Stratégie et AMP* de l'ABM ont tenté de préciser le guide des bonnes pratiques mais se sont heurtés à des contestations.

6.2.2 L'échec d'une tentative de régulation

En 2006, ce groupe de travail a proposé d'inscrire une recommandation de bonne pratique, évoquant une limite d'âge pour l'homme et pour la femme, au-delà de laquelle les

praticiens doivent se montrer prudents et discuter collectivement. Comme le précise Joëlle Belaisch-Allart, « il n'était pas prévu, dans le projet de révision du guide, de refus de prise en charge fondé sur l'âge de l'homme, mais seulement de présenter le dossier en staff pluridisciplinaire si l'âge de l'homme dépassait 59 ans. Le conseil d'administration de l'ABM a supprimé cette phrase du guide » (2009 : 18). Cette proposition, qui poursuivait le double objectif de combler la marge d'interprétation laissée par le législateur et de tendre vers l'uniformisation des pratiques, a été dans un premier temps acceptée par le comité médical et scientifique, avant d'être rejetée par le conseil d'orientation. Les arguments mis en avant par ces deux commissions sont de même nature que ceux avancés par les médecins, pris en tension entre l'intérêt de l'enfant – mesuré en fonction de l'espérance de vie du père –, et une utilisation potentiellement abusive de leur pouvoir. Les membres du conseil d'orientation expliquent les raisons de leurs réticences à l'instauration d'une limite d'âge (ABM, 2006a ; 2008). Ils précisent que cette mesure a souvent déjà été prise par les équipes elles-mêmes, posant majoritairement une barrière à 60 ans. Cependant, ils reconnaissent que ces seuils varient selon les centres et que l'âge est « susceptible d'appréciations différentes d'une équipe médicale à l'autre, créant ainsi des inégalités d'accès » (2008 : 8). Le principal avantage d'une limite commune serait d'instaurer une égalité de traitement. Malgré cette vertu, les membres de ce conseil s'opposent à la dimension normative de ce critère. Ils l'estiment trop rigide pour rendre compte des différences clinico-biologiques entre les individus. À plus forte raison, laisser interférer le système de valeurs du praticien dans ce jugement serait un abus de pouvoir : « Quel que soit le for intérieur de chacun de ses membres quant à une sagesse de vie (...), il s'arrogerait un regard exorbitant en érigeant une norme d'âge pour être parent ou une norme quant à la différence d'âge maximale entre les membres d'un couple ». Les auteurs insistent sur la difficulté « d'édicter des règles a priori permettant aux équipes pluridisciplinaires de différer la mise en l'œuvre de l'AMP », redoutant « une intrusion excessive dans les choix de couple » (2006a : 3). Ils rappellent toutefois que le médecin est seul juge de ses prescriptions, ainsi que la liberté qui lui est accordée par la loi¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Comme l'article L. 2141- 10 du CSP déjà évoqué, ou l'article R. 4127-8 qui stipule que « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ».

La « polémique » (Belaisch-Allart, 2009 : 18) engendrée par l'annonce de ce projet de révision du guide des bonnes pratiques, ainsi que les divergences internes entre les instances de l'ABM, manifestent la volonté des médecins de rester maîtres de leurs critères décisionnels et se soldent par un échec de cette tentative de régulation. L'enjeu sous-jacent à ces réticences réside dans la défense de leur liberté décisionnelle. Cette autonomie laissée aux professionnels par les pouvoirs publics ouvre le champ libre à une multiplicité de pratiques dans l'appréciation du « bon » âge pour être parent.

6.3 Un critère de sélection aux usages pluriels

L'importance différente que chaque centre accorde à l'âge comme critère d'accès renseigne sur l'orientation donnée aux politiques de sélection. À Cochin, celle-ci est guidée par la recherche de l'efficacité et est « *essentiellement liée à l'âge de la femme* », explique Jean-Philippe Wolf. Jérôme Pfeffer se positionne de la même manière. La sélection opérée par les cliniciens de la Dhuys, si faible soit-elle, est selon lui « *toujours liée à l'âge* », puisqu'il « *conditionne tous les résultats. C'est le nerf de la guerre* ». C'est le seul critère qu'il considère comme légitime : « *Si les gens sélectionnent sur autre chose, c'est qu'il y a un problème* ».

Pourtant, si l'âge est un des principaux critères de jugement, nous avons montré que de nombreux autres facteurs influencent les décisions. René Frydman insiste sur leur caractère multidimensionnel et explique que l'âge est « *un facteur mais il n'est jamais seul, vous êtes obligé d'avoir une multi-analyse* ». Pour les médecins de Jean Verdier notamment, ce critère est souvent considéré comme insuffisant en lui-même et doit être associé à des arguments médicaux.

Le traitement des demandes émanant d'individus âgés s'organise en trois types de configurations. Les premiers refusent d'établir une limite officielle, les seconds plafonnent l'accès uniquement pour la femme, les troisièmes limitent leur prise en charge tant pour la femme que pour l'homme. Les équipes des structures publiques sont les plus favorables à la formalisation d'une règle collective. Cette question fait peu l'objet d'un accord commun dans le secteur libéral et est plus fréquemment laissée à l'appréciation du gynécologue.

6.3.1 Les politiques non-limitatives

La plupart des centres privés, ainsi que quelques acteurs hospitaliers, refusent de limiter l'accès à l'AMP en fonction du critère de l'âge et adoptent une attitude tolérante. Cette décision

est justifiée par des arguments différents. Alors que les libéraux valorisent la liberté individuelle du praticien et surtout du couple, leurs homologues hospitaliers mettent en avant l'exercice de leur responsabilité par le biais d'une réflexion médicale élaborée au cas par cas.

6.3.1.1 *Des politiques libérales*

Tous les établissements privés étudiés ont adopté une politique relativement libérale tant vis-à-vis de l'âge de l'homme que de la femme. Les limites soumettant la décision à l'assentiment du groupe sont globalement peu coercitives.

La polyclinique Jean Villar

Xénia Lechat accepte de communiquer des chiffres précis sur l'âge des patientes traitées à Jean Villar : « *Sur toutes les tentatives depuis la création de la base en 2005, l'âge moyen en FIV c'est 35 ans, en TEC, 34,5 ans, en IA 34,1 ans* ». Ces médecins font preuve de souplesse, puisqu'ils reçoivent et acceptent de plus en plus souvent les patientes en dehors de la limite établie par la Sécurité Sociale. Depuis la publication des résultats des centres par l'ABM (2010), ces demandes sont en augmentation. Le centre était alors dans les cinq meilleurs français. Ceci est « *un peu moins vrai maintenant* », à cause de l'impact de ce classement sur le recrutement : « *Nous avons de plus en plus de demandes de couples qui ont été recusés ailleurs* ». Ce centre est le seul centre privé à avoir défini une limite précise concernant l'âge de l'homme, et à l'avoir inscrite dans son règlement intérieur : à partir de 60 ans, les demandes sont soumises à une négociation collective et à l'assentiment du groupe.

La clinique de la Dhuys

Jérôme Pfeffer regrette le caractère énigmatique de la mention « en âge de procréer », qu'il qualifie de « *sibylline* ». Il aurait préféré que le législateur définisse une limite et que l'autorité de l'État supplante celle des médecins. Cela aurait pour vertu de leur fournir un motif de refus et d'homogénéiser leurs pratiques. Jérôme Pfeffer précise qu'il est difficile de contraindre les médecins, notamment en secteur libéral : « *Si un praticien n'est pas d'accord, vous ne pouvez pas lui imposer une réglementation* », car ces professionnels « *sont libres de faire ce qu'ils veulent* ». Il précise néanmoins que cette liberté est endiguée par la déontologie

médicale. Le biologiste insiste sur le caractère individuel de ce qu'il considère comme relevant de convictions personnelles : « *C'est une question d'éthique personnelle et d'éthique de centre, si tout le monde arrive à se mettre d'accord* ».

Pour l'homme, même si ces praticiens « *s'accordent à peu près tous sur un âge virtuel de 60 ans* », l'appréciation de la demande est laissée au médecin et s'opère au cas par cas. De même, l'exercice libéral empêche de poser une limite commune pour la femme : « *Chez nous, certains gynécologues ne prennent pas les plus de 43 ans, pour être extrême, et d'autres les prennent* ». En résulte le sentiment d'accueillir une clientèle particulièrement âgée, les femmes de plus de 40 ans représentant selon lui plus de 10 % des patientes.

L'hôpital privé de la Seine Saint-Denis

Patrice Clément estime la moyenne d'âge des patientes dans son centre à environ 34 ans. Pour les hommes, les praticiens n'ont pas fixé de limite, pour laisser tous ses bénéfices à la discussion interdisciplinaire. Cependant, « *au-delà de 60 ans, nous nous posons beaucoup la question, pour ne pas dire plus* ». Cette limite n'est pas écrite dans un document officiel et son application n'est pas automatique. L'âge de 60 ans constitue surtout un seuil symbolique, soumettant ces dossiers à une réflexion collective et à l'assentiment du groupe.

En l'absence de limite formelle, Patrice Clément insiste sur la nécessité de délivrer « *une information extrêmement claire sur le taux de réussite, non pas en termes de grossesses mais de naissances* ». Les médecins doivent faire preuve d'honnêteté intellectuelle en utilisant le bon dénominateur, et ne pas annoncer « *un taux de grossesse s'il est finalement divisé par quatre* ». Le transfert du pouvoir décisionnel des médecins vers les couples exige que ces derniers soient correctement informés des chances de succès réelles et des risques. Cette transparence est d'autant plus importante au regard des risques, notamment d'anomalies chromosomiques, au-delà de 40 ans.

La clinique de la Muette

Si nous disposons de peu d'informations sur l'âge moyen des couples pris en charge dans cette clinique, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle les pratiques des gynécologues s'inscrivent dans l'optique de son coordinateur, François Olivennes. Dans son cabinet, les

femmes de plus de 38 ans représentent 40 % de la clientèle, la moyenne française se situant selon lui à 34 %¹⁹¹. Sans les nommer, il évoque les pratiques de certains centres qui refusent de recevoir les femmes de 40 ans en consultation, en effectuant une présélection sur questionnaire. Cette attitude serait selon lui motivée par la recherche du résultat. La sélection par l'âge apparaît comme un moyen d'optimiser les performances et la compétitivité d'un centre : « Il est possible de sélectionner les meilleures patientes pour améliorer artificiellement les performances. Si par exemple le centre n'accepte pas les femmes au-delà de 38 ans et exclut les pathologies trop compliquées, ses résultats seront formidables » (2008 : 136).

De manière générale, François Olivennes défend une non-ingérence extérieure dans la demande des couples (2012). Il craint les abus de pouvoir et estime que « les limites arbitraires que se fixent certains centres pourraient s'apparenter à un refus de soins ». Cependant, l'absence de sélection ne lui paraît pas enviable non plus. Il opte pour le cas par cas et envisage de conditionner l'accès à des entretiens psychologiques à partir d'une certaine limite d'âge, sans préciser celle qui lui paraît la plus appropriée. Il en appelle à la réalisation d'études qui aideraient à « définir une attitude scientifique et non morale et subjective ».

À la question des limites du pouvoir du médecin s'ajoute celle des représentations de la fertilité selon le genre de l'individu. Pour François Olivennes, l'âge de l'homme semble moins problématique ou en tout cas, « beaucoup moins déterminant que celui de la femme » (2008 : 183). Dans un article consacré à ce sujet (2012), il relativise les risques d'un âge paternel avancé sur la santé de l'enfant en soulignant que ces complications sont plus tardives, et que son âge ne le condamne pas à un arrêt des possibilités de reproduction. L'argumentaire de François Olivennes est organisé autour d'une référence à la procréation naturelle : « Le problème principal tient au fait que la reproduction d'un homme âgé est possible naturellement ». Le traitement de l'infertilité d'un homme âgé ne correspond pas à un « contournement d'une impossibilité physiologique mais à la prise en charge d'une infertilité classique ».

Ainsi, il prône concomitamment le principe de liberté cher au secteur libéral, tout en plaidant pour un accès raisonné à l'AMP, évalué en fonction de son efficacité. Comme nombre de ses confrères, il interprète différemment le diptyque âge et infertilité selon le genre de l'individu.

¹⁹¹ <http://www.fiv.fr/interview-francois-olivennes/> consulté le 28-10-14.

L'hôpital Américain

Charles Brami décrit la clientèle comme plus âgée qu'ailleurs, la moyenne étant de 36,7 ans. Celle-ci a diminué, puisqu'il écrivait il y a dix ans que cet âge moyen était de 37,2 ans (2005 : 23). Les chiffres fournis par Carine Pessah montrent que la différence avec la moyenne nationale est conséquente : « *En France, le pourcentage moyen de ponctions chez les femmes de plus de 43 ans est de 0,8 % ; pour les 40-42 ans, la moyenne s'élève à 12,7 %. Nous, nous sommes respectivement à 5,6 % et à 22 %. Nous avons une vraie particularité* ». Elle explique l'inclination plus forte des médecins de son centre à accepter des femmes plus âgées par le fait qu'ils sont davantage sollicités que leurs confrères par ce type de patientes. Les caractéristiques de la clientèle n'expliquent qu'une partie de la situation, compte tenu de la multiplicité des facteurs influençant les décisions des médecins, qui apparaissent plutôt comme le produit d'une volonté de ces derniers.

D'ailleurs, son confrère Charles Brami pense que l'âge ne constitue pas un critère de refus légitime. Dans un article consacré à l'âge de la femme (2005), il précise que dans son centre, le taux de grossesse en FIV-ICSI s'élève à 10 % après 40 ans. Même s'il qualifie ces résultats de « globalement (...) mauvais », il rappelle l'obligation de moyens du médecin : « Le Conseil de l'ordre et nos avocats se battent pour que perdure le premier commandement du médecin : "... de moyens et non de résultats, j'aurais obligation" ». De plus, il rejette l'argument économique par le faible nombre de patientes concernées. Les médecins n'ont pas à se substituer au désir du couple, tant qu'il est informé des bénéfices et des risques. Si les femmes « acceptent ces risques tout de même faibles, il n'y a pas d'argument, et certainement pas juridique, pour refuser une AMP à une femme de 41 à 43 ans, surtout si son bilan de réserve ovarienne est correct ». Il remet en question les motivations des centres restrictifs avec les patientes âgées, les accusant lui aussi d'un abus de pouvoir motivé par une volonté de performance : « Il est à craindre que la limitation de prise en charge sur le seul critère de l'âge soit le fait d'un désir de certains centres d'améliorer leurs résultats, en outrepassant leurs droits, en se substituant à l'autorité sanitaire » (2005 : 23). En soulignant l'impact de ce choix sur leurs résultats, Charles Brami montre un rapport distancié aux performances de son centre.

Ainsi, cette équipe « *ne refuse pas le droit à une patiente de 42 ou 43 ans de faire un traitement FIV, quand cela est nécessaire* ». Le praticien s'en remet au jugement des couples, informés de la faiblesse des chances de succès, de 4 à 5 % vers 42 ou 43 ans. Si cette posture est

assumée jusqu'aux 43 ans de la femme, elle pose des difficultés au-delà : « *Le problème se pose surtout vers 44 ans* ». Après 43 ans, les dossiers sont automatiquement staffés et la réponse est variable selon les situations. Leur prise en charge s'interrompt à partir de 45 ans. Cette décision a été prise suite au constat, lors d'un retour sur leur activité, qu'ils n'avaient obtenu aucune naissance à cet âge là durant les trois dernières années. Cette attitude rétrospective les a incités à poser une limite à 44 ans révolus. Finalement, les limites de ces médecins s'arrêtent là où l'inefficacité de leur intervention a été démontrée. Charles Brami est conscient que cette politique se distingue de la posture généralement admise et reconnaît que cette attitude est discutée. Cette question relève selon lui de questionnements éthiques : « *Nous avons des échanges quelques fois vifs dans les congrès, où nous nous demandons s'il est éthiquement valable de ne pas accepter ces femmes* ». La question réside dans le pouvoir de refus des médecins, lorsque la biomédecine s'avère d'une efficacité très limitée, voire nulle.

Le fonctionnement de ce centre est également libéral vis-à-vis de l'homme : « *Nous n'avons pas donné d'âge frontière. Chaque médecin est libre d'avoir l'avis du staff sur un couple dont l'âge de l'homme dépasse une soixantaine d'années* ». La limite d'âge à laquelle le groupe peut intervenir dans sa décision est imprécise, puisqu'elle se situe autour d'une soixantaine d'années. Charles Brami rejette l'instauration d'un seuil, jugeant ce type de pratique illégal. Certes, il reconnaît qu'à partir de 40 ou 45 ans, les risques d'autisme, de schizophrénie ou de fausse couches sont plus élevés, mais cet argument ne paraît pas suffisant pour opposer un refus. Charles Brami ne souhaite pas endosser la responsabilité d'une telle immixtion. Pour illustrer sa position, il prend l'exemple d'un couple exclu d'un autre centre, l'homme étant âgé de 70 ans et sa femme de 37 ans. Le médecin en charge du dossier, « *un concurrent mais ami* », a envoyé le couple vers Charles Brami : « *Le problème, c'est que cet homme avait certes 70 ans, mais il en paraissait 80. J'ai eu un mouvement de recul* ». Ce gynécologue s'interroge sur ses responsabilités vis-à-vis de l'enfant, mais la décision d'équipe opte finalement pour accepter ce dossier. Cet accord est cependant soumis à condition : le couple n'aura droit qu'à une tentative. Charles Brami qualifie cette décision de « *personnelle et collégiale* », s'inscrivant dans une « *vision libérale mais construite* ». Sa position est justifiée par l'existence de risques connus mais considérés comme acceptables. Ce libéralisme a toutefois des limites. Si l'homme présente d'importants problèmes de santé, les médecins auront tendance à faire preuve de plus de

prudence. De plus, *« si demain nous découvrons l'existence d'une grosse pathologie liée à l'âge paternel, nous arrêterons »*.

Pour expliquer la plus grande latitude de certains médecins, principalement libéraux, vis-à-vis de l'âge, quelques-uns ont évoqué des motivations économiques. Pour Jean-Philippe Wolf, la posture des médecins est influencée par le secteur d'activité et par des intérêts financiers. La mise en place de règles locales est une conséquence de l'absence de limite légale : *« Si vous n'avez pas de loi, chacun fait ce qu'il veut. Et dans ce cas, il y a le public, le privé, et les dépassements d'honoraires »*. Comme les revenus des médecins pratiquant des dépassements dépendent du volume de leur clientèle, ils sont plus enclins à accepter ces demandes. Jean-Philippe Wolf évoque un de ses confrères cliniciens qui *« ne fait quasiment que du privé avec des dépassements d'honoraires. Il gagne 700 euros pour un transfert »*. Dans les centres privés, cette pratique constitue la norme : *« Les dépassements d'honoraires sont sans limite. À partir du moment où vous gagnez des sommes faramineuses en faisant une tentative, pourquoi ne pas la faire chez un homme de 72 ans ? »*. Ce spécialiste contextualise les techniques d'AMP dans un système de marché : *« Si vous ne réglez pas, le marché prend le pouvoir. C'est pour cette raison que nous ne sommes pas tentés de prendre en charge des hommes de 70 ans »*, contrairement au secteur privé.

Pour illustrer le poids des contraintes financières sur la sélectivité d'un centre en matière d'âge, une radiologue évoque l'exemple de l'hôpital Américain, dont elle précise que l'on y accepte même les hommes de 72 ans. Les membres de cette équipe prennent également en charge des femmes récusées ailleurs en raison d'un pronostic quasi nul. Accusés de faire des tentatives qui n'ont aucune chance de réussite, ses représentants se justifient en disant que *« ce ne sont que des statistiques. Pour elle, qui a tellement envie d'avoir un enfant, même s'il n'y a qu'une chance sur un milliard, je veux la tenter »*. Le discours tenu par ces cliniciens s'organise autour d'une rhétorique compassionnelle. Mais la radiologue souligne leur intérêt financier : *« Il peut aussi vous dire que, quand il refuse une patiente, il perd 3 000 euros »*. La conduite de ses cliniciens s'explique par *« une pression importante à laquelle ils sont soumis, pour faire des actes qui rapportent de l'argent. Ils n'ont pas le choix »*. Elle décrit l'hôpital Américain comme *« un autre monde »*, où les prix sont particulièrement élevés : *« Une échographie coûte 42 euros. À l'Américain, ils la vendent à 200 euros »*. Cependant, cette radiologue souligne que les

contraintes financières ne s'exercent pas avec la même force sur tous les médecins du secteur libéral. Elle précise que cette attitude n'est pas représentative de l'ensemble des centres privés, où certains médecins « *savent dire non quand ils n'y croient pas* ».

6.3.1.2 *Des politiques particularistes*

Jean-Noël Hugues et Pierre Jouannet refusent de poser des limites officielles pour réguler les décisions relatives à l'âge de leurs patients. Ils ne souhaitent pas rigidifier un raisonnement qui doit s'élaborer au cas par cas, rapprochant ainsi leurs politiques d'équipe de celles de certains établissements privés.

L'hôpital Jean Verdier à l'époque de Jean-Noël Hugues

Sous l'égide de Jean-Noël Hugues, les médecins de ce centre refusent d'établir une limite d'âge formelle au profit d'un raisonnement particulariste fondé sur des critères médicaux. Ils acceptent parfois de prendre en charge des femmes de plus de 43 ans et le seuil de 60 ans pour les hommes est essentiellement symbolique.

Christophe Sifer précise que leurs patientes sont particulièrement âgées : « *Nous prenons significativement plus de femmes de plus de 40 ans* ». Il estime que les femmes de plus de 38 ans représentent 30 à 40 % de leurs patientes. Charlotte Sonigo pense aussi que les critères d'accès en matière d'âge sont « *plus larges* » qu'ailleurs, acceptant les femmes de 44 ans. Jean-Noël Hugues confirme que « *nous prenons les patientes borderline* », même s'il reconnaît que cela « *n'améliore pas nos résultats* ». La décision de ne pas fixer de limite est soutenue par quelques unes des chefs de clinique. Charlotte Sonigo estime que les médecins doivent à la fois adopter une « *attitude éthique* » au cas par cas et s'adapter à l'augmentation de l'âge des candidates à l'AMP : « *Les patientes âgées représentent l'avenir, et l'âge ne devrait pas être un critère de refus* ». Elle pose le questionnement en des termes médicaux. L'âge n'est pas un critère décisionnel en lui-même et le choix doit être justifié avant tout par le pronostic de grossesse. Comme sa consœur, Clémence Roche rejette les pratiques fermant automatiquement la porte aux consultations pour les femmes âgées. Elle insiste sur l'importance du diagnostic médical pour établir l'étiologie de l'infertilité : « *Dans certains centres, à 40 ans, tu ne peux même pas passer la porte. Moi, je veux voir tout le monde, même les patientes de 43 ans (...). Il faut faire un bilan. Nous avons des surprises* ». L'âge n'est pas légitime en ce qu'il n'est pas considéré comme un

critère médical. La posture des médecins est revalorisée une approche médicale adaptée aux particularités des couples.

Le rapport à l'âge du père est influencé par la perception des risques de la paternité. Si ces médecins sont conscients de ces menaces, ils concèdent ne pas y accorder suffisamment d'importance. Lors d'un staff, Jean-Noël Hugues évoque une étude montrant des risques de schizophrénie et d'autisme plus élevés à partir de 45 ans. Isabelle Cédric et Charlotte Sonigo objectent que ces risques sont connus depuis longtemps, mais Jean-Noël Hugues précise que « *nous le subodorons. Nous avons des arguments expérimentaux* », et quelques données épidémiologiques. Il réalise que « *nous ne tenons peut-être pas suffisamment compte de ces risques* », et cet avis est partagé par les membres du groupe.

L'appréciation de l'âge de l'homme est très liée à celui de la femme et au contexte social du couple. Jean-Noël Hugues explique les bases de sa politique : « *Nous avons choisi une limite pour le couple, pour trouver quelque chose, mais cela ne repose sur aucune analyse scientifique. Nous nous sommes dit que l'âge de l'homme, ajouté à celui de la femme, ne doit pas dépasser 100. Si la femme a 42 ans, l'homme doit en avoir 58. À 27 ans, l'homme peut en avoir 73* ». Mais Charlotte Sonigo souligne que cette mesure « *n'est pas vraiment appliquée* ». Et Isabelle Cédric de préciser : « *Disons que c'est 60 ans notre limite, mais régulièrement, nous acceptons des couples, comme des maghrébins, souvent des hommes de 62 ou 63 ans, qui sont veufs et qui reprennent des femmes de 30 ans, qui n'ont jamais été mariées et n'ont pas eu d'enfant* ». Les médecins éprouvent dans ce cas des difficultés à les récuser. La décision dépend de l'histoire procréative des membres du couple mais également de la manière dont le médecin appréhende leur tissu social et relationnel. L'âge de l'homme peut être pondéré par la perception de l'entourage de la femme en cas de décès. La solidité de son réseau est évaluée, ici par Isabelle Cédric, en fonction de la culture de l'individu : « *Dans les couples maghrébins ou africains, la femme sera entourée par un réseau d'entraide et un tissu social et familial, ce qui est peut-être moins inquiétant que si c'est un couple caucasien, où la femme sera seule avec son enfant* ». Dans ce type de cas, l'appréciation dépend fortement du médecin en charge du dossier : « *C'est subjectif, au cas par cas, et c'est difficile d'appréhender cette question de façon très claire* », concède Isabelle Cédric.

Cette clinicienne explique également que la décision dépend de l'évaluation du désir parental par le médecin : « *Nous avons des demandes où nous sentons que l'homme attend un refus* ». Elle évoque notamment l'exemple d'un homme de 73 ans, accompagné d'« *une africaine de 25 ans. J'avais bien compris qu'il était là pour lui faire plaisir, mais qu'il ne demandait qu'une seule chose, c'était de ne surtout pas avoir d'enfant* ».

Ce type de raisonnement incluant la culture d'origine dans le raisonnement, et que nous avons déjà rencontré à propos des couples non exclusifs originaires d'Afrique, peut être qualifié de culturaliste. Dans ce cas, les médecins jugent les demandes à l'aune du système axiologique culturel supposé du patient. Ce phénomène d'« adaptation de la morale posée par le médecin en fonction de la culture supposée de celui qui demande l'AMP » a été décrit par Séverine Mathieu (2013). Elle analyse la manière dont les réflexions collectives sont construites par les acteurs à travers le prisme de la religion : « La variable religieuse doit être prise en compte pour qui veut analyser les normes régissant l'AMP et saisir la marge de manœuvre dont disposent les acteurs à l'égard de ces normes ». Pour ce faire, elle a mené une enquête dans un CECOS et dans un service de biologie¹⁹². Le thème de la religion a spontanément émergé seulement au cours de quatre consultations. Ceci s'explique entre autres par une plus faible religiosité des personnes engagées en AMP et par le fait que les professionnels substituent souvent le terme de culture à celui de religion. Les référents éthiques correspondent à une morale de situation. Ils « ne se revendiquent pas nécessairement d'une religion mais s'inscrivent plutôt, sous des formes métaphorisées, comme les fondements d'une morale sécularisée et humaniste, délimitée par des normes produites notamment par les représentations de la famille, de la filiation et de la parenté » (2013 : 55, 12 et 145). Séverine Mathieu explique que « tout en se prévalant d'éviter l'ethnocentrisme, les soignants, en culturalisant ou en ethnicisant tel ou tel comportement, vont opposer à un modèle de famille traditionnelle universaliste un modèle particulariste ». La sociologue souligne la dimension paradoxale de ce raisonnement : « Si la culture est donc une variable mobilisée pour ne pas évaluer les demandes et les situations des gens en fonction des repères traditionnels de la société française tels qu'ils sont perçus par les soignants, il n'en demeure pas moins que l'utilisation même de cette notion engendre des processus d'assignation identitaire » (2013 : 56 et 57).

¹⁹² Entre mars 2009 et février 2010, elle a assisté à cent trente-huit consultations et a réalisé des entretiens avec vingt couples, six médecins, deux psychologues, deux sages-femmes et une assistante sociale.

L'hôpital Cochin à l'époque de Pierre Jouannet

Pierre Jouannet partage l'optique des médecins de Jean Verdier dans cette période. Il précise que l'âge peut être examiné selon différentes perspectives. Le médecin peut adopter « *une position biologique (...), sociale ou socio-psychologique, et médicale* ». Il refuse d'imposer des limites en vertu de ses croyances personnelles : « *Je reste fidèle à mes convictions, selon lesquelles je ne veux pas de barrière* ». Pierre Jouannet défend l'importance de l'approche médicale. Estimer le bon âge pour procréer représente en partie « *l'intérêt de l'exercice et de la responsabilité médicale* ». Imposer un critère d'âge revient à dénaturer la réflexion – en la réduisant à une démarche automatique –, alors qu'elle constitue l'essence d'une intervention de qualité. L'âge n'est pas un critère pertinent pour sélectionner les dossiers et la limite adoptée est parfois contraire aux bonnes pratiques : « *Certains centres sélectionnent les couples en fonction de l'âge des femmes de façon beaucoup plus drastique que la limite du remboursement par les caisses d'Assurance Maladie. Nous, nous n'avons jamais fait cela* ». À Cochin, il résiste à la pression de ses confrères, refusant de poser une limite qu'il estime arbitraire : « *Certains de mes collaborateurs se plaignaient de ces discussions de cas en staff et voulaient fixer une limite, pour simplifier notre travail* ». La position de Pierre Jouannet est clairement fonction de sa représentation de son métier. Seule la réflexion collective inscrite dans une préoccupation médicale est valable. Il rejette l'hypothèse selon laquelle le cas par cas pourrait introduire des inégalités dans le traitement des dossiers, et pense que ce choix « *implique que la réponse puisse être différente d'un cas à l'autre* ». Cela étant, les dossiers sont soumis à discussion collective à partir d'une certaine limite. L'âge est un critère de sélection quand la demande est trop forte : « *Au CECOS, pendant un certain temps, nous ne prenions plus de femmes de plus de 40 ans parce que nous savions que, dans les conditions de notre prise en charge, en inséminations, les chances qu'elles deviennent enceintes seraient très faibles. Donc, oui, finalement, nous faisons une forme de sélection* ».

Dans cette perspective, le critère de l'âge n'a aucun sens s'il n'est pas accompagné d'un diagnostic et d'une réflexion médicale sur les chances de grossesse. Jacques Testart s'accorde avec Pierre Jouannet et critique l'existence d'une limite : « *Nous pouvons refuser une femme de 35 ans et en prendre une de 40. C'est cela la médecine : s'intéresser au patient, dans le cadre du colloque singulier* ». Un seuil formel incarne la pratique d'une médecine « *automatique* », guidé

par un phénomène de « *standardisation* » et de « *mécanisation* » de l'engendrement.

Ces médecins refusent de poser une règle commune. Ils justifient leur position par la représentation qu'ils nourrissent vis-à-vis de la démarche médicale et du processus décisionnel. Ils préfèrent élaborer une réflexion adaptée à chaque dossier, en insistant sur la dimension situationnelle de la négociation. Le critère de l'âge est conçu comme illégitime et insuffisant pour justifier un choix. Ces médecins insistent sur la nécessité de rencontrer ces patients et de poser un diagnostic, pondéré par l'histoire procréative et clinique des membres du couple.

6.3.2 Des politiques restrictives et libérales

La seconde période à Jean Verdier se caractérise par libéralisation de la politique en matière d'âge de l'homme et par une restriction de celui de la femme, rapprochant les pratiques de ce centre avec celles d'Antoine Béclère.

6.3.2.1 *L'hôpital Jean Verdier à l'époque de Michael Grynberg*

La nouvelle politique initiée par Michael Grynberg introduit une asymétrie entre l'homme et la femme. D'un côté, il rompt avec les pratiques précédentes en refusant les femmes de plus de 43 ans, au nom du principe d'efficacité. De l'autre, il instaure « *un changement de politique concernant l'âge du père. Je suis contre le fait de mettre des limites* ». Il défend une posture plus libérale estimant qu'« *il faut être ouvert* » et refuse de porter une opinion moralisante sur les demandes des hommes : « *Je ne suis pas là pour juger ce qui est bien ou pas pour les gens* ». Michael Grynberg reconnaît que cette prise en charge induit des risques, même s'ils sont difficiles à évaluer. Le rôle du médecin est d'informer le couple, et non pas d'évaluer, dans ce cas précis, le désir parental. La notion de consentement éclairé permet de se dégager de tout jugement sur la valeur de la demande. Elle dépasse les risques potentiels induits par l'intervention médicale : « *Si les gens sont avisés des éventuelles complications relatives à l'âge, et qu'ils sont partants, nous ne sommes pas là pour mettre des veto !* ».

6.3.2.2 *L'hôpital Antoine Béclère*

Les pratiques des médecins exerçant à Antoine Béclère ont fortement été influencées par René Frydman, qui a dirigé le service de gynécologie et de médecine pendant 22 ans.

En l'absence d'encadrement juridique, cet obstétricien constate que les règles relatives à l'âge du père admises localement prennent la forme d'« *un vrai festival* ». L'âge n'étant pas un critère médical, René Frydman estime que cette décision ne relève pas des prérogatives du médecin : c'est une « *décision à deux* ». Suivant sa ligne de conduite, les médecins de Béclère n'ont pas fixé de limite, mais il reconnaît que cette volonté de ne pas interférer dans le désir du couple a généré des conflits. Même si cette politique était loin d'être partagée par son équipe, « *c'était l'avantage d'être chef de service, de pouvoir imposer son point de vue* ». Son argumentaire est renforcé par le fait que l'âge de la femme reste « *limité* ». Le clinicien prend l'exemple d'un couple dont l'homme avait 72 ou 73 ans, qui avait déjà un enfant ensemble : « *C'est ce qui avait créé le plus de débats. Elle voulait un deuxième enfant, et je ne voyais pas à quel titre nous pouvions empêcher cette femme d'y accéder. L'argument selon lequel nous allions faire un orphelin ne tient pas la route, à partir du moment où ils sont deux et qu'il n'y a pas d'assujettissement visible* ». Il adopte une position de non-ingérence dans le projet parental et s'interroge sur la légitimité du médecin à interférer dans cette décision : « *Quel droit avons-nous d'intervenir ?* ». Pour consolider son discours, il contrecarre l'argument des risques en faisant valoir le principe du consentement éclairé. Ces menaces potentielles ne lui paraissent pas un motif d'abstention légitime. Le devoir du médecin se limite à en informer le couple : « *Vous devez expliquer qu'il y a peut-être un risque de maladie d'empreinte, mais est-ce suffisant pour ne pas y aller ? Non* ».

René Frydman reconnaît la dimension subjective des attitudes envers les hommes âgés. La sensibilité du professionnel est notamment influencée par son âge, comme le précisent plusieurs praticiens. Selon Sixte Blanchy, cette appréciation dépend de « *l'âge des AMPistes : plus ils sont vieux, plus ils prennent vieux* ». La remarque amusée de Michael Grynberg, quand il exerçait à Antoine Béclère sous la direction de René Frydman conforte cette déclaration : quand ce responsable « *prenait en âge, la limite se décalait. Au début, c'était 60 ans, et elle montait chaque année* ». René Frydman concède lui-même que « *bien-sûr, cela peut jouer sur la position que nous prenons* ». Héloïse Gronier met aussi en avant l'influence de l'âge du praticien sur sa perception des limites de prise en charge : « *Quand nous voyons un homme très âgé venir avec une jeune, il y a toujours des problèmes aux staffs parce que nous ne sommes jamais d'accord. Ce sont des problèmes culturels entre les générations* ». Jean-Philippe Wolf reconnaît lui aussi cette dimension subjective : « *C'est une blague que nous racontons. La limite est liée à*

l'âge du chef de service ». Interrogé sur les risques associés au sperme vieillissant, il élude avec humour la question : « *Il y a des problèmes liés au sperme vieillissant, mais moi-même je suis un enfant de vieux, vous voyez que cela ne marche pas si mal* ». L'estimation de l'âge légitime pour être père est donc sensible à l'âge et l'histoire générationnelle du médecin.

Finalement, la multiplicité des pratiques relatives à l'âge de l'homme traduit selon René Frydman les « *idéologies* » de chacun. Elle ne peut pas être justifiée par des raisons médicales : « *Cela ne repose sur rien sur le plan médical, sur rien d'autre que sur l'interprétation et peut-être sur la prise de pouvoir de certains qui pensent qu'ils ont le droit de décider* ». La sélection des demandes masculines sur ce critère renvoie au système de valeurs de chaque médecin et à la perception de son pouvoir, en particulier de celui placé en haut de la hiérarchie.

Le discours de René Frydman concernant l'âge de la femme change de registre. D'abord, il souligne la liberté laissée aux médecins par la loi : « *Vous avez le droit de faire de la PMA pendant l'âge physiologique de procréation* ». Cette absence de limite légale est justifiée par le fait que les limites de la procréation naturelle varient selon les femmes. Là aussi, l'absence de cadre engendre des pratiques très différentes, en évitant toutefois de nommer ces centres : « *Il y a des centres, sans les citer, mais vous devez les connaître, qui arrêtent à 41 ou à 43 ans, ou au contraire qui n'arrêtent pas* ». Cette dernière situation est plus fréquente dans le privé, où certains n'ont « *pas de limite* ». René Frydman s'érige contre ces pratiques, qui n'offrent pas des chances de grossesse satisfaisantes.

Or, pour certains professionnels, les praticiens d'Antoine Béclère seraient tombés dans l'excès inverse. Plusieurs déplorent leur attitude envers les femmes jugées trop âgées, ne leur laissant même pas l'accès à une consultation. Informé de la rumeur insistante selon laquelle les femmes de plus de 38 ans ne seraient pas reçues dans son service, René Frydman dément ces assertions et impute ces bruits de couloir à des sentiments « *de jalousie de bas étage* ». Selon lui, comme « *Clamart avait de bons résultats, les équipes disaient que nous prenions seulement des femmes jeunes. Mais ce n'est pas le cas, la moyenne d'âge est de 35 ans* ». Ce clinicien appuie son discours sur les données statistiques, arguant qu'il faut examiner les résultats. Mais il est pourtant conscient de l'absence de transparence sur ce sujet, puisqu'il souligne l'impossibilité d'y avoir accès. Il suggère de demander aux médecins d'Antoine Béclère l'âge moyen de leurs patientes. Mais Renato Fanchin, le nouveau chef du service de gynécologie, refuse de répondre

en ces termes. Il précise recevoir les femmes jusqu'à 43 ans et donne leur âge médian, de 36 ans. Il livre un autre indice selon lequel les femmes de plus de 40 ans représentent 15 % des patientes¹⁹³. Si, à l'époque de René Frydman, l'âge n'était pas un critère d'accès pour les hommes, les patients sont désormais acceptés jusqu'à 65 ans mais cette limite reste large par rapport à d'autres structures¹⁹⁴.

6.3.3 Des politiques limitatives

D'autres centres, comme ceux de Sèvres ou de Tenon, limitent tant l'accès de la femme que celui de l'homme. Mais l'exemple de Cochin montre que la restriction d'un âge paternel se complique dans le contexte de préservation de la fertilité, puisqu'à la problématique de l'âge avancé s'ajoute celle d'une santé dégradée.

6.3.3.1 L'hôpital de Sèvres

Joëlle Belaisch-Allart (2005) estime que les pratiques de sélection sont « probablement nécessaires, en raison du coût des procédures et de faux espoirs ». Parmi les critères de sélection, elle estime que « l'âge est certainement le meilleur et le plus simple à ce jour ». Il est considéré comme un motif de refus légitime eu égard à l'efficacité de l'AMP : « La vraie raison de la limitation de prise en charge sur le seul critère de l'âge repose sur les taux de succès » (2005 : 20-21). Si l'admission dans un parcours de soins avant 38 ans ne lui pose pas de problème, elle sera en revanche conditionnée au-delà à l'efficacité des techniques. Dans ce cas, la réponse sera fonction de la réserve ovarienne. Elle explique que les praticiens de l'hôpital de Sèvres, contrairement à d'autres, acceptent de recevoir en consultation les femmes de plus de 38 ans. Après 42 ans, un avis favorable doit rester de l'ordre de l'exception, tant les chances de réussite sont faibles. Enfin, ils n'acceptent pas les femmes de plus de 43 ans.

Concernant la moyenne d'âge des femmes dans ce centre, Joëlle Belaisch-Allart reste évasive. Elle l'estime « *supérieure à 35 ans* ». Un quart de la patientèle féminine a « *une quarantaine d'année* ». Cette praticienne donne des informations plus précises concernant les femmes de moins de 30 ans, qui représentent à 15 % des patientes, alors que « *la moyenne en*

¹⁹³ Pour mémoire, les femmes de 40 ans et plus représentent 15 % des femmes ponctionnées, et 20 % en Île-de-France. Mais ces proportions sont difficiles à comparer, car nous ne savons pas si Renato Fanchin évoque l'ensemble de leurs patientes ou uniquement celles en parcours de FIV.

¹⁹⁴ Renato Fanchin dit ne pas savoir si cette règle est inscrite dans un document officiel du centre.

France est à 22 %. Mais certains centres sont à 9 et d'autres à 48 ». Elle insiste sur ces différences relatives aux caractéristiques des patientes, qui empêchent la comparaison entre les centres : « *Nous ne traitons pas les mêmes patientes en France (...). Ce n'est pas comparable* ».

Les demandes des hommes entre 55 et 60 ans sont soumises à une discussion collective et à une consultation psychologique. Au-delà, ces médecins, soucieux de l'intérêt de l'enfant, opposent généralement un refus. Si cette limite est formalisée dans le règlement du centre, cela n'interdit pas à l'équipe de se réserver une marge de manœuvre en gardant la possibilité de faire exception à cette règle : « *Entre 55 et 60 ans, nous leur demandons plutôt de rencontrer la psychologue, sauf exception dûment justifiée, nous ne sommes pas d'accord pour prendre en charge les hommes au-delà de 60 ans, quel que soit l'âge de la femme, parce qu'il aura 80 ans quand son enfant aura 20 ans* ».

6.3.3.2 L'hôpital Tenon

Jacqueline Mandelbaum explique que son équipe a effectué un « *travail important pour ne pas accepter les femmes trop âgées* ». Plusieurs raisons les ont poussés à édicter des règles. Le traitement des demandes au cas par cas induisait une inégalité en fonction de la qualité de la relation avec le patient : « *Discuter au cas par cas revient à accorder le droit d'entrée à la tête du client. Pour les gens sympathiques, dont nous pensons qu'ils seront de bons parents, ou qui nous touchent, nous aurons tendance à dire oui, et à dire non aux autres. Nous devenons extrêmement injustes* ». De plus, la variabilité des prises de positions était une « *source d'inconfort, à la fois pour les équipes et pour les patients* ». Cette problématique semait le trouble au sein de l'équipe. Par sa récurrence, elle constituait « *un point d'achoppement* », se révélant « *très traumatisante* ». Le cas par cas était également difficile à justifier auprès des patients. Ces professionnels ont donc préféré fixer « *un cadre précis, qui relevait d'un règlement intérieur* ». Cette politique officielle permet aux couples de choisir son centre en connaissance de cause et de consulter des équipes ayant adopté des normes différentes. Ainsi, la règle favorise la cohésion d'équipe en facilitant le processus décisionnel. Elle instaure une systématique dans le traitement des demandes et endigue la subjectivité et la variabilité de la réponse médicale. L'instauration d'une limite, tant pour la femme que pour l'homme, vise à simplifier et non à remplacer le raisonnement médical.

Pour les femmes, à partir de 40 ans, la décision se formalise selon le service médical rendu, l'appréciation du pronostic de grossesse et l'étiologie de l'infertilité. Si l'infertilité est uniquement due à l'âge et qu'aucun autre facteur n'a été identifié, ces médecins partent du principe selon lequel leur intervention n'améliorera pas les chances de grossesse. Les patientes « *feront aussi bien par elles-mêmes* ». L'intervention médicale est justifiée seulement si l'âge est associé à une indication médicale.

Concernant l'homme, Jacqueline Mandelbaum souligne d'abord que l'hétérogénéité des politiques locales est alimentée par l'imprécision de la loi et par des données physiologiques : « *La spermatogénèse diminue mais elle reste compatible avec la reproduction très tard dans la vie de l'homme* ». À Tenon, la limite a été établie à 59 ans révolus, dans l'intérêt de l'enfant. Ainsi, « *si un enfant naît, il aura la majorité quand son père sera dans la moyenne d'espérance de vie des hommes* ». Cette décision rétablit également une certaine équité d'accès entre les sexes en faisant en sorte d'éviter une « *disparité trop grande avec l'âge des femmes* ».

6.3.3.3 L'hôpital Cochin

Sur le site internet de ce centre, certains critères de sélection sont établis avec précision, parmi lesquels l'âge de la femme : « Nous ne prenons pas en charge les patientes de plus de 43 ans. Nous ne donnons pas de rendez-vous après 42 ans et 6 mois car compte tenu des délais de prise en charge (bilan et programmation de la tentative) le traitement ne pourra pas avoir lieu avant 43 ans »¹⁹⁵. Pour l'homme, la situation est plus compliquée et fait l'objet de débats entre les membres de l'équipe. Les médecins sont pris entre deux feux. Jean-Philippe Wolf concède que leur politique est « *un peu schizophrène* ».

D'un côté, pour les hommes suivis en parcours d'AMP classique, le seuil a été fixé à 60 ans, cette limite étant inscrite dans le règlement intérieur. Cette décision est fondée sur l'intérêt de l'enfant, qui pourra « *le voir au moins jusqu'à sa majorité* », ce seuil étant perçu par Jean-Philippe Wolf et ses confrères comme l'âge de l'autonomie. Comme « *la règle libère* », elle endigue les débats récurrents sur cette question et facilite le processus décisionnel. Cependant, cette limite est révisable, puisqu'en prenant cette décision, les praticiens prévoient de la « *réévaluer tous les deux ou trois ans* ». Les professionnels ont malgré tout le sentiment

¹⁹⁵ <http://www.gynecochin.com> consulté le 23-10-14.

d'outrepasser leur rôle, craignant des poursuites judiciaires : « *Si nous sommes entraînés devant les tribunaux par des gens qui ont le droit de le faire, nous aviserons* ».

De l'autre, ce raisonnement est ici mis à mal par la coexistence du CECOS, où les médecins proposent la préservation de la fertilité, même pour les patients à un âge avancé. Selon Jean-Philippe Wolf, ils n'ont théoriquement pas le droit de refuser de cette prestation. Il prend pour preuve certains procès menés pour perte de chances. Une fois la préservation effectuée, les professionnels peuvent difficilement s'opposer à la restitution des gamètes aux hommes « *qui ont auto-conservé leur sperme pour un cancer à 64 ans et qui reviennent à 72 ans pour faire une FIV* », explique Jean-Philippe Wolf. Ils peuvent seulement essayer de les convaincre en leur expliquant que « *vous êtes un peu âgé* ». Lorsqu'il souhaite répondre négativement à ce type de demande, Pierre Jouannet utilise la persuasion. Pour éviter d'effectuer un acte qu'il ne cautionne pas, il cherche à créer un échange et essaye d'« *écouter ces hommes, de resituer cet acte par rapport à un contexte plus général* ». Il veut par exemple s'assurer qu'ils n'entament pas cette démarche « *sous la pression de leur femme* ». L'objectif est que le patient consente par lui-même à ne pas s'engager dans ce parcours. Mais si l'homme résiste, avançant l'argument selon lequel « *ce sont mes spermatozoïdes et la loi ne l'interdit pas* », Jean-Philippe Wolf explique que l'équipe n'a d'autre choix que d'accepter la restitution, pour ne « *pas devenir fou* ». Si elle refusait, la politique « *verserait dans la schizophrénie complète où, dans le même service, nous faisons d'un côté du couloir une chose que nous nous interdisons de faire de l'autre côté* ». Cette dichotomie – entre l'établissement d'une limite officielle destinée à faciliter le processus décisionnel pour les hommes en bonne santé, et la pression à laquelle ils sont soumis face aux demandes des hommes malades –, est difficile à gérer pour les praticiens. Jean-Philippe Wolf ne souhaite pas de renforcement de la législation, mais réclame des recommandations de la part des pouvoirs publics.

Les conflits posés en matière de limite d'âge par la présence d'un CECOS ont également été observés par Laurence Tain (2005a ; 2013). Les pratiques médicales dans le centre étudié se rapprochent de celles de Cochin, excluant les femmes de plus de 40 ans et les hommes de plus de 55 ans. Cette règle « est le produit à la fois de l'histoire de l'hôpital, de la prééminence initiale des biologistes sur les médecins et des données épidémiologiques ». La présence d'un CECOS a fortement joué, car cette décision « résulte d'un alignement sur la barrière instituée pour l'âge des donneurs de sperme ». Mais son application entraîne des divisions entre les membres des deux

services, entre « deux conceptions divergentes du métier et des formes de contrôle du travail professionnel » (2013 : 168-169). Ces conceptions s'organisent autour de deux arguments : les données épidémiologiques et statistiques, et l'expérience clinique pratique. Leur articulation varie selon la perception du partage du pouvoir décisionnel entre l'individu et le groupe. Pour les gynécologues, le « choix de l'autonomie professionnelle conduit à privilégier une expertise clinique individualisée, tout en intégrant les données de cadrage statistique ». Du côté des médecins du CECOS, « la priorité attribuée à l'instance collective implique un usage plus décisif des données statistiques » (2005a : 11).

En examinant de la même manière le fonctionnement d'un centre doté d'un CECOS, Séverine Mathieu (2013) montre aussi que les différences de points de vue entre les professionnels sont liées au fait que la ligne de conduite fixée par les médecins du CECOS, limitant l'accès aux hommes de 60 ans, n'est pas suivie par l'ensemble de l'équipe, certains médecins poursuivant la prise en charge jusqu'à 65 ans. Son analyse fait apparaître aussi la dimension normative des arguments : « Sous couvert de compassion à l'égard de l'enfant à venir, les échanges mettent en évidence la normativité de la représentation de la paternité » (2013 : 53).

Pour résumer ces différentes politiques de centres, nous observons que la grande majorité des lieux interrompent la prise en charge de la femme à la limite fixée par la Sécurité Sociale, tout en constatant une marge autour de ce noyau. Certains acceptent leur prise en charge jusqu'à 44 ans, et d'autres sont restrictifs plus précocement, eu égard à des chances de grossesse jugées insuffisantes. Mais ces deux tendances relativement excessives sont jugées déviantes par la communauté médicale, les limites étant trop larges dans le premier cas et trop restreintes dans le second. L'accès à l'AMP pour les hommes âgés est moins souvent l'objet d'une limite officielle. Lorsqu'une règle existe, elle a plus souvent pour objectif de soumettre ces demandes à une discussion collective. La limite qui détermine une délibération varie entre 55 et 65 ans, mais il est des médecins pour accepter les candidats au-delà de 70 ans.

* * *

Les usages de l'AMP pour les individus âgés s'inscrivent dans un contexte sociétal et idéologique commun, mais l'harmonisation des politiques locales par les institutions sanitaires se

heurte à des contraintes structurelles, à des interprétations subjectives de l'âge légitime de l'accès à la parentalité ainsi qu'à des appropriations individuelles et collectives du pouvoir médical. Comme le résume Jacques Testart, l'attitude des médecins et des centres face aux demandes d'individus âgés est soumise à de multiples facteurs, entre autres « à la subjectivité médicale, ou aux disponibilités du service, ou encore au souci de la performance statistique » (Testart, 2014 : 60).

D'abord, les professionnels sont confrontés à une tendance sociétale favorisant un désir de parentalité plus tardif. Or, l'impact de l'âge sur la fertilité est déterminant, notamment pour la femme. L'âge augmente également les risques pour la santé de la femme et de l'enfant. Il complique le travail des médecins, qui peinent à compenser le déclin de la fertilité. Dans ce contexte, l'efficacité de la médecine est limitée, à tel point que certains refusent d'intervenir. La dimension sociale de ce type d'infertilité remet en question la légitimité de la condition pathologique d'accès à l'AMP sur lequel s'érige le système législatif.

Ensuite, la communauté professionnelle est guidée par une interprétation genrée de la fertilité. Nos observations rejoignent la remarque d'Ilana Löwy, selon laquelle les usages de ces techniques entraînent une « consolidation de l'«écart reproductif» entre hommes et femmes », organisé autour de « représentations culturelles d'une masculinité indépendante de l'âge, d'une féminité incompatible avec le vieillissement » (2006b : 158 et 161). Irène Théry pointe elle aussi l'« évidence apparente de l'opposition entre une maternité dite “naturelle” et une paternité dite “sociale”, opposition qui participe elle-même de ce poncif occidentaliste par excellence qu'est l'opposition de l'homme-culture et à la femme-nature » (2010 : 173). Les limites d'âge illustrent différentes modalités d'articulation « entre normativité sociale et (...) biologique » (Vialle, 2014 : 16). Alors que pour la femme, l'argumentaire médical est centré sur les limites physiologiques de la fertilité, il est axé pour l'homme sur ses capacités éducatives et l'intérêt de l'enfant, évinçant souvent les questions de l'efficacité, d'une andropause ou des risques pour la santé de l'enfant.

L'attitude des professionnels s'inscrit également dans un contexte concurrentiel. L'âge étant un déterminant crucial de la fertilité féminine, leur exigence varie en fonction de leur participation à cette compétition. Les positionnements face à ce critère reflètent le degré de

sélectivité des équipes : celles qui accordent une importance relative à leurs performances auront tendance à se montrer plus tolérantes, notamment avec les femmes âgées ; à l'inverse, les professionnels soucieux de leurs résultats sont plus enclins à adopter une limite restrictive.

La diversité des schémas décisionnels traduit la pluralité des modalités d'appropriation du pouvoir décisionnel conféré aux médecins. Le caractère individuel ou collectif du pouvoir diffère selon l'ampleur de la contrainte que l'équipe impose à l'individu. En milieu libéral, le pouvoir décisionnel est le plus souvent propre à chaque médecin, le groupe contraignant peu l'exercice individuel. À l'hôpital, les équipes sont davantage amenées à objectiver leurs pratiques en érigeant une règle collective. Cette décision dépend principalement du praticien situé au sommet de la hiérarchie, qui détermine le degré de régulation des pratiques. Selon son rapport à la règle, il peut décider de l'adoption ou non d'une limite commune.

Les défenseurs d'un seuil rappellent ses vertus. Sans se substituer au raisonnement médical, la règle facilite la pratique quotidienne et renforce la cohésion du groupe, en évitant des achoppements réguliers. Elle objective les décisions, en mettant à distance les affects du praticien, et favorise un traitement équitable des dossiers. Les centres qui ont établi une limite manifestent ainsi que l'autorité du groupe dépasse celle de l'individu. À l'équipe ensuite de définir le niveau de coercition que représentent ces règles. Qu'elles soient officielles ou tacites, leur souplesse préserve la liberté des acteurs. La négociation conserve sa valeur puisque le groupe se réserve la possibilité d'adapter sa décision à chaque situation.

À l'inverse, le refus d'une limite est justifié par des interprétations singulières de la répartition du pouvoir décisionnel entre le couple et le médecin. La première tendance identifiée revendique une volonté de préserver la responsabilité et la liberté du praticien. Ces professionnels qui s'y inscrivent souhaitent ménager toute leur place à la négociation et à la réflexion, guidées par des préoccupations médicales. Le critère de l'âge leur paraît arbitraire et insuffisant pour trancher. Ces acteurs s'opposent à une médecine standardisée et automatique, appliquant aveuglément les mêmes principes pour tous. Il est du devoir du médecin de fixer des limites au cas par cas, en fonction du diagnostic et des indications, s'intégrant ainsi dans un raisonnement médical. La seconde perspective érige le couple comme la principale instance décisionnelle légitime, sous réserve que sa prise de position soit éclairée par la connaissance des bénéfices et des risques de l'intervention. Cette posture est justifiée par le respect de l'autonomie décisionnelle des couples. La liberté individuelle est placée au sommet de l'échelle de valeurs de

cette perspective. La volonté de non-ingérence dans le désir des couples est principalement évoquée pour les hommes. Alors que pour les femmes, un refus peut être justifié par des arguments physiologiques, cette même décision apparaît comme trop subjective et morale lorsqu'elle concerne leurs homologues masculins. Cette optique apparente le refus de soins à un abus de pouvoir. La décision médicale est perçue comme un acte individuel relevant des préférences et des sensibilités de chacun, tout en étant encadré par la déontologie. Poser une limite d'âge est vécu comme une question d'éthique personnelle. Retenons cependant que même les plus libéraux ont soumis certaines décisions à l'appréciation du groupe. Un consensus émerge autour d'un seuil symbolique de 60 ans, mais cette limite est seulement « virtuelle » pour reprendre les termes de Jérôme Pfeffer, puisque ces médecins peuvent la dépasser.

Finalement, si l'attitude vis-à-vis de l'âge dépend de la subjectivité des individus et de leur système de valeurs, les contraintes structurelles pèsent sur ces opinions en ce qu'elles conditionnent les possibilités d'expression des sensibilités individuelles.

Conclusion

Le dispositif législatif investit les spécialistes de l'infertilité d'un pouvoir régulateur important. Les difficultés que nous sentons chez les praticiens à échanger sur la sélection induite par cette mission se doublent d'une semi transparence des institutions sanitaires sur les critères d'accès. Par exemple, l'information relative à la moyenne d'âge des patients selon les centres n'est pas délivrée par l'ABM. De leur côté, les médecins préfèrent souvent indiquer la proportion des femmes âgées dans leur clientèle que la moyenne précise.

S'il est compréhensible que la gestion des patients soit un sujet délicat à évoquer, nous avons montré qu'il mérite une analyse détaillée, en ce qu'il constitue un outil central d'exercice du pouvoir médical. Les politiques de sélection orientent de manière déterminante le rapport des professionnels aux demandes qui leurs sont adressées. Les tenants d'une politique accessible, comme Jean Verdier durant la première période ou les structures libérales, se situent dans une obligation de moyens et tentent de répondre présents à des défis. Cette faible sélection trouve sa source à l'hôpital dans la mission de service public, ou en milieu libéral dans un respect de l'autonomie et de la liberté. La compétitivité et la recherche de résultats sont secondaires dans ces centres : les équipes préfèrent mettre en relief la qualité de la prise en charge et un accompagnement global des couples. Les équipes qui appliquent une politique sélective, comme Jean Verdier à l'époque de Michael Grynberg, ou les autres centres publics étudiés, mettent en avant l'obligation de résultats de la médecine. Ils entendent fournir de réelles chances de grossesse, dans le contexte d'une offre de soins largement dépassée par la demande. Ces centres se situent souvent au cœur de l'espace symbolique de cette spécialité. Ils valorisent prioritairement une recherche de performance, dans une volonté de réserver l'accès à des soins coûteux et risqués aux situations où les techniques sont les plus efficaces.

Dans le domaine des urgences, Carine Vassy (2001) établit la même distinction entre les différents types de médecins selon leur sélectivité. Grâce à une enquête menée par observations et entretiens dans un hôpital d'une banlieue défavorisée de la région parisienne, cette chercheuse montre l'imbrication des dimensions tant structurelles et organisationnelles qu'individuelles et morales inhérentes aux pratiques de tri. Elle synthétise les catégories de jugement des soignants face aux demandes non urgentes en quatre dimensions : clinique, organisationnelle, morale et sociale. Le critère clinique, le plus impérieux, s'articule avec les contraintes organisationnelles, telles que le nombre de personnes en attente. La dimension morale s'exprime dans les

conceptions individuelles de l'accès aux soins. Les médecins seniors et leurs assistants insistent sur l'importance que tous les patients rencontrent un médecin. Carine Vassy propose de diviser les autres praticiens en deux groupes. Les premiers, les « *broad ones* » ou les médecins « larges », défendent l'accès aux soins pour la majorité, estimant que l'hôpital doit prodiguer des soins à tous ceux qui en ont besoin. Les seconds, les « *firm ones* », les médecins « fermes », redirigent les individus qui souffrent de troubles mineurs affirmant que, dans un contexte de ressources limitées, accepter ce type de patient se fait au détriment de ceux qui en ont le plus besoin. D'autres caractéristiques ont trait au malade, et notamment à l'estimation de sa situation sociale. Les professionnels ont mis en place des pratiques de discrimination positive envers les patients les plus vulnérables, indépendamment de leur état clinique et de la nécessité d'une hospitalisation. Par cette faveur, ils construisent « une image noble d'eux-mêmes, comme des serviteurs de la mission de service public » (2001 : 629). Dans le secteur de l'infertilité comme dans celui des urgences, l'accessibilité des professionnels reflète leurs conceptions de la justice distributive, du rôle de l'hôpital public, et des représentations qu'ils entretiennent vis-à-vis de leur mission de soin. Les soignants construisent la signification de leur travail en fonction de leur histoire personnelle et de leur trajectoire biographique, mais également du contexte organisationnel, social et économique, tant local que global.

Le transfert de pouvoir de l'État à la profession médicale s'exerce au niveau des trois principaux critères d'accès à l'AMP. Les imprécisions de la loi, concernant tant les motifs d'accès que les limites du pouvoir professionnel, laissent libre cours à de multiples interprétations et à la subjectivité des acteurs.

D'abord, cette transmission de pouvoir s'opère par la définition de l'infertilité dans des termes pathologiques : le constat de ce caractère ne peut être établi que par le médecin, participant ainsi à l'extension du territoire de la médecine. Mais ce conditionnement des usages des techniques à une nécessité pathologique pose problème. L'efficience de ce critère est remise en question par la multiplicité des définitions et des situations d'infertilité, et notamment les infertilités idiopathiques ou liées à l'âge. Les tensions sont également alimentées par l'ambivalence des conceptions de l'infertilité, balançant entre la dimension du soin et celle du confort.

Ensuite, si les contours de la définition du couple deviennent plus imprécis, le corps médical reste chargé de la vérification de sa motivation, notamment par le système d'entretien préalable à l'AMP, mais la pluralité des modalités d'appropriation de cette mission met en lumière les tensions engendrées par celle-ci.

Enfin, la grande marge de manœuvre laissée aux professionnels dans l'appréciation de l'âge de la parentalité donne lieu à une variété de pratiques, aboutissant à un accès inégal aux soins.

Les réactions des médecins face à l'ampleur de leur mission régulatrice sont contrastées. Leur position est délicate. Ils se situent au cœur de paradoxes déontologiques. Ils doivent à la fois préserver l'accès aux soins, aborder les demandes avec neutralité et respecter l'autonomie du patient en s'assurant de son consentement éclairé, tout en cherchant à ne nuire ni au couple, ni à l'enfant à naître, selon le principe de non-malfaisance.

Les raisonnements des professionnels pour résoudre ces dilemmes relatifs au pouvoir du médecin et endosser le rôle ambigu confié par la loi s'organise autour de deux pôles. Nous pouvons qualifier le premier groupe de médecins engagés, et le second de professionnels distanciés. L'engagement des premiers est nourri par la responsabilité qu'ils engagent en participant au projet d'enfant. En conséquence, ils défendent un droit de regard sur la légitimité de la demande et se réservent la possibilité de refuser d'intervenir. Conscients de la subjectivité de leur réflexion, ils se perçoivent comme des agents éthiques et objectivent leur décision en s'appuyant sur une réflexion collective et pluridisciplinaire. Les médecins distanciés se réclament d'une réflexion objective, permise par une prise de distance axiologique avec les normes familiales sociétales. Ils refusent de s'immiscer dans les projets des couples et veulent respecter leur autodétermination procréative. Certains se perçoivent comme des prestataires de services, estimant que leur rôle est avant tout de répondre à la demande de soins, sans juger sa valeur.

Selon le mode de raisonnement prédominant, les individus accordent une importance plus ou moins grande aux missions que leur confie la société. Les premiers acceptent volontiers ce rôle, la réflexion éthique – sur l'accès et les usages des techniques, sur les modalités d'être et de vivre en couple ou sur l'âge légitime de la parentalité –, constituant à leurs yeux l'essence de leur travail. Les seconds écartent ces préoccupations au profit de deux motifs. Ils insistent sur la

liberté individuelle du couple, partageant ainsi leur responsabilité décisionnelle. Ils se concentrent prioritairement sur les chances de grossesse et sur le rapport bénéfices/risques.

Les trois registres de justification des décisions identifiés par Séverine Mathieu se retrouvent dans les discours des médecins rencontrés. Elle distingue « trois niveaux d'entrée en AMP : le mode légaliste, le mode compassionnel et le mode culturaliste » (2013 : 49). Le mode culturaliste consiste à adapter sa réflexion à la culture des couples. Il est utilisé par exemple pour se positionner face à la polygamie, ou aux individus dont la survie est compromise. Les acteurs mobilisent le registre compassionnel pour justifier leurs décisions d'accès ou de poursuite, comme dans le cas des personnes qui n'ont jamais eu d'enfant, ou celles atteintes de cancer¹⁹⁶. Le mode légaliste, soit la manière dont la loi est mobilisée par les médecins pour renforcer leurs choix, témoigne de l'ambiguïté et de la subjectivation de leur rapport au dispositif légal. Philippe Bataille et Louise Virole (2013) montrent le phénomène d'ajustement des « justifications morales des normes professionnelles » à la législation. Les médecins peuvent s'appuyer sur la loi pour justifier un refus, tout en l'omettant ou en l'enfreignant dans d'autres cas :

« Les lois sur lesquelles ces normes s'appuient servent à interdire l'accès à des soins, mais sans toujours définir les limites morales de l'interdit et en laissant à chaque soignant la possibilité de s'y référer ou pas (...). L'ouverture du législateur au libre arbitre du médecin et du soignant s'oriente toutefois très souvent dans le sens d'une fermeture d'accès à ces techniques médicales et de soins sans toujours respecter, ni même appliquer l'esprit de la loi » (2013 : 4 et 8).

Séverine Mathieu prolonge ce constat en ajoutant la dimension protectrice de la loi, qu'elle soit réelle ou imaginée : « Si la loi est mobilisée par les médecins pour autoriser ou non l'AMP, il n'en demeure pas moins qu'ils disposent en la matière d'une marge de manœuvre non négligeable. Ils l'utilisent également pour se protéger, en refusant d'accéder à telle ou telle demande » (2013 : 51). Cette vertu est notamment mise en valeur par les médecins dans le cas des couples polygames ou sans-papiers.

En somme, la multiplicité des modalités d'appropriation du pouvoir médical exprime la subjectivité des professionnels. René Frydman, par exemple, met en valeur cette dimension : « Les limites imposées par la loi sont une chose, celles qui procèdent de la déontologie médicale en sont une autre, mais au bout du compte, le médecin se trouvera face à la demande des parents, avec nul autre interlocuteur que sa conscience » (2008 : 77).

¹⁹⁶ Nous détaillerons la logique compassionnelle dans notre dernier chapitre.

Les conditions légales d'accès à l'AMP s'ancrent dans une certaine représentation de la nature. Nombre d'observateurs remarquent que l'indication médicale et sociale d'accès à l'AMP, par la nécessité d'une infertilité pathologique, a pour fonction de mimer l'engendrement naturel : « La loi singe la biologie, pour confondre l'artifice avec la nature » (Fassin, 2002 : 2). La notion de nature est considérée comme une valeur permettant de circonscrire les usages de l'AMP : « La législation sur l'AMP est légitimée par la vision d'une parenté "naturelle", fondée sur l'idée – supposée universellement valable – que l'intérêt du futur enfant implique le droit d'avoir une mère et un père et des liens biologiques avec les personnes remplissant cette tâche sociale » (Löwy, 2006a : 53). La condition pathologique, les conditions conjugales et les conditions d'âge naturalisent la conception. Pour reprendre la définition mobilisée par Dominique Memmi (2014), la nature est utilisée dans son sens physicaliste, c'est-à-dire qu'il « renvoie explicitement au biologique ou au corps ». Le naturalisme désigne une pratique tendant à invoquer la nature comme source première « pour fonder son identité ou son rapport aux autres » alors que le constructivisme tend « à la récuser, au profit d'autres sources » (2014 : 226 et 12). Cette sociologue porte son attention sur « le naturalisme ou le constructivisme "en acte" ». Si nous n'avons pas ici partagé la même ambition, l'analyse des décisions médicales confirme ses conclusions, selon lesquelles l'opposition entre le biologique et le social « se révèle bel et bien agissante sur les représentations comme sur les pratiques » (2014 : 279). Dominique Memmi remarque que « tout se passe comme s'il fallait s'appuyer sur la nature quand même. Des normes sociales peuvent ainsi se retrouver fortement assises sur une normalité biologique, fût-ce formellement » (2003 : 148).

Les logiques de raisonnement s'appuient sur des représentations normatives et subjectives de la famille. Les croyances et les référents éthiques des individus sur lesquels se fondent les critères de prise en charge, s'inscrivent « sous des formes métaphorisées, comme les fondements d'une morale sécularisée et humaniste, délimitée par des normes produites notamment par les représentations de la famille, de la filiation et de la parenté » (Mathieu, 2013 : 145). Les valeurs qui organisent le système de pensée des professionnels sont résumées par Dominique Memmi :

« À travers les raisons médicales, sociales et psychologiques permettant d'y accéder, on découvre les trois registres de légitimité contemporains de la procréation artificielle : la Nature (à travers la notion de stérilité pour causes "médicales"), le Sujet souverain (à travers la notion de "désir d'enfant"), le Social avec ses institutions (le Couple hétérosexuel stable, la Famille avec le "désir parental") » (2003 : 152).

Ainsi, les cliniciens et les biologistes sont souverains dans l'évaluation de la légitimité de leur intervention. Le rapport que chacun entretient vis-à-vis des normes permettant de trancher sur la légitimité d'une demande témoigne des différentes modalités d'appropriation de leurs libertés. Celles-ci sont autant de tentatives d'harmoniser leurs pratiques avec leurs valeurs. Elles font apparaître le « pluralisme normatif » qui règne parmi les spécialistes (Bernheim, 2011).

Partie 3. Les politiques médicales : les décisions relatives à l’usage des techniques

L’incertitude entourant l’efficacité et l’innocuité des techniques procréatives rend possible la multiplicité des pratiques médicales. Cette indétermination est intrinsèquement liée à l’exercice de la médecine en général et contribue à conférer une dimension artistique à ce domaine scientifique¹⁹⁷. La médecine est définie par Georges Canguilhem « comme une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite ». Ce constat est particulièrement vrai pour la médecine clinique, qui « n’est pas une science et ne sera jamais une science, alors même qu’elle usera de moyens à efficacité toujours plus scientifiquement garantie » (2013 [1966] : 7 et 200). Dans le domaine de l’infertilité également, certains biologistes se présentent comme des artistes, ou des artisans : « Si ce traitement par FIV est basé sur des données biologiques rationnelles, sa pratique quotidienne ne relève pas de la grande science, qui se pratique ailleurs et en amont, mais de l’artisanat » (Humeau et Arnal, 1994 : 224). Pour Jacques Testart, les techniques d’AMP sont présentées comme des « découvertes scientifiques », mais ne sont en fait que des « bricolages judicieux » qui s’appuient sur des « savoirs approximatifs » (2014 : 49). Il ne considère pas la médecine de la reproduction comme une science – « Il n’y a pas de science dans l’AMP » – car il s’agit seulement « d’appliquer des techniques »¹⁹⁸.

Dans de telles conditions, notre but est de comprendre quels sont les moteurs des stratégies médicales et la manière dont les professionnels les justifient. Les choix des techniques résultent d’une balance entre un faisceau d’éléments. Après avoir évalué la légitimité de leur intervention en fonction du bilan d’infertilité, il s’agit pour les médecins de savoir quelle technique utiliser et à quel moment. Les usages de la stimulation, de l’insémination, de la FIV et de l’ICSI seront l’objet de notre premier chapitre. Le parcours de soins commence classiquement par des cycles de stimulation. Il se poursuit par l’initiation des techniques d’AMP proprement

¹⁹⁷ Pour Renée Fox (1959, 1980), l’incertitude cristallise l’attention de la société : « La santé, la maladie et la médecine apparaissent comme l’épicentre d’un malaise croissant sur l’incertitude, et d’une anxiété sur le danger et le risque, qui ont émergé dans notre société » (1980 : 3). Kristina Orfali décrit la médecine comme une « pratique élective qui revient fondamentalement à gérer l’incertain » (2003 : 43). Élie Azria estime que l’incertitude est « consubstantielle à l’acte de soin et à la décision médicale » (2007 : 136).

¹⁹⁸ <http://www.franceculture.fr/emission-la-grande-table-2eme-partie-assiste-t-on-a-une-revolution-dans-la-procreation-2014-03-19> consulté le 1-10-14.

dites. L'implication est généralement progressive : elle débute par l'insémination, conçue comme un procédé « léger ». En cas d'échec, elle se poursuit par la FIV et/ou par l'ICSI, techniques souvent pensées, en opposition à l'insémination, comme plus « sophistiquées » ou plus « lourdes ». Les politiques de centre se distinguent principalement par la temporalité du recours à chaque technique, plus ou moins rapide selon les équipes.

À ces choix entre ces principales techniques s'additionnent les décisions relatives à la gestion des ovocytes et des embryons. Nous étudierons les conditions de prélèvement, de traitement et de transfert de ce matériel procréatif dans notre deuxième chapitre. Nous compléterons ce panorama des alternatives dont disposent les médecins en traitant simultanément dans ces deux chapitres, des conditions d'utilisation de procédés plus périphériques, mais dont l'analyse se révèle féconde. Les médecins disposent d'une myriade d'autres procédés¹⁹⁹. Par souci de synthèse, nous nous intéresserons principalement aux cinq techniques que l'ABM qualifie de « particulières », à savoir la culture prolongée, l'éclosion assistée, l'IMSI, la maturation in vitro et les cycles naturels. Ensemble, elles représentent un quart des FIV, mais elles ne sont pas proposées par toutes les équipes²⁰⁰. La prudence des rapports de l'ABM à leur sujet est manifeste (2010 ; 2015d). Ils soulignent que les travaux scientifiques ne renseignent ni sur leurs indications ni sur leur efficacité. Cette dernière ne peut donc servir d'argument pour justifier leur utilisation. Ils précisent également que « les publications ont apporté des informations contradictoires ou peu concluantes, ne permettant pas de préciser les indications pour lesquelles la technique pourrait confirmer son utilité clinique » (2015d : 23). Nous examinerons la façon dont les acteurs défendent leurs usages de ces techniques particulières et marginales, parce qu'émergentes ou progressivement délaissées par la communauté professionnelle.

Les délibérations sur le choix des techniques méritent toute notre attention car elles occupent une place centrale dans le travail quotidien des acteurs de l'infertilité et constituent ce que Carine Pessah qualifie comme « *le cœur de notre métier* ». Ainsi, nous tenterons de mettre au jour les enjeux « qui sous-tendent des choix qualifiés à première vue comme “strictement techniques” » (Bateman, 2000 : 130). Notre objectif sera de montrer « la dimension sociale des

¹⁹⁹ Jacques Testart répertorie une vingtaine de sigles désignant différentes techniques, parlant ainsi d'un « capharnaüm technologique » (1990 : 15).

²⁰⁰ Le tableau 5 en annexe renseigne sur le pourcentage des tentatives d'AMP réalisées avec chaque technique particulière.

stratégies scientifiques » et de nous interroger sur « les conditions sociales de leur genèse » (Bourdieu, 1994 : 94). Nous chercherons à montrer que le choix des techniques révèle les valeurs auxquels les médecins sont attachés (Löwy, 2006b). La multiplicité des stratégies scientifiques manifeste des adaptations localement situées à des contraintes structurelles. Cette hétérogénéité reflète leurs façons de composer avec ces impératifs pour conformer leurs pratiques à la fois avec leurs représentations des usages légitimes de cette médecine et avec leurs systèmes axiologiques, tant individuels que professionnels.

Nous clôturerons notre démonstration visant à mettre en lumière la richesse éclectique des décisions médicales en abordant la plus difficile d'entre elles : l'interruption du parcours. Au cœur des interactions, ces choix sont l'aboutissement de négociations entre les couples, les biologistes et les cliniciens. Les modalités de répartition du pouvoir entre les différents partenaires sont conditionnées par l'établissement de soins en même temps qu'elles dépendent singulièrement des professionnels qui y exercent.

Chapitre 7. Le choix entre les principales techniques

Les médecins choisissent la technique en fonction des causes de l'infertilité. Mais l'étiologie n'est parfois pas identifiée et les indications sont souvent relatives, ce qui laisse un large choix de traitements. Jean-Noël Hugues estime que les médecins peuvent envisager plusieurs stratégies dans 60 % des cas. Comme le formule Pierre Jouannet, la question est d'abord de savoir : « À partir de quand faut-il intervenir médicalement ? »²⁰¹ (2010). Certains commencent par quelques cycles de stimulation pour maximiser les chances de procréation naturelle, quand d'autres initient directement les inséminations, ou les délaissent pour entamer rapidement des FIV. Les uns montrent une préférence pour la FIV dite classique, lorsque les autres favorisent l'ICSI. Les divergences se cristallisent notamment autour de ce passage à ce que les pionniers du centre de Jean Verdier appellent « *l'AMP lourde* ». Cette décision constitue une étape charnière dans le déroulement d'un parcours de soins, puisqu'elle nécessite le prélèvement des gamètes féminins et leur traitement *ex vivo*.

Les préférences des médecins s'observent, à l'échelle des centres, dans la répartition de l'activité en fonction des techniques. Elles apparaissent dans les synthèses fournies par l'ABM résumant les principales caractéristiques de l'activité par région. Nous nous appuyerons sur les rapports publiés en 2013 et en 2015 réunissant les données de 2011 et de 2013²⁰². Deux tableaux en annexe résument le nombre de tentatives selon les techniques et selon les centres, à l'exception des parcours de don. Le tableau 2 livre des données brutes et détaille le volume d'activité des centres concernant les inséminations et les ponctions, en distinguant celles réalisées en vue d'une FIV ou d'une ICSI²⁰³. Ces données ont permis de calculer, dans le tableau 3, la part de chaque technique dans l'activité globale, en évaluant également le nombre de FIV réalisées en ICSI.

²⁰¹ Cette communication intitulée « une médecine de l'infertilité, de la stérilité : qui doit-on refuser ? » s'intègre dans le cadre d'une manifestation scientifique, organisée le 17 février 2010 par l'Espace Éthique de l'APHP, consacrée au thème « AMP, éthique et société » et disponible sur <http://www.youtube.com/watch?v=9tsf2bD9nE> consulté de 23-09-14.

²⁰² Nous utiliserons notamment les rapports régionaux (2013c, 2013e, 2015a et 2015b), mais aussi également les évaluations des centres (2013f et 2015c). Ces données sont notamment disponibles sur <http://www.agence-biomedecine.fr/Activite-regionale-AMP> consulté le 3-12-15.

²⁰³ Ce que nous appelons le volume d'activité total recouvre les inséminations additionnées aux ponctions de FIV et d'ICSI, à l'exclusion des TEC.

Avant d'entrer dans le détail du recours aux techniques, posons les principales bases du cadre décisionnel en médecine de la reproduction, que nous retrouverons au fil de notre développement.

7.1 Des pratiques entre valeurs individuelles, *ethos* professionnel et contraintes pratiques

Le choix de la technique est au cœur du travail du professionnel. Face à des recommandations imprécises et à l'infinie variété des situations cliniques, il élabore sa stratégie en fonction de sa formation – au cours desquels il s'est imprégné de l'*ethos* de son groupe professionnel –, et de son expérience – qui lui permet de s'approprier ces valeurs collectives pour construire son propre système axiologique. Ce dernier s'intègre et s'exprime dans le cadre de la philosophie des traitements cultivée sur le lieu d'exercice. La multiplicité des stratégies traduit la manière dont les professionnels composent, individuellement et/ou collectivement, avec les incertitudes et les contraintes qui pèsent sur leurs pratiques.

7.1.1 Une médecine relative

L'incertitude laisse le champ libre à l'expression de la subjectivité des acteurs, comme le reconnaît Jean-Noël Hugues : « *Les choix stratégiques sont trop souvent subjectifs, parce que nous n'avons pas de réponses à toutes les questions* ». Le traitement de l'infertilité est présenté comme une médecine d'expérience, où le choix entre les techniques fait intervenir la conception de chacun vis-à-vis de ces procédés et de la médecine de la reproduction en général. Pour Michael Grynberg, la multiplicité des pratiques est alimentée par la complexité de l'objet : « *La fertilité est extrêmement difficile à cerner, ce qui explique que nous pouvons arriver à un objectif par de nombreux moyens* ». À cette zone d'incertitude s'ajoute l'absence de recommandations opérantes : « *Le drame de l'AMP, c'est qu'il n'y a pas réellement de guide de bonnes pratiques (...). Nous basculons très rapidement dans des choses assez floues* ».

Si le choix de la technique prend en compte la balance bénéfices/risques, et si le médecin se réfère aux données publiées dans la littérature scientifique, chacun interprète ces données et appréhende ces notions en fonction de sa propre grille de lecture. Les stratégies s'appuient sur des protocoles standardisant la prise en charge, mais leurs applications varient selon les individus et les groupes. Jacqueline Mandelbaum pense que les « *dissensions* » à ce sujet sont en partie « *liées à l'appréciation de l'intérêt d'une technique* ». Elle explique que l'absence de consensus

sur les conduites à tenir « *laisse une latitude de fonctionnement* ». La multiplicité des manières de faire est, selon cette praticienne, inhérente à la pratique et à la réflexion médicale : « *Il n'y a pas de politique définie, mais je ne vois pas comment elle pourrait l'être, cela fait partie de toute évaluation médicale* ». L'élaboration d'un schéma thérapeutique est au fondement de la définition de la profession médicale, comme en témoigne la conception de Xénia Lechat. Les choix stratégiques font partie intégrante d'« *un vrai travail médical* » qui lui paraît « *indispensable* ». Ils renvoient à l'expertise du médecin et à l'essence de son travail : « *Nous ne sommes pas des techniciens. Nous sommes encore un art médical qui consiste à faire la synthèse entre la demande de la patiente, son état de santé, et les outils dont nous disposons* ».

Pour Marine Durand, la multiplicité des stratégies est alimentée par le manque de connaissances sur le rapport bénéfices/risques des techniques : « *Dans beaucoup de situations, la littérature est controversée, nous ne savons pas si nous agissons bien ou pas* ». Pour composer avec cette incertitude, chaque médecin se forge son opinion en fonction de sa formation et de son vécu. La part subjective du jugement s'exprime par l'importance des sensations, guidant l'instinct du médecin : « *Nous réfléchissons avec notre expérience et notre ressenti personnel, qui lui, n'est pas toujours scientifique. Nous nous disons : "je le sens plus comme de cette façon". Il n'y a pas vraiment de fondement, nous ne savons pas l'expliquer, mais nous avons plus envie d'aller dans cette direction* ».

Les stratégies médicales sont si différentes qu'elles sont décrites par Michael Grynberg comme « *de la cuisine. Chacun fait un peu ce qu'il veut, comme il le sent* ». Les pratiques sont guidées par les convictions des médecins : « *Nous faisons de la médecine en fonction de ce à quoi nous croyons* ». Il souligne l'influence de leur système de valeurs sur leurs manières de pratiquer la médecine : « *Le but est de rendre ce service avec sa déontologie, son mode de pensée, et ce que nous pensons être bon pour la patiente. Personne n'a la science infuse mais chacun essaye de le faire en son âme et conscience, de la meilleure manière possible* ».

Cette métaphore culinaire a souvent été utilisée pour décrire le travail décisionnel des médecins. Ils organisent la prise en charge en fonction de leurs goûts, et en appliquant ces procédés « *à leur sauce* ». Un radiologue reprend cette comparaison : « *La médecine, c'est de la cuisine. Ce sont des recettes et chacun réagit de manière différente* ». Cette diversité est selon lui à la fois une source de richesse et l'expression d'une médecine de qualité. L'existence de protocoles ne suffit pas à simplifier la complexité d'un « *système à plusieurs inconnues* », dont

les variables dépendent certes des patients mais sont surtout fonction « *des médecins, de leurs sensibilités et de leurs connaissances* ».

Pour Eliot Freidson (1984), la variabilité des stratégies est liée à la rareté des consensus autour de la définition de la pathologie et de ses traitements : « Il y a différentes écoles, différentes opinions en médecine, de telle sorte que la définition (diagnostic) appliquée à un individu qui fait problème et que les méthodes utilisées pour le traiter (...) vont varier dans une mesure notable, indépendamment de ce dont il souffre ». Il explique ces différentes conceptions par l'influence du « traitement subjectif de l'expérience clinique personnelle du praticien » (1984 : 263 et 265). Anselm Strauss et ses confrères soulignent aussi la diversité des interprétations de la santé au sein d'une même profession « quant aux positions théoriques (ou idéologiques) qu'ils adoptent sur des questions aussi importantes que l'étiologie et les traitements ». Ces représentations sont affectées par « la formation professionnelle spécifique, l'idéologie, la carrière et la position hiérarchique » des protagonistes (1992 [1963] : 90 et 110). La subjectivité des professionnels se construit dans la manière dont il intériorise l'*ethos* d'une profession, les enseignements et les valeurs transmises au cours de sa formation, et dont il les articule avec ses propres expériences. Comme le note la sociologue Simone Bateman, « la dimension subjective du raisonnement intervient toujours dans l'évaluation d'une situation et est l'expression de cette liberté qui rend le sujet capable d'agir » (2001 : 122 et 115).

Ces conceptions individuelles sont englobées, plus ou moins fortement, par les cultures entretenues à l'échelle locale, dans chaque centre. Pour Carine Pessah, la multiplicité des politiques médicales traduit le fait que « *chaque centre a sa philosophie* ». Un radiologue emploie la métaphore religieuse pour désigner ces traditions – « *Il y a beaucoup de chapelles* » –, et le patient « *ne sait plus à quel saint se vouer* ». La « philosophie du traitement » incarne « l'idéologie dominante » entretenue dans le service et influence les interactions (Freidson, 1984 : 139). Les stratégies médicales s'inscrivent dans ce que Jean-Christophe Mino, médecin et chercheur en santé publique, appelle une « idéologie thérapeutique », faisant écho à la notion d'idéologie médicale utilisée par Georges Canguilhem (1977) pour qualifier les « discours mêlant des éléments de connaissances avec des idées et des valeurs, discours justifiant et légitimant des pratiques et un ordre social » (Mino *et al.*, 2016).

7.1.2 Des contraintes multiples

Ces visions de la médecine s'articulent avec des éléments décisionnels plus pragmatiques. Les professionnels sont en effet soumis à des contraintes imposées par leur activité et par la structure. Pour expliquer leurs décisions, ils invoquent les obligations de planification de l'activité, ainsi que les objectifs d'efficacité. Les médecins sont également confrontés à un impératif de rentabilité, phénomène observé par le sociologue François Steudler dès les années 1970. En dépit de la vocation initiale de l'hôpital, celui-ci « se trouve de plus en plus comparé à une entreprise : il doit être “rentable” par la modification de son fonctionnement » (1974 : 10). Yoël Sainsaulieu, alors membre de la section médicale et scientifique de l'ABM, interroge les conséquences de cette contrainte de rentabilité sur les stratégies médicales : « L'activité devant dégager impérativement des bénéfices, il est nécessaire de trouver des réserves de productivité ; en internalisant une partie de l'activité (...) ? Ou en multipliant les actes les plus rémunérateurs ? » (2011 : 39).

Isabelle Cédric propose un début de réponse en évoquant les multiples contraintes qui pèsent sur les décisions : « *Il n'y a pas seulement des facteurs humains. Les politiques médicales, administratives et financières jouent également un rôle important* ». Des contraintes de rentabilité se sont progressivement immiscées dans les pratiques des médecins : « *L'hôpital nous demande d'être rentable, ce qu'il ne nous demandait pas il y a quelques années* ». Longtemps peu prise en compte, la question des coûts est devenue une préoccupation de premier ordre. La prégnance progressive de la dimension économique se traduit dans l'évolution de l'organisation du travail à l'hôpital de Jean Verdier. La nouvelle forme de cotation des actes médicaux a conduit à ré-internaliser certains examens, comme les prises de sang. Cette politique économique de santé « *a des conséquences sur les pratiques des centres et sur le vécu des traitements* », remarque Isabelle Cédric. Chaque pôle doit remplir par exemple des « *contrats d'objectifs* », et la responsabilité de la viabilité financière d'un service incombe en partie au chef de pôle. Nathalie Besoin, cadre dans ce centre, explique que les services rentables, qui assurent la survie de la structure, bénéficient d'un soutien financier de l'hôpital plus important – « *Quand nous faisons rentrer de l'argent, nous avons plus de moyens, de personnel et de matériel* » –, ce qui l'incite à qualifier ce raisonnement de « *très commercial* ». Elle souligne l'importance de prodiguer des soins de qualité pour assurer l'attractivité et la survie du service. Il faut dans cette optique « *proposer une bonne qualité de soins, soigner un maximum de patients, et développer des réseaux* ».

L'impératif de rentabilité s'articule avec le souci de la performance et la perception de l'innovation. Ils s'intègrent ensemble dans une conception globale de la médecine et de la médicalisation. Pierre Jouannet résume la multiplicité des facteurs qui influencent la manière de concevoir la médecine et son impact sur les politiques médicales : « *Certains personnes sont dans une médicalisation (...), où plus c'est sophistiqué et compliqué, mieux c'est. Plus nous sommes performants, plus nous gagnons d'argent. Donc effectivement, nous pouvons parler de conception de la médecine* ».

Après avoir exposé les grandes lignes des déterminants des décisions médicales, il s'agit à présent de détailler l'influence conjointe des conceptions individuelles et collectives et du contexte économique, organisationnel et structurel sur ces choix, en les examinant précisément.

7.2 La stimulation et l'insémination face à la FIV

Le choix entre les procédés les plus légers, comme la stimulation et l'insémination, et ceux les plus lourds comme la FIV, cristallise les désaccords entre les professionnels. Avant d'entrer dans les détails, notons que les patientes ne sont, elles non plus, pas unanimes. Leurs opinions sur la temporalité du passage à la FIV varient selon leur parcours médical. Si toutes déplorent la longueur des délais d'attente avant chaque tentative, elles n'entretiennent pas le même rapport à la FIV²⁰⁴.

La principale question est de savoir à quel moment et dans quelles situations faut-il préférer l'insémination ou la FIV-ICSI. Pour François Olivennes, le degré de médicalisation des parcours d'infertilité est un « *débat très important* » qui partage les médecins « *entre les prises en charge soft, c'est-à-dire la stimulation et l'insémination, et la FIV* ». Il resitue ces divisions. L'argumentaire des « *tenants de la FIV à tout crin* » est centré autour des résultats. Il semble lui-même pencher pour un recours rapide à la FIV. Ce procédé est certes plus lourd qu'une insémination mais il est, à terme, moins coûteux et deux à trois fois plus efficace :

²⁰⁴ Parmi les femmes infertiles rencontrées, certaines veulent accélérer le recours à la FIV et refusent les inséminations, lorsque d'autres s'étonnent de ne pas s'être vues proposer cette dernière option. Le passage à la FIV peut également être vécu comme un échec. Une partie des patientes rencontrées se plaignent de stimulations trop fortes et se montrent méfiantes vis-à-vis des risques pour leur santé et celle de leur enfant.

« Le taux de succès est de 30 % contre 10 à 15 % pour une insémination. Est-ce qu'il vaut mieux tenter d'abord de faire simple ou faire directement compliqué mais efficace (...) ? Certes une FIV est beaucoup plus coûteuse qu'une insémination mais selon certaines études, il reste économiquement plus favorable de faire une FIV plutôt qu'un cycle de trois ou quatre stimulations puis inséminations »²⁰⁵.

À l'inverse, « *les partisans des autres méthodes considèrent qu'il y a un intérêt à essayer des méthodes plus simples. Nous pouvons raisonner en termes d'efficacité versus effets secondaires, ou d'efficacité versus coûts* ». Les positionnements intègrent des préoccupations relatives à l'efficacité, aux coûts, à l'investissement en personnel, à la médicalisation et aux effets secondaires des traitements.

Les mutations subies par le centre de Jean Verdier illustrent le glissement entre ces deux conceptions évoquées par François Olivennes. Les médecins de ce centre, durant la première période, entretiennent une vision graduelle des techniques. Ils valorisent une intervention minimale. La médicalisation est progressive et croissante. Avant de passer en FIV, ils essayent de savoir s'ils offrent réellement des chances supplémentaires de grossesse, par rapport à une attitude attentiste, ou d'abstention thérapeutique, dans le souci d'éviter une surmédicalisation. Ils estiment plus bénéfique de limiter les risques, quitte à utiliser des techniques moins efficaces et à s'inscrire dans une temporalité plus longue. Mais cette posture, qui constitue une des principales facettes de l'identité du centre, fait l'objet de mutations sous l'influence du nouveau dirigeant. Michael Grynberg a initié trois principaux changements dans la politique médicale, dans le sens d'une accélération de la médicalisation et du parcours. Il incite son équipe à limiter l'usage de l'insémination, à privilégier plus rapidement la FIV et à interrompre le parcours plus précocement. Ce faisant, il rapproche de ce centre des pratiques médicales dominantes. La majorité des professionnels tendent à accroître la médicalisation des parcours d'infertilité en privilégiant des techniques plus médicalisées mais considérées comme plus efficaces et dont les risques sont perçus comme mineurs. Cette tendance est également justifiée par les contraintes qui pèsent sur la pratique médicale.

Ces usages témoignent d'une hiérarchisation des techniques par les acteurs en fonction de leurs systèmes de valeurs, de leurs perceptions du degré de médicalisation et de leurs représentations du rôle du médecin et de la médecine dans la société.

²⁰⁵ <http://www.pourquoidocteur.fr/m/article-5626.html> consulté le 1-10-14.

7.2.1 L'ancienne politique du centre de Jean Verdier : une préférence pour les mécanismes naturels de la procréation

Les piliers du centre de Jean Verdier valorisent la stimulation et l'insémination, comme l'illustre la répartition de l'activité, comme l'explique Isabelle Cédric : « *Dans un centre d'AMP classique, la FIV-ICSI-décongélation représente les deux tiers de l'activité, et les inséminations un tiers. Nous, nous avons un tiers de FIV-ICSI-décongélation, un tiers d'inséminations et un tiers d'activité hors AMP, c'est-à-dire des traitements médicaux* ». Cette activité de stimulation n'est pas comptabilisée par l'ABM. En 2011, les inséminations représentent 42 % de l'activité, ce qui est similaire à la moyenne nationale. Ce chiffre diminue à 37 % en 2013, ce qui témoigne d'une réorientation de la politique de centre. Cette proportion est certes inférieure à la moyenne régionale, mais ce centre est celui qui consacre la part la plus importante de son activité à l'insémination parmi les établissements publics étudiés. Cette spécificité découle de la formation des responsables du centre en endocrinologie. Ceux-ci présentent leur attitude comme scientifique, humble face aux mécanismes naturels de procréation et prudente face aux potentiels risques induits par une médicalisation trop rapide.

7.2.1.1 Une posture scientifique

Ces professionnels revendiquent une posture scientifique, alimentée par la formation en endocrinologie et en médecine interne des piliers du centre. Cette perspective constitue la principale particularité de ce lieu et conduit les membres de l'équipe à privilégier une réflexion personnalisée, qu'ils opposent à une pratique standardisée.

Michael Grynberg décrit ses prédécesseurs comme ayant adopté un « *regard* » spécifique qui se manifeste par « *une vision, des stratégies, et un mode de pensée complètement différents* ». Il explique la singularité de cette approche par le caractère des individus, qui oriente en amont le choix de la spécialité. Celui-ci « *sélectionne des personnalités différentes. Ce ne sont pas du tout les mêmes personnes qui font de l'endocrinologie et de la gynécologie obstétrique* ».

Jérémy Boujenah met en avant l'influence de l'expérience et la formation des médecins sur l'offre de soins et les stratégies thérapeutiques. Les professionnels « *raisonnent avec leur vision et leurs connaissances scientifiques de biologiste, de médecin ou de chirurgien. Ces visions se complètent, mais face à l'échec, comme personne n'a raison, chacun prêche pour sa*

paroisse ». Ainsi, la réponse médicale varie selon l'« *orientation* » du médecin. Jérémy Boujenah prend l'exemple typique de l'endométriose et explique que « *certains choisiront de faire une FIV et d'autres, plus axés sur la chirurgie, préféreront opérer* ». Sa déclaration fait ici particulièrement écho à l'observation d'Anselm Strauss, selon laquelle les spécialités cliniques, et notamment « *celles qui combinent des techniques médicales et chirurgicales offrent leurs propres opportunités particulières de controverses. Les praticiens peuvent différer par le degré selon lequel ils mettent l'accent sur l'approche médicale ou chirurgicale en matière de traitement* » (1992 [1961] : 75).

Les médecins de Jean Verdier qui évoluent sous la responsabilité de Jean-Noël Hugues revendiquent, avec une grande homogénéité, une approche spécifique de l'infertilité et des mécanismes de la procréation. Les termes renvoyant à l'idée d'une réflexion scientifique reviennent très fréquemment. Ces deux idées se retrouvent dans une phrase de l'ancien dirigeant du centre : « *Ce qui nous intéresse, c'est d'avoir une stratégie basée sur la science, sur une réflexion* », alors que certains de ses collègues « *jouent plus sur leurs évidences personnelles et sur leurs convictions que sur une évidence basée sur la science* »²⁰⁶. Isabelle Cédric adopte la même perspective : « *Notre cheval de bataille, c'est la science* ». Certains mots reviennent régulièrement dans les descriptions de leur démarche, tels que « *mentalité, vision, mode de pensée, réflexion, manière de travailler, manière de réfléchir, volonté de comprendre, comprendre pourquoi* ». L'idée de la recherche est intimement liée dans les discours à celle de la science, par l'usage de termes comme « *stratégie, scientifique, global, médical, travail de médecine* ». Ce vocable permet de décrire une posture scientifique en l'opposant à des pratiques décrites comme « *systématiques, automatiques, standardisées par des protocoles* ».

Jérémy Boujenah met en valeur l'approche scientifique de ces médecins, « *qui essayent de comprendre pourquoi cela ne marche pas, qui n'ont pas de systématisme, qui cherchent à définir des stratégies en fonction des problématiques. Nous ne faisons pas comme certains centres, qui font de la FIV quand ils ne comprennent pas* ». Leur but est d'ajuster les propositions médicales à l'étiologie de l'infertilité : « *Chaque traitement est adapté théoriquement à la cause* ».

Charlotte Sonigo véhicule cette même distinction entre le raisonnement scientifique valorisé par les endocrinologues et la conduite systématique de certains de leurs confrères. Elle

²⁰⁶ Il évoque ici l'approche de l'*evidence based medicine*, soit une pratique de la médecine fondée sur des preuves factuelles.

apprécie de travailler dans ce groupe pour sa conception « *très endocrinologique de la PMA* ». Elle soutient le raisonnement intellectuel entretenu par les fondateurs du centre, qui se veut adapté à chaque situation et s'oppose à une approche standardisée. La préoccupation principale de ces médecins n'est pas celle du résultat mais de comprendre les causes des échecs, alors que beaucoup de centres se contentent d'appliquer des protocoles. C'est également le point de vue d'Isabelle Cédric : « *Nous essayons de comprendre ce qu'il se passe et pourquoi, alors que bon nombre de médecins ne comprennent pas vraiment ce qu'ils font, ils appliquent des recettes. Ils font trois inséminations, si cela ne marche pas, ils passent en FIV* ». Or, la réflexion et la recherche sur les causes des échecs représentent, pour Isabelle Cédric, ce « *qui fait tout l'intérêt de la pratique* ».

Cet écart dans les manières de traiter l'infertilité est confirmé par Jacqueline Mandelbaum, qui souligne l'opposition entre des stratégies personnalisées et standardisées : « *Certains centres sont très attentifs à cette gestion personnalisée du dossier et essayent de définir pour chaque couple la technique qui apporte un maximum de chances à un moment donné. D'autres centres sont plus dans le systématisme* ».

Patrice Clément insiste sur le fait que la médecine de la reproduction renvoie à une démarche globale de prise en charge, pris comme un « *tout* », un continuum. C'est la raison pour laquelle il défend la posture de ses confrères : « *J'apprécie beaucoup cette démarche très médicale* » qui correspond à une « *vraie prise en charge du couple infertile* ». Ce raisonnement se distingue de « *l'autoroute de l'AMP* ».

7.2.1.2 La stimulation face à l'insémination

Sixte Blanchy observe les disparités importantes dans le choix entre la stimulation et l'insémination selon les praticiens : « *Il y a vraiment une très grande différence d'un gynécologue à l'autre* ». Le choix de la stimulation est lié à la fois aux conceptions de la médicalisation, elles-mêmes liées à la formation des individus, à des préoccupations relatives à la qualité de la prise en charge, ainsi qu'à des questions d'ordre économique. Pour expliquer son utilisation, Charlotte Sonigo met en relief ses avantages : « *C'est plus physiologique, cela coûte moins cher, c'est moins difficile pour les patients* ».

Les praticiens de Jean Verdier privilégient les traitements inducteurs de l'ovulation sans FIV : « *Nous avons une importante prise en charge hors FIV, qui existe très peu dans les autres*

centres, qui ne font que de l'AMP », précise Isabelle Cédric. Cette particularité peut être comprise comme induite par un recrutement de patientes présentant des troubles de l'ovulation, qui serait lui-même influencé par cette compétence spécifique. Cependant, la reconnaissance de leurs confrères ainsi que l'efficacité des réseaux professionnels ne suffisent pas à expliquer cette place de choix accordée aux traitements hors AMP. Cette dernière traduit l'existence d'une certaine conception des traitements de l'infertilité et d'une politique active favorisant les mécanismes naturels de la procréation. L'optique des médecins de Jean Verdier se singularise par une attention particulière accordée au traitement de l'ovulation : « *Nous sommes très centrés sur l'ovulation. Nous faisons beaucoup de stimulations simples (...). Nous nous adaptons aux patientes et à la physiologie* », explique Charlotte Sonigo. L'induction de l'ovulation apparaît dans cette politique comme une première étape trop souvent négligée dans d'autres lieux. Clémence Roche prend l'exemple d'un centre, dont elle ne souhaite pas que le nom soit mentionné, dont les pratiques sont « *aberrantes (...). Ils ne font pas de stimulations simples. Si la patiente n'ovule pas, ils font des inséminations, et si les inséminations ne marchent pas, ils passent en FIV, pour tout le monde, sans essayer de comprendre* ». Cette attention particulière aux hormones et aux mécanismes de l'ovulation est liée à la formation des pionniers du centre en endocrinologie. De ce fait, ils placent les stimulations ovariennes au sommet de leur échelle de préférence, comme le souligne Michael Grynberg : « *Les endocrinologues sont plus focalisés sur la stimulation* ».

Isabelle Cédric explique aussi la démarche de son équipe par une volonté de s'adapter au modèle de la procréation naturelle. À défaut de pouvoir restaurer ces mécanismes et d'obtenir une grossesse spontanée, ils se contentent seulement de les imiter au mieux : « *Nous sommes intimement convaincus que la nature fait bien mieux les choses que nous, et que ce n'est pas la peine de nous y substituer (...). En tant que médecin, nous ferons forcément moins bien que la nature. C'est pour cette raison que nous essayons de corriger uniquement ce qui nous semble mal fonctionner* ». À l'inverse, « *les médecins qui font systématiquement des inséminations sont convaincus que l'insémination fait mieux que les rapports* »²⁰⁷. Elle insiste sur la place du naturel et de la sexualité, souvent négligée dans la prise en charge.

²⁰⁷ C'est pour cette raison qu'elle a recours au test de Hühner, un test post-coïtal qui permet d'identifier une infertilité dite cervicale en vérifiant le comportement des spermatozoïdes dans la glaire cervicale sécrétée par le col de l'utérus. Certains médecins, comme Aurélie Amar-Hoffet (*et al.*, 2010) pensent que leurs confrères surestiment les résultats de ce test. Elle remarque que « même si les praticiens français sont attachés à ce test

Ensuite, Charlotte Sonigo explique la préférence de la communauté médicale pour l'insémination par une question d'efficacité, et pour ses meilleurs taux de grossesse. Si les médecins de Jean Verdier cherchent en premier lieu à identifier les causes de l'infertilité pour ne pas surmédicaliser les parcours, d'autres souhaitent avant tout répondre rapidement au désir des patients.

Enfin, la décision est influencée par des raisons économiques. Isabelle Cédric met en valeur l'impact possible de la cotation de l'activité sur le choix de l'insémination plutôt que de la stimulation. Certains de ses confrères *« ont tendance à faire des inséminations à tout le monde parce qu'elles sont cotées et génèrent de l'activité d'AMP. Ils font de l'insémination de façon systématique, sur les troubles de l'ovulation par exemple, même s'il n'y a pas d'anomalies de sperme »*. Clémence Roche évoque aussi cette dimension financière comme un des déterminants des politiques médicales. Le recours à l'insémination est une question *« de résultats, de philosophie, de manière de raisonner. Et un peu d'argent aussi »*. Elle compare par exemple la rentabilité de l'insémination face à la stimulation : alors que la première rapporte 60 euros, les stimulations simples sont facturées au prix d'une consultation, soit 23 euros. De plus, les médecins peuvent enchaîner les cycles sans revoir la patiente. Clémence Roche réaffirme l'influence du système de cotation sur les choix des médecins en faveur de l'insémination : *« Beaucoup de centres ne font que des inséminations parce que les stimulations simples ne rapportent pas d'argent »*, ni au médecin ni à la structure.

La spécificité des stratégies médicales choisies par l'équipe de Jean Verdier ne se manifeste pas seulement dans ses usages de la stimulation, mais également dans son recours à l'insémination et à la FIV.

7.2.1.3 L'insémination face à la FIV

Dans une attitude prudente, ces médecins défendent une stratégie progressive, passant par l'insémination avant d'envisager la FIV. Un passage trop rapide à la FIV constitue à leurs yeux une pratique déviante. Cette solution de facilité obéit à une quête de résultat, répond à des contraintes organisationnelles et structurelles, et participe à la médicalisation de l'infertilité. Cette

(qui seul permet d'identifier les infertilités cervicales), il date de 1868 et n'est pas fondé sur l'*evidence based medicine* ». S'il présente des limites, il remplit malgré tout une triple fonction diagnostique, c'est-à-dire de « vérifier le caractère complet du rapport, vérifier la qualité de la glaire et quantifier le nombre de spermatozoïdes présents, et évaluer leur comportement et leur survie dans la glaire » (2010 : 89).

posture se traduit également dans l'activité du centre. Si la part des FIV dans l'activité globale progresse et est supérieure à la moyenne régionale (à 27 % contre 17 %), cette utilisation reste la plus faible que les centres publics étudiés²⁰⁸.

L'insémination : une étape préalable à la FIV

Avant d'initier une FIV ou une ICSI, lorsque ces praticiens ne sont pas sûrs d'améliorer les chances de grossesse, ils préfèrent souvent adopter une attitude attentiste, dans le souci d'éviter une surmédicalisation. Selon Marine Durand, ces médecins regroupent « *Jean-Noël Hugues, Isabelle Cédrin et Christophe Poncelet. Ils ont plus tendance à stopper ou à retarder la prise en charge en FIV-ICSI, pour privilégier au maximum une grossesse spontanée, ou les méthodes les plus douces et les moins contraignantes* ». Ces médecins se situent, nous l'avons vu, dans la « *dynamique de comprendre la situation et ses causes, et vont au bout du diagnostic, quitte à prendre beaucoup de temps pour y arriver* ». Ils privilégient les autres stratégies avant la FIV, qu'ils désignent comme l'« *AMP lourde* ». Le passage au traitement des ovocytes en laboratoire est vécu comme l'échec de la mission médicale à restaurer la fertilité naturelle du patient. Au même titre que la stimulation, la place que ces médecins attribuent à l'insémination est justifiée par une volonté de ne pas se substituer aux mécanismes naturels de la procréation, partant du postulat selon lequel la nature sera toujours plus performante que leurs techniques. La description de Charlotte Dupont représente de manière synthétique le discours général. Même si elle dit ne pas forcément se rendre compte des différences, puisqu'elle a « *trop été élevée* » dans ce centre, il ressort des discussions avec ses collègues que « *nous privilégions les fécondations naturelles, la stimulation et l'insémination, parce que nous pensons que si cela doit marcher naturellement, les chances sont meilleures qu'en FIV* ». La posture des médecins de la première génération de Jean Verdier renvoie à une certaine forme d'humilité vis-à-vis des mécanismes de la fécondation naturelle.

Ce positionnement est corrélé, dans les discours, à une prudence face aux risques qu'induisent les techniques d'AMP, et notamment la FIV/ICSI. Pour la femme, une clinicienne rappelle les dangers de la ponction, qui « *paraît un geste anodin, mais il n'y a pas de petite chirurgie* ». Elle met aussi en avant les risques de cancer de l'ovaire, au-delà de six cycles de

²⁰⁸ Le centre de Sèvres constitue certes une exception à cette affirmation, mais elle s'explique par la place de choix que cette équipe accorde à l'ICSI, diminuant de fait le nombre de FIV.

stimulation pré-FIV par citrate de clomifène. Ces risques sont considérés par le CCNE comme « faibles, mais non nuls (...). Les conséquences à distance des stimulations importantes et répétées de l’ovaire et des périodes d’hyperœstrogénie majeure pour le tissu mammaire sont mal évaluées, en particulier le risque de favoriser l’émergence d’un cancer ne peut être écarté » (2017 :13). Concernant l’enfant, Charlotte Sonigo s’interroge sur sa « *responsabilité face aux enfants que nous faisons naître* » et évoque certaines situations provoquant des mutations génétiques. Clémence Roche évoque ses incertitudes qui l’incitent à la prudence : « *Nous n’avons que 20 ans de recul, nous n’avons pas la deuxième génération. Il faut donc privilégier une fécondance la plus naturelle possible. La FIV, ce n’est pas anodin, l’ICSI encore moins. Nous savons qu’il y a des augmentations des malformations génitales chez les garçons* ». Ce constat est partagé par d’autres médecins, qui estiment que le taux de prématurité et d’hypotrophie fœtale est deux fois supérieur chez les enfants uniques nés après FIV (Patrat et Epelboin, 2011 ; Epelboin, 2014). Certaines études, même si elles restent à confirmer, montrent également une fréquence accrue de maladies génétiques, ce qui laisse penser que la FIV pourrait entraver les mécanismes de régulation épigénétique²⁰⁹. À cela s’ajoute un sur-risque modéré de cancers juvéniles ainsi qu’une augmentation des taux de malformation congénitale du système cardiovasculaire, urogénital ou musculo-squelettique. L’évaluation de la fréquence des malformations congénitales est variable mais, selon les résultats d’une méta-analyse évoquée par Sylvie Epelboin, retenons que la majorité des travaux évoquent un sur-risque de plus de 25 %. D’autres, comme Maryse Bonduelle (2011), estiment que ce risque se situe autour de 30 à 40 %. Cette pédiatre et professeure de génétique explique cette situation par l’influence des facteurs parentaux, qui ont une incidence largement supérieure à celle des techniques médicales²¹⁰.

Malgré ces données, et bien qu’elles soient discutées, Jacques Testart souligne que la communauté médicale a tendance à minimiser les conséquences néfastes de son intervention. Pourtant, cet argument est une motivation centrale dans la volonté des médecins de Jean Verdier d’éviter les techniques les plus invasives. Ce scientifique concède que les praticiens de Jean Verdier « *font de la médecine (...). Quelques personnalités peuvent peut-être résister à la poussée technicienne mais je ne pense pas qu’il y en ait beaucoup* ». Ces médecins incarneraient

²⁰⁹ L’épigénétique désigne les mécanismes qui régissent l’expression des gènes.

²¹⁰ De manière globale, elle ajoute que « si un risque de malformation majeure (...) peut être estimé à 2,5 % chez les nouveau-nés dans la population générale, alors un risque de 3,5 % doit être annoncé chez les enfants ICSI ou FIV » (2011 : 661).

une forme de résistance face à ce mouvement de médicalisation et de technicisation de l'engendrement, en dépit des pressions de rentabilité et de productivité auxquels ils sont soumis.

Les stratégies thérapeutiques sont directement influencées par cette « *philosophie* », comme la qualifie Isabelle Cédric, empreinte d'un mélange de modestie et de fascination face aux mécanismes naturels de la procréation et de méfiance vis-à-vis des risques induits par l'action médicale. Si les médecins de Jean Verdier justifient leurs préférences par un respect des mécanismes naturels de la procréation, comment expliquent-ils l'attitude de leurs confrères dans le choix de l'insémination au détriment de la stimulation simple ?

Un recours trop rapide à la FIV

Une solution de facilité en quête de performance

Le recours rapide à la FIV est conçu par certains comme une solution de facilité. Selon Charlotte Sonigo par exemple, certains centres « *font des FIV parce que c'est plus facile* ». De même, Isabelle Cédric pense que ces stratégies sont parfois des « *FIV de convenance pour le médecin, parce que c'est contraignant de suivre les stimulations* ». François Olivennes évoque également la pression auxquels les cliniciens sont soumis, face à certains patients « *qui pensent que la FIV est une solution miraculeuse pour toutes les causes d'infertilité* ». Jérémie Boujenah ajoute un autre élément d'explication : certains centres font plus de FIV pour répondre à l'urgence du désir de grossesse, mais également « *pour des statistiques* ». Cette évaluation quantitative de l'efficacité médicale et cette recherche de performance influencent la conception de la médecine : ces professionnels « *raisonnent comme des médecins qui ont un objectif de résultats (...). Mais la médecine a un objectif de moyens. Nous ne sommes pas Dieu* ».

Une adaptation à des contraintes

La répartition des techniques est influencée par le secteur d'activité et par les modalités d'organisation du travail. Jacqueline Mandelbaum explique les disparités dans le recours aux différentes techniques « *par les différents types de fonctionnement des activités médicales en France* ». Selon elle, la part importante que représentent les inséminations dans certaines structures libérales est due à la multi-activité des cliniciens. Dans les structures privées, l'exercice

des gynécologues se partage entre la clinique et leur cabinet. Ils envoient leurs patients au laboratoire et réalisent ensuite l'insémination dans leur cabinet. De fait, dans ces centres, l'activité d'insémination est importante.

Parmi les laboratoires qui centralisent les inséminations de gynécologues libéraux, en réalisant uniquement la préparation du sperme, Jacqueline Mandelbaum prend l'exemple du laboratoire Eylau, « *la plaque tournante de très nombreux gynécologues, qui fait 5 000 inséminations* » par an. Ce laboratoire, le plus important de la région en termes d'inséminations, assure l'activité du centre de la Muette. En 2011, ce centre réalise ainsi un tiers des inséminations franciliennes. Alors que les inséminations représentent la moitié des techniques utilisées dans la région, cette clinique y consacre 72 % de son activité. Par voie de conséquence, les parts des FIV et des ICSI y sont nettement moins importantes²¹¹.

Les différents rythmes du passage à la FIV varient en fonction de la maîtrise des différentes techniques par les équipes, mais également des contraintes organisationnelles ou techniques internes au laboratoire. Par exemple, le choix est limité par le nombre de FIV que le centre est capable d'assurer : « *Si la structure ne fonctionne pas au maximum de ses capacités, cela peut inciter à faire des FIV plus facilement* », explique Jacques Testart. Ainsi s'ajoutent des préoccupations « *commerciales* ». Il explique le passage rapide à la FIV par une motivation financière : « *C'est plus lucratif (...). Les gens payent pour la ponction d'ovocytes et pour le transfert d'embryons* ».

Pour expliquer la « *dérive* » que représente l'utilisation précoce de la FIV, Christophe Poncelet envisage les hypothèses évoquées par ses deux confrères. Ces conduites déviantes peuvent être le résultat d'un choix par défaut lié à l'incompétence du praticien, ayant de mauvais résultats en insémination. L'origine de cette déviance – « *la raison cachée* » –, peut aussi être « *mercantile* ». Mais Christophe Poncelet rejette vivement cette attitude. Il ne dément pas l'existence d'une contrainte financière, mais affirme ne pas y accorder d'importance dans ses choix quotidiens : « *J'ai un souci de rentabilité, pour maintenir la structure, mais intrinsèquement, je m'en soucie peu* ». Il précise que « *je ne gagne pas plus d'argent si je fais une FIV* ». Le souhait des médecins de Jean Verdier de pratiquer une bonne médecine est, à ses yeux,

²¹¹ En 2011, la FIV et l'ICSI représentent 11 et 12 % de l'activité, contre 18 et 30 % au niveau régional. En 2013, le rapport de l'ABM n'enregistre plus d'inséminations pour ce centre. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette activité a été incluse, dans son comptage par l'ABM, dans celle des laboratoires Eylau et Drouot. Le nombre de FIV est en diminution.

incompatible avec une priorité de rentabilité : « *Tu ne fais pas de la médecine pour gagner de l'argent, mais parce que tu as des indications médicales* ». Christophe Poncelet estime qu'opter pour la FIV dans une optique de rentabilité est une attitude « *malhonnête* » et contraire à la déontologie.

Pour Jacques Testart, ces enjeux financiers alimentent la tendance à la surmédicalisation. Les professionnels doivent « faire tourner des boutiques qui coûtent très cher en investissement, que ce soit dans le privé ou dans le public (...). C'est aussi pour cette raison que des gens qui n'ont pas forcément besoin de FIV sont quand même acceptés, cela permet d'amortir les frais »²¹².

Une tendance globale à la surmédicalisation

Les médecins qui défendent l'importance de l'insémination considèrent que leurs confrères médicalisent souvent inutilement les parcours de soins. L'utilisation de la FIV est considérée comme une pratique déviante si le choix de la technique ne correspond pas à l'indication initiale ou si la solution est démesurée par rapport aux besoins ou à son efficacité.

Il y a 25 ans, Jacques Testart identifiait déjà une tendance à la surmédicalisation : « La fivète accepte presque tous ceux qu'elle est capable de traiter plutôt que, parmi eux, ceux seulement qui ne peuvent être traités par d'autres moyens » (1990 : 19). Pour lui, les spécialistes médicalisent « à outrance » et l'intervention médicale est souvent injustifiée : « Bien des causes d'infertilité relèvent un peu vite de la fivète, alors que des traitements médicaux plus légers seraient susceptibles d'entraîner la grossesse (...), ou que de simples changements de vie pourraient débloquent certaines situations » (2014 : 58).

Clémence Roche déplore aussi cet excès de médicalisation : « *Nous surmédicalisons, en faisant des FIV à tout le monde également* ». Elle prend l'exemple d'un centre, où « *comme ils font des FIV à tout le monde, elles sont forcément enceintes. L'objectif est atteint, mais cette attitude ne me convient pas* ». L'important est surtout de ne pas trop médicaliser les parcours en respectant les mécanismes naturels de la procréation : « *Les taux en FIV sont meilleurs qu'en insémination, mais elle aurait pu être enceinte de manière plus naturelle en insémination* ».

²¹² <http://www.franceculture.fr/emission-la-grande-table-2eme-partie-assiste-t-on-a-une-revolution-dans-la-procreation-2014-03-19> consulté le 1-10-14.

Lorsque les patientes ne sont pas réellement infertiles, ou qu'elles souffrent seulement de troubles de l'ovulation, l'usage de la FIV est conçu comme une médicalisation abusive qui invalide l'intervention du médecin. Charlotte Dupont remarque que ce sont « *des traitements lourds, qui prennent du temps et occupent une place importante dans la vie des gens. Si la FIV n'est pas nécessaire, elle n'a pas d'intérêt* ».

De plus, le passage à la FIV doit être justifié par un diagnostic complet. Jean-Noël Hugues pense que nous faisons « *deux fois trop de FIV en France* ». Il s'érige contre ce qu'il appelle « *la dictature des AMPistes* ». Il dénonce la posture consistant à faire peu d'inséminations et à passer rapidement en FIV sans avoir vérifié l'ovulation, ni la perméabilité des trompes : « *La FIV est utilisée comme un outil, sans discernement (...). Certains ne cherchent même pas à savoir si la femme ovule, ils vérifient le spermogramme, regardent rapidement les trompes mais ne font jamais de coelioscopie. Ils font deux inséminations et si elles ne marchent pas, ils passent en FIV* ». Ce passage systématique à la FIV renvoie selon lui à une médicalisation excessive, rendue possible par l'absence de contrôle par les autorités sanitaires, qui « *vérifient les aspects techniques ou les formations, mais pas les indications* ». Jean-Noël Hugues prend l'exemple d'une femme qui a eu de faux jumeaux après un transfert d'un embryon congelé dans un autre centre. Cette grossesse gémellaire prouve l'existence de l'ovulation et délégitime le recours au traitement *ex vivo* des gamètes : « *Cela signifie qu'elle a ovulé. Elle a conçu par elle-même en même temps que le transfert d'embryon ! Tout le monde sait que les stratégies sont borderline* ». Plutôt que de médicaliser à outrance, il plaide pour la mise en place d'une vraie politique de santé publique.

Jean-Noël Hugues n'est pas le seul à signaler un recours excessif à la FIV. Une radiologue pense, elle aussi, que beaucoup de FIV sont inutiles et constituent un choix par défaut, n'ayant « *rien de mieux* » à proposer aux couples. Elle souligne l'importance d'établir un diagnostic complet avant d'initier une technique d'AMP et déplore que le rôle diagnostique de la radiologie soit trop souvent négligé. Un recours plus systématique aux examens radiologiques en amont de la prise en charge permettrait d'éviter un recours trop rapide, voire inutile, à la FIV : « *Beaucoup de médecins vont directement en FIV alors que ce n'était pas forcément nécessaire* ».

Pierre Jouannet, qui partage cette lecture, resitue ce processus de surmédicalisation dans une tendance sociétale globale. D'abord, il pondère les usages de la FIV des médecins français en les comparant à d'autres pays. Ils font plus de FIV qu'aux États-Unis, « *un pays qui médicalise*

beaucoup », mais moins qu'en Belgique, au Danemark ou en Israël. Pour autant, Pierre Jouannet juge que « *beaucoup d'actes sont inutiles* ». Il souligne « une certaine dérive de la médicalisation de la procréation humaine, qui est quelque fois excessive. Je ne suis pas sûr que nous fassions toujours tous les efforts nécessaires pour restaurer une procréation naturelle qui fonctionne mal et éviter le recours à la médecine »²¹³. Il évoque un article scientifique qui démontre « *un excès de FIV dans des circonstances où elles ne devraient pas être faites, ce qui commence à poser des problèmes de santé publique* ». Pour lui, cette tendance à l'utilisation systématique de la FIV s'inscrit dans un « *contexte de médicalisation parfois excessive, sinon abusive* », qui se déploie de manière plus globale, à l'échelle sociétale.

François Olivennes reconnaît cette tendance à la surmédicalisation, mais sa position générale sur le recours à la FIV est partagée : « *Il y a peut-être des médecins qui font des FIV à tout le monde, mais ce n'est pas aussi simple de considérer que faire une FIV est un mauvais choix* ». S'il confirme certains usages déviants de la FIV, n'étant pas toujours justifiés médicalement, ils concernent principalement l'acharnement thérapeutique auquel se livrent certains confrères, « *qui continuent de faire des FIV à des couples dont la situation est très dégradée* ». Cet acharnement représente une autre facette de la surmédicalisation et soulève la question de l'arrêt du parcours, que nous traiterons au terme de notre réflexion.

7.2.1.4 Une préférence partagée par les professionnels de Jean Villar

Les stratégies thérapeutiques des médecins de Jean Villar présentent des similitudes avec celles de Jean Verdier, qui s'illustrent notamment dans la répartition de l'activité.

Xénia Lechat revendique une activité hors AMP importante, car dit-elle, « *nous faisons de la médecine de la reproduction* ». Les médecins de ce centre montrent également une préférence pour les inséminations, qui représentent 45 % de l'activité d'AMP globale, contre 35 % dans le CHU voisin. La part des FIV est de 22 % (ABM, 2013e, 2015b).

Dans la politique de centre, le nombre d'inséminations est fixé à trois avant de basculer en FIV. Cette règle a ses exceptions, et notamment les indications ovulatoires chez les femmes jeunes. Xénia Lechat défend l'importance de cette stratégie préalable à la FIV, car elle permet à un quart des femmes suivies en inséminations d'avoir un enfant. Comme les médecins proposent « *en moyenne trois inséminations, en trois mois, 30 % des patientes n'auront pas besoin de FIV* ».

²¹³ <http://www.youtube.com/watch?v=9tsf2bD9nE> consulté de 23-09-14.

Nous avons fait perdre trois mois aux autres, mais elles ont six mois d'attente pour avoir un rendez-vous ailleurs ». Les pertes de chances liées au choix d'une technique moins efficace mais « *plus naturelle* » sont donc compensées par la rapidité l'accès à la consultation et du changement de stratégie médicale en cas d'échec.

Xénia Lechat ne partage pas l'idée selon laquelle les médecins français iraient trop rapidement à la FIV et souligne que la politique de santé publique permet un recours à l'insémination plus fréquent que dans d'autres pays : « *Nous sommes libres de choisir, et nous ne sommes pas freiné par le système de remboursement* ». Les médecins français ne sont pas contraints par l'obligation d'une efficacité optimale aux dépens des risques liés à la médicalisation. De plus, elle souligne que le degré de médicalisation de la technique n'est pas la principale préoccupation des patients, qui souhaitent avant tout avoir un enfant le plus rapidement possible.

Les questions d'efficacité, de coût et de médicalisation de la procréation s'intègrent dans le système de valeurs du professionnel. Sixte Blanchy explique les préférences thérapeutiques par la vision du monde entretenue par les acteurs : « *Par philosophie, beaucoup de gens n'ont pas envie de médicaliser la procréation. L'insémination artificielle est peu médicalisée* ». Un radiologue met en avant le caractère « *politico-religieux* » des décisions en matière de traitement et leur portée « *philosophique* ». C'est le seul praticien à avoir spontanément évoqué l'influence des convictions religieuses sur le choix de la technique. Il s'explique : « *Les gens très catholiques ne veulent pas faire de FIV* ». Ces derniers préfèrent par exemple la chirurgie et « *ont tendance à opérer les endométrioses jusqu'au dernier degré* ». Ce radiologue met ainsi en relief l'« *arrière fond idéologique* » de ces prises de positions.

Essayons à présent de comprendre comment les médecins qui privilégient la FIV expliquent cette préférence.

7.2.2 La nouvelle politique du centre de Jean Verdier : vers une médicalisation plus rapide

Les changements dans la politique médicale de Jean Verdier passent notamment par l'augmentation de l'activité, un réaménagement du temps de travail, un recrutement des patientes présentant des troubles de l'ovulation mineurs plus restrictif et par une utilisation plus limitée de l'insémination, au profit de la FIV.

7.2.2.1 *Une réorganisation du temps de travail*

Michael Grynberg a modifié la répartition de l'activité sur la semaine. Les déclenchements de l'ovulation sont plus concentrés en fin de semaine et le samedi devient un jour travaillé.

Cette décision est décrite comme une « *vraie stratégie* » par Isabelle Cédric, qui résulte de plusieurs préoccupations. Ce choix vise à diminuer les contraintes liées à l'augmentation de l'activité. Il est aussi relatif à l'oncofertilité, car cette configuration augmente la probabilité de traiter les gamètes le samedi. Il résulte d'une volonté d'augmenter la qualité et les capacités de prise en charge, dans un souci de performance et d'efficacité. L'un des arguments était de limiter l'impact de l'organisation du travail sur les résultats. En effet, décaler le déclenchement peut diminuer les chances de réussite : « *Quand vous êtes seul et que vous ne travaillez pas le week-end, c'est une perte de chances pour le couple* », explique René Frydman. À Jean Verdier, les capacités de travail le samedi sont limitées. En effet, les médecins ne peuvent pas programmer de ponction ou de prélèvement sous anesthésie générale car les blocs opératoires fonctionnent seulement pour les urgences. Le manque d'effectif initial a complexifié l'absorption, par le laboratoire, de cette augmentation de l'activité le samedi.

Michael Grynberg se défend avec humour d'avoir « *une passion pour le travail le week-end* ». Il manifeste ainsi faire passer les préoccupations médicales avant son intérêt personnel. Les centres établissent des critères de déclenchement de l'ovulation pour planifier la ponction. Or, le problème, c'est que « *si nous arrêtons de travailler pendant deux jours, nous sortons de ces critères, en avançant les ponctions le vendredi, ou en les ajournant au lundi* ». Michael Grynberg s'interroge sur la validité de ces indicateurs s'ils ne sont pas respectés : « *Pourquoi mettre des critères, si nous ne les appliquons pas le week-end ?* ». Il justifie principalement son choix par une volonté d'efficacité.

7.2.2.2 *Une diminution des indications ovulatoires*

Avec l'augmentation globale de l'activité, les médecins sont obligés de faire des choix. Ceux-ci se concrétisent par une diminution de « *l'activité hors FIV, parce que nous ne pourrions pas continuer à assurer à ce rythme là* », explique Isabelle Cédric. Ils se traduisent notamment par une diminution des stimulations pour les troubles de l'ovulation. Par exemple, les

dysoovulations causées par le vieillissement ovarien font particulièrement les frais de cette réorganisation. Seules les vraies indications ovulatoires sont passées entre les mailles du filet : « *Nous n'avons gardé que les anovulations* », observe Isabelle Cédric. Cette réorientation des indications s'accompagne d'une diminution des inséminations. Michael Grynberg assure que les patientes présentant des troubles de l'ovulation sont aussi nombreuses, mais explique que « *nous les gérons différemment* », c'est-à-dire que ces couples sont dirigés plus rapidement vers la FIV.

Cette nouvelle répartition n'est qu'en partie liée à l'oncofertilité et à l'augmentation globale de l'activité. Isabelle Cédric insiste sur le fait que ce changement est le fruit d'une décision initiée par le nouveau chef de service : « *Ce n'est pas à cause de l'oncofertilité, c'est un choix, une politique de prise en charge, décidée sciemment en conseil de centre* ». Cette répartition de l'activité, qui s'opère au détriment des procédés les moins médicalisés, touche directement à la culture de centre entretenue jusqu'à présent et modifie son identité : « *Nous allons nous rapprocher des autres centres, clairement* », concède-t-elle.

7.2.2.3 Un passage plus rapide à la FIV

Parmi les principaux changements initiés à Jean Verdier depuis le départ de son fondateur, l'accélération du passage à la FIV est notable. Si ce phénomène dépend de la volonté du nouveau responsable du centre, il faut le resituer dans l'évolution globale de ce champ médical. Le désir d'immédiateté des acteurs, auquel s'ajoutent des contraintes d'efficacité et de rentabilité, incitent les nouvelles générations de professionnels à recourir rapidement aux procédés les plus médicalisés. Cette gestion de l'infertilité participe à la biopolitique identifiée par Michel Foucault, et s'intègre dans l'organisation croissante du vivant, par l'« administration des corps et la gestion calculatrice de la vie » (2014 [1976] : 183-184).

Jean-Noël Hugues considère cette accélération comme une tendance « *lourde* » dans ce domaine. Pour Isabelle Cédric, la volonté d'« *aller plus vite vers des thérapeutiques plus lourdes* » est compréhensible, dans le sens où elle s'adapte au désir des couples. Ce mouvement, initié dès la première période de l'enquête, s'est renforcé avec le nouveau dirigeant. Les médecins avaient déjà pris la décision de rediscuter les dossiers à partir de deux inséminations au lieu de quatre auparavant, pour s'interroger sur la pertinence du recours à la FIV. Clémence Roche explique ce choix par des raisons d'efficacité et de rapidité : « *C'est en FIV que les taux de grossesse sont les meilleurs. Depuis quelques mois, nous avons pris l'option de faire un peu*

moins d'inséminations et de passer plus vite en FIV, pour une certaine catégorie de patientes. Nous perdons moins de temps ».

Les conséquences de cette décision s'observent dans les chiffres fournis par le centre à l'ABM. La tendance à l'augmentation globale de l'activité s'accompagne de changements dans sa répartition. Entre 2010 et 2014, les inséminations baissent de 35 % et les FIV augmentent de 20 %. Michael Grynberg explique sa décision. Quatre mois après son arrivée, il confie sa vision de la temporalité du passage à la FIV de ses prédécesseurs : *« Ils se situent dans des démarches que je trouve très attentistes. Ils commencent par des choses simples, ont fréquemment recours à la chirurgie et vont vers la FIV très tard. Ils appellent d'ailleurs la FIV l'“AMP lourde” »*. Michael Grynberg pense que, dans la conception véhiculée par Jean-Noël Hugues et Isabelle Cédric, le passage en FIV représente *« un premier échec »*²¹⁴. Le recours à la FIV constitue l'ultime étape en cas d'échec des autres stratégies, comme s'ils avaient *« besoin de se dire : “nous avons encore quelque chose derrière pour avancer” »*, postule Michael Grynberg. Mais il ne partage pas cette conception *« graduelle »* des différentes techniques, puisque dit-il, *« c'est la FIV qui marche le mieux »*. Il estime que cette réponse consistant à n'utiliser la FIV qu'en dernier recours, induite par une hiérarchisation des techniques, est *« un manque de discernement par rapport aux attentes des couples »*.

Un an plus tard, Michael Grynberg revient sur ces changements : *« Nous avons modifié nos pratiques pour aller plus volontiers à la FIV de première intention »*, voire *« quasiment directement »*. Il précise que cette stratégie s'appuie sur certains critères, et n'est pas appliquée de manière *« systématique »* mais adaptée aux particularités de chaque situation, se distinguant ainsi d'une médecine automatisée et régie par des protocoles. L'évolution des mentalités impulsée par Michael Grynberg se concrétise par un changement de vocabulaire : *« Plus personne n'utilise le terme d'AMP lourde pour parler de FIV »*.

La perspective de Michael Grynberg est soutenue par le second groupe de médecins identifié par Marine Durand : *« Michael Grynberg, les deux chefs de clinique et moi-même, sommes plus dans la stratégie de passer rapidement en FIV-ICSI, sans forcément aller au bout du diagnostic, se donner six mois de chances de grossesse naturelle supplémentaire, ou faire une intervention chirurgicale en cœlioscopie »*. Marine Durand explique cette volonté de répondre

²¹⁴ C'est en tout cas la manière dont le formule Pierre Jouannet, pour lequel le passage à l'AMP est le signe de *« l'échec de notre incapacité médicale à soigner l'infertilité, et à permettre aux couples de procréer naturellement »*, <http://www.youtube.com/watch?v=9tsf2bD9nE>, consulté de 23-09-14.

rapidement à la demande des couples par l'effet conjoint de la formation et de la génération des praticiens : « *Nous sommes de la génération où la FIV-ICSI marche, alors pourquoi ne pas l'utiliser ? L'ancienne génération a connu les débuts de la FIV. Peut-être ont-ils été habitués à essayer de comprendre ce qu'il se passe avant, parce qu'initialement, la FIV ne répondait pas à leurs attentes* ».

Héloïse Gronier défend également cette politique. Elle se dit « *contente de voir ce qu'il reste de la philosophie* » entretenue par Jean-Noël Hugues et Isabelle Cédric, dont elle met en avant les compétences et les « *connaissances sur la stimulation hors FIV* ». Mais elle partage la vision de Michael Grynberg, et notamment sa volonté de recourir à la FIV en première intention. Pour Héloïse Gronier, les parcours de soins sont « *plus souvent trop longs que trop rapides* », estimant que les couples attendent en moyenne une année et demie avant de se tourner vers la médecine. La question de la médicalisation lui paraît secondaire par rapport aux attentes des couples. Elle concède que « *si nous attendions, ils auraient sûrement leur grossesse spontanée dans 10 ans, mais cette attitude thérapeutique ne me convient pas du tout* ».

La stratégie de Michael Grynberg est également partagée par d'autres équipes hospitalières de la région parisienne.

7.2.2.4 Les centres qui partagent cette préférence

Les centres de Tenon, de Cochin, de Sèvres et de Bécclère consacrent une faible part de leur activité à l'insémination. Cependant, les préférences des trois premiers s'orientent vers l'ICSI, et vers la FIV pour le dernier.

Le centre de Tenon

Ces professionnels montrent une nette préférence pour la FIV et pour l'ICSI, au détriment de l'insémination. Les évolutions entre 2011 et 2013 montrent un renforcement de cette tendance. Les médecins de cet hôpital réalisent proportionnellement trois fois moins d'inséminations que leurs confrères franciliens. À l'inverse, la part dans l'activité des FIV y est deux fois plus importante qu'en Île-de-France.

Jacqueline Mandelbaum rapporte les raisons de cette faible utilisation de l'insémination. Outre les chances de succès estimées, ces stratégies thérapeutiques dépendent de l'organisation du travail. À Tenon, il se différencie par un système à double entrée : « *Pour les inséminations,*

nous proposons deux alternatives aux patients : entrer dans le circuit de Tenon ou recourir à notre réseau de gynécologues libéraux, pour revenir à Tenon seulement si les inséminations ont échoué. C'est une politique de centre différente », explique Jacqueline Mandelbaum. Si certains centres vont jusqu'à six inséminations, « *beaucoup considèrent, qu'à partir de quatre inséminations, il y a un autre problème* ». La politique du centre consiste alors à passer en FIV pour ne pas faire perdre du temps aux couples. Même si l'insémination est un procédé plus « léger » pour la femme, elle « *nécessite quasiment le même investissement en temps que la FIV, en particulier pour les cliniciens* », et sollicite beaucoup de personnel, pour un gain financier moindre : « *Le remboursement pour le centre est infiniment moins important, surtout pour un centre hospitalier* ». Alors, dans ce type de structure, « *nous avons plus intérêt à nous centrer sur les AMP les plus lourdes, qui permettent d'avoir un bon rapport entre les activités et leur remboursement* ».

Ainsi, comme l'explique Jacqueline Mandelbaum, les politiques de centre en matière d'insémination et de FIV sont influencées par l'organisation de l'activité, par le système de remboursement et par le secteur d'activité de l'établissement.

Le centre de Cochin

Comme à Tenon, ces médecins réalisent très peu d'inséminations. Leur préférence pour la FIV est justifiée par une meilleure efficacité. Ils sont souvent amenés « à ne pas entreprendre les cycles de stimulation-insémination dont l'efficacité n'est pas plus grande que la recherche d'une grossesse naturelle à domicile »²¹⁵.

Entre 2011 et 2013, l'augmentation de l'activité s'accompagne d'une légère baisse du nombre d'inséminations. La proportion d'inséminations dans l'activité globale passe de 20 % à 12 %, ce qui est quatre fois inférieur à la moyenne régionale. Cette part est la plus faible des centres de la région. Cette diminution se réalise au profit des FIV et des ICSI. La part des FIV, passant de 26 % à 34 %, devient quasiment deux fois plus élevée que la moyenne régionale.

²¹⁵ « La prise en charge globale de l'infertilité », article rédigé par Dominique De Ziegler, Charles Chapron, Vanessa Gayet et Pietro Santulli, <http://www.gynecochin.com>, consulté le 23-10-14.

Le centre de Sèvres

La stabilité de l'activité et de sa répartition entre 2011 et 2013 est remarquable. Celle-ci témoigne d'une politique de centre forte et pérenne, définie par des indicateurs précis. La part des inséminations dans l'activité globale est deux fois plus faible qu'en région. La part des FIV est identique à la moyenne.

Le centre d'Antoine Béclère

Ce centre consacre lui aussi une place marginale à l'insémination. Renato Fanchin explique que la stratégie est de proposer trois inséminations avant de passer en FIV²¹⁶. L'équipe d'Antoine Béclère préfère également la FIV à l'ICSI. Entre 2011 et 2013, la tendance de cette équipe à la faible utilisation de l'insémination au profit de la FIV se renforce. La part des inséminations, déjà faible, diminue presque de moitié, pour atteindre 20 % de l'activité totale contre 51 % en région. La part des FIV augmente à 42 %, et devient deux fois supérieure à la moyenne régionale.

Xénia Lechat résume les facteurs guidant le choix de la meilleure conduite à tenir. Le médecin doit « *faire la somme entre le patient, sa stratégie, ses demandes, les outils dont nous disposons dans le centre et notre propre expérience* ».

7.2.3 Le cycle naturel : une alternative à la FIV classique ?

La FIV en cycle naturel vise à recueillir l'unique ovocyte qui se développe mensuellement. L'ovulation est dite naturelle car elle n'est pas stimulée par des hormones. Utilisée dans les débuts de l'AMP, son usage est actuellement très limité.

À Antoine Béclère, René Frydman et Jacques Testart (1986) ont initialement fait le choix du cycle naturel. Comme l'explique ce dernier, ils ont suivi l'exemple de leurs confrères britanniques, qui « avaient cessé de stimuler l'ovulation des patientes avec des hormones, ces traitements étant considérés comme responsables des échecs antérieurs. Cette hypothèse fut contredite quelques années plus tard, mais notre modeste équipe y fut sensible et nous décidâmes

²¹⁶ <http://www.aphp.fr/hopital/antoine-beclere/services/> consulté le 23-10-14.

de ne plus intervenir qu'à l'occasion de cycles spontanés ». Si cette réorientation a probablement freiné la réussite du projet, cette étape représente pour Jacques Testart « la partie la plus riche du travail de recherche ». Mais ne pouvant pas prévoir le moment de l'ovulation, les médecins devaient être disponibles à tout moment, ce qui « aggrava sensiblement les servitudes de l'équipe » (1986 : 59). Jacqueline Mandelbaum souligne aussi ces contraintes qui « rendaient notre vie imprévisible (...). Chaque fin d'après-midi était marquée par l'attente du résultat des dosages qui décidait si le programme de la soirée pouvait se dérouler normalement » (2011b : 68). L'impossibilité d'anticiper l'ovulation a contribué au changement de stratégie des médecins, qui ont rapidement commencé à stimuler les femmes. L'appellation « cycle naturel » est aujourd'hui abusive. L'expression, utilisée par les acteurs, de cycle naturel modifié, est plus appropriée, car si l'ovulation n'est pas stimulée, elle est monitorée et des hormones sont administrées. Les médecins utilisent également le terme de cycle spontané, mais il entretient la même ambiguïté que celui de cycle naturel.

Les tentatives sans stimulation sont actuellement très marginales : elles représentent moins de 1 % des FIV et ont permis la naissance de 34 enfants. Cependant, elles font partie du panel de l'offre de soins dans un quart des centres français. Les médecins y ont surtout recours quand l'hyperstimulation est inefficace ou dangereuse. Si l'obtention d'un ovocyte ne peut être garantie, celle d'un embryon est encore plus incertaine. Chez les femmes de plus de 38 ans, ce procédé laisse, après la ponction, moins d'une chance sur deux au praticien d'aller jusqu'au transfert d'embryon. Ce transfert offre une bonne probabilité d'accoucher, de 24 % en FIV et 17 % en ICSI (ABM, 2010).

Les centres étudiés ont très rarement recours aux FIV en cycle naturel. À Jean Verdier, cette technique est utilisée dans des indications très limitées. Isabelle Cédric prend l'exemple d'une patiente qui « *avait eu trois enfants, deux grossesses extra-utérines, une grossesse triple naturellement* ». Cette femme étant visiblement fertile, Isabelle Cédric opte pour cette technique et obtient un ovocyte, un embryon et une naissance. Ces médecins peuvent proposer du cycle naturel modifié face à l'inefficacité du traitement hormonal, « *quand la stimulation ne permet pas d'obtenir un nombre d'ovocytes satisfaisant, essentiellement chez des patientes jeunes avec une diminution de la réserve ovarienne* ». La place des FIV en cycle naturel dans ce centre est subsidiaire mais plus importante que dans la moyenne des centres, puisque ce procédé est utilisé

en 2014, dans 4 % des ponctions réalisées avec les gamètes du couple²¹⁷. Cette part est en augmentation, puisqu'entre 2010 et 2014, le nombre de cycles débutés a été multiplié par trois, et le nombre de ponctions par six. Cette croissance est probablement liée à l'introduction de l'oncofertilité.

La principale critique visant ce procédé concerne sa faible efficacité. Elle est portée par de nombreux spécialistes, comme Jacqueline Mandelbaum, qui estime que le cycle naturel « *ne marche pas (...). Les résultats sont beaucoup moins bons* ». Ceci explique à ses yeux la place marginale qu'elle occupe et le nombre « *extrêmement minime* » de tentatives. Un rapport de l'ABM établit le même constat et la dépeint comme « peu efficace » et « souvent proposée comme alternative à l'arrêt de la prise en charge » (2010).

Mais certains ne partagent pas ce point de vue. Issac-Jacques Kadoch (2011), par exemple, défend un élargissement de son utilisation et une utilisation routinière. La FIV en cycle naturel modifié, appelée aussi la FIVn, permet la « sélection naturelle de l'ovocyte dominant ». Peu invasive, elle n'entraîne ni effet secondaire, ni risque d'hyperstimulation. Ses coûts sont plus limités. Le taux de grossesse par cycle initié est faible, mais l'ovocyte est de bonne qualité et présente un fort potentiel implantatoire. L'auteur insiste sur les taux en cycles cumulés, qui « après trois tentatives rejoignent ceux retrouvés après un cycle de FIVs »²¹⁸ (2011 : 474 et 480). Compte tenu des effets potentiellement négatifs de la stimulation ovarienne sur l'endomètre et sur les capacités d'implantation de l'embryon, René Frydman préconise, « pour les femmes présentant un échec d'implantation (...) de procéder sans stimulation ovarienne, en suivant le cycle naturel. Il n'y a pas beaucoup d'embryons, mais ils s'implantent à 30 %, ce qui est un bon résultat »²¹⁹. Pour Jacques Testart, ce procédé pourrait être étendu à la moitié des tentatives, « même si une certaine baisse du “rendement” des interventions est à prévoir dans ces conditions. L'efficacité immédiate de tel ou tel acte biomédical ne peut suffire seule à sa justification comme thérapeutique la mieux adaptée, au mépris d'autres paramètres de la décision » (1990 : 18).

Malgré les atouts que nous venons de citer, les professionnels ont recours de manière quasiment systématique à l'hyperstimulation hormonale. Carine Pessah resitue cette pratique dans son contexte. L'optique initiale des professionnels était « *d'obtenir un maximum d'ovocytes*.

²¹⁷ Les quarante-cinq cycles entamés ont donné lieu à dix accouchements.

²¹⁸ Les FIVs correspondent aux FIV en cycle stimulé.

²¹⁹ <http://www.larecherche.fr/savoirs/entretien/rene-frydman-il-faut-mieux-evaluer-fecondation-in-vitro-01-06-2008-76704> consulté le 15-03-14.

Les gynécologues stimulaient énormément les femmes, et c'est encore le cas, avec des doses d'hormones vraiment très importantes ». Mais contrairement à l'interprétation de Pierre Jouannet, qui pense que la FIVn « *n'est pas la mode* », Carine Pessah estime que cette stratégie est en développement : « *La "mode" en ce moment, c'est de revenir à des choses peut-être plus naturelles* ». Un possible retour vers une médicalisation plus légère, laissant une place plus importante à l'ovulation spontanée, est également un scénario envisagé par Jacqueline Mandelbaum : « Difficile de prévoir de quoi demain sera fait. Peut-être retournera-t-on vers une démarche plus naturelle, adaptée aux préoccupations de la société moderne, mais en ayant trouvé les moyens d'en accroître l'efficacité » (2011b : 70).

Mais le développement des cycles naturels se heurte à la configuration du système de remboursement, comme l'observe René Frydman : « *Si le cycle naturel était remboursé différemment, il se pratiquerait beaucoup plus* ». Pour favoriser le développement de cette stratégie, Issac-Jacques Kadoch préconise de rembourser trois ou quatre FIV en cycle naturel pour une FIV stimulée.

L'expansion des cycles peu stimulés est surtout freinée par les contraintes techniques qu'ils imposent. Les FIVn nécessitent une surveillance quotidienne pour recueillir au bon moment l'unique ovocyte. Elles entraînent un taux d'annulation important, notamment à cause des ponctions sans recueil, appelées aussi les ponctions blanches. Jacques Testart rappelle que ce procédé est un « *créneau difficile* ». Il est très exigeant, notamment pour les gynécologues : « *Cela demande une réflexion, une culture physiologique, une attention quotidienne pendant quelques jours, et de suivre un cycle sans intervenir (...). C'est plus prenant. C'est plutôt du travail de médecine générale que de médecine de pointe en gynécologie* ». Pierre Jouannet partage la même hypothèse. Alors que « *des études ont montré que les ovocytes étaient moins nombreux mais de meilleure qualité, et que les résultats étaient meilleurs* », il explique le délaissement des cycles naturels à la fois par la surcharge de travail qu'ils impliquent et par leur complexité : « *C'est plus facile d'être très interventionniste que de s'adapter* ». Pierre Jouannet rapporte également la faible expansion des cycles naturels à des causes financières, cette stratégie étant moins rentable que les autres.

Alors que ce procédé assure des ovocytes certes moins nombreux mais de bonne qualité, et semble favoriser les chances d'implantation de l'embryon, son utilisation est principalement

freinée par l'impératif d'efficacité. De surcroît, cette technique exige une grande disponibilité des couples et des professionnels. Sa faible rentabilité ainsi qu'un système de remboursement inadapté nuisent également à son développement.

7.2.4 Les couples non conventionnels : des stratégies progressives

Examinons le choix des médecins entre l'insémination ou la FIV lorsqu'ils sont face à des couples atypiques, tels que ceux qui ne vivent pas ensemble, qui sont considérés comme « illégitimes » ou qui n'ont pas de rapports sexuels, autant de situation décrites dans notre seconde partie²²⁰.

7.2.4.1 *Les couples non cohabitants ou en situation d'éloignement*

Lorsque les professionnels reçoivent des demandes de couples qui ne vivent pas ensemble, ou dont les partenaires sont éloignés géographiquement, la décision est souvent prise au cas par cas. Les exemples suivants montrent que les spécialistes ne cautionnent pas toujours ces demandes mais refusent d'utiliser cette donnée comme un critère décisionnel en l'absence d'argument médical. Dans ce cas, ils peuvent choisir de limiter leur intervention ou de conditionner un changement de stratégie médicale à la réunion physique des partenaires.

D'abord, l'importance de la cohabitation dans la décision varie selon l'urgence de la situation : « *Il y a des stratégies par centre, où plus le couple est âgé, moins les médecins leur demandent d'attendre, pour ne pas induire de perte de chances* », explique Sixte Blanchy. L'abstention thérapeutique, qui s'inscrit dans un souci d'éviter une médicalisation inutile, ne doit pas avoir un impact négatif sur les chances de grossesse. Isabelle Cédric expose ce dilemme : « *Nous essayons à la fois de ne pas faire de choses inutiles et en même temps de ne pas pénaliser le couple* ».

Le premier exemple est issu d'un staff de Jean Verdier. Il concerne le cas d'une femme souffrant de trouble de l'ovulation et du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). À cause de l'éloignement du couple géographique pour des raisons professionnelles, les médecins choisissent de faire des inséminations. Mais Jean-Noël Hugues revient *a posteriori* sur cette décision,

²²⁰ Ces questions ont, faute de temps, essentiellement été abordées avec les professionnels du centre de Jean Verdier.

affirmant que « *les inséminations pour des raisons de convenance ne nous conviennent pas* ». L'expression d'« inséminations de convenance » renvoie aux situations où « *il n'y a pas d'indication, mais nous la faisons pour favoriser le quotidien du patient* », explique Charlotte Dupont. Cependant, même si ce type d'intervention relève d'une forme de confort, Jean-Noël Hugues souligne l'impuissance du couple à changer la situation : « *Quelle est la solution ? Changer de métier ? Changer de femme ?* ». Les médecins décident donc de faire une dernière insémination, en utilisant toutes les paillettes de sperme et de prévenir les patients qu'ils attendront ensuite le retour de l'homme auprès de sa compagne. Ils mettent ainsi un terme à une situation qu'ils ne cautionnent plus.

François Olivennes préfère également avoir recours aux techniques les moins intrusives. Pour lui, ces situations relèvent d'un « problème de mode de vie » et l'AMP « n'a pas pour vocation de se substituer à la sexualité ». Alors, « en l'absence de pathologie, il n'y a pas lieu de médicaliser la conception, il faut d'abord envisager la solution la plus simple, la plus évidente, la plus naturelle » (2008 : 70, 80 et 83). Il préfère une intervention minimale et préconise des rapports sexuels ciblés. La balance des bénéfices et des risques fait intervenir un ensemble d'arguments ; la vie commune en fait partie mais son importance est relative au contexte de l'infertilité, à l'âge des patients et à la manière dont les praticiens perçoivent la stabilité du projet de couple.

Mais même si l'éloignement géographique constitue un obstacle au passage à la FIV, les médecins finissent par s'y résoudre, comme le montre l'exemple d'une patiente de 35 ans prise en charge à Jean Verdier. Elle a des cycles réguliers mais commence à développer de l'endométriose. Elle est également diabétique, même si sa situation s'est améliorée. L'homme est souvent en déplacement. Le couple a déjà bénéficié de quatre inséminations et la question du recours à la FIV se pose. Alors que Jean-Noël Hugues plaide pour la FIV, Christophe Sifer préfère la poursuite des inséminations. En effet, la manipulation *ex vivo* des gamètes de la femme ne lui paraît pas justifiée au regard de la fertilité de la femme : « *Faut-il rappeler que cette femme est féconde ?* ». En effet, elle a déjà eu un enfant et a également fait une fausse couche. Il cherche à s'assurer de l'exposition de la femme à la grossesse en dehors de l'intervention médicale. Lorsqu'il demande s'ils ont des rapports sexuels, Jean-Noël Hugues qui défend le dossier concède, en riant, « *oui, dans l'avion* ». Christophe Sifer lui reproche de trop médicaliser les parcours : « *Arrête de faire des FIV à tire-larigot pour rien* ». Il refuse clairement la FIV :

« *Notez que je suis le seul à être contre* », estimant qu'il n'y a aucune indication. L'argumentaire de Jean-Noël Hugues prend en compte plusieurs facteurs. Il souligne que cette femme a certes déjà eu des grossesses mais qu'elle n'est pas tombée enceinte depuis six ans. Il rappelle les échecs des stratégies antérieures. Il met en valeur l'implication du couple : « *Ce sont des gens très compliants* ». Il ajoute un argument médical, précisant que la FIV permet de vérifier la fécondance. Christophe Sifer reconnaît que le délai d'infertilité constitue le seul argument en faveur de la FIV, finalement acceptée.

7.2.4.2 *Les couples non exclusifs*

Face aux couples non exclusifs, Jean-Noël Hugues explique qu'au lieu d'un refus, les médecins peuvent « *temporiser* ». Si l'indication est relative, « *nous ne choisirons pas la stratégie plus lourde* ». En cas de doutes, l'équipe adapte sa démarche : « *Nous devons aller vers le minimalisme. Le problème, c'est que nous sommes co-responsables de la production d'un enfant. Pourquoi serions-nous partenaires d'un projet qui nous paraît flou ?* ». Ils cherchent alors à s'impliquer le moins possible, en médicalisant peu le parcours : « *Sans dire non, nous pouvons surtout dire : "je ne ferais pas de FIV parce que je pense que vous n'avez pas de raisons suffisantes de le faire, que ce soit des raisons médicales ou des raisons d'équilibre du couple"* », explique Jean-Noël Hugues. Ces médecins ne refusent pas l'accès à ces couples sur le simple motif qu'ils doutent de leur stabilité. En revanche, ils limitent l'ampleur de leur intervention, qui doit être justifiée prioritairement par des critères médicaux.

7.2.4.3 *Les couples sans sexualité*

Les couples présentant des troubles sexologiques créent, nous l'avons vu, des débats au sein des équipes. À Jean Verdier, certains souhaitent s'abstenir mais la majorité des acteurs acceptent, bon gré mal gré, d'aider ces couples. Dans ce cas, ils préféreront les inséminations aux FIV. Les positionnements varient en fonction de l'image du rôle du médecin, des conceptions des usages légitimes de cette médecine et des couples auxquels elle est destinée.

Jérémy Boujenah estime qu'« *il ne faut surtout pas faire de PMA sans guérir le trouble sexologique* »²²¹. Il regrette le manque de formation et le désintérêt de ses confrères, qui

²²¹ Il rejoint ici le point de vue du psychiatre Daniel Lemler (2009), qui invite à considérer le problème sexuel comme la manifestation d'un trouble psychique.

considèrent la sexologie comme une « *sous-spécialité* ». Il déplore également que ce domaine ne soit « *pas suffisamment reconnu, scientifiquement et médicalement* ».

Une autre gynécologue est plus hésitante. D'un côté, elle se dit qu'« *il suffirait qu'ils aient des rapports sexuels pour que cela s'arrange. Paradoxalement, nous nous demandons s'ils ont vraiment envie d'avoir un enfant* ». De l'autre, elle explique que « *c'est délicat de dire non (...). S'ils ont un projet d'enfant et qu'ils s'aiment malgré le fait qu'ils n'aient pas de rapports, que c'est un amour platonique, nous n'avons pas notre mot à dire, cela ne nous regarde pas* ». Elle rappelle ici le principe de neutralité exigé par la déontologie médicale. Charlotte Dupont exprime le même inconfort face aux problèmes sexologiques, mais penche pour une intervention médicale soumise à une évaluation préalable du couple par un spécialiste. Charlotte Sonigo éprouve des difficultés à aborder le sujet : « *Je peux leur dire de consulter, mais comme ce n'est pas facile pour moi d'en parler, je pense qu'il y a des indications sexologiques que je ne vois pas* ». De plus, l'absence de sexologue référant au sein du centre ne l'incite pas au dialogue. Même si l'absence de rapport sexuel ne constitue pas, *a priori*, une raison légitime pour recourir à l'AMP, la complexité de cette indication alimente l'acceptabilité de l'insémination : « *Dans certaines situations, cela ne me choque pas de faire des inséminations pour cause sexologique* ».

Si ces médecins semblent tolérer une intervention médicale dont la finalité est de se substituer au rapport sexuel, celle-ci semble devoir se limiter aux inséminations, comme si la FIV était un procédé trop lourd pour une telle indication. Les propos de Clémence Roche témoignent de cette hiérarchisation entre les techniques : « *C'est une indication de PMA si nécessaire, enfin d'insémination si nécessaire* ». La manière dont elle remplace le terme PMA par celui d'insémination montre bien que faire une FIV ne semble pas concevable. Ces médecins utilisent la méthode la moins invasive possible. La création d'embryons en laboratoire est conçue comme une stratégie excessive, notamment en l'absence de « *raison médicale* ». Les professionnels peuvent aussi proposer aux futurs parents d'être acteurs de leur procréation, en leur conseillant par exemple de faire eux-mêmes les inséminations.

L'absence de sexologue dans les centres combinée au manque de reconnaissance de cette profession ne favorisent pas le traitement en amont de ce problème. De plus, certains médecins émettent des réserves à parler de sexualité, ne s'estimant pas compétents sur ce sujet. À Jean Verdier, en l'absence d'alternative satisfaisante, les médecins accompagnent ces couples en

médicalisant le moins possible leur projet. Ils privilégient les inséminations réalisées par le couple à celles faites un professionnel. Ils évitent de proposer une FIV en l'absence d'autre indication clairement définie.

7.2.5 Les femmes âgées : des stratégies controversées

Les opinions divergent sur la stratégie à adopter avec les femmes considérées comme âgées, comme le montre l'exemple de la « FIV pour âge ». Cette expression désigne les situations où les indications classiques de la FIV (problèmes de trompes, de spermatozoïdes ou de fécondance) ont été écartées et que la cause de l'infertilité réside dans le vieillissement de la patiente.

7.2.5.1 *Les partisans d'une intervention pondérée*

Dans l'ensemble, avec les femmes âgées, l'équipe de Jean Verdier penche pour les stimulations ou les inséminations. Pour Jean-Noël Hugues, le recours à la FIV dans ce cas représente une médicalisation injustifiée au regard de son efficacité, car « *nous n'avons aucune preuve que la FIV est utile chez la femme de 39 ans* ». Clémence Roche pointe également ce fait : « *Une FIV n'améliorera pas la qualité des ovocytes (...). Faire une FIV uniquement parce qu'elle a une diminution de la réserve ovarienne parce qu'elle a 40 ans n'augmentera jamais ses chances de grossesse. Cela a été clairement démontré* ». À ses yeux, la FIV est concevable pour les femmes âgées seulement si elle s'inscrit dans ses indications classiques. Mais lorsque la diminution de la réserve ovarienne est causée par l'âge de la patiente, Clémence Roche préconise, plutôt qu'une FIV, d'identifier la source du problème, et d'« *améliorer son ovulation par la stimulation* ». Elle explique cette préférence par les habitudes du centre : « *Comme nous, nous faisons des stimulations, nous avons tendance à les aider par ce procédé* ». Christophe Sifer rejoint ses confrères : « *Il est parfois préférable de la préparer au deuil de cette maternité plutôt que de l'embarquer dans une possibilité thérapeutique qui ne la mènera nulle part* ». Il décrit la multiplicité des politiques de sélection et des politiques médicales en prenant l'exemple d'un couple, qui présente une indication masculine et féminine. La patiente est âgée de 41 ans et sa réserve ovarienne est altérée : « *Certains refuseront, estimant que les chances, indépendamment du facteur masculin, sont faibles. D'autres seront d'accord pour une tentative, et d'autres*

encore, comme notre équipe, la prendront réellement en charge en lui donnant toutes ses chances et en traitant le facteur masculin. L'ensemble des positionnements se trouve dans cet intervalle ».

Patrice Clément partage la posture des acteurs de Jean Verdier. Pour lui, les meilleures chances de grossesse se jouent lors d'un cycle spontané, où « *la femme aura le bon ovocyte, le bon embryon et la grossesse* ». Une femme de 39 ans a par exemple selon lui « *peut-être plus de chances d'être enceinte seule, sur le bon cycle, qu'il soit spontané ou semi-stimulé, avec une insémination, qu'en lui faisant une stimulation et une ponction pour obtenir trois ovocytes dont un seul mature et qui ne fécondera pas* ». Outre une faible efficacité pour un coût élevé, la FIV ne lui paraît pas être la meilleure option, au vu des nuisances du traitement hormonal sur la qualité des ovocytes.

Lorsque l'infertilité est liée à l'âge, François Olivennes penche également pour l'insémination, car « *la FIV en première intention n'a pas démontré sa supériorité* ». À l'inverse, il concède qu'aucune étude n'a prouvé « *de manière claire que deux ou trois inséminations marchent aussi bien qu'une FIV* ». Pour lui, le double « *manque d'évaluation et de science dans certains domaines aboutit au fait que les médecins choisissent en fonction de leurs propres évaluations, ou de leurs critères de choix, et que chacun raisonne selon ses croyances* ». Ce manque de fondement scientifique favorise l'expression des subjectivités et les décisions sont alors guidées par l'intime conviction du médecin. Avec les femmes âgées, François Olivennes regrette que ses confrères s'orientent vers une médicalisation « *trop rapide* », tout en insistant sur le fait que sa position relève d'une conviction personnelle : « *C'est mon sentiment, mais il n'est pas étayé scientifiquement* ». Le recours des médecins à la FIV pour les femmes âgées incarne une médicalisation excessive. Il confie qu'« *il y a sûrement un excès de FIV (...), en particulier pour les patientes de plus de 38 ans, pour lesquelles certains médecins ont tendance à penser automatiquement à la FIV* »²²².

Ainsi, la FIV pour âge représente aux yeux de ces médecins une stratégie trop interventionniste qui médicalise la procréation sans s'appuyer sur la preuve d'une efficacité supérieure à l'insémination. Le débat est complexifié par l'urgence de la situation, comme l'explique Xénia Lechat : « *La logique serait de faire directement ce qui marche le plus vite, donc une FIV. Le problème, c'est qu'avec l'âge, les résultats en FIV diminuent plus rapidement*

²²² <http://www.pourquoidocteur.fr/m/article-5626.html> consulté le 1-10-14.

qu'en insémination ». De plus, elle souligne que le traitement *ex vivo* des ovocytes est un procédé « *lourd* », avec un risque élevé de déprogrammation à cause d'une réponse ovarienne insuffisante. Comme ces patientes ovulent peu, Xénia Lechat préfère les inséminations. Pour étayer sa stratégie, elle s'appuie sur les résultats de son centre. Pour les femmes de 40 ans et plus, les médecins obtiennent 13 % de grossesses évolutives en FIV-ICSI et 8 % de grossesses débutantes par insémination. Mais le taux de naissance cumulé rééquilibre la balance, puisque « *10 % des couples qui ont fait trois inséminations à 40 ans ont une naissance* ». Le raisonnement pour les femmes de plus de 40 ans est le même que pour les autres patientes : les médecins privilégient d'abord l'insémination, pendant au moins trois mois, avant d'envisager de passer en FIV.

7.2.5.2 *Les défenseurs de la FIV*

Les partisans de la FIV estiment que cette technique est la plus adaptée pour répondre à l'urgence de la situation. La question de la temporalité du passage à la FIV est centrale. Certains pensent que l'équipe pionnière de Jean Verdier fait perdre du temps à la patiente et pénaliserait ses chances de grossesse. C'est le point de vue de Jérôme Pfeffer : « *Ils font beaucoup d'inséminations, beaucoup trop, surtout chez les femmes âgées, et ils refusent ensuite de les prendre en FIV* ».

Jacques Testart, René Frydman, Joëlle Belaisch-Allart et Jean-Philippe Wolf défendent eux aussi la FIV pour âge. Le premier estime que cette stratégie est préférable à partir de 40 ans, principalement pour éviter de perdre du temps : « *C'est peut-être mieux ne pas trop attendre, parce que les chances diminuent très vite* ». René Frydman plaide aussi pour une utilisation rapide de la FIV, considérée dans « *toutes les études* » comme la plus efficace, même si ses résultats baissent avec l'âge. Joëlle Belaisch-Allart abonde dans son sens : « *Il ne faut pas employer de petits moyens. Nous ne faisons pas d'inséminations à 38 ou à 40 ans* ». Jean-Philippe Wolf concède qu'en théorie, « *la FIV pour une question d'âge n'est pas une bonne indication, surtout quand la femme est fertile* ». Mais il confronte cette théorie avec la pratique. Il prend l'exemple d'une femme de 42 ans, qui tombe enceinte tous les deux ans. Compte tenu de la baisse de la fertilité avec l'âge, ici de 15 % par mois, la FIV est « *la seule chose que nous pouvons faire* ». Il mobilise l'argument statistique, cette question répondant à un problème « *mathématique* ». Jean-Philippe Wolf explique en outre que, grâce à la culture prolongée, « *nous*

avons le sentiment que nous pouvons sélectionner les meilleurs embryons »²²³.

Ces médecins accélèrent le parcours médical à mesure que l'âge de la femme augmente (Tain, 2001). Ils utilisent rapidement la FIV, qu'ils considèrent comme leur meilleur atout.

7.2.6 Les infertilités idiopathiques : une intervention médicale relative

Le cas des infertilités idiopathiques est une des situations où l'incertitude est la plus forte. Leur prise en charge offre une multiplicité d'options. Ces indications, dont l'expansion est difficile à quantifier, illustrent la relativité des raisons justifiant l'intervention médicale.

7.2.6.1 *De multiples stratégies possibles*

Ces situations sont particulièrement propices à l'expression d'un large choix de techniques. Les fondements scientifiques des différentes stratégies médicales ne sont pas univoques et sont à l'origine de discordes : « Le recours direct à la FIV ou le recours préalable aux IUI voire l'abstention sont discutés dans la littérature en cas d'infertilité inexplicée avec des résultats discordants » (Amar-Hoffet *et al.*, 2010 : 92).

Charles Bami souligne cette incertitude : « *Quand nous n'avons pas d'élément causal évident, nous avons une gamme de traitements à proposer avec des recommandations certes, mais qui ne sont pas forcément liées à des faits réels* », mais plutôt d'ordre général. Ces référentiels incitent à commencer par des traitements légers et à accroître ensuite le degré d'intervention médicale. Mais ces préconisations constituent seulement un guide et « *s'estompent devant la pathologie et la nécessité* ». L'équivalence de ces alternatives accroît le pouvoir décisionnel du couple, face à des indications médicales incertaines : « *Il y a des couples qui souhaitent aller directement au plus lourd, ce que nous acceptons, car il n'y a pas de schéma thérapeutique précis* ».

Lorsque l'infertilité est inexplicée, la plupart des professionnels commencent par l'insémination. Pour Bernard Hédon, la meilleure conduite à tenir est d'en proposer quatre avant la FIV. Il considère que la stimulation de l'ovulation n'est pas une bonne stratégie, à la fois à cause du risque de grossesse multiple mais également parce que cette option traduit un « dérapage de la logique. Soit il s'agit d'une "stérilité inexplicée", ce qui signifie par définition

²²³ Nous reviendrons sur l'utilisation de la culture prolongée comme outil de sélection des embryons dans le chapitre suivant.

que l'ovulation est normale. Dans ce cas, toute interférence avec le processus naturel ne peut être que délétère. Soit il y a une anomalie du processus ovulatoire et dans ce cas la stérilité n'est plus tout à fait aussi inexplicable » (2009 : 29).

Les pionniers de Jean Verdier préfèrent ne pas trop s'immiscer dans le processus d'engendrement pour respecter son déroulement. Charlotte Dupont imagine la situation où les médecins font directement une FIV et obtiennent une grossesse : « *Nous nous en réjouissons. Mais nous ne savons pas si, le mois suivant, cette patiente ne serait pas tombée enceinte naturellement* ». La méconnaissance de la cause de l'infertilité renforce l'idée selon laquelle l'intervention médicale est dépassée par la nature. Jérémie Boujenah prend le même exemple : « *Si c'est une infertilité idiopathique ou liée à l'âge, nous avons moins envie de faire une FIV, parce qu'en plus, nous nous disons que c'est la nature* ».

Face aux infertilités idiopathiques, François Olivennes évite aussi également de médicaliser trop précocement la prise en charge. La première tâche du médecin est de s'assurer que son intervention est légitime et que le couple est « *vraiment infertile* ». Si les causes de l'infertilité sont inconnues, ce clinicien préconise une médicalisation progressive, avec une stimulation « *légère* », dont l'intensité doit être pondérée par l'âge de la femme. Il s'appuie sur l'absence de démonstration de la supériorité de la FIV pour préconiser quatre à six cycles d'inséminations avant la FIV (2008).

Jacqueline Mandelbaum ne soutient pas cette stratégie et estime que l'insémination pour « la stérilité inexplicable n'est pas une bonne indication et ne fait pas mieux que les rapports ciblés, même si certains considèrent l'IIU comme une porte d'entrée obligatoire dans un parcours d'AMP » (2011a : 15).

7.2.6.2 *Un indice d'une tendance à la surmédicalisation*

L'expansion des infertilités idiopathiques évoquée dans notre seconde partie traduit l'impatience des acteurs et s'appuie sur un élargissement des indications médicales. Ces infertilités peuvent également être liées à un manque d'exploration de l'infertilité des couples, conduisant à l'utilisation de « protocoles médicaux non adaptés aux réels problèmes des patients »²²⁴.

²²⁴ C'est ce que dénonce le collectif BAMP dans son manifeste : https://bamp.fr/manifeste-association-patients-et-ex-patients-amp-pma?iframe=true&theme_preview=true consulté le 1-11-2014.

François Olivennes reconnaît que certains de ses confrères se montrent trop impatients et admet qu'« *il y a certainement des couples traités trop vite en AMP* ». Mais il précise que les grossesses spontanées sont liées à la nature de l'indication médicale : « *À partir du moment où nous entrons dans des indications dites relatives, forcément certaines femmes peuvent être enceintes naturellement* ». Ceci étant, les grossesses spontanées chez des patientes inscrites en FIV questionnent l'intervention médicale précédente : si la cause de l'infertilité est relative, la légitimité médicale l'est aussi et peut être discutée.

Pour Bernard Hédon, les grossesses spontanées montrent que les infertilités idiopathiques relèvent souvent de simples hypofertilités. Il estime qu'« environ 10 % des couples qui ont eu un premier enfant grâce à l'AMP en auront un deuxième spontanément ». Selon lui, ce taux constitue « un excellent indicateur de la pratique clinique. Si le taux est élevé, il tendrait à démontrer qu'on a considéré un peu rapidement que le couple avait une infécondité pathologique » (2009 : 30). Marine Durand relaye les résultats d'une étude, selon laquelle un quart des couples ont obtenu une grossesse spontanément deux à trois ans après leur dernier échec de FIV. Ce constat l'incite à envisager avec humilité l'efficacité de l'intervention médicale : « *Nous progressons, mais nous avons beaucoup de progrès à faire, la FIV a seulement 30 ans* ». Ces grossesses spontanées rendent ainsi « visibles les limites de la biomédecine » (Tain, 2004 : 239).

Pour Esme Kamphuis et ses co-auteurs (2014), la fréquence des infertilités idiopathiques et des grossesses spontanées résultent de l'élargissement des indications et témoignent d'une tendance à surmédicalisation précoce sans fondement scientifique. Jacques Testart (1986 ; 2014) partage cette position. Les infertilités inexplicables mettent « en cause le caractère scientifique des diagnostics de "stérilité" portés par les gynécologues. Car l'avancée des connaissances n'a pas su qualifier plus précisément ces cas vite médicalisés dont on peut penser que certains relèvent de l'impatience davantage que de la stérilité ». Cet exemple montre que sont pris en charge « des couples dont la "stérilité" est proclamée pour des raisons biologiques douteuses, voire sans aucune justification médicale » (2014 : 59 et 9). L'expansion des infertilités idiopathiques témoigne du processus de médicalisation à l'œuvre en médecine de la procréation. Elle est expliquée également par l'augmentation de l'offre de soins et des capacités d'accueil des centres. Le pronostic souvent favorable de ces situations joue également sur l'inclination des médecins à initier des traitements : « *Les stérilités idiopathiques sont parmi celles qui offrent les meilleurs*

résultats. Pourquoi s'en priver ? ». Pour lui, les grossesses spontanées manifestent le « flou croissant dans les indications médicales » (2014 : 59), phénomène qu'il dénonce depuis 30 ans : « Qu'on ne s'imagine pas que la sélection opérée par le corps médical permettrait de réfuter systématiquement ces patients potentiels mais non stériles. Ce serait nier l'évidence que déjà des bébés sont conçus naturellement entre le moment de l'inscription sur les listes d'attente pour FIVÈTE et celui de l'intervention biomédicale » (1986 : 32). Ce constat l'incite à remettre en cause la légitimité de l'intervention médicale : « *Dans un tiers des cas où nous faisons de la FIV, nous ne savons pas pourquoi nous la faisons* ».

Résumons les divergences dans le choix entre la stimulation, l'insémination et la FIV. Les arguments s'organisent autour de l'efficacité, des coûts et des risques des techniques. Xénia Lechat récapitule les deux tendances qui structurent ces stratégies avec l'exemple d'un couple de 35 ans présentant une indication relative : la femme a une trompe bouchée et l'homme un sperme légèrement déficient. Dans ce cas, « *soit nous estimons, à l'ancienne, que le couple n'est pas complètement infertile et nous attendons de l'exposer à la grossesse, et nous nous retrouvons avec la problématique de l'âge ; soit nous faisons la somme de toutes les pressions sociales qu'il a subi, et une FIV sera le plus efficace* ». Ces manières de raisonner s'illustrent dans le glissement de la stratégie médicale à Jean Verdier, ainsi que dans les arguments mobilisés pour justifier ce changement. Les médecins de la première génération soutiennent la stimulation comme une étape à part entière de la prise en charge. Même si elle se montre moins efficace, ou en tout cas si elle ralentit le rythme du parcours, elle est conçue comme plus physiologique et plus naturelle. La stimulation est peu onéreuse pour le couple et pour la société mais elle est aussi moins rentable pour le praticien et la structure. Les piliers de cette équipe initiale défendent également le passage par l'insémination. Ils justifient cette médicalisation progressive en partie par une volonté de limiter les risques de leur intervention, tant pour la femme – à cause du traitement hormonal et du geste de la ponction –, que pour l'enfant – compte tenu de l'augmentation de la prématurité, des malformations et des maladies génétiques. Le recours qu'ils estiment globalement trop rapide à la FIV témoigne d'une attitude stéréotypée et incarne une solution de facilité, répondant à une obligation de résultats et de rentabilité. Ces médecins en appellent à l'amélioration de la qualité du diagnostic – par le contrôle de l'ovulation ou de la perméabilité des trompes –, et à l'instauration d'un contrôle sur les indications des techniques.

Depuis l'arrivée de Michael Grynberg, les indications ovulatoires et les inséminations sont moins nombreuses et converties plus rapidement en FIV. L'accentuation du recours à la manipulation *ex vivo* des ovocytes en première intention est principalement justifiée par une volonté d'augmenter les chances et la rapidité d'obtention d'une grossesse. Les pratiques médicales à Jean Verdier se rapprochent ainsi de celles des autres centres publics étudiés, qui réalisent proportionnellement moins d'inséminations et plus de FIV que la moyenne régionale. Ces grandes lignes de conduite se révèlent également dans des cas particuliers, comme la FIV en cycle naturel, les infertilités idiopathiques ou liées à l'âge. Elles émergent aussi face à des alternatives à la FIV classique, comme l'ICSI ou l'IMSI.

7.3 Le recours à l'ICSI

Le choix de l'ICSI face à la FIV classique polarise les prises de positions des spécialistes de l'infertilité. En 2013, l'ICSI représente un tiers de l'activité d'AMP en région Île-de-France²²⁵ (ABM, 2015a). Elle est réalisée en moyenne dans 64 % des FIV franciliennes, mais cette part varie sensiblement selon les centres²²⁶.

Ces écarts sont le signe de l'existence de politiques propres à chaque centre, comme le concède l'ABM : « La pratique de l'ICSI dépend en théorie de la fréquence des indications masculines dans la population traitée, mais les différences régionales observées sont vraisemblablement plus liées aux pratiques des centres » (2015d : 8). Ces conduites traduisent une hiérarchisation des priorités et des risques par les individus, qui articulent des préoccupations relatives à l'efficacité et au coût des techniques avec leurs représentations vis-à-vis de ces procédés, élaborées en fonction de leur degré de médicalisation. Nous commencerons par restituer les arguments des centres y ayant fortement recours avant d'envisager le point de vue de ceux qui préfèrent limiter son emploi. Si un usage excessif est majoritairement perçu comme déviant, c'est une tentation à laquelle tous les acteurs semblent soumis.

²²⁵ En guise de rappel, l'activité globale régionale réunit les inséminations et les FIV-ICSI à l'exception des TEC.

²²⁶ À l'échelle nationale, ces écarts vont de 46 % à 79 %. L'utilisation de l'ICSI par les spécialistes français est similaire à la moyenne internationale. Le rapport de la société européenne de la reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE), publié en 2013 et portant sur les pratiques médicales dans vingt et un pays, indique que le taux d'utilisation de l'ICSI s'élève à 66 % des FIV en 2009 (Ferraretti *et al.*, 2013 : 2328).

7.3.1 Efficacité, coût et hiérarchisation des risques

Comme le remarque Élise de la Rochebrochard (2003), les indications de l'ICSI sont au carrefour d'un débat : celui-ci « oppose les partisans du “tout ICSI” qui préconisent un large recours à l'ICSI, même lorsque l'homme présente un sperme normal, et les partisans d'un recours à l'ICSI pour des indications plus restrictives », c'est-à-dire dans le cadre des infertilités masculines ou d'échecs de FIV classique. Alors que les premiers s'appuient sur des études démontrant son efficacité supérieure, les seconds démentent ce constat – en soulignant les biais méthodologiques de ces études –, et mettent en relief le coût financier de ce procédé. Ils tiennent à adopter une attitude prudente et vigilante face à ses dangers potentiels. Ces derniers s'interrogent sur les effets de l'utilisation de spermatozoïdes anormaux sur la descendance et sur les conséquences du contournement du « processus naturel de sélection des spermatozoïdes, en choisissant un unique spermatozoïde pour la fécondation » (2003 : 576-577).

En comparant deux centres où elle a exercé, Marine Durand observe la même ligne de démarcation qu'Élise de la Rochebrochard. Les positionnements s'organisent selon une hiérarchisation des risques. Les tensions émergent principalement dans certaines situations : « *La question de la FIV ou de l'ICSI se pose surtout pour les idiopathiques ou lorsque le sperme est limite* », et que les médecins s'interrogent sur la fécondance de ce dernier.

Marine Durand explique que les médecins qui utilisent plus souvent l'ICSI cherchent à se préserver du risque de ne pas avoir d'embryon à transférer, en réalisant la fécondation eux-mêmes. Le but est de sécuriser la tentative en maximisant les chances d'obtenir des embryons. Ils postulent que « *s'il y a vraiment des anomalies chromosomiques, la grossesse ne prendra pas* »²²⁷. Leur argumentaire met en valeur l'efficacité de l'ICSI. Ils privilégient « *le maximum de chances données au couple* ». Ces médecins considèrent que l'absence d'embryon et de transfert est difficile à accepter pour le couple après un tel investissement. C'est également « *un coût que nous aurions pu éviter si nous étions passés en ICSI* ».

Les praticiens qui utilisent la FIV le plus souvent possible souhaitent respecter les mécanismes naturels de la fécondation. C'est en tout cas un des arguments de certains acteurs à Jean Verdier. Lors d'une consultation où la question du passage à la FIV ou à l'ICSI se pose,

²²⁷ Les médecins reconnaissent que « plus de 60 % des embryons que nous transférons ont des anomalies génétiques graves ou non viables », http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/17/un-manifeste-transgressif-pour-accompagner-le-desir-d-enfant_4884877_3232.html consulté le 18-03-16.

Charlotte Dupont explique au couple que l'équipe préfère « *privilégier la fécondance naturelle* ». Cette dernière est incarnée par la FIV, qui consiste seulement à « *mettre en contact* » les gamètes, alors qu'avec l'ICSI, « *nous forçons la fécondation* ». Ces propos montrent la hiérarchisation des techniques en fonction de leur médicalisation et de leur proximité avec la procréation naturelle. En ne se substituant pas à la fécondation, la FIV permet de vérifier la fécondance du sperme. L'ICSI est plus artificielle dans le sens où la fécondation est réalisée par le biologiste. Ces acteurs cherchent à limiter les dangers liés à la médicalisation du processus d'engendrement. Ils veulent éviter les risques iatrogènes potentiellement induits par l'ICSI, quitte à augmenter celui de l'absence d'embryons. Ces professionnels étayent leur point de vue par des publications montrant un nombre supérieur de malformations chromosomiques chez des embryons issus d'ICSI. Ces spécialistes « *préfèrent éviter ces malformations, quitte à faire une stimulation et une ponction inutilement en cas d'échec* », explique Marine Durand.

Ces questionnements intègrent également des préoccupations économiques, d'efficacité et de rapidité, soulignées par Héloïse Gronier. Le choix de l'ICSI est au cœur de « *conflits d'intérêts, d'ordre financiers et d'efficacité* », qui s'inscrivent dans le souci « *de ne pas perdre de temps, surtout dans les centres où il y a beaucoup d'activité* ».

7.3.2 Les adeptes du « tout ICSI »

La clinique de la Dhuy et le centre de Sèvres sont les deux centres où la part des FIV réalisées en ICSI est la plus importante parmi les centres étudiés.

7.3.2.1 La clinique de la Dhuy

En 2013, l'activité de cette clinique se répartie essentiellement entre les inséminations et les ICSI (ABM, 2013c ; 2015a). Si la proportion des inséminations dans l'activité globale est similaire à la moyenne de l'Île-de-France, ce centre se distingue par la part que représentent les ICSI dans l'activité globale – à 42 % contre 31 % en région –, et parmi les FIV – à 86 % contre 64 % en région.

Jérôme Pfeffer confirme cette préférence pour l'ICSI : « *Nous ne faisons pas beaucoup de FIV (...). Nous avons effectivement tendance à proposer des ICSI assez rapidement* ». Il présente cette option comme répondant à la volonté des couples de bénéficier des techniques les plus efficaces. Or, « *ce qu'il y a de mieux, en termes de "sûreté" de transfert, c'est l'ICSI* ». Ensuite,

il explique l'écart de 20 % par rapport à la moyenne nationale pour moitié par une adaptation aux caractéristiques démographiques de sa clientèle : « *Nous faisons plus d'ICSI pour une raison très simple, c'est que la population est plus âgée, avec moins d'ovocytes* ». Les 10 % restants sont le résultat du choix des médecins et correspond aux « *FIV que nous passons en ICSI en deuxième intention alors que nous aurions peut-être pu faire encore une FIV* ». Ainsi, l'ICSI est plus facilement proposée en première intention afin de créer le plus d'embryons possible et de se protéger du risque de ne pas en obtenir en FIV. L'ICSI n'augmente pas nécessairement le taux de grossesse : elle permet principalement d'assurer la fécondation puisqu'elle est réalisée par le biologiste. Les médecins y ont recours pour pallier la baisse de la fertilité féminine : comme ils disposent souvent de peu d'ovocytes, ils ne veulent pas être contraints d'annuler la tentative faute d'embryon à transférer. L'ICSI est donc utilisée dans des indications féminines et en cas d'échec de FIV.

Jérôme Pfeffer souligne également que le mode de comptabilisation des tentatives par l'ABM tend à surestimer leurs pratiques réelles. Les tentatives réalisées en mi-FIV/mi-ICSI sont enregistrées parmi les ICSI. L'équipe de la clinique de la Dhuys propose notamment cette stratégie hybride pour les infertilités idiopathiques. Si les embryons placés en FIV ne se développent pas, ce procédé « *sauvegarde la moitié de la cohorte* ». Le mi-FIV/mi-ICSI permet de « *respecter les procédures classiques* », de repérer des problèmes de fécondation et de fournir des éléments d'explication aux couples.

Jérôme Pfeffer précise que ce fort recours à l'ICSI n'est pas une « *politique de centre* » qui serait le résultat d'une décision collective, mais une « *politique particulière de chaque gynécologue* »²²⁸. En tant que biologiste, il préférerait personnellement y avoir moins souvent recours et éviterait de « *faire de l'ICSI systématiquement, parce que je sais que nous en faisons peut-être un peu plus que la moyenne* ». Mais Jérôme Pfeffer respecte et défend le choix de ses confrères cliniciens. Cette spécificité de la répartition de l'offre de soins est une manifestation de l'indépendance des praticiens libéraux : « *Il faut avoir une politique ouverte et pouvoir faire ce que nous voulons. C'est ce qui me plaît dans la structure* ».

Tout en reconnaissant que son centre se distingue des pratiques de la majorité de la communauté médicale, Jérôme Pfeffer souligne qu'il ne fait pas figure d'exception : « *Ce n'est*

²²⁸ C'est d'ailleurs un des éléments mis en valeur par François Olivennes. La technique est souvent décidée par le clinicien, et non par le biologiste : « *Dans beaucoup d'endroits, c'est le clinicien qui choisit la technique de laboratoire* », déclare-t-il.

pas une politique unique chez nous. Je connais des centres qui font encore plus d'ICSI, pour des raisons similaires aux nôtres ». La multiplicité des options thérapeutiques proposées en Île-de-France constitue une richesse pour les patients : « *Chaque centre a sa spécificité* » et « *chacun trouve chaussure à son pied* ».

Dans cette optique, ce choix répond au désir des patients qui souhaitent bénéficier de la technique la plus efficace. L'ICSI permet d'assurer la fécondation, d'obtenir plus d'embryons et d'augmenter les chances de transfert, même si elle n'améliore pas les taux de grossesse. La forte proportion d'ICSI résulte de la somme des réactions individuelles face à la rareté des gamètes féminins.

7.3.2.2 L'hôpital de Sèvres

Dans le centre de Sèvres, en 2013, l'ICSI est utilisée dans les trois quarts des FIV. La part de micro-injections dans l'activité est deux fois supérieure à la moyenne régionale. Cette proportion est directement corrélée au faible nombre d'inséminations.

Joëlle Belaisch-Allart concède avoir fréquemment recours à l'ICSI. Mais son explication est paradoxale : elle justifie ce choix par une volonté d'assurer la fécondation de l'ovocyte, tout en concédant que cette méthode n'améliore pas les taux de succès²²⁹. Finalement, être en capacité de proposer un transfert est présenté comme une sorte de devoir du médecin vis-à-vis du patient : « *Est-ce que c'est un bien de faire une stimulation, une ponction, et de dire au couple : "nous sommes désolés, il n'y a pas d'embryon" ?* ». Elle se montre fataliste et anticipe une croissance de la proportion des ICSI : « *Est-ce que, pour autant, il faut faire 100 % d'ICSI ? Non. Est-ce que nous arrivons à faire 80 % ? Je sais bien que oui. Je pense que c'est une tendance inéluctable* ».

7.3.3 Les partisans d'un recours raisonné

Certains médecins refusent une utilisation trop rapide de l'ICSI. Cette dernière devrait être précédée d'une FIV pour vérifier la fécondance des spermatozoïdes. Compte tenu de ses risques spécifiques, ces professionnels limitent l'ICSI à ses indications princeps. Ils estiment que certains

²²⁹ Le fait que l'ICSI diminue le nombre de non-fécondation a également été évoquée par Jacqueline Mandelbaum. Le but de cette tactique est d'éviter « *le risque d'échec total de fécondation* ». À Jean Villar aussi, il est utilisé pour améliorer le taux de fécondation lorsque celui-ci est faible ou que les médecins ont craint ou identifié un risque de faible ou de non fécondation.

partisans du « tout ICSI » sont mus par des préoccupations qui relèvent davantage d'un ordre financier que médical.

7.3.3.1 *Une médicalisation prudente*

La question des risques est délicate, car les études sont controversées. Cependant, ces risques sont suffisants pour conduire les autorités éthiques et sanitaires à inciter les professionnels à la prudence.

Les membres du CCNE (2002) plaident pour un recours raisonné à l'ICSI. Ils soulignent à la fois son manque d'encadrement initial et l'absence d'évaluation de ses risques potentiels. Cette technique n'est mentionnée qu'en 1999 dans le guide des bonnes pratiques cliniques, soit sept ans après la première naissance en Belgique. Des risques semblent alors démontrés, et concernent notamment « le doublement des malformations congénitales, la transmission d'anomalies chromosomiques sexuelles responsables de stérilités potentielles ». Mais les membres de ce comité insistent sur la difficulté à distinguer les conséquences spécifiquement imputables à l'ICSI de celles liées à la FIV en général : « L'ICSI par elle-même ne peut pas être considérée comme responsable de ces conséquences délétères ». Ainsi, compte tenu à la fois de ces possibles nuisances et de son coût financier, les auteurs concluent sur l'importance d'utiliser ce procédé « en dernier ressort » (2002 : 1, 7 et 11).

La HAS (2006) identifie aussi ces risques. Outre ceux liés aux grossesses multiples, la littérature montre que les anomalies chromosomiques s'élèvent à 1,4 % chez les enfants issus d'ICSI, contre 0,3 % chez les enfants conçus sans intervention. Cette proportion peut s'expliquer par le fait que l'ICSI s'adresse à des hommes plus fréquemment porteurs d'anomalies chromosomiques. Mais ces experts avouent ne pas pouvoir « conclure quant à l'existence de risques spécifiques de l'ICSI liés à la technique elle-même », ou à l'infertilité du père²³⁰ (2006 : 20).

Les professionnels interprètent ces risques de différentes manières. Sylvie Epelboin (2000) note que la FIV classique entraîne une « élévation des taux de prématurité, d'hypotrophie, et de mortalité périnatale ; cette élévation, attribuée à l'âge plus élevé et aux antécédents gynéco-

²³⁰ Cependant, les données disponibles montrent « un léger excès de risques d'anomalies avec l'ICSI, spécialement dans les cas les plus sévères nécessitant une ponction testiculaire » (Arnal et Humeau, 2003 : 122).

obstétricaux des mères prises en charge en FIV, est retrouvée indépendamment des grossesses multiples ». Cependant, cette gynécologue observe que l'ICSI semble présenter des risques spécifiques : « Les caractéristiques des grossesses et des enfants nés après ICSI sont comparables à celles des “enfants FIV”, hormis la survenue de malformations congénitales et d'anomalies génétiques pour lesquelles les conclusions sont moins formelles » (2000 : 216). Ces études amènent à penser que l'ICSI introduit de légers sur-risques par rapport à la FIV, mais ne permettent pas de dissocier l'impact de la technique de celui de l'infertilité parentale.

Charlène Herbeumont rejette les recours trop systématiques à l'ICSI à cause de ses doutes quant à son innocuité. D'abord, cette biologiste souligne que certains patients préfèrent la FIV, qui « *laisse un peu faire le hasard* ». Dans ce cas, ces couples acceptent de « *prendre le risque que cela marche un peu moins bien, mais qu'il y ait un peu plus de naturel* ». Charlène Herbeumont préfère elle aussi la prudence, à cause du caractère récent de l'ICSI : « *Si nous pouvons nous passer de l'ICSI, c'est aussi bien, parce que nous n'avons pas tellement de recul sur les enfants nés d'ICSI. Moins nous médicalisons, mieux c'est* ».

D'autres professionnels tendent à l'inverse à minimiser ces risques. Marine Durand rappelle que les interrogations relatives aux dangers induits par la lésion des membranes protectrices de l'ovocyte restent en suspens : « *Nous nous demandons toujours si l'ICSI est plus délétère que la FIV. Pour l'instant, nous restons dans le doute, les études sont plus ou moins controversées* ». Pour elle, les risques de l'ICSI sont limités et dépendants du geste du biologiste : « *À la limite, nous pouvons introduire le risque d'atrésie, en introduisant l'aiguille dans l'ovocyte*²³¹. *Cela dépend de la qualité des ovocytes et du geste du technicien* ». L'absence de preuve concernant des sur-risques de malformation de l'ICSI par rapport à la FIV est également rappelée par Sixte Blanchy. Les données n'étant pas clairement établies, chaque médecin agit en fonction de ses valeurs, de ses croyances et de son expérience.

La posture de Pierre Jouannet est également empreinte de confiance vis-à-vis de cette technique. Il soutient l'ICSI mais regrette un recours parfois injustifié : « *Il y a des centres qui ne font que de l'ICSI* ». Une utilisation excessive est représentative de certaines « *dérives qui posent des problèmes individuels et collectifs en termes de politique de santé publique* ». Ce médecin biologiste évoque par exemple les risques épigénétiques. Même s'il convient que cette technique

²³¹ L'atrésie est un phénomène de dégénérescence de l'embryon.

était initialement porteuse d'inquiétudes et que ses dangers ne peuvent pour l'instant pas être réellement évalués à cause de son caractère récent, Pierre Jouannet est confiant : « *Nous pouvons être rassurés. C'est mon sentiment* ». Il fait preuve de prudence en insistant sur le fait que sa position est subjective mais il semblerait que « *l'ICSI en tant que technique de fécondation ne soit pas plus délétère pour la santé de l'enfant que d'autres techniques de PMA* ». Pour lui, le danger ne vient pas de l'ICSI mais des gamètes, potentiellement « *pathologiques* » : « *Ce n'est pas l'ICSI qui représente un risque. C'est le fait de court-circuiter les étapes de la fécondation en utilisant des gamètes qui normalement n'auraient jamais dû faire d'enfant* ». En effet, le spermatozoïde choisi peut être immature, anormal ou porteur d'anomalies génétiques. Dans ce cas, le danger provient du fait d'avoir forcé la fécondation en utilisant possiblement des spermatozoïdes à risques pour l'enfant et notamment pour sa fertilité. C'est par exemple le cas des micro-délétions du chromosome Y, où les médecins transmettent au garçon la stérilité du père²³². L'injection d'un spermatozoïde peut également provoquer l'introduction de milieu de culture dans l'ovocyte, mais Pierre Jouannet compte sur la capacité autorégulatrice de l'embryon, qu'il conçoit comme un « *être extraordinaire doué d'une plasticité et d'une capacité d'adaptation étonnante* ». Il décrit l'existence d'une « *forme de régulation, c'est-à-dire que l'embryon élimine les cellules porteuses d'anomalies chromosomiques* ». Son discours renvoie ici aux forces de la nature, qui viennent corriger les erreurs et les défauts de l'action de l'homme : « *La vie est bien faite. C'est vrai, l'ICSI c'est magique* ».

7.3.3.2 Réserver l'ICSI à ses indications princeps

Les médecins qui refusent de recourir de manière systématique à l'ICSI insistent sur le fait que cette stratégie n'est valable que si la fécondance du sperme a été vérifiée et si la technique est utilisée dans de bonnes indications. Si le sperme est fécondant, son injection par l'homme dans l'ovocyte est conçue comme inutile et trop risquée. À terme, l'utilisation routinière de l'ICSI peut, selon Ilana Löwy, « rendre superflu l'ensemble des examens visant à établir le pouvoir fécondant du sperme. Dès lors, on peut supposer qu'un couple ayant des difficultés à concevoir passera par deux étapes », soient l'examen de la femme et l'ICSI. Considérant que

²³² Jacques Testart évoque aussi ce risque de transmission de la stérilité : « Nul ne peut encore savoir si l'ICSI reproduit non seulement une "stérilité héréditaire", mais aussi des "tares" non évaluées associées indirectement à la stérilité des hommes » (2014 : 70). Il s'appuie sur une étude suédoise mentionnant un retard mental augmenté de 50 % chez les enfants nés par ICSI.

cette technique est la plus efficace, « il n'est pas nécessaire, dès lors, d'augmenter inutilement les dépenses médicales par des investigations de potentiel de fécondation du sperme, lesquelles ne changeront guère la nature de la solution choisie »²³³ (2000 : 93).

Le point de vue de Patrice Clément montre l'importance pour certains médecins de réserver l'ICSI à des indications précises relatives aux caractéristiques spermatiques. Les médecins de son centre utilisent d'ailleurs, quoique de manière récente et nuancée, légèrement moins souvent l'ICSI que leurs confrères, au profit des inséminations (ABM, 2013c ; 2015a). Si en 2011, la répartition de l'activité au sein du centre d'AMP de l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis est identique à la moyenne régionale, cette répartition évolue. En 2013, ces professionnels montrent une préférence pour les inséminations – 61 % contre 52 % en région – et une utilisation relativement faible de l'ICSI par rapport à leurs confrères – 23% contre 31 % en région.

Patrice Clément souligne le manque de logique de certaines stratégies thérapeutiques et s'interroge sur les indications et les conditions décisionnelles. Pour lui, mettre en œuvre l'ICSI sans vérifier la fécondance du sperme par FIV constitue l'archétype d'une conduite médicale irréfléchie : « *Ce qui me choque, c'est que trop souvent, nous passons l'étape de la FIV. Or, nous ne savons pas si le sperme féconde* ». Pour expliquer cette attitude, il avance l'hypothèse d'une possible « *peur de l'échec de fécondation* ». Patrice Clément estime que, compte tenu de ses risques potentiels, le jeu n'en vaut pas la chandelle. Si la responsabilité de la technique et du praticien semble écartée, le doute quant à son innocuité subsiste : « *Je ne suis pas certain à 100 %. Nous injectons quand même dans l'ovocyte un peu de PVP, de milieu de culture*²³⁴. *Visiblement, cela n'a pas l'air d'être délétère* ». Ce biologiste tient à rester prudent. Il opte par exemple pour le mi-FIV/mi-ICSI qui assure la fécondation d'une partie de la cohorte tout en vérifiant la fécondance du sperme, lorsque les biologistes ont des incertitudes sur sa qualité, « *même si cela n'a pas prouvé forcément son efficacité à 100 %* ». Cette stratégie est également partagée par les médecins de Jean Verdier, pour ne pas avoir choisir entre ces deux alternatives. Selon Héloïse Gronier, ces tentatives mixtes s'intègrent dans une « *habitude de centre* » qui

²³³ Or, alors que ces médecins ne connaissent la capacité de fécondation du sperme, l'ICSI devient en même temps « une méthode de vérification de la "qualité des ovocytes" », ce qui, selon Ilana Löwy « rétablit la vision traditionnelle de la femme comme celle qui, en fin de compte, porte seule la responsabilité de l'échec de la conception » (2006b : 40 et 156).

²³⁴ Le PVP est du polyvinylpyrrolidone, une solution visqueuse permettant de réduire la mobilité des spermatozoïdes.

traduit la « *volonté d'un chef* ». Ce partage permet de ne pas faire « *perdre de chances à la patiente si les embryons ne fécondent pas en FIV. Nous sauvons la tentative* ». Le but est ainsi d'obtenir des informations sur la fécondance des gamètes pour les futurs essais et de ne pas s'y substituer inutilement, tout en garantissant la réalisation complète de la tentative.

La peur de l'échec de fécondation renvoie à l'importance psychologique du transfert pour le couple et pour le médecin. Elle a aussi été évoquée par François Olivennes pour expliquer l'« *inflation* » de l'ICSI. L'assurance de pouvoir faire un transfert diminue « *l'appréhension des médecins à se confronter à une mauvaise nouvelle et à annoncer qu'il n'y pas eu de fécondation* ».

Cependant, la volonté d'assurer la fécondation malgré une méconnaissance des risques ouvre la porte à des pratiques déviantes (Epelboin, 2000). La recherche de l'efficacité conduit même certains professionnels à utiliser l'ICSI avec don d'ovocytes ou de sperme, ce qui témoigne d'une réorientation étonnante de son indication initiale visant à pallier l'infertilité masculine²³⁵.

Héloïse Gronier concède qu'en ICSI, les résultats « *sont meilleurs parce qu'il n'y a pas d'échec de FIV* » mais elle juge que cette stratégie « *trop facile* » est fondée sur de mauvais arguments. L'absence d'indication claire ôte toute légitimité à ce recours, qui n'est pas justifié par une nécessité médicale mais par une recherche de résultats. Cet objectif est fréquemment dénoncé par les médecins de Jean Verdier, comme Charlène Herbemont. Cette dernière évoque le cas d'un centre de province où elle a exercé, dont l'important recours à l'ICSI est « *justifié par la quête du résultat, malheureusement* ». Selon elle, ce choix augmente le taux de fécondation et les chances de réussite, même en l'absence d'altération réelle des spermatozoïdes : « *Faire une ICSI lorsque l'homme a un sperme quasiment normal, qui pourrait être fécondant spontanément, permet forcément d'avoir de meilleurs résultats* ».

Cependant, il faut souligner, à l'instar de la HAS (2006), que l'ICSI doit être utilisée dans de bonnes indications, au risque d'être moins efficace. Cette instance précise que l'efficacité de l'ICSI « *dans les cas d'infertilités non masculines n'est pas supérieure à la FIV en termes de taux*

²³⁵ En 2013, l'ICSI est choisie dans la grande majorité des dons d'ovocytes et dans 18 % des tentatives avec don de sperme, TEC exclus (ABM, 2015d : 4). Cette pratique peut s'interpréter comme une habitude de travail, ou une volonté de tirer le meilleur parti des gamètes, dans un contexte de rareté de la ressource. Ceci étant, les gamètes des donneurs sélectionnés étant de bonne qualité, l'observateur peut s'interroger sur la légitimité de cette substitution à leur fécondation spontanée. Cet exemple confirme l'importance en terme de vécu pour les acteurs d'aller jusqu'au transfert, même si cet acte ne prédit pas de meilleurs résultats.

de fécondation (...), mais aucune étude ne permet de conclure en termes de taux de grossesse ». Les auteurs réaffirment que l'infertilité féminine « n'est pas une indication de l'ICSI », car les bénéfices de l'ICSI par rapport à la FIV sur les taux de grossesse n'ont pas été démontrés (2006 : 64 et 136).

Le discours de Carine Pessah allie à la fois l'argument des indications, de l'efficacité et des risques pour rejeter un recours massif à l'ICSI. La répartition de l'activité à l'hôpital Américain où elle travaille se caractérise par une faible proportion d'inséminations, soit 28 % contre 52 % en région en 2013. Ces médecins ont une préférence marquée pour la FIV classique, qui représente un tiers des tentatives contre un sixième en région. La part des ICSI parmi les FIV, à 54 %, est inférieure de dix points à moyenne régionale (ABM, 2013c ; 2015a).

Carine Pessah explique sa perception. La généralisation de l'ICSI correspond à une tendance globale qui est au cœur de débats importants. Cette biologiste rappelle que cette technique ne présente pas de véritable intérêt si elle n'est pas utilisée dans de bonnes indications. Elle s'appuie sur la littérature scientifique pour étayer sa conviction selon laquelle « *il n'y a pas d'avantage réel à faire de l'ICSI pour tout le monde* ». Elle insiste sur le fait que ce procédé doit être utilisé dans ses indications *princeps*. Carine Pessah souligne aussi que l'ICSI améliore seulement les taux de fécondation, mais n'augmente pas les taux d'accouchement. Elle précise donc qu'en dehors des indications masculines, « *le seul argument réellement valable, c'est l'absence de fécondation en FIV* ». Les autres indications, comme les tératospermies ou des ovocytes peu nombreux, sont sujettes à débat. Pour Carine Pessah, le recours à l'ICSI en l'absence d'indication masculine revient à s'exposer inutilement à des risques dont l'ampleur est mal évaluée : « *Mon avis, qui est vraiment personnel, c'est que moins nous sommes invasifs, mieux c'est. À partir du moment où nous ne maîtrisons pas tout, je ne sais pas si nous avons intérêt à le faire, quand ce n'est pas réellement l'indication obligatoire* ». Carine Pessah plaide pour une attitude prudente, tout en insistant sur le caractère subjectif de sa position.

Jean-Philippe Wolf pense aussi que « *si l'ICSI n'est pas indiquée, elle n'a aucun d'intérêt* ». Il relaie l'affirmation selon laquelle les taux d'accouchement sont meilleurs en FIV : « *Un embryon obtenu en FIV a plus de chances de donner un bébé qu'un embryon ICSI. C'est publié* ». Cet écart d'efficacité détermine la stratégie des professionnels de Cochin : « *Nous*

faisons de la FIV à chaque fois que nous pouvons ». Cette posture se traduit dans les chiffres de la répartition de l'activité d'AMP. La FIV est deux fois plus utilisée qu'en région francilienne. La part des ICSI parmi les FIV est similaire à la moyenne.

Jacques Testart (2001) estime aussi que le recours à l'ICSI est illégitime s'il n'est pas utilisé dans de bonnes indications, car il fait prendre des risques non justifiés par les bénéfices escomptés. Il relate sa réaction initiale vis-à-vis de l'ICSI : « Quand cette technique a été développée par les Belges en 1992, j'ai été parmi les plus véhéments pour dire : "c'est scandaleux !", car il n'y avait eu aucune expérience animale équivalente ». À ce manque d'évaluation préalable s'ajoute une prise de « risques considérable, une effraction de l'ovule » (2001 : 137-138). Aujourd'hui, sa position a évolué. Il reconnaît que l'ICSI permet plus fréquemment d'obtenir la fécondation mais déplore surtout son utilisation dans de mauvaises indications : « *Les indications devraient être différentes mais, aujourd'hui, elles ne le sont plus* ». Jacques Testart pointe le « *manque de scientificité* » des stratégies médicales. Il regrette une utilisation abusive de l'ICSI, injustifiée dans la majorité des cas, surtout lorsque le sperme est fécondant. Il invoque la prudence et insiste sur l'incertitude d'un impact sur les enfants, par le biais notamment de modifications épigénétiques : « *L'artifice peut avoir des conséquences imprévues, imprévisibles. Plus nous sommes dans le naturel, moins nous risquons d'avoir de problèmes* ».

7.3.3.3 *Des motivations mercantiles ?*

Mêmes si les professionnels insistent sur le fait que la question financière est secondaire face aux indications médicales, une partie d'entre eux reconnaissent que les contraintes économiques sont prises en compte dans les décisions, mais qu'elles ne s'exercent pas partout avec la même force.

François Olivennes concède qu'une préoccupation financière « *peut probablement exister dans certaines structures* ». Jérôme Pfeffer se défend de toute motivation économique pour expliquer le recours à l'ICSI : « *Il n'y a pas de notion économique. Nous ne faisons pas plus d'ICSI pour gagner plus d'argent* ». Il rappelle d'ailleurs que la cotation de l'ICSI a été dévalorisée. Elle reste cependant mieux cotée que la FIV, car elle requiert un temps de travail est plus important. De plus, « *la rentabilité est en rapport avec son coût, pas avec ce que cela vous rapporte* ». La rentabilité de l'ICSI est donc relative puisqu'elle dépend par exemple du volume

d'ovocytes à micro-injecter. Jérôme Pfeffer souligne que la biologie de la reproduction « *n'est pas la biologie la plus rentable* », car elle n'est pas automatisée et exige par conséquent plus de personnel et de matières premières. Ce point de vue est partagé par Patrice Clément. Il rappelle que les prix fixés pour la cotation des activités en biologie sont le fruit de négociations entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de biologistes. Puis il explique que, depuis les premiers accords, ces prix ont régulièrement été diminués et qu'aujourd'hui, « *aucun acte biologique de FIV n'est coté à son juste prix* ». Cependant, si l'activité d'AMP en elle-même n'est pas rentable, elle apporte d'autres activités, comme la spermologie, les sérologies, ou les dosages hormonaux.

Pour expliquer les chiffres du centre de la Dhuy, Sixte Blanchy évoque un biais de recrutement et remarque que certains « *cabinets sont plus orientés vers les stérilités masculines* ». Jacqueline Mandelbaum postule également l'existence d'« *une population particulièrement élevée* » de ce type d'infertilité. Mais elle concède que les stratégies thérapeutiques expriment surtout des « *politiques de centre* » et que certains médecins « *ont tendance à faire de l'ICSI de manière un peu systématique* ».

Ces deux médecins reconnaissent ensuite que de manière générale, ce choix peut être guidé par des motivations financières. Sixte Blanchy confie qu'« *il y a naturellement une histoire d'argent* ». Ce choix résulte donc en partie d'une stratégie visant à assurer la viabilité économique des laboratoires. De manière générale, les techniques d'AMP sont faiblement remboursées, mais les « *ICSI sont beaucoup mieux remboursées que les FIV* ». Alors, à propos de la clinique de la Dhuy, qu'il qualifie de « *très bon centre* », il se montre pragmatique : « *Il faut bien qu'ils trouvent des sources de financements. Personne ne peut tenir dans ces conditions* ». Jacqueline Mandelbaum évoque aussi cette hypothèse financière, tout en précisant que « *je ne pense pas que ce soit la raison de la Dhuy, mais l'ICSI est beaucoup plus remboursée pour le laboratoire et beaucoup plus cotée que la FIV classique, donc un laboratoire qui fait 90 % d'ICSI gagnera davantage qu'un laboratoire qui en fait 60 %* ». Elle concède que la dimension financière « *change obligatoirement la vision de la médecine* ». Ces changements sont favorisés par le système de tarification à l'activité qui peut inciter à choisir la technique la plus chère. Pour autant, Jacqueline Mandelbaum minimise l'impact des enjeux financiers dans ce domaine, précisant que « *ce n'est pas une activité qui génère des dérives extraordinaires* ».

Michael Grynberg explique la différence de recours à l'ICSI entre le public et le privé par une meilleure cotation, tout en précisant que cette dimension est difficile à évoquer : « *Je ne suis*

pas sûr qu'ils diront que c'est pour facturer ». Héloïse Gronier explique aussi cette pratique par une motivation lucrative : *« Ils vont trop vite en ICSI parce que c'est mieux coté »*. Elle suppose que *« c'est pour faire de l'argent ou pour ne pas s'embêter »*.

La contrainte de rentabilité semble donc plus impérieuse dans le secteur privé que dans les centres publics. Jean-Philippe Wolf relate cette situation, dont il est informé par ses confrères : *« Les centres publics n'ont pas d'obligation de rentabilité financière, ce qui est le cas des centres privés qui ferment si, budgétairement, ils ne génèrent pas d'excédents (...). Donc vous voyez les choses complètement différemment »*. Cette contrainte a un impact direct sur les stratégies, car elle incite à favoriser les techniques les plus rentables. Mais elle s'exerce avec une moindre force en hôpital public et permet aux hospitaliers *« d'être très généreux »*. Jean-Noël Hugues évoque lui aussi ses confrères d'un centre libéral et ne soutient pas leurs motivations : *« D'abord, ils font de l'argent ! Comment peuvent-ils être objectifs dans ces conditions ? »*.

Ces éléments nous incitent à rejoindre les conclusions de Manuela Perrotta (2010). Elle rappelle que l'usage de l'ICSI n'est pas lié à une meilleure efficacité de ce procédé. Cette sociologue des organisations démontre que son utilisation relève d'une pratique sociale, située dans des contextes spécifiques. La propension particulière des médecins italiens à utiliser l'ICSI – à hauteur de 74 % des FIV en 2005, contre 69 % à l'échelle internationale – ne s'explique pas seulement par les dispositions législatives de ce pays, qui interdisent la fécondation et la congélation de plus de trois ovocytes. Son utilisation résulte d'une conjugaison avec d'autres facteurs, qui synthétisent ceux identifiés dans notre recherche : le développement d'un savoir pratique ; des éléments techniques, comme *« la possibilité de déterminer avec plus de précision le degré de maturité de l'ovocyte et une meilleure garantie de fécondation de l'ovocyte, qui rassure les biologistes face à l'incertitude générale autour des chances de grossesses »* ; des éléments organisationnels, illustrés par le fait que les établissements privés utilisent plus l'ICSI que les structures publiques ; et enfin des *« logiques contextuelles, qui mettent en relief la dimension située et contingente du choix, comme le besoin de "donner un embryon à la patiente" »* (2010 : 167).

7.3.4 La sélection par fort grossissement (IMSI) : une alternative à l'ICSI ?

L'IMSI est principalement utilisée en cas de forte altération de la qualité spermatique pour sélectionner les spermatozoïdes grâce à un microscope à fort grossissement. Elle est pratiquée dans la moitié des centres français (ABM, 2010 ; 2015d). Ce procédé représente 8 % des ICSI²³⁶. En 2013, il a permis la naissance de 971 enfants. Entre 2007 et 2011, le nombre d'IMSI a doublé, avant d'amorcer une phase de stagnation. Les personnes rencontrées disent progressivement délaisser cette technique de choix du spermatozoïde et l'utilisent dans indications plus restreintes, notamment après des échecs répétés d'ICSI²³⁷. Cette absence de généralisation de l'IMSI s'explique par plusieurs facteurs. Elle est non seulement décrite comme « lourde et coûteuse » mais « la démonstration scientifique de son efficacité reste à établir » et ce d'autant que les taux de grossesse et d'accouchement restent inférieurs à ceux de l'ICSI (ABM, 2010).

C'est justement cette faible efficacité qui a incité certains centres à ne plus y avoir recours, comme à Cochin, où Jean-Philippe Wolf explique que « *nous n'en faisons plus du tout* ». Ce virage a été initié suite au constat selon lequel que ce procédé n'améliorait pas les taux de grossesse. Les acteurs de Béclère ont fait le même choix, pour des raisons identiques. Les médecins de l'hôpital Américain y ont « *très peu* » recours explique Carine Pessah, uniquement dans les cas d'échecs répétés. À Jean Verdier également, son usage se raréfie. Entre 2010 et 2014, leur nombre diminue de près de 60 %²³⁸. D'abord utilisée dans les échecs d'ICSI, l'IMSI est réservée à des situations restreintes, principalement les tératospermies sévères.

Dans d'autres équipes, cette manière de choisir le spermatozoïde est encore en usage, bien que de manière marginale. À Jean Villar, les médecins y ont légèrement plus recours que la moyenne, dans 12,5 % des ICSI. D'après Xénia Lechat, ils l'appliquent depuis 2012, dans des indications telles qu'une altération du développement ou de la qualité embryonnaire, ainsi que les fausses couches multiples. Ces médecins proposent l'IMSI après un MSOME, qui consiste à « *analyser les spermatozoïdes et à les classer en fonction de leur vacuole. C'est de la*

²³⁶ Certains centres l'utilisent néanmoins jusqu'à 62 % de leurs ICSI en 2013 (ABM, 2015d : 87).

²³⁷ Une évaluation récente n'a « apporté aucun élément en faveur d'une supériorité de cette technique en première intention par rapport à l'ICSI conventionnelle » (ABM, 2013b : 34).

²³⁸ Avec l'augmentation globale de l'activité, sa part diminue de 14 % à moins de 5 % des ponctions.

morphologie ultra fine des spermatozoïdes (...). Ce n'est pas du tout consensuel, mais nous avons eu l'impression que cela pouvait être lié à des anomalies du développement embryonnaire »²³⁹.

À la clinique de la Dhuy, Jérôme Pfeffer explique que l'IMSI « *doit encore trouver sa place* ». Cette solution est proposée après des échecs d'ICSI. Mais la temporalité du recours à cette « *cartouche finale* » varie selon le parcours clinique du couple et l'âge de la femme. Il prend l'exemple hypothétique d'« *une femme de 42 ans, qui a deux ovocytes, et qui a fait une ICSI en première intention, nous lui proposerons une IMSI en deuxième intention* ». Ceci étant, le recours à l'IMSI est plus tardif, après au moins deux ICSI, si la patiente est jeune et dispose de nombreux ovocytes. Jérôme Pfeffer souligne que ce choix répond aux préférences des patients. Il en relativise les risques, expliquant que les biologistes choisissent un spermatozoïde dépourvu d'anomalie.

L'utilisation de l'IMSI par les médecins de l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis croise les deux types d'indications *sus* citées, à la fois pour choisir le spermatozoïde et en cas d'échec répétés d'ICSI. Patrice Clément ne cache pas sa déception : « *Il semblerait que les résultats ne soient pas à la hauteur de ce que nous pouvions espérer. Son efficacité n'a pas réellement été démontrée* ». Ce doute a entraîné une diminution de l'IMSI dans son laboratoire, réservée désormais à des indications restreintes. Les biologistes y ont recours au bout de trois échecs d'ICSI. Mais ce procédé est qualifié là aussi de « *dernière cartouche* », auquel les praticiens peuvent avoir recours malgré le flou entourant son efficacité, alimenté par des études contradictoires.

Jacqueline Mandelbaum, Pierre Jouannet et Jacques Testart expliquent la persistance de ce procédé – en dépit d'un plus fort taux d'échec –, par des enjeux symboliques et financiers.

Jacqueline Mandelbaum décrit les spécialistes de l'infertilité comme « *extrêmement sensibles aux modes. Peut-être parce que, pour faire cette profession, il faut être enthousiaste, optimiste. Tout le monde se précipite dès qu'il y a quelque chose de nouveau* ». Mais son efficacité s'est révélée décevante. Alors qu'elle la désignait comme un « *raffinement de l'ICSI* » (2011a : 17) tout en concédant l'absence de preuve de son efficacité supérieure, son jugement est, deux ans après, plus tranché. Si l'IMSI a permis de décrire autrement le spermatozoïde et « *a*

²³⁹ Selon l'acronyme anglais *Motile Sperm Organelle Morphology Examination*. Le MSOME consiste « en l'analyse morphologique fine de six organelles des spermatozoïdes éjaculés mobiles en temps-réel (...). L'IMSI est une modification récente du MSOME » (HAS, 2006 : 47).

aiguisé l'œil des biologistes », il apparaît que la sélection morphologique du spermatozoïde donne de moins bons résultats que l'ICSI classique. Pierre Jouannet concède que l'IMSI, « *qui a fait l'objet de promotions extraordinaires* », a permis de mieux analyser le spermatozoïde mais reste sceptique. Il prend pour preuve des études qui « *ne montrent pas d'avantage à faire de l'IMSI de manière systématique et même dans des indications particulières* ». Jacques Testart accentue la critique, en rappelant que son inefficacité a été constatée par le BLEFCO et se demande « *pourquoi, quand les professionnels eux-mêmes ont démontré l'absence d'avantage d'une de ces techniques, continuent-ils de l'utiliser ?* ». Il explique ce maintien par les difficultés des médecins à renoncer. Il évoque aussi l'importance pour les professionnels d'avoir une ultime technique à proposer en cas d'échec.

Ces trois biologistes évoquent également les enjeux économiques liés à l'apparition et à l'utilisation d'une nouvelle technique. Jacques Testart souligne de manière pragmatique qu'une nouvelle tentative génère de l'activité, dans un contexte francilien de compétition entre les centres. Dans une émission radiophonique, il évoque leurs « rivalités », qui s'expriment par la volonté de proposer une « technique extraordinaire », ce qui permet surtout de « garder la clientèle »²⁴⁰. Le but est aussi de rester compétitif et de se démarquer des autres centres, dans un souci d'innovation : « *Multiplier les technologies et les cumuler, c'est aussi une marque de modernité. Le médecin peut dire à sa patiente : "je vous ai donné le meilleur, j'ai fait tout ce qui est possible"* ». Pour lui, c'est « l'état de concurrence entre les centres d'AMP pour le recrutement de la clientèle qui pousse à l'affichage de pratiques que n'offrent pas les voisins et à la proclamation, même non démontrée, de l'avantage décisif de ces pratiques » (2014 : 76). Les centres seraient d'autant plus enclins à continuer de faire de l'IMSI pour amortir leur investissement en matériel : « *Ceci été lancé par un marchand de microscopes, qu'il faut rentabiliser en faisant payer un supplément au patient* ». En effet, comme cette technique n'est pas intégrée dans la nomenclature, elle peut faire l'objet de surfacturations. Cette pratique a d'ailleurs été observée par les inspecteurs de l'ABM (2014a). Patrice Clément explique qu'il répercute aux patients le surcoût de ce procédé, lié au temps nécessaire à sa réalisation. Il compare la durée de l'IMSI avec celle de l'ICSI : « *Une technicienne expérimentée met environ dix minutes pour injecter dix ovocytes. Sélectionner les spermatozoïdes et faire une IMSI sur un*

²⁴⁰ <http://www.franceculture.fr/emission-la-grande-table-2eme-partie-assiste-t-on-a-une-revolution-dans-la-procreation-2014-03-19> consulté le 1-10-14.

sperme difficile peut prendre jusqu'à trois quarts d'heure, une heure ». Il souligne également l'importance d'amortir l'acquisition du microscope.

Pierre Jouannet ne cautionne pas cette pratique financière. Pour certains laboratoires, elles sont un moyen d'« *avoir un surplus de rémunération (...). Cette surfacturation est d'autant plus contestable si la réalisation de l'acte n'est pas justifiée* ». Si des procédés comme l'IMSI ne sont pas compris dans la nomenclature, c'est parfois « *à juste titre, parce qu'ils n'ont aucun intérêt* ». Ces techniques deviennent « *un argument de vente* » présenté par les médecins comme « *le summum de la technicité, de l'efficacité* ». Cette offre permet de générer de l'activité et d'augmenter les profits. Pierre Jouannet prend l'exemple du test de fragmentation de l'ADN, « *systématiquement pratiqué dans certains laboratoires, que nous faisons payer très cher et dont nous tirons des conclusions quelques fois erronées* ». Il déplore les excès et les abus d'utilisation de ces examens. Ces surfacturations devraient être proscrites lorsque les connaissances et les motivations médicales sont aussi discutées : « *Je ne suis pas contre le fait que ces techniques existent, je pense qu'elles n'ont pas été suffisamment évaluées, qu'elles devraient faire partie de protocoles d'études et de recherches, et ne devraient pas être facturées* ». Plus qu'une interdiction des surfacturations et un encadrement de ces techniques par un protocole de recherche, Jacqueline Mandelbaum et Jacques Testart réclament l'arrêt de l'utilisation de l'IMSI. Ce dernier s'interroge sur ses risques potentiels, dans un raisonnement pragmatique : « *Nous sommes obligés de l'éclairer très puissamment, mais normalement les spermatozoïdes vivent dans l'obscurité (...). Est-ce qu'il n'y aura pas des effets épigénétiques ?* ». Face à ces incertitudes et à la démonstration de son inefficacité, il souhaite que l'ABM interdise son usage.

La variation de la proportion des ICSI parmi les FIV, quasiment du simple au double selon les centres, fait apparaître des applications différentes de ces procédés. Les médecins qui ont recours à l'ICSI de manière extensive élargissent ses indications masculines initiales, en l'utilisant rapidement après un échec de FIV ainsi que dans des indications féminines, liées à l'âge ou à un faible nombre d'ovocytes. Les tenants d'un recours limité souhaitent les circonscrire aux infertilités masculines sévères ou à une utilisation de dernier recours.

Ces deux tendances s'accompagnent d'une appréhension spécifique des risques de l'ICSI face à la FIV. Les autorités sanitaires françaises telles que le CCNE et la HAS ont identifié un risque multiplié par deux de malformations génitales, par trois de maladies chromosomiques,

auxquels s'ajoutent des risques augmentés de prématurité et de mortalité périnatale. Pour ces raisons, ils conseillent de limiter son utilisation. Pour les médecins qui utilisent le plus l'ICSI, ces risques semblent secondaires. Ils souhaitent assurer la fécondation pour être en capacité d'effectuer un transfert. Ce transfert est essentiellement symbolique : il signifie que l'intervention médicale est allée à son terme. L'échec des spécialistes à obtenir un embryon transférable est présenté comme coûteux, tant psychologiquement qu'économiquement. Les médecins qui refusent de généraliser l'ICSI préfèrent ne pas trop interférer dans les mécanismes de fécondation spontanée, compte tenu de ses risques. Certains d'entre eux imputent une utilisation excessive de l'ICSI à des motivations plus mercantiles que médicales. Étant mieux remboursée que la FIV, elle contribue à la viabilité économique des structures.

Face à ces dangers potentiels, certains centres ont pour habitude d'avoir recours au mi-FIV/mi-ICSI. Ce compromis permet de vérifier fécondance du sperme sans s'y substituer inutilement, tout en se préservant du risque de non-fécondation.

Les biologistes peuvent aussi envisager l'IMSI comme une dernière alternative à l'ICSI. Son utilisation est initialement marquée par une période de forte croissance, qui s'explique en partie par le penchant de ces spécialistes à accueillir avec enthousiasme des procédés innovants. Cette marque de modernisme permet aux centres d'AMP de se démarquer de leurs concurrents dans un contexte compétitif. Les spécialistes la défendent pour choisir le spermatozoïde après un ou plusieurs échecs d'ICSI, le délai se raccourcissant en fonction de l'âge de la femme. Mais face à une efficacité moindre, les espoirs sont rapidement déçus. Après une stagnation du nombre d'IMSI, qui n'est pas indifférente à la nécessité d'amortir les investissements en matériel, la dynamique de ce procédé semble s'orienter progressivement vers un délaissement.

* * *

Les différences observées dans répartition de l'activité des centres illustrent l'existence de politiques médicales propres à chaque lieu. L'influence de la structure sur les stratégies de soins ne doit pas faire oublier que ces politiques sont également le résultat de décisions prises par les individus, selon leurs conceptions des bénéfices et des risques des techniques, dans un contexte d'indications médicales souvent relatives.

La répartition de l'activité selon les techniques est d'abord déterminée par le secteur d'activité du centre. Les inséminations sont majoritairement assurées par le secteur privé. L'organisation du travail dans ces établissements, ainsi que la multi-activité des praticiens libéraux, favorisent la concentration de l'activité d'insémination. De plus, les hôpitaux mettent plus facilement en place la FIV, qui est certes un procédé lourd mais également plus rentable pour l'institution que l'insémination ou la stimulation.

Ceci étant, ces éléments d'ordre structurel et financier ne suffisent pas à expliquer ces différences : elles se nourrissent des représentations des professionnels vis-à-vis des procédés médicaux. L'exemple de l'évolution de la répartition de l'activité à Jean Verdier montre que celle-ci dépend des décisions prises par les individus qui y exercent.

Les fondateurs de Jean Verdier présentent leur préférence pour la stimulation et l'insémination comme s'inscrivant dans une posture scientifique. Celle-ci est influencée par leur formation en endocrinologie, ce qui explique leur vif intérêt quant au fonctionnement du système hormonal. Ces professionnels appartiennent à la génération pionnière des médecins de l'infertilité. Par leur expérience, par la confrontation avec des cas difficiles, et par leur implication dans la recherche, ils ont contribué à faire avancer les connaissances dans ce domaine. Cette approche s'inscrit également dans une philosophie du soin entretenue et revendiquée par les acteurs. Cette conception de la médecine de la reproduction valorise une implication minimale et progressive. Ces spécialistes s'inscrivent dans une forme de modestie vis-à-vis des mécanismes de la procréation naturelle. Ils se veulent prudents face aux risques iatrogènes de leur intervention. Le passage en FIV représente à leurs yeux une certaine forme d'échec à restaurer une procréation autonome. Ces préférences thérapeutiques sont mises en valeur par les membres de cette équipe comme une part cruciale de l'identité de ce centre, qui constitue le principal ferment de sa culture.

Le nouveau responsable de Jean Verdier modifie cette politique médicale. Les stimulations et les inséminations sont moins nombreuses et le passage à la FIV plus rapide. Rappelons que le nouveau chef de service est gynécologue-obstétricien, ce qui contribue possiblement à banaliser son regard sur le geste chirurgical de la ponction. Il appartient à une génération où ces techniques ont déjà été éprouvées. La volonté de ses prédécesseurs de comprendre les causes de l'infertilité a laissé la place à un désir d'efficacité immédiate, aboutissant à un recours rapide aux techniques plus invasives. Michael Grynberg est guidé par

une recherche d'efficacité. Il a construit sa perspective à l'hôpital Antoine Béchère, où il a passé la première partie de sa carrière. Formé à cette école, dotée d'une image prestigieuse, il utilise la temporalité du passage à la FIV comme un outil au service de la recherche de l'excellence. La réorientation de la politique médicale à Jean Verdier s'inscrit dans un phénomène global qui traverse ce champ médical, dans le sens d'une intensification et d'une accélération de la médicalisation. Jean-Noël pense que ce double mouvement est « *une tendance lourde, générationnelle que de vouloir tout accélérer, faire le maximum, rapidement, et même en l'absence d'evidence based medicine. Je l'ai senti avec les dernières générations de chefs de clinique* ». Pour lui, cette volonté d'immédiateté « *traduit un malaise profond, une non confiance en soi* ».

Les indications médicales relatives, comme l'âge ou les infertilités inexplicables, favorisent la multiplicité des lignes de conduites. Elles font apparaître cette hiérarchisation des techniques par les acteurs. Les stratégies à adopter face aux femmes âgées constituent un point d'achoppement récurrent, où chacun réaffirme sa conception des procédés biomédicaux. D'un côté, les équipes coutumières de l'insémination l'envisageront en premier. À leurs yeux, la FIV pour âge symbolise une médicalisation abusive, car inefficace. Plutôt qu'une stratégie onéreuse, présentant un risque accru d'annulation et donc une perte de chances sèches pour le couple, ces médecins se centrent sur l'amélioration de la qualité de l'ovulation. De l'autre, les professionnels qui favorisent la FIV la préféreront, pour apporter une réponse rapide visant à compenser la baisse de la fertilité avec l'âge. Ces mêmes raisonnements sont appliqués aux infertilités idiopathiques. L'incertitude, tant vis-à-vis de l'étiologie que de l'efficacité des techniques, permet aux praticiens d'envisager toutes les stratégies. Certains préconisent une intervention progressive, en commençant par plusieurs inséminations, pour éviter de médicaliser trop précocement une situation qui relève souvent d'une légère infertilité ; d'autres défendent un passage rapide à la FIV. Les stratégies médicales avec les couples non conventionnels montrent que les professionnels dosent leur implication en choisissant les procédés les moins médicalisés. Ils peuvent ainsi intervenir *a minima* dans des projets de couple qui ne correspondent pas à leurs représentations.

Les utilisations de la FIV et de l'ICSI sont structurées par une évaluation spécifique de la balance entre les bénéfices – tant en termes d'efficacité que de rentabilité –, et les risques – d'échecs ou induits par l'intervention médicale.

La iatrogénie potentiellement induite par la substitution à la fécondation naturelle et par l'utilisation de gamètes pathologiques pose principalement problème à ceux qui refusent de généraliser l'ICSI. Les autres perçoivent ses dangers comme secondaires, partant du principe que si les embryons sont anormaux, ils ne s'implanteront pas. Les utilisateurs les plus réguliers de l'ICSI tiennent surtout à se protéger du risque d'échec de fécondation et d'absence de transfert auxquels la FIV expose.

En termes de bénéfices, l'ICSI est mieux remboursée que la FIV pour le laboratoire, mais son efficacité est remise en question dans certaines indications. Si elle semble augmenter la probabilité d'obtenir et de transférer un embryon, les acteurs reconnaissent qu'elle n'améliore pas les chances de grossesse. Pour résoudre ce paradoxe, ils insistent sur la valeur psychologique de ce transfert pour les couples. Mais la portée de cette vertu concerne également les professionnels eux-mêmes. En les protégeant d'une absence de transfert, la micro-injection apaise leur crainte de l'échec et préserve l'apparence d'une intervention médicale utile. Les médecins montrent aux couples qu'ils ont développé l'arsenal le plus complexe pour répondre à leurs demandes. L'utilisation de l'IMSI comme une dernière carte après l'ICSI remplit la même fonction. Dans une course générale à l'innovation, cette sélection morphologique, valorisée pour sa modernité, ne tient pas ses promesses. Ses faibles résultats peinent à justifier les pratiques de surfacturations visant à amortir les investissements. Cette prise de risques conduit certains professionnels à délaisser l'IMSI, voire à regretter la perpétuation de son usage.

Chapitre 8. Les politiques de gestion des ovocytes et des embryons

Pour réaliser une FIV, les cliniciens et les biologistes doivent prendre un ensemble de décisions qui s'intègrent dans des politiques propres à chaque centre. Ces choix concernent notamment la gestion des ovocytes et des embryons²⁴¹.

La ponction des ovocytes est réalisée par le clinicien. Grâce à un contrôle échographique, il s'assure de la présence de follicules ovariens. En fonction de leur nombre et de leur maturité, il décide de réaliser ou d'annuler ce prélèvement. Il définit également les conditions d'anesthésie. Les ovocytes sont ensuite mis en fécondation par le biologiste pour obtenir des embryons²⁴². Une partie de ces embryons est transférée immédiatement, en « frais » ; l'autre partie est congelée en vue d'un transfert ultérieur. Le biologiste gère également l'évolution des embryons et peut décider de prolonger leur culture en laboratoire. L'équipe clinico-biologique définit enfin le nombre d'embryons transférés. Lorsque les embryons sont congelés, le gynécologue choisit le traitement hormonal le plus adapté pour favoriser leur implantation.

Ces décisions relatives au prélèvement des ovocytes, à la gestion des embryons *in vitro* et à leur transfert *in vivo* mettent en évidence la marge d'appréciation des professionnels. Mais ces derniers doivent s'adapter à des contraintes organisationnelles, structurelles et économiques, qui les poussent à accroître leur intervention sur les cycles féminins et à renforcer la médicalisation de la procréation.

8.1 Les politiques de ponction ovocytaire

Le nombre et la taille des follicules nécessaires au prélèvement d'ovocytes, ainsi que le type d'anesthésie choisi pour réaliser ce geste, s'intègrent dans le cadre des politiques de ponction.

8.1.1 Les politiques d'annulation

L'annulation de la ponction, qui consiste à ne pas prélever d'ovocytes à cause d'une réponse ovarienne inadaptée à la stimulation, est un outil de sélection des candidates à la FIV ou

²⁴¹ Comme le recueil des spermatozoïdes nécessite une intervention médicale limitée, et que leur conservation est peu problématique, ces questions ne seront pas détaillées.

²⁴² Nous ne reviendrons pas sur l'étape de la fécondation, abordée dans le chapitre précédent.

à l'ICSI. Mais l'observateur dispose de peu d'informations précises sur les taux d'annulation dans les différents centres. En effet, l'ABM ne donne pas de renseignements sur les ponctions annulées, mais seulement sur celles qui ne sont pas suivies d'un transfert (2015c). En 2012, ces dernières représentent 18 % des ponctions, avec un minimum à 7 % et un maximum à 37 %. Le nombre moyen d'ovocytes recueilli à chaque ponction varie du simple au triple selon les centres²⁴³. Outre des protocoles de stimulation différents, ces écarts témoignent de l'existence de politiques d'annulation. Ils reflètent une exigence variable quant au nombre d'ovocytes permettant l'accès à la ponction. Malgré des motifs similaires pour justifier l'annulation – une réponse souvent trop faible et parfois trop forte à la stimulation –, le nombre de follicules nécessaire à la ponction est relatif. Ce seuil change selon les contextes de l'infertilité, mais également selon les médecins, les équipes et le secteur d'activité. Les médecins libéraux ont davantage tendance à ponctionner les patientes avec peu d'ovocytes que leurs confrères hospitaliers. Les femmes infertiles rencontrées déplorent les pratiques d'annulation et constatent leur hétérogénéité selon l'orientation des centres²⁴⁴. Linette, qui a connu cette situation à deux reprises, confie son impression de gâchis : « *Je me disais : “ce n'est pas possible, j'ai quatre ovocytes matures, et personne ne veut les prendre”. Je l'ai très mal vécu* ».

8.1.1.1 Des structures privées conciliantes

Les établissements privés étudiés annulent peu les tentatives. À l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis, Patrice Clément estime que ce taux d'annulation est plutôt faible, de l'ordre de 6 à 7 %. Jérôme Pfeffer explique également que les cliniciens de la Dhuy « *annulent très peu. Nous y allons pour un ou deux ovocytes. Notre patientèle étant un peu plus âgée, nous savons que nous ne ferons pas forcément mieux la fois suivante* ». À l'hôpital Américain aussi, le taux d'annulation est très bas, évalué par Charles Bami entre 3 et 5 %. Carine Pessah précise que cette proportion dépend certes des centres, mais qu'elle est « *surtout variable en fonction des gynécologues* ». Le nombre de follicules nécessaire n'est pas l'objet d'une « *politique de centre* »

²⁴³ En moyenne, neuf ovocytes sont prélevés à chaque ponction. La moitié d'entre eux permettent d'obtenir des embryons.

²⁴⁴ Virginie Rio s'interroge sur les raisons des politiques d'annulation en général. Elle émet l'hypothèse selon laquelle ces décisions ne sont pas uniquement prises selon des éléments médicaux, comme un « *mauvais développement embryonnaire* », mais qu'elles sont également fonction de contraintes liées au laboratoire ou à l'organisation de l'activité, incitant les médecins à « *repousser d'un jour, parce qu'ils sont fermés ou n'ont pas suffisamment de personnel* », hypothèses confirmées par cette recherche.

mais cette stratégie est « *vraiment propre à la pratique de chacun* ». À Jean Villar, le taux de déprogrammation tend à rejoindre celui de certains centres publics à 14 %, ce qui montre que la situation en milieu libéral n'est pas homogène.

Ceci étant, les différences de pratiques selon l'orientation libérale ou hospitalière de l'établissement révèlent l'influence de contraintes structurelles. Michael Grynberg rappelle que, « *dans le privé il faut prélever, il faut faire du chiffre* ». Il ne faut pas perdre de vue que la ponction est l'acte le plus rentable pour une structure, à l'instar de ce que déclare Sixte Blanchy : « *Quel est l'intérêt pour la clinique d'avoir une autorisation d'AMP ? C'est uniquement les ponctions* ». Enfin, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle les frais engagés par les couples, plus élevés en privé, rendent difficilement concevable l'arrêt de la tentative avant même d'avoir collecté les ovocytes.

8.1.1.2 *Des centres publics exigeants*

L'annulation d'une ponction est souvent justifiée par une double volonté de ne pas pénaliser les chances de grossesse de la patiente et d'améliorer les stimulations suivantes.

À Sèvres par exemple, le taux d'annulation varie selon Joëlle Belaisch-Allart entre 12 et 17 %. En cas de réponse ovarienne insuffisante, et étant donné les limites posées par le système de remboursement, la politique du centre consiste à « *annuler pour recommencer avec un autre traitement* » et ainsi optimiser les conditions de réalisation des tentatives suivantes en intensifiant la stimulation.

Une autre possibilité est de transformer la FIV annulée en insémination, ce que certains comme Xénia Lechat appellent une « *insémination de rattrapage* ». François Olivennes soutient cette alternative, mais il estime que ses résultats ne sont « *pas correctement évalués et les taux de succès sont extrêmement faibles* ». Cette stratégie présente également pour inconvénient d'exposer la patiente au risque de grossesse multiple. René Frydman envisage aussi l'insémination comme une option possible : « *Nous basculons souvent en insémination, quand les trompes sont perméables* ». Si la patiente est jeune, ce praticien peut également recommencer une FIV en cycle naturel. Son choix est guidé par l'âge de la patiente et ses antécédents, mais René Frydman précise que son appréciation reste subjective.

En d'autres occasions, les médecins acceptent de revoir leur seuil à la baisse et d'aller jusqu'à la ponction. Isabelle Cédricin explique les configurations propices à cet ajustement.

D'abord, à Jean Verdier, la politique précédente conditionnait la ponction à la présence d'au moins trois follicules de plus de 17 millimètres. Mais Michael Grynberg passe ce seuil à quatre follicules de plus de 18 millimètres. Ce médecin justifie sa décision par la volonté d'harmoniser la politique du centre avec l'état actuel des connaissances et de « *rester dans les critères publiés* ». Le fait d'exiger un nombre plus élevé de follicules matures affecte le taux d'annulation. Entre 2010 et 2014, le nombre de cycles débutés non suivis d'une ponction passe de 14 % à 16 %. Cependant, Isabelle Cédric souligne que cette équipe peut prendre la décision de ponctionner même avec trois follicules. Cette attitude vise à prendre en considération les coûts financiers des déprogrammations et à s'adapter au contexte de l'infertilité. Lorsqu'il n'y a « *aucune chance de grossesse naturelle* », que la FIV représente la seule possibilité pour les couples d'avoir un enfant ou que cette tentative sera la dernière, ils se montrent plus tolérants sur le nombre de follicules. L'insuffisance de la réponse ovarienne devient ensuite un argument central pour décider de mettre un terme à l'AMP : « *Cela fermera la porte et nous ne recommencerons pas* », explique Isabelle Cédric.

Pour Michael Grynberg, les médecins ne devraient pas réaliser une ponction si les femmes ont peu de follicules. Les patientes qui répondent mal à la stimulation ovarienne auraient dû avoir été l'objet d'un tri en amont : « *Nous devons screener ces patientes pour ne pas les inclure en FIV. Si nous les avons incluses et qu'elles répondent mal, nous ne sommes pas censés aller jusqu'au bout* ». L'intervention ne lui paraît pas justifiée eu égard aux faibles chances de grossesse. Les répercussions psychologiques pour le couple, les risques des traitements ainsi que les coûts économiques de cette stratégie contribuent à ses yeux à la délégitimer²⁴⁵. Michael Grynberg estime que, dans ce cas, la fin ne justifie pas les moyens.

À Cochin, le taux d'annulation s'élève à 20 %. Jean-Philippe Wolf estime que les centres qui dépassent ce taux s'inscrivent dans une logique de compétition et une recherche de résultats : « *Il y a des centres qui sont très bien classés mais qui annulent plus de 40 % des cycles, alors que la moyenne est à 20 %. Si vous annulez, bien évidemment, vous ne gardez que les meilleurs* ». L'annulation est une autre façon de sélectionner les meilleurs prétendants à l'AMP. Pour Jean-Philippe Wolf, le prix à payer pour atteindre la pole position est trop élevé. Il conclut qu'être

²⁴⁵ Il est rejoint par Jean-Luc Pouly. Pour lui, le poids financier des déprogrammations est tel qu'il justifie la sélection en amont de la prise en charge. Il est « *logique et économiquement rentable d'avoir une politique de sélection* » (2005 : 49).

« *les premiers ou pas, ce n'est pas très grave* », ce d'autant que la concurrence pousse à des pratiques potentiellement déviantes.

René Frydman concède que le taux d'annulation à Antoine Bécère est « *important* », et que les cliniciens devraient être capables de le diminuer. Dans ce centre, entre novembre 2004 et mars 2005, un quart des 229 cycles de FIV ont été annulés, en grande partie à cause d'un nombre de follicules inférieur à quatre. Cependant, il concède que ce seuil est « *très discuté* » (2005 : 10). Le risque d'annulation varie en fonction de l'âge de la femme et de sa réserve ovarienne. René Frydman reconnaît que la politique d'annulation des centres influence directement leurs résultats, et que c'est un critère important à prendre en compte dans leur évaluation : « *Si vous mettez un filtre et que vous ne prenez en FIV que certaines répondeuses, vos résultats seront différents* ». Mais il se défend de toute préoccupation relative aux résultats dans le processus d'élimination des mauvaises répondeuses. Pour légitimer cette pratique, il avance des raisons médicales. Le déterminant essentiel réside dans l'estimation par les médecins des chances acceptables de succès : « *Est-ce que vous opérerez quelqu'un qui a 97 % de chances de ne pas s'en remettre ? Est-ce que ce n'est pas mieux d'arrêter et de passer à une alternative ? C'est un problème médical, ce n'est pas pour les résultats ou pour l'apparence du centre. La question, c'est de savoir si vous faites de la bonne médecine* ». Les médecins qui préfèrent annuler ne sont donc pas guidés selon lui par un souci de compétitivité mais par une représentation de la « *bonne* » médecine, déterminée en premier lieu par une volonté d'efficacité.

Les cliniciens sont parfois contraints de recueillir des follicules immatures, lors de pathologie ovarienne ou dans le cadre de la préservation de la fertilité. C'est souvent le cas en oncofertilité, lorsque les médecins ne peuvent administrer de stimulation hormonale, par manque de temps ou en cas de contre-indication. Les biologistes font ensuite évoluer ces follicules en laboratoire, dans un milieu enrichi en hormones et en sérum : c'est la Maturation In Vitro²⁴⁶ (MIV). Cette technique est peu développée en France²⁴⁷. Beaucoup de centres ont arrêté de l'utiliser à cause notamment de sa faible efficacité. Ceci étant, l'oncofertilité offre une nouvelle indication à ce procédé : à Jean Verdier, en 2014, les MIV représentent 12 % des ponctions

²⁴⁶ Les deux autres options sont de réaliser une stimulation et de congeler les ovocytes, ou de prélever par coelioscopie du cortex ovarien, la région externe de l'ovaire. Cette dernière possibilité le plus souvent proposée aux enfants et aux jeunes filles, qui pourront ensuite bénéficier d'une MIV ou d'une greffe de ces tissus.

²⁴⁷ En 2013, elle a été utilisée dans six centres, au cours de cent dix-huit FIV, donnant naissance à onze enfants (ABM, 2015d).

intraconjugales. Cependant, les taux de succès restent très faibles²⁴⁸. Les procédés en oncofertilité sont fondés « sur le pari que dans un avenir assez proche des procédés de réutilisation des cellules conservées, efficaces et sans risque pour la santé, vont être mis au point » (Brunet, 2013 : 433).

Pour résumer, dans les centres étudiés, les taux d’annulation oscillent entre 3 et 25 %, malgré une cause commune : une réponse ovarienne inadaptée. Les centres publics sont plus enclins à déprogrammer les ponctions en fonction de critères adoptés collectivement, pour ne pas comptabiliser la tentative et optimiser les stimulations suivantes. En guise d’alternative, les professionnels peuvent convertir la FIV en insémination, en essayant de contrôler le risque de grossesse multiple. L’exemple à Jean Verdier de l’augmentation du nombre et de la taille des follicules nécessaires montre l’élévation du degré d’exigence de l’équipe. Dans les centres privés, la rareté des annulations est justifiée par l’âge de la clientèle et un nombre d’ovocytes souvent faible. Cette décision, prise à l’échelle individuelle, est motivée par l’importance que les patientes accordent à ce prélèvement. Ces spécialistes choisissent souvent d’utiliser les ovocytes disponibles, même peu nombreux, surtout lorsqu’ils pensent ne pas pouvoir mieux faire, ou devoir ensuite interrompre le parcours.

8.1.2 Le type d’anesthésie : choix de la patiente ou priorité des centres ?

La ponction peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale²⁴⁹. Dans leur choix, les médecins se disent en premier lieu guidés par les préférences des patientes. Le mode d’anesthésie n’a pas d’influence sur le résultat d’AMP mais contribue à la qualité de la prise en charge.

La tendance à l’augmentation de l’anesthésie générale à Jean Verdier est impulsée par Michael Grynberg : « *J’ai demandé que nous leur posions des questions, que nous leur laissions le choix, en leur expliquant que nous privilégions l’anesthésie locale, mais qu’elles ne sont pas obligées de souffrir* ». D’ailleurs, il s’estime mal placé pour choisir à la place des patientes et « *leur imposer des gestes invasifs* ». Renato Fanchin tient le même discours : « Le choix appartient surtout à la patiente »²⁵⁰. Celle-ci bénéficie cependant des conseils du praticien, qui

²⁴⁸ À Jean Verdier, entre 25 et 30 % des ovocytes obtenus ont été inséminés en ICSI, donnant vingt embryons, dont un seul a été transféré, sans succès, et les autres ont été congelés.

²⁴⁹ L’anesthésie sous hypnose est faiblement développée car très contraignante bien que faiblement médicalisée. Sixte Blanchy prend l’exemple d’un centre qui réalise « *60 ou 70 % des ponctions sous hypnose, ils n’ont pas besoin d’anesthésiste, c’est sans danger mais cela prend beaucoup de temps* ».

²⁵⁰ <http://www.aphp.fr/hopital/antoine-beclere/services/> consulté le 23-10-14.

peut l'orienter vers l'anesthésie locale si le nombre de follicules est faible, ou vers l'anesthésie générale si les ovaires sont difficilement accessibles et que le geste risque d'être douloureux.

Le mode d'anesthésie obéit également à des contraintes organisationnelles et financières qui contribuent à expliquer les différences de pratiques entre les centres.

Le type d'anesthésie dépend du secteur d'activité de la structure. L'anesthésie générale est plus fréquemment proposée en secteur libéral. D'abord, elle permet aux professionnels de mieux gérer leur temps, en standardisant la durée de l'intervention et en optimisant l'enchaînement des actes. Ensuite, Sixte Blanchy souligne l'influence de la rentabilité et du système de tarification à l'activité sur ce choix : « *Le secteur privé fait des anesthésies générales et les autres des locales parce que les anesthésies générales rapportent beaucoup plus* ». Cette remarque a également été formulée par d'autres médecins, comme Jean-Noël Hugues, ou Yoël Sainsaulieu, statisticien à l'ABM : « Les ponctions ovocytaires sous anesthésie générale sont systématiques dans le secteur privé alors que les pratiques sont plus diversifiées dans le public. Cette différence n'est pas neutre non plus d'un point de vue économique, car les actes d'anesthésie sont facturables » (2011 : 39).

Si les hôpitaux réalisent moins d'anesthésies générales, c'est aussi à cause du manque de personnel : « *Il y a une tension très forte pour les anesthésistes* », explique Sixte Blanchy. Cette contrainte a également été mise en avant par Nathalie Besoin à Jean Verdier, et par Jacqueline Mandelbaum à Tenon. Cette dernière explique que, non seulement les anesthésistes ne sont pas nombreux, mais la faible cotation de cet acte ne les incite pas à se déplacer pour surveiller sa réalisation.

L'exemple du centre de Sèvres, qui propose fréquemment des anesthésies générales, nuance cette observation relative au secteur d'activité. Joëlle Belaisch-Allart valorise une pratique fondée sur un rapport altruiste et empathique au patient. Cette praticienne commence par écarter toute préoccupation financière : « *Nous n'avons pas de souci d'argent, les patientes payent le même prix, contrairement par exemple à l'hôpital Américain* ». L'anesthésie générale est proposée par souci du bien-être et du confort des patientes, parce qu'il n'y a « *aucune raison que les femmes souffrent* ». Elle précise d'ailleurs que cette spécificité est connue des patientes, qui rejoignent ce centre sachant « *qu'elles peuvent avoir une anesthésie sans problème* ». Selon Joëlle Belaisch-Allart, si certains de ses collègues rechignent parfois à l'anesthésie générale, outre le problème de disponibilité des anesthésistes, c'est parce qu'ils considèrent la ponction

comme « *une petite intervention* ».

8.2 Le traitement des embryons

Après avoir prélevé les ovocytes, et lorsque les biologistes obtiennent plusieurs embryons, ils congèlent ceux qui ne sont pas transférés immédiatement, les embryons dits surnuméraires²⁵¹. Ces spécialistes guident également l'évolution des embryons *in vitro*, en favorisant leur éclosion ou en prolongeant leur culture du troisième au cinquième jour de leur développement, au stade de blastocyste.

8.2.1 La congélation des embryons

La technique de la congélation n'est pas nouvelle²⁵². Le premier transfert d'embryon congelé date de 1984 en Australie et aboutit la naissance de Zoé. Actuellement, des embryons sont congelés dans un quart des FIV réalisées²⁵³.

Malgré les incitations des institutions à privilégier les stratégies permettant de limiter le nombre d'embryons stockés, ce nombre est en augmentation, pour atteindre 190 000 en 2013 (ABM, 2015d). Dans les deux tiers des cas, ces embryons sont destinés à accomplir le projet parental des 61 000 couples concernés et seront transférés. Les autres seront détruits, donnés à un autre couple ou à la recherche médicale.

Le procédé de la congélation s'améliore grâce à la vitrification, une technique de congélation rapide des gamètes et des embryons autorisée depuis 2011 mais non remboursée par la Sécurité Sociale²⁵⁴. La première naissance française issue de la vitrification embryonnaire a eu lieu à Jean Verdier. Christophe Sifer met en valeur le progrès que constitue cette technique et les meilleurs résultats qu'elle offre, par rapport à la congélation lente : elle améliore le taux de survie des embryons, passant de 50 à quasiment 100 %²⁵⁵. De plus, la vitrification optimise les

²⁵¹ Certains optent pour la congélation de l'ensemble de la cohorte embryonnaire, autrement appelée le *freeze all*. Cette stratégie est notamment choisie dans le cas des hyperstimulations pour créer ultérieurement un environnement endométrial propice à l'implantation de l'embryon.

²⁵² Elle remonte à 1954 pour les spermatozoïdes et à 1987 pour les ovocytes.

²⁵³ Le nombre moyen d'embryons congelés s'élève à 3,5.

²⁵⁴ Article L2141-1 du CSP.

²⁵⁵ Agence France Presse, « Premières naissances en France après congélation ultrarapide d'embryons, un nouvel espoir », 17 août 2011, disponible sur http://www.lexpress.fr/actualites/1/actualite/premieres-naissances-en-france-apres-congelation-ultrarapide-d-embryons-un-nouvel-espoir_1021582.html consulté le 2-12-14.

politiques de transfert, car la possibilité de conserver les embryons sans altérer leur qualité favorise le transfert d'un seul embryon frais.

Cela étant, et même s'il progresse, le taux d'accouchement par ponction est moins élevé lorsque les embryons sont congelés, à 15,8 %, contre 19,2 % en frais (ABM, 2015d). Certains établissements maîtrisent mieux la congélation que d'autres, les écarts allant de 8 % à Jean Villar à 20 % à Sèvres. À Jean Verdier, il s'élève à 14 %²⁵⁶.

Pour Jacques Testart, ces moindres performances en congélation sont imputables à un mauvais choix de l'embryon : « *Certains biologistes ne croyaient pas que la congélation apportait un bénéfice et congelaient les embryons que nous aurions mis à la poubelle (...). Il faut faire le contraire, parce qu'un embryon qui a l'air douteux ne supporte pas le stress de la congélation* ». Mais cette stratégie est incompatible avec le désir d'immédiateté des acteurs : « *C'est un discours qui ne passe pas parce qu'il faut avoir une grossesse immédiatement* ».

Outre une efficacité qui reste à améliorer, François Olivennes pointe des « problèmes pratiques non négligeables » et la surcharge de travail relatifs à la vitrification, qui « prend du temps : elle est réalisée de façon individuelle, manuelle par une technicienne, alors que la congélation classique est faite par des automates »²⁵⁷. Il met ici en l'accent sur l'influence des facteurs externes et structurels dans la mise en œuvre d'une technique.

Sixte Blanchy observe que le recours à la congélation est aussi déterminé par des questions financières. La vitrification n'est pas proposée par tous les laboratoires, en raison de son coût : « *Il y a des questions d'argent, la vitrification coûte cher* ». Patrice Clément insiste aussi sur l'investissement que nécessite la congélation rapide, en temps et en matériel : « *Ce surcoût fait que certains centres hésitent à le faire, ou font payer les patients en plus* ». Comme certains de ses collègues du secteur privé, il répercute lui-même ce surcoût aux patients.

8.2.2 La culture des embryons

Les biologistes peuvent agir directement sur l'embryon. Le choix de favoriser son éclosion par le biais de l'éclosion assistée est de plus en plus rare, dépassé par la culture prolongée.

²⁵⁶ Se référer au tableau 6 en annexe. Il renseigne sur le taux d'accouchement estimé par centre selon l'état des embryons transférés (ABM, 2013f ; 2015c). Ces estimations sont basées sur la lecture des données agrégées et agencées sous forme de *funnel plot*.

²⁵⁷ AFP, 2011.

8.2.2.1 L'éclosion assistée

L'éclosion assistée consiste à léser ou à supprimer la zone pellucide de l'embryon²⁵⁸. Elle est principalement réalisée lorsque cette membrane protectrice est jugée trop épaisse, ou en cas d'échec d'implantation. Majoritairement perçue comme inutile, son usage est en diminution. L'éclosion assistée reste néanmoins présente dans le paysage médical français : en 2013, 19 centres y ont recours dans 2,4 % de leurs tentatives, donnant naissance à 437 enfants²⁵⁹ (ABM, 2015d).

Le délaissement de l'éclosion assistée est lié, selon le gynécologue et biologiste Yves Ménézo, à « un ratio risque/bénéfice assez confus : l'apport bénéfique possible apporté par la perforation étant contrecarré par l'effet délétère lié à la technologie nécessaire pour réaliser cette perforation » (2011 : 527). De même, Jacques Testart rappelle que l'efficacité de cette lésion n'a pas été démontrée : « Ses adeptes peinent à justifier l'avantage déterminant qu'ils lui accordent (chances d'implantation bien supérieures pour chaque embryon traité) et expliquent la carence de leur démonstration statistique par la rareté des cas où la technique serait vraiment efficace » (1999 : 90). Ce procédé marginal est effectivement circonscrit à des indications très restreintes. À Jean Verdier par exemple, une biologiste explique que « nous n'avons pas d'indication clairement définie » pour cette technique, choisie de façon empirique en fonction de la morphologie de la zone pellucide. Le nombre de ponctions avec éclosion assistée dans ce centre diminue, de 61 à 26 entre 2010 et 2014, suivant ainsi la tendance globale. D'autres médecins ont arrêté de l'utiliser. À Cochin, Jean-Philippe Wolf explique que « nous en avons beaucoup fait, et comme cela n'a aucun intérêt, nous n'en faisons plus ». Pas d'éclosion assistée non plus dans le laboratoire de l'hôpital de la Seine Saint Denis, car Patrice Clément précise que cette technique « n'a jamais fait la preuve de son efficacité ».

Selon Jérôme Pfeffer, ce procédé a été dépassé par la culture prolongée, où l'éclosion correspond à « la phase naturelle de l'évolution du blastocyste ».

²⁵⁸ Cette perforation est le plus souvent thermique – au laser –, mais peut également être mécanique – à l'aiguille – ou chimique – avec un produit acide.

²⁵⁹ En 2013, un centre utilise l'éclosion assistée dans 57 % des ICSI et dans la totalité des TEC (ABM, 2015d : 81).

8.2.2.2 *La culture prolongée*

Le recours à la culture prolongée est en expansion (ABM, 2013c, 2015a). Entre 2011 et 2013, la part des ponctions réalisées avec ce procédé en France a plus que doublé, passant de 20 à 53 %. Cette poussée s'explique notamment par l'amélioration des résultats permise par la vitrification. Si la culture prolongée est utilisée dans la quasi-totalité des établissements, le transfert en blastocyste varie de 1 % à 100 % des tentatives selon les centres (ABM, 2015d). De plus, ses indications sont hétérogènes. Charlène Herbemont souligne la multiplicité de ses usages : « *Chacun interprète la littérature à sa manière (...). Certains centres en font pour tout le monde, d'autres la réservent aux cas les plus compromis* ». Son utilisation dépend de facteurs médicaux, structurels et individuels. Pour Sixte Blanchy, le choix de la culture prolongée « *dépend beaucoup des lobbies personnels* ». Il est l'expression de stratégies propres aux centres et aux laboratoires.

Une stratégie de sélection des embryons

La culture prolongée optimise les politiques de transfert. Les professionnels partent du principe qu'elle sélectionne les embryons les plus résistants en favorisant l'activation de mécanismes de régulation chromosomique et en réduisant les anomalies génétiques (Ménézo, 2011). Les praticiens se fondent sur l'hypothèse selon laquelle le prolongement de la durée de vie *ex vivo* de l'embryon est une preuve de sa résistance : « *En général, l'embryon qui donne une grossesse arrive au moins au stade blastocyste* », déclare Jean-Philippe Wolf. Pour Xénia Lechat, la culture prolongée représente « *une sorte de validation du fait que nous transférons des embryons évolutifs* ». Le procédé renforce la confiance des professionnels en la qualité des embryons, ce qui les incite à transférer un seul blastocyste et diminue ainsi le risque de grossesse multiple.

À Jean Verdier, entre 2010 et 2014, le nombre de cultures prolongées est multiplié par douze, pour concerner 115 ponctions annuelles. Mais cette proportion reste faible par rapport à la moyenne nationale. Ces médecins l'utilisent pour sélectionner les embryons en fonction de leur viabilité, améliorer leur potentiel implantatoire et limiter le nombre d'embryons conservés. Jean-Noël Hugues explique choisir la culture prolongée pour les patientes « *jeunes, qui ont beaucoup d'ovocytes, de bonne qualité, avec une bonne fécondance* ». Cette stratégie est proposée dans le cadre de transferts mono-embryonnaires, lorsque « *le choix de l'embryon au troisième jour n'est*

pas évident. En prolongeant la culture jusqu'au cinquième jour, nous pouvons mieux choisir l'embryon », explique Isabelle Cédric. Un des arguments est de faire « *perdre moins de temps aux patients en sélectionnant nous-mêmes* » les embryons, précise Héloïse Gronier. Cependant, Michael Grynberg explique que l'hypothèse d'un tri *in vitro* des embryons les plus aptes à s'implanter reste « *théorique, car rien n'indique qu'ils ne se seraient pas développés in utero* ». Ces médecins peuvent aussi combiner les stratégies, en transférant un embryon au troisième jour et en plaçant les autres en culture prolongée.

Cette tactique expose à des pertes importantes, ce qui implique de disposer d'un nombre important d'embryons. Si ce n'est pas le cas, les médecins peuvent éviter de prolonger la culture des embryons, par peur de les perdre. À l'hôpital Américain par exemple, ce procédé est très marginal et représente moins de 5 % de l'activité. L'âge des patientes limite le nombre d'ovocytes, et donc d'embryons : « *C'est un peu lié à notre type de patients. Nous le proposons en deuxième intention, dans des cas particuliers, quand nous avons de nombreux embryons* », explique Carine Pessah. Ces médecins ne veulent pas « *prendre le risque de ne pas faire de transfert* », poursuit-elle.

Si ces décisions collectives sont justifiées par raisons médicales, d'autres facteurs interviennent également dans ces choix.

Des convictions individuelles

Le choix de la culture prolongée est influencé par les conceptions des biologistes. Par exemple, Héloïse Gronier dit ne pas être « *persuadée que la culture prolongée soit une bonne chose* », ayant l'impression d'une efficacité moindre. Elle doute surtout de l'intérêt de maintenir les embryons dans les milieux de culture : « *Je ne suis pas sûre qu'ils soient mieux dans nos cuves que dans l'utérus, mais c'est vraiment ma conviction personnelle* ». Chacun entretient un rapport individuel à cette technique et à son degré de médicalisation, évalué en fonction des conséquences possibles d'une présence prolongée en milieu artificiel. De plus, la littérature relative à ces risques, notamment épigénétiques, est « *controversée* », précise Marine Durand.

Xénia Lechat reconnaît aussi que les risques de la culture prolongée sont mal évalués. Si le « *principe de précaution* » doit présider à la décision médicale, elle remarque que chaque nouveau procédé s'accompagne d'études montrant une augmentation des malformations chez les enfants. Mais elle rappelle que les médecins se sont interrogés sur leurs causes et que

« *l'infertilité des patients semble liée à des malformations toutes techniques confondues* ». La multiplication des « *alertes* » est difficile à interpréter, compte tenu de la double absence de population de référence pour comparer les données et de suivi exhaustif des couples. Pour Xénia Lechat, ces alarmes ne constituent pas un signal d'arrêt : « *Rester prudent ne veut pas dire ne rien faire* ». Elle résout ce dilemme en hiérarchisant ces dangers. Elle préfère courir les risques encore méconnus de la culture prolongée plutôt que d'augmenter les risques attestés des grossesses gémellaires : « *Même si ces stratégies techniques sont à surveiller, nous n'avons pas le droit de faire prendre le risque de jumeaux à des patientes, pour un risque hypothétique concernant les cultures prolongées* ».

Pierre Jouannet observe aussi que « *le fait que l'embryon se développe in vitro pendant plusieurs jours en laboratoire n'est pas dépourvu de risques pour la santé de l'enfant* ». Mais pour lui non plus, ces dangers potentiels ne justifient pas un non-recours à ce procédé : « *Il y a souvent une bonne justification et un intérêt à faire de la culture prolongée* ». Il plaide d'ailleurs pour une meilleure reconnaissance de cette technique, qui passerait par un remboursement des coûts liés à cette surcharge de travail, et notamment les « *frais d'équipement, de milieux de culture et de personnel* ».

Jacques Testart ne partage pas le point de vue de ses confrères, estimant ce procédé « *scandaleux* » et « *absurde* », car il implique des pertes importantes sans améliorer le pronostic. Son utilisation n'est pas légitimée par une efficacité supérieure ou, en tout cas, « *n'augmente les chances d'implantation de l'embryon transféré que par une sélection survenant au cours de la culture, ce qui réduit d'autant le nombre d'embryons à transplanter ou à conserver* » (2014 : 63). À cela s'ajoute l'induction de risques potentiels négligés, malgré des études ayant prouvé des « *problèmes cardiaques et articulaires et un poids plus élevé à la naissance* », constituant peut-être le « *signe d'un métabolisme différent* »²⁶⁰.

Des facteurs structurels

L'idée selon laquelle les usages de la culture prolongée sont influencés par les convictions des biologistes n'est pas partagée par tous. Marine Durand préfère insister sur les contraintes

²⁶⁰ Certaines études rapportent en effet que le transfert d'un blastocyste unique est associé à un sur-risque de naissance prématurée et de malformation congénitale de l'ordre de 50 à 70 % (Kamphuis, 2014).

matérielles présidant à ce choix : *« C'est plus une question de conditions de culture au sein du laboratoire qu'une question philosophique »*.

L'utilisation de la culture prolongée est déterminée par les compétences des biologistes. Xénia Lechat souligne que ce procédé *« demande une certaine expérience : il faut savoir choisir ses milieux, surveiller ses paramètres et lire les embryons »*.

Les résultats obtenus dépendent eux-mêmes de l'équipement du laboratoire. Si les conditions de culture *« ne sont pas optimales, nous risquons de perdre les embryons artificiellement »*, explique une biologiste. Selon Marine Durand, celles-ci dépendent essentiellement du nombre d'incubateurs, de petits réfrigérateurs qui conservent l'embryon dans l'obscurité à 37 degrés. Mais le coût élevé de ce matériel freine sa généralisation. Or, plus le laboratoire dispose d'incubateurs, moins les biologistes sont obligés de les ouvrir pour surveiller l'évolution des embryons, risquant alors d'en diminuer la température²⁶¹. En effet, le choc thermique *« a un fort impact sur la cinétique et la qualité de l'embryon jusqu'au stade de blastocyste. Les incubateurs sont un problème majeur dans le choix de la culture prolongée »*, explique Marine Durand. Charlène Herbemont explique qu'à Jean Verdier, *« nous ne pouvons pas nous permettre de faire de la culture prolongée pour tout le monde parce que nous n'avons pas les moyens de bien la réaliser. Il faut des incubateurs et des conditions de culture idéales »*. Les biologistes doivent donc s'adapter à ces contraintes et choisir les meilleurs candidats. D'autres centres français ont plus de moyens. Marine Durand prend l'exemple de Cochin, où *« ils font énormément de blastocystes, parce qu'ils ont un mur entier d'incubateurs (...) Dans leurs conditions de culture, de nombreux embryons arrivent à se développer »*. Jean-Philippe Wolf, qui y exerce, confirme que ce laboratoire dispose d'une vingtaine d'incubateurs permettant aux biologistes d'utiliser la culture prolongée dans 30 à 40 % des tentatives.

Le recours à la culture prolongée est pour partie conditionné par l'organisation du travail : *« Les centres qui ne veulent pas travailler le samedi et le dimanche ne font pas de culture prolongée »*, rappelle Héloïse Gronier. Xénia Lechat fait également référence à la *« disponibilité »* qu'exige ce procédé, puisque les professionnels doivent *« accepter de transférer tous les jours »*.

²⁶¹ L'embryoscope évite de sortir les embryons, mais seulement deux centres disposent de ce matériel en 2013.

Le prolongement de la culture embryonnaire dépend également de l'orientation des recherches menées par l'hôpital. Pour Jean-Philippe Wolf, la préférence des acteurs de Cochin pour cette stratégie est en partie due au goût de son confrère biologiste pour la recherche et les nouveaux protocoles, portant notamment sur la congélation des blastocystes et les transferts différés.

La forte croissance des cultures prolongées, pour concerner aujourd'hui plus de la moitié des transferts d'embryons, est favorisée par les progrès de la congélation. Son recours est motivé par des arguments médicaux : sélectionner le meilleur embryon, diminuer le nombre d'embryons transférés et de grossesse multiple. Les professionnels évitent d'y avoir recours avec peu d'ovocytes, pour ne pas s'exposer à l'absence de transfert. Mais son utilisation est hétérogène : la politique de culture de l'embryon dépend des moyens de la structure, de l'organisation du travail, des compétences des biologistes et de leur confiance en la fiabilité de leurs milieux de culture.

Une fois les embryons obtenus en l'état de développement souhaité, il s'agit ensuite de définir les conditions de leur transfert.

8.3 Les politiques de transfert embryonnaire

Les politiques de transfert se traduisent principalement dans le nombre d'embryons transférés, et par ricochet, dans les taux de grossesse et d'accouchement multiple. Les équipes sont incitées à favoriser les transferts mono-embryonnaires, autrement appelés les *e-set*, de l'acronyme anglais *single embryo transfert*²⁶².

Lorsque le transfert d'embryon est différé et que les embryons ont été congelés, les cliniciens créent artificiellement un environnement hormonal et endométrial propice à l'implantation de l'embryon. Le transfert est en grande majorité accompagné d'une stimulation, renforçant l'intervention des médecins sur le cycle féminin.

8.3.1 Le nombre d'embryons transférés et le taux de grossesse multiple

Les pratiques liées au transfert d'embryons varient, à l'échelle européenne, selon les politiques de santé publique, et à l'échelle locale, selon la formation des médecins, leurs

²⁶² Les règles de bonnes pratiques stipulent que le nombre d'embryons transférés « est autant que possible limité à deux embryons transférés, voire un seul dans certaines indications. Au-delà de deux embryons, les raisons sont justifiées dans le dossier médical ».

habitudes de travail et leurs appréhensions des risques relatifs aux grossesses multiples. Les transferts mono-embryonnaires apparaissent comme une norme vers laquelle les pratiques doivent tendre mais restent minoritaires.

8.3.1.1 Contextes nationaux et locaux

Pour avoir un aperçu de l'hétérogénéité des stratégies de transfert d'embryon selon les pays, et notamment de l'impact des politiques de santé publique sur ces choix, nous nous appuyons sur le rapport publié en 2014 par l'ESHRE, collectant les données de 2010 relatives aux pratiques d'AMP dans 31 pays européens (Kupka, 2014). En Europe, les transferts mono-embryonnaires, de plus en plus fréquents, représentent 26 % des transferts d'embryons frais. Pierre Jouannet et ses coauteurs (2011) démontrent l'influence des politiques de santé nationales sur les disparités nationales en comparant la situation française avec deux autres pays européens. En Belgique, depuis que les pouvoirs publics ont soumis le remboursement de six FIV à un premier transfert mono-embryonnaire chez les femmes de moins de 36 ans, les *e-set* représentent la moitié des transferts réalisés. La Suède, qui limite le nombre d'embryons transférés, parvient à 73 % de transferts mono-embryonnaires. Pierre Jouannet estime que cette attitude favorise un meilleur rapport coût-efficacité : elle permet de « *faire des économies* » et « *les taux de grossesse et de naissance en Suède sont aussi bons qu'en France, en transférant beaucoup moins d'embryons* ». Il pense que la tendance des médecins français à diminuer le nombre d'embryons transférés est trop timide et devrait être dynamisée par l'ABM²⁶³. Les recommandations de cette institution manquent de précision et son action « *pourrait être plus positive dans l'élaboration de politiques de santé publique* », étant donné les risques et les coûts de la prématurité.

Cela étant, les médecins français sont plus enclins que leurs confrères européens à privilégier les transferts mono-embryonnaires. Cette tendance se renforce pour atteindre 37 % en 2013, contre 28 % en 2010 (ABM, 2013f ; 2015c ; 2015d). Si les pratiques tendent à se lisser autour de la norme du transfert mono-embryonnaire, ce choix varie à l'échelle nationale, puisque certains centres l'appliquent jusqu'à six fois plus que d'autres²⁶⁴.

²⁶³ Le nombre d'embryons transférés passe de 1,8 en 2010 à 1,7 en 2014. Les pratiques des centres sont hétérogènes car les extrêmes varient entre un seul embryon et 2,3 embryons transférés.

²⁶⁴ De même, les écarts concernant les transferts de deux et trois embryons sont sensibles. En France, en 2013, les transferts de deux embryons représentent 56 % des transferts, les extrêmes variant du simple au triple. Les transferts de trois embryons, en régression, s'élèvent à 7 % ; alors que certains n'y ont jamais recours, d'autres l'utilisent quasiment six fois plus que la moyenne.

Cette préférence nationale pour l'*e-set* se traduit également par un taux d'accouchement multiple inférieur à la moyenne européenne, à 16 % en 2013. Là non plus, ce taux n'est pas le même selon les centres²⁶⁵. Mais il tend à diminuer dans la majorité des lieux de prise en charge, comme le montre la comparaison des données de 2010 et de 2012 publiées par l'ABM²⁶⁶. À Jean Verdier, l'*e-set* est de plus en plus souvent utilisé : « *Nous nous mettons à l'e-set parce que nous nous inscrivons dans la politique de santé publique* » visant à réduire le risque de grossesse gémellaire – « *le plus coûteux en AMP* » –, explique Christophe Sifer. La baisse du taux d'accouchement multiple, passant de 25 % en 2010 à 16 % en 2012, témoigne de cette évolution. D'autres centres, comme Jean Villar, l'hôpital Américain et l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis, suivent cette tendance et rejoignent la moyenne nationale. Dans ce dernier centre, Patrice Clément explique que cette diminution est une conséquence de la première évaluation des pratiques menée par l'ABM. Celle-ci lui a permis de prendre conscience que ce taux était supérieur à la moyenne nationale. Il adopte alors une posture réflexive sur les pratiques de son équipe : « *J'ai fait un tableau de nos grossesses gémellaires et nous en avons discuté en staff* ». Il ressort de cette évaluation rétroactive que, malgré une décision collective consistant à privilégier les *e-set*, certains transferts bi-embryonnaires auraient pu être évités : « *C'était surtout une des trois gynécologues qui était en cause, et elle s'est repositionnée* ». Cette équipe a ainsi réajusté les pratiques individuelles des gynécologues en les harmonisant avec la politique de centre.

Si toutes les équipes évoquées ont diminué le taux d'accouchement multiple, les centres de Cochin et d'Antoine Béclère font figure d'exception : la fréquence de ces naissances augmente et reste au-dessus de la moyenne nationale, respectivement à 21 et à 23 %.

8.3.1.2 *L'influence des compétences et des formations individuelles*

La politique de transfert varie selon les préférences et les compétences des professionnels. Du côté des biologistes, Pierre Jouannet note que « la bonne maîtrise des techniques de congélation peut aussi favoriser le transfert électif d'un embryon » (Jouannet *et al.*, 2011 : 280). Le succès du transfert dépend aussi de l'adresse du clinicien : « *Savoir faire un transfert, c'est*

²⁶⁵ Certaines équipes obtiennent 100 % de naissances uniques, alors que d'autres plafonnent à 56 % en 2010, puis à 69 % en 2012.

²⁶⁶ Se référer au tableau 7 en annexe sur la fréquence des accouchements multiples de quelques centres de la région parisienne et bordelaise. Ces données ne reflètent pas les résultats réels mais agrégées et standardisées en fonction des caractéristiques des patients et de la moyenne nationale. Comme ces rapports institutionnels ne fournissent pas les taux exacts, ces taux sont des estimations basées sur la lecture des graphiques.

très important. Le succès est transféreur-dépendant », souligne Jacqueline Mandelbaum. La variabilité des performances individuelles incite Joëlle Belaisch-Allart à comparer les taux de grossesse par transféreur. Lorsqu'elle identifie que certains gynécologues « *ont de moins bons résultats, je leur demande de revenir avec moi, je regarde comment ils font* ». Elle sait que l'évaluation des performances individuelles « *n'est pas dans la culture médicale (...). C'est un peu difficile à vivre pour certains* ». Mais c'est une habitude qu'elle assume, et ce d'autant qu'elle rappelle avoir « *toujours le meilleur taux de grossesse par transfert (...), à 40 %* ». Ces taux de succès sont le résultat d'une vigilance constante et d'une surveillance individualisée des pratiques. René Frydman, qui a mis en place le même système d'évaluation, précise aussi que les transferts sont « *opérateurs-dépendants* » et souligne ainsi l'influence directe du savoir-faire des cliniciens sur les résultats.

Les attitudes des médecins vis-à-vis du nombre d'embryons à transférer sont partiellement soumises à leur perception des grossesses multiples et à leur image de la famille. Pierre Jouannet et ses coauteurs remarquent que, si un « nombre croissant de praticiens pensent qu'il est souhaitable de réduire les taux de grossesse multiple (...), d'autres pensent qu'il faut encourager les grossesses gémellaires pour satisfaire le plus rapidement possible le désir de femmes de plus en plus âgées et infertiles d'avoir plusieurs enfants » (2011 : 281).

La formation des praticiens influence leur appréhension de ces grossesses à risques. En tant que gynécologue médicale, Héloïse Gronier pense que « *les gynécologues médicaux n'ont pas le même regard que les gynécologues obstétriciens, parce que ce sont les obstétriciens qui gèrent la suite* ». La moindre exposition des gynécologues médicaux à ces risques expliquerait leur plus grande inclination à transférer plusieurs embryons.

L'appréhension de ces dangers semble également distinguer les cliniciens des biologistes, comme l'indique une déclaration de Joëlle Belaisch-Allart : « *Je suis obstétricienne donc j'ai beaucoup moins peur que les biologistes des jumeaux (...). Les jumeaux ne sont pas une catastrophe* ». Sa conception de la gémellité, qu'elle relie à sa formation, s'incarne dans un taux de grossesse multiple plus élevé que la moyenne nationale, à 26 % en 2010. Si Joëlle Belaisch-Allart défend sa politique, en rappelant que celle-ci répond aux préférences des patients, elle sait que cette posture ne suit pas nécessairement les recommandations de bonnes pratiques et nuance ses propos : « *Néanmoins, c'est vrai que si nous pouvons transférer les embryons un par un, c'est mieux* ». Les médecins de Sèvres ont malgré tout modifié leurs pratiques, puisque le taux de

grossesse multiple baisse à 17 % en 2012. Néanmoins, Joëlle Belaisch-Allart précise que cette réorientation est directement corrélée à la durée de culture de l’embryon : « *Nous faisons plus de blastocystes donc plus de transferts d’embryon unique* ». Le transfert d’un blastocyste est uniquement proposé aux patientes de moins de 35 ans.

8.3.2 Les conditions hormonales du transfert d’embryons congelés

Lors du transfert d’embryon congelé (TEC), les cliniciens définissent l’environnement hormonal le plus propice à une grossesse. Cet acte peut être réalisé en « cycles “naturels”, stimulés ou substitués avec monitoring du cycle », tels que les désignent les règles de bonnes pratiques. Le choix entre ces protocoles illustre la façon dont les professionnels concilient leur vision d’une prise en charge optimale avec des contraintes externes. Présentons d’abord les options envisageables pour examiner ensuite l’évolution des pratiques à Jean Verdier, en évoquant également l’exemple de Jean Villar.

8.3.2.1 Les différentes options

Trois possibilités s’offrent aux médecins pour gérer les conditions hormonales lors du transfert d’embryons congelés. Il peut être réalisé sans administration d’hormones : c’est le TEC dit en cycle spontané, ou en cycle naturel. Xénia Lechat explique que lors des « *cycles spontanés, nous ne stimulons pas, nous nous adaptons à l’ovulation* ». Cette option est rarement choisie par les médecins. François Olivennes impute cette marginalité à l’instauration d’une routine professionnelle, les médecins ayant pris l’habitude de prescrire des hormones. De plus, ce protocole ne peut être proposé qu’aux patientes ayant des cycles ovulatoires réguliers. François Olivennes rappelle que la non-prévisibilité de l’ovulation, et la multiplication des examens qui en découle, sont contraignantes pour la patiente et pour le médecin : « *Ce n’est pas programmable. Faire du cycle naturel, c’est aussi ne pas choisir le jour du transfert de l’embryon congelé. C’est une contrainte* ».

Pour assouplir ces impératifs, les médecins cherchent à contrôler le cycle hormonal en créant artificiellement des conditions endométriales propices à l’accueil de l’embryon. Ils disposent de deux moyens. Ils peuvent utiliser le TEC en cycle stimulé, ou en cycle naturel modifié. L’ovulation féminine est induite par une unique injection d’hCG²⁶⁷. Cette hormone vise

²⁶⁷ La hCG, vient de l’anglais *Human Chorionic Gonadotropin*, soit l’hormone chorionique gonadotrope,

à obtenir un follicule mature et permet de déclencher l'ovulation. La dernière option est d'apporter des œstrogènes et de la progestérone pour agir directement sur l'endomètre. Ces hormones se substituent au cycle naturel : c'est le TEC dit substitué, artificiel ou avec traitement hormonal substitutif (le TEC THS). Les médecins programment ainsi le jour du transfert en fonction du moment où ils administrent la progestérone.

Le protocole à observer vis-à-vis du cycle ovarien lors du transfert est au cœur d'un débat qualifié de « *très actuel* » par François Olivennes. Non seulement la littérature scientifique n'établit pas de consensus sur les avantages et les inconvénients de ces trois procédés, mais l'incertitude persiste quant à leurs conséquences sur le déroulement et l'issue de la grossesse, ce qui alimente les hésitations des praticiens et leurs désaccords. Les médecins choisissent le protocole en fonction de leurs résultats, du profil de la patiente et des contraintes de la structure.

8.3.2.2 Exemples de changements de stratégie

Les dynamiques d'utilisation du TEC THS à Jean Villar et à Jean Verdier témoignent de la pression que subissent les professionnels pour optimiser l'activité. Après avoir délaissé le cycle substitué, à cause de son impact sur les fausses couches, ces deux centres le réintègrent dans leur fonctionnement. À Jean Villar, les médecins envisagent de « *repandre un protocole de THS* », explique Xénia Lechat, mais n'ont pour l'instant pas de politique définie : « *Nous faisons ce qui convient le mieux à la patiente* ». À Jean Verdier, les médecins privilégiaient également les transferts en cycle stimulé, mais depuis l'arrivée de Michael Grynberg, les TEC THS représentent la moitié des transferts, alors qu'ils ne concernaient que 10 à 15 % d'entre eux. Les débats consécutifs à cette décision se cristallisent dans cette équipe autour des effets iatrogènes de la planification des cycles féminins.

Le délaissement du TEC THS motivé par des risques mal évalués

Les risques sont au cœur des arguments d'Isabelle Cédric pour éviter le TEC THS. Cette clinicienne s'appuie sur deux études menées dans le centre. La première ne montre pas de conséquence sur les chances de grossesse mais laisse supposer des répercussions possibles sur le taux de fausse couche : « *Les grossesses ne sont pas moins nombreuses en TEC THS, mais elles évoluent moins bien. Le corps jaune de grossesse n'est pas efficacement reproduit par le*

produite au cours de la grossesse.

traitement que nous donnons », constate Isabelle Cédric. L'analyse a cependant été biaisée par le fait que ce traitement était proposé dans des indications particulières, et notamment à des populations présentant un risque plus élevé de fausses couches²⁶⁸. Cette étude distingue donc difficilement l'influence des hormones de celle des caractéristiques cliniques des patientes : « *Nous n'avons jamais su exactement si la population choisie pour le TEC THS était plus sujette aux fausses couches, ou si c'était le THS en lui-même* », concède Isabelle Cédric. Cela ne l'empêche pas de se méfier de ce procédé. Pour elle, la cause de ces avortements spontanés peut résider dans le traitement hormonal, puisque « *même chez la population tout venant, il y a plus de pertes de grossesses avec le TEC THS* », renforçant ainsi son intime conviction. Elle garde en mémoire un récent scandale : « *Ce qui nous a fait hésiter à généraliser l'utilisation du TEC THS, c'est l'histoire du Distilbène, un œstrogène donné en début de grossesse pour éviter les fausses couches et qui s'est avéré tératogène pour la descendance* », augmentant notamment le risque de cancer du col chez les futurs enfants²⁶⁹. Cette affaire sanitaire a « *été un des arguments qui nous a permis de résister à cette mode* ». La méconnaissance des dangers de ce protocole sur la grossesse et sur l'enfant incite Isabelle Cédric à la prudence.

Isabelle Cédric a mené une autre étude depuis le changement de stratégie. Elle présente ces résultats lors d'un conseil de centre en mars 2015. Elle compare le nombre de fausses couches et de naissances en cycle stimulé et substitué. Sur la première période, entre 2011 et 2013, les TEC THS représentent environ 20 % de l'ensemble des transferts d'embryons. La substitution hormonale pose deux problèmes : non seulement le taux de fausses couches est deux fois plus élevé qu'en cycle stimulé (à 49 % contre 28 %), mais le taux d'accouchement est également moins bon (à 11 % contre 19 %). Cette analyse montre que le TEC THS augmente les interruptions de grossesse et diminue les naissances. Sur la seconde période, en 2014, les TEC THS représentent la moitié des transferts d'embryons, et les premiers résultats indiquent que les fausses couches restent plus nombreuses avec ce procédé (à 38 % contre 20 %). Le taux d'accouchement ne révèle pas encore de différence significative, mais il ne sera interprétable que lorsque toutes les grossesses de l'année auront abouti. Lors de ce conseil de centre, Isabelle Cédric insiste sur la nécessité de s'interroger sur les causes de ces interruptions de grossesse,

²⁶⁸ Ce protocole s'adressait par exemple aux patientes en insuffisance ovarienne, ayant des ovaires polykystiques, anovulatoires, étant prises en charge dans le cadre du don d'ovocytes ou présentant une endométriose sévère.

²⁶⁹ Le Distilbène est un œstrogène de synthèse, contrairement aux œstrogènes utilisés actuellement en médecine de la reproduction, dont la structure chimique est identique aux œstrogènes produits spontanément par le corps.

puisque, dit-elle « *nous n'arrêterons pas les THS* ». Lorsque Christophe Sifer demande pourquoi un arrêt n'est pas envisageable, Michael Grynberg lui oppose des contraintes organisationnelles. Alors que le premier objecte l'existence d'études qui vantent les mérites du cycle naturel modifié, le second invoque d'autres recherches plaidant pour la stratégie inverse. Isabelle Cédricin clôt le débat en préconisant de mieux sélectionner les patientes et d'éviter de proposer le TEC THS lorsqu'elles ont déjà fait des fausses couches.

Marine Durand se questionne aussi sur la signification de ces pertes de grossesse, qui pourraient être un signe annonciateur d'une iatrogénie plus générale : « *Est-ce que ce nombre de fausses couches signifie qu'il y a un effet délétère ? Est-ce que ce n'est pas un signal d'alarme nous avertissant que dans vingt ans, nous risquons de regretter ce choix ?* ». Mais l'état actuel des connaissances, qui démontre seulement l'absence de répercussion du THS sur le nombre de naissances, ne permet pas de répondre à cette question.

Quant à lieu, Michael Grynberg insiste sur le fait que le THS offre « *les mêmes résultats* », mais reconnaît l'existence d'une incertitude concernant son impact sur les fausses couches : « *Le seul point qui persiste et qui reste aujourd'hui débattu est de savoir s'il y a plus de fausses couches en THS. Personne n'a la réponse* ». Or, en l'absence de démonstration scientifique de sa nocivité, Michael Grynberg maintient sa préférence pour le traitement substitutif. Interrogé sur le risque d'augmenter la iatrogénie, il adopte une attitude distanciée et pragmatique et répond qu'il « *diminue les contraintes* ».

La réintégration du TEC THS pour diminuer les contraintes

Le THS permet de programmer les interventions et favorise ainsi le confort des couples et des équipes. En effet, comme le cycle est artificiel, les médecins ne sont pas obligés d'attendre l'ovulation ni de la surveiller par des dosages hormonaux et des échographies. Ce protocole est donc moins exigeant pour la patiente, car « *il n'y a pas d'injection, il y a une seule prise de sang et une seule échographie* », explique Isabelle Cédricin. Cependant, si la progestérone allège les étapes précédant l'obtention d'une grossesse, son utilisation accentue les contraintes après l'accouchement : « *En contrepartie, quand elles sont enceintes, elles doivent prendre des*

hormones jusqu'à trois mois de grossesse»²⁷⁰. Ce contrôle hormonal diminue le nombre d'examens mais alimente la médicalisation des débuts de la gestation.

Ce procédé facilite également le travail du médecin qui peut choisir le moment de l'ovulation, les dates des examens, le jour du transfert et optimiser ainsi l'organisation du travail. Michael Grynberg justifie principalement le choix du TEC THS par des arguments organisationnels. Compte-tenu du volume d'activité, il est obligé de programmer les actes : *« Pour gérer 600 ou 900 ponctions par an, il faut planifier l'activité (...). Il y a des contraintes organisationnelles que nous sommes obligés de prendre en compte »*. L'obligation de planification de l'activité se renforce avec la spécialisation en oncofertilité, *« une activité déjà très désorganisée donc il faut organiser ce qui est organisable »*, explique-t-il²⁷¹.

L'augmentation du TEC THS participe au phénomène que Louise Vandelac (1995) appelle la « technicisation de l'engendrement ». Elle décrit un processus d'« industrialisation de la reproduction », tendance « déjà repérable avec la mise en place de la chaîne médico-hospitalière de la reproduction, avec l'artificialisation complète des cycles féminins pour les soumettre et les programmer en fonction des calendriers et des horaires de travail » (1995 : 88-90).

Si Jean Villar et Jean Verdier ont délaissé le TEC THS à cause de son incidence sur le taux de fausse couche et ses risques potentiels, sa réintégration diminue la surveillance médicale et optimise le fonctionnement du centre, mais implique de poursuivre le traitement hormonal jusqu'au premier trimestre de la grossesse. Isabelle Cédricin résume les facteurs qui président aux différentes formes de contrôle du contexte hormonal lors du transfert. Le TEC THS est un *« exemple caractéristique (...) pour montrer comment la stratégie de prise en charge est en interrelation étroite avec le vécu du traitement et les résultats. Il montre bien comment tout s'entremêle, en termes de stratégies, de choix, d'organisation, de coût, de facilité pour les patients et de succès »*.

* * *

²⁷⁰ Notons que certaines équipes ont systématiquement recours à ce traitement hormonal pendant le premier trimestre de la grossesse, indépendamment des conditions hormonales choisies pour le transfert d'embryons.

²⁷¹ Les contraintes induites par cette nouvelle activité ont été évoquées dans notre première partie.

Les choix médicaux concernant la collecte des ovocytes, ainsi que le traitement et le transfert des embryons, mettent en lumière la multiplicité des facteurs déterminants les usages des techniques. Ces derniers sont interdépendants, en même temps qu'ils répondent à des compositions singulières entre des visions de la médecine et des contraintes pratiques.

L'accès à la ponction est conditionné par des raisons médicales, des convictions individuelles et des impératifs structurels.

Si la décision de déprogrammer un prélèvement est fondée sur un critère médical – le nombre de follicules matures –, elle apparaît comme un outil permettant de trier les candidates. La politique d'annulation prolonge la politique de sélection instaurée dans chaque centre. Les acteurs les plus accessibles, principalement les spécialistes libéraux, se montrent conciliants et se contentent du matériel procréatif dont ils disposent. Ils considèrent l'excès d'annulation comme une déviance, qui donne à voir l'inutilité de la stimulation et jette le discrédit sur l'intervention médicale réalisée en amont. Cette stratégie serait motivée par une recherche de résultats, au détriment de ses coûts pour la société et de ses conséquences sur la santé des femmes. Les plus sélectifs, notamment les acteurs hospitaliers les plus compétitifs, se montrent exigeants ; ils filtrent l'accès au prélèvement pour garder les candidates de meilleur pronostic. Ils portent l'idée d'une médecine qui se doit de proposer des soins efficaces. Ils refusent de ponctionner lorsque le nombre de follicules est trop faible et ne veulent pas laisser des préoccupations financières interférer dans leur choix. La politique d'annulation à Jean Verdier témoigne du glissement de la première à la seconde optique.

L'accessibilité de l'anesthésie générale montre aussi les contraintes organisationnelles. Si elle s'adosse à une volonté de proposer une médecine de qualité aux patientes et répond potentiellement à certaines indications médicales, elle permet surtout aux professionnels d'optimiser l'organisation de l'activité. Malgré une rentabilité qui favorise son usage en libéral, son extension à l'hôpital est freinée par la disponibilité limitée des anesthésistes et le manque de places au bloc opératoire. La possibilité de bénéficier de cette prestation y est également fonction des capacités des responsables à l'intégrer dans le fonctionnement de l'institution.

Les modalités de congélation des embryons, ainsi que les choix relatifs à leur culture et à leur transfert, montrent que les emplois des techniques sont corrélés les uns aux autres et

dépendent ensemble de l'avancée des connaissances. Leurs usages sont aussi déterminés par la manière dont les individus ajustent simultanément leurs pratiques à leurs représentations de la médecine et aux facteurs organisationnels et institutionnels qui conditionnent leur activité.

Par exemple, les progrès de la congélation influencent le développement de la culture prolongée, qui a elle-même des conséquences sur l'usage de l'éclosion assistée et sur les politiques de transfert embryonnaire. Mais la généralisation de la vitrification se heurte à des contraintes financières. Non seulement elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale, mais elle implique une surcharge de travail qui incite certains laboratoires à appliquer des surfacturations.

L'exemple de la culture prolongée met en relief la force des facteurs locaux, comme les moyens et l'équipement du laboratoire, les compétences des biologistes, l'organisation du travail et l'orientation des recherches, sur les usages des techniques. Ces nécessités pragmatiques ne doivent pas faire oublier que son utilisation s'inscrit dans les systèmes de représentations des spécialistes. Ce qui fait la différence, c'est aussi la confiance que les acteurs accordent à leurs techniques. La majorité des professionnels considèrent la culture prolongée comme un test de survie pour les embryons, permettant de repérer les plus résistants et, par ricochet, de favoriser les transferts mono-embryonnaires. La communauté médicale croit en la capacité du milieu de culture à mimer les conditions *in vivo* et à sélectionner les plus aptes à s'implanter. Mais une partie de ces professionnels s'interrogent sur la pertinence du prolongement de la durée de vie des embryons dans un environnement artificiel. Certains nourrissent des inquiétudes quant aux conséquences de cette médicalisation des premiers jours du développement de l'embryon. Ces craintes se cristallisent autour des modifications épigénétiques.

De même, les politiques de transfert embryonnaire sont multifactorielles. D'abord, elles sont influencées par les politiques de santé publique. Ensuite, les décisions relatives au nombre d'embryons transférés sont prises en fonction de critères cliniques et biologiques, mais aussi des compétences des professionnels et de leur volonté de performance. Ces choix dépendent également du regard porté par les acteurs sur la grossesse gémellaire en particulier et sur la famille en général.

Les conditions hormonales lors du transfert rendent particulièrement compte du phénomène d'ajustement des professionnels à des impératifs externes. La résurgence du TEC THS est essentiellement justifiée par une hiérarchisation des priorités et une optimisation des

parcours. À Jean Verdier, la nécessité de programmer l'activité est d'autant plus impérieuse que la demande de soins en oncofertilité est imprévisible. La substitution du cycle féminin par une médication hormonale présente des avantages et des inconvénients pour les deux partis. Pour la patiente, les examens sont réduits au minimum, mais cet allègement du parcours s'effectue au prix de la prolongation du traitement hormonal durant le premier trimestre de la grossesse. Pour le médecin, la planification de l'activité permet d'optimiser son travail, mais l'inquiétude quant à un impact sur les fausses couches persiste. Ces avortements spontanés justifient les réticences de certains médecins à généraliser le TEC THS, qu'ils considèrent comme un effet de mode. Mais les praticiens qui souhaitent généraliser ce procédé lui accordent le bénéfice du doute, en l'absence de démonstration d'un effet négatif sur le nombre d'accouchements.

Si les politiques de gestion des matériaux reproductifs suivent des tendances qui traversent l'ensemble du champ médical, leurs modalités d'application sont propres à chaque lieu. L'analyse des pratiques montre le concours conjoint des convictions individuelles, des règles instaurées par le groupe, des contraintes locales liées à l'établissement de santé et du contexte scientifique ambiant.

Après avoir analysé les usages des techniques selon les contextes, nous souhaitons mettre en valeur la dimension interactionnelle de la prise de décision, en décrivant le déroulement de ce processus lorsque les professionnels mettent un terme à leur intervention.

Chapitre 9. Mettre un terme au parcours : l'ultime décision

L'arrêt des soins est, aux dires des spécialistes, une décision souvent difficile à prendre²⁷². Dire stop, ce n'est pas seulement condamner 30 à 40 % des couples au deuil de leur projet d'enfant (Blanchy, 2010 ; De la Rochebrochard *et al.*, 2011a, 2011b). C'est également, pour les médecins, reconnaître leur impuissance et les limites de leur action. Les fins de parcours sont des moments propices à l'expression de leurs émotions, qui révèlent leur subjectivité (Bataille et Virole, 2013) et influencent les délibérations : « Ces composantes affectives s'invitent souvent à la discussion et rendent illusoire l'objectif de réduire l'échange des raisons à des arguments clairement articulés » (Déchaux, 2016 : 34).

La propension à mettre un terme à l'intervention médicale varie selon la sensibilité du professionnel, elle-même liée à son système de valeurs et à sa représentation de son rôle : « *L'image que nous nous faisons de notre métier est liée à notre personnalité* », précise Isabelle Cédric. Mais les positionnements des individus s'inscrivent également dans des contextes spécifiques, qui influencent la temporalité de la fin du parcours. Ces décisions s'insèrent aussi dans des enjeux de pouvoir intra et interprofessionnels. La description des règles de la négociation et de ses usages illustre la manière dont les statuts des membres du groupe « pèsent sur leur perception de la situation, de leur rôle, de leur intérêt, sur leur légitimité et leur influence » (Urfalino, 2000 : 3). Les possibles divergences entre biologistes et cliniciens mettent en lumière l'influence du système axiologique du segment professionnel d'appartenance sur leurs positionnements.

9.1 Une décision entre convictions individuelles et effets structurels

La question de l'interruption du parcours se pose lorsque les médecins sont confrontés à des échecs à répétition²⁷³. Ces situations sont particulièrement propices aux désaccords : « *Les décisions commencent à diverger quand cela ne marche pas, parce que nous n'avons pas la*

²⁷² René Mornex écrit que « les décisions les plus difficiles sont celles qui impliquent le refus de traitement » (2002 : 42). De même, François Olivennes estime que « les consultations de refus sont des consultations compliquées » (2008 : 214).

²⁷³ Ce taux d'échec est important, puisque rappelons-le, les chances d'accoucher à chaque ponction sont de 20 % en moyenne. Ce taux diminue à mesure que le nombre d'essais augmente, pour ne pas dépasser les 10 % à la quatrième tentative (De la Rochebrochard, 2011b).

science infuse », remarque Jérémy Boujenah. Les médecins disposent alors de deux alternatives : « Certains médecins réagissent par une hypermédicalisation (...). D'autres rejettent le couple » et mettent un terme à leur accompagnement (Bachelot, De Mouzon et Adjiman, 2008 : 256). Les individus qui s'inscrivent préférentiellement dans la première tendance valorisent une logique compassionnelle et diffèrent l'ultime décision. Avec les couples motivés, ils se montrent persévérants, même si les chances sont compromises. Les seconds refusent l'obstination, synonyme pour eux d'acharnement. Ils estiment qu'il est de leur responsabilité, à partir d'un certain seuil, de se résigner et de se retirer du projet parental, au regard des faibles bénéfices attendus. L'exemple du centre de Jean Verdier montre le glissement de la première à la seconde tendance : ses pionniers acceptaient régulièrement de dépasser le seuil des quatre FIV fixé par la Sécurité Sociale, mais son nouveau responsable ne l'autorise qu'exceptionnellement.

Le mode de régulation de la durée du parcours varie selon les établissements. Selon l'enquête de François Olivennes, en 2005, les centres privés sont deux fois plus nombreux que les centres publics, soit 34 %, à ne pas s'appuyer sur le nombre de FIV pour refuser une prise en charge. Si les médecins du milieu libéral sont plus enclins que leurs confrères hospitaliers à dépasser les quatre tentatives, la situation n'est homogène dans aucun des deux secteurs.

9.1.1 Les médecins persévérants

Les médecins qui acceptent, dans certaines conditions, d'intervenir au-delà des normes communément admises, soulignent la dimension empathique de leur raisonnement et leur volonté de donner un maximum de chances aux couples.

9.1.1.1 *Les pionniers du centre de Jean Verdier*

Les fondateurs de Jean Verdier n'ont pas seulement tendance, comme nous l'avons vu, à initier progressivement le passage en FIV ; ils se décrivent également comme plus enclins que leurs confrères à prolonger son utilisation. Certains éléments, comme l'histoire du couple, augmentent la charge émotionnelle de la prise en charge. Mais l'exemple de la FIV de clôture, qui consiste à faire une dernière tentative pour aider le couple à faire le deuil de son projet d'enfant, illustre les prémisses d'un changement dans la politique du centre vers des décisions rationalisées et un raccourcissement de la durée du parcours.

L'histoire clinique du couple

Les médecins de Jean Verdier tiennent à adapter le nombre de tentatives à la situation clinique du couple. Cette culture de centre se distingue ainsi de la pratique dominante, interrompant généralement le parcours au bout de quatre essais. Christophe Sifer explique que « *nous dépassons allégrement les quatre tentatives* ». Cette ténacité constitue selon Charlotte Sonigo une spécificité de ce lieu, du temps de Jean-Noël Hugues : « *C'est un centre très particulier, nous pouvons aller à cinq ou six FIV, normalement, c'est quatre* ». Dans le cas des couples jeunes ou des infertilités inexplicables, une clinicienne de cette équipe souligne que « *c'est difficile de jeter l'éponge* ».

De la même manière, la présence d'enfants influence à la fois l'appréhension de la demande par le corps médical et le déroulement du parcours de soins. Jérémy Boujenah reconnaît que, dans un contexte fortement contraint, cet élément constitue un critère de priorisation entre les nombreuses demandes : « *S'il faut faire des choix, nous privilégions le couple qui n'a pas d'enfant, mais en pratique, nous parvenons à gérer tout le monde* ». L'histoire procréative des individus peut constituer un facteur de différenciation : elle joue faiblement sur l'accès à la consultation, entre modérément en ligne de compte au début des traitements, mais son importance croît à la fin du parcours. Les médecins ont tendance à se montrer plus persévérants si le couple n'a jamais été parent : « *Un couple qui n'a pas d'enfant, surtout si la femme est jeune, nous allons davantage nous acharner, parce que cela nous fait mal au cœur. Personnellement, j'ai plus de mal à dire stop* », confie Charlotte Dupont.

À l'inverse, le fait d'avoir déjà un ou plusieurs enfants, combiné avec un âge avancé, peut potentiellement jouer en la défaveur du couple. Mais l'importance que les équipes accordent à ce critère est relative. Une enquête de François Olivennes montre que le nombre d'enfants est un motif de refus pour un quart des centres : « *Les couples avec plus de trois enfants sont récusés dans 25 % des centres* », alors que 71 % d'entre eux les acceptent (2005 : 9).

Prenons l'exemple d'un staff à Jean Verdier pour montrer la dimension contextualisée de l'importance de ce critère. Il concerne une femme de 40 ans, qui a déjà deux enfants avec un autre partenaire, restés au Cameroun, et un enfant avec son partenaire actuel. Son infertilité dure depuis quatre ans et est d'origine tubaire relative. Après six cycles de stimulations, Clémence Roche en charge du dossier, propose de faire une seule FIV et de soumettre ensuite la poursuite de cette technique à une nouvelle décision. Mais les médecins seniors ne soutiennent pas cette

ligne de conduite. Jean-Noël Hugues se demande pourquoi la patiente s'adresse à eux alors qu'elle a déjà des enfants. Avec Christophe Sifer, ils reprochent à la clinicienne de « *plomber les chiffres* », notamment en raison de l'âge de la patiente. Ensemble, ils déplorent le non-sens d'une stratégie choisie par défaut : « *Nous faisons de la FIV parce que nous ne savons plus quoi faire* », alors que les chances de réussite avoisinent les 5 %. Or, le dirigeant du centre observe que les résultats de l'année précédente ne sont pas très bons. Le mode d'argumentation de Clémence Roche, soulignant qu'elle ne se situe pas « *dans l'acharnement* », montre que cette attitude constitue l'archétype de la mauvaise pratique : elle symbolise le soin abusif, car inutile. Isabelle Cédric concède aussi que les médecins n'ont pas mieux à proposer et se prononce contre la FIV. À la présence d'enfants dans le couple, s'ajoute l'âge de la patiente, qui augure de faibles chances de grossesse et risque de dégrader les résultats du centre.

Ainsi, le fait que le couple soit déjà parent permet de hiérarchiser ces demandes selon une « sorte de norme démographique implicite – deux enfants, ça suffit bien », remarque Dominique Memmi. Cette norme est justifiée par le rationnement de l'offre : « Le raisonnement est alors inspiré (...) par la concurrence des demandes – trop de couples attendent dans ce service et ailleurs d'avoir un enfant » (2003 : 148).

La FIV de clôture

Si les pionniers de Jean Verdier ne rejettent pas l'idée de prolonger leur participation à un projet parental, le dépassement des limites usuelles est loin d'être systématique. Ces spécialistes peuvent mettre un terme au parcours avant d'avoir atteint les quatre FIV. Cette décision est justifiée par des raisons médicales, seulement « *quand nous estimons qu'il y a un intérêt médical à les poursuivre* », précise Christophe Sifer. En dépit d'une faible sélection, ce biologiste souligne que les membres de cette équipe savent refuser, mais que la formulation de cette décision est difficile, puisqu'elle fait intervenir les affects des acteurs : « *La grande difficulté de ce métier, c'est la dimension affective justement, de savoir dire non* ». Il constate que « *nous sommes tous faibles devant certains actes, ce d'autant qu'il ne peut pas y avoir de consensus* ».

L'exemple de la FIV de clôture montre l'influence des émotions sur le processus décisionnel. Cette stratégie, appelée aussi « FIV de sortie », ou « FIV de compassion », consiste à proposer une dernière tentative au couple pour l'aider à renoncer à son projet, et ce en dépit d'un pronostic défavorable. Son indication n'est pas d'ordre médical, puisqu'elle n'offre pas

nécessairement de chances supplémentaires de grossesse. Son profit est essentiellement psychologique. Clémence Roche explique qu'un dernier essai peut être bénéfique pour le patient : « *Même si nous savons que les chances sont infimes, certains couples ont besoin d'une ultime tentative pour faire leur deuil* ». Cette proposition donne également au praticien le sentiment d'avoir tout essayé.

Un dossier débattu au cours d'un staff illustre la logique compassionnelle dans lesquelles s'inscrivent parfois les décisions médicales (Mathieu, 2013). Camille Stora expose le cas d'une patiente de 40 ans, souffrant d'une infertilité idiopathique de sept ans. Après avoir fait quelques inséminations, la cœlioscopie montre que la patiente souffre d'endométriose à un stade avancé. Alors que l'équipe avait d'ores et déjà décidé l'arrêt de la prise en charge, la patiente est revenue voir la clinicienne. Camille Stora plaide alors pour une FIV de clôture car le couple « *n'a pas été préparé psychologiquement* » à la fin du parcours. Elle est soutenue par Charlotte Dupont, qui souligne que l'arrêt a été « *brutal* ». Mais cet argument n'est pas recevable aux yeux de Christophe Poncelet. Non seulement ce terme lui paraît « *impropre* », mais ces essais sont voués à l'échec. Il se positionne pour le maintien de la décision initiale et propose de venir en renfort de la clinicienne en recevant le couple. Dans le même sens, Christophe Sifer se dit « *de moins en moins d'accord avec l'idée de prendre en charge des couples en fin de programme, pour des tentatives dites de clôture* ». Jean-Noël Hugues reconnaît que « *nous en faisons quelques fois, mais nous évitons, parce que la FIV pour deuil n'est pas une bonne stratégie* ». La question du cheminement psychologique est insuffisante si elle n'est pas accompagnée d'une raison médicale et de chances jugées acceptables.

Cette orientation progressive vers un rejet des FIV de clôture s'inscrit dans la tendance au raccourcissement du parcours de soins à Jean Verdier. Charlène Herbemont raconte sa perception des évolutions récentes dans ce centre : « *Les changements en cours sont difficiles, parce que plusieurs écoles s'opposent entre Michael Grynberg, qui peut être assez sélectif et arrêter plus rapidement, et Isabelle Cédric notamment, qui défend son point de vue* ». Cette dernière relate comment se concrétisent ces décisions. Au bout de la quatrième fois, « *très souvent en staff, maintenant, nous décidons de ne pas faire de cinquième ou de sixième tentative. Nous allons devenir comme les autres centres, qui font quatre FIV et s'arrêtent là (...). Nous étions un peu à part. Nous rentrons dans le rang* ». Isabelle Cédric reconnaît que le fait d'aller au-delà de quatre essais plaçait les médecins « *en porte-à-faux* » vis-à-vis du système de remboursement. Mais en

se conformant au modèle dominant, cette récente restriction apparaît comme la perte de ce qui constituait une partie de l'identité de ce centre. Alors, la réaction d'Isabelle Cédric est réservée : elle n'est « *pas contre* » ce changement, mais attend de constater les résultats. Elle regrette surtout que les couples de moins bon pronostic soient plus facilement écartés de la prise en charge car, à Jean Verdier, « *nous recevons une population extrêmement défavorisée qui n'aura pas accès à des solutions de remplacement coûteuses (...), comme aller à l'étranger pour bénéficier d'un don. Notre patientèle n'en a pas les moyens, et cela met un terme définitif à leur projet d'enfant. C'est pour cette raison que je suis un peu réticente* ». Elle situe ainsi sa décision dans un contexte plus global, marqué par les inégalités sociales et économiques d'accès à la santé. Elle estime que, dans une optique de service à la population, le rôle du médecin est de faire le maximum pour ses patients et de les accompagner jusqu'au bout de leur parcours.

9.1.1.2 L'hôpital Américain

Dans le centre coordonné par Charles Bami, les praticiens acceptent également de dépasser les quatre FIV : « *Nous allons parfois jusqu'à six ou sept traitements* ». Il précise néanmoins que ces traitements ne sont pas tous réalisés à l'hôpital Américain. Charles Bami évoque le cas hypothétique d'une patiente qui serait tombée enceinte au cours des quatre traitements dans un autre centre. Ce début de grossesse prouve que l'intervention biomédicale a fonctionné et permet aux médecins de justifier leur reprise de l'intervention : « *Nous étudions le dossier et nous pouvons accepter de continuer, car rien n'indique qu'il y a moins de chances à la cinquième tentative* ». Charles Bami s'appuie sur une efficacité incertaine pour justifier sa stratégie thérapeutique : « *Nous n'avons aucune idée de la qualité des embryons que nous transférons* ». Même si les décisions sont soumises aux résultats biologiques, il conclut que « *c'est tellement aléatoire que finalement nous nous disons, pourquoi pas continuer ?* ».

9.1.2 Les médecins résignés

À l'inverse, d'autres professionnels estiment que le dépassement des quatre essais revient à médicaliser inutilement un désir d'enfant – au regard de la faible efficacité de l'intervention –, et qu'il est donc de la responsabilité du médecin d'y mettre un terme. René Frydman résume l'optique de ces professionnels : « Une raison qui pourrait justifier un éventuel refus des médecins relève d'un principe de limitation des interventions médicales : se limiter à des cas qui

requièrent une intervention médicale, ne pas vouloir trop en faire, minimiser le risque médical et rechercher le moindre mal » (2008 : 85). À ce souci d'éviter une surmédicalisation s'ajoute la volonté d'offrir des prestations offrant de réelles chances de succès.

9.1.2.1 *La nouvelle politique du centre de Jean Verdier*

Michael Grynberg refuse de dépasser les quatre FIV. Il explique sa ligne de conduite en commençant par rappeler le contexte de la politique de santé : « *La Sécurité Sociale a mis une limite, nous devons la respecter* ». Ensuite, il estime que la décision doit en priorité être guidée par une volonté d'efficacité : « *Nous ne sommes pas là pour faire des tentatives, mais pour que les gens aient des enfants ou pour les arrêter dans leur parcours si nous pensons que c'est impossible* ». Il explique la difficulté à interrompre un parcours par le fait que « *le médecin le vit comme un échec personnel, et donc il ne voudra pas arrêter* », mais Michael Grynberg rappelle que mettre un terme à la prise en charge, c'est savoir reconnaître les limites de la médecine et non pas celles du médecin. Le médecin doit prendre ses responsabilités face aux couples et mettre ses affects de côté : « *Il faut savoir dire stop. Certains couples ont besoin d'arrêter* », et sont trop impliqués pour le faire d'eux-mêmes. Il est donc du rôle du praticien de minorer la subjectivité de son investissement émotionnel au profit de l'objectivité des chances de grossesse.

Cependant, Michael Grynberg tolère un dépassement du seuil fixé par l'Assurance Maladie, et ce « *exceptionnellement, si nous pensons que nous pouvons vraiment apporter quelque chose, de façon rationnelle, pas de façon sentimentale* ». Dans certaines situations, qui doivent être appréhendées de manière rationnelle et désinvestie de toute charge affective, un dépassement est envisageable. Ces cas concernent les patientes jeunes, ayant eu un accident obstétrical ou ayant fait une fausse couche tardive non liée à son âge. L'autre exception renvoie à la responsabilité du médecin, lorsqu'il a le sentiment de ne pas avoir offert la meilleure prise en charge et estime ne pas avoir été « *indemne de tout reproche* ». Cependant, Michael Grynberg prévient les couples que « *si le centre considère que les conditions ne sont pas requises pour vous donner les chances optimales, nous nous donnons le droit de pouvoir stopper avant la fin de ces quatre tentatives* »²⁷⁴.

Charlène Herbemont partage l'optique de Michael Grynberg. Même si le médecin se doit d'offrir le maximum de chances aux couples, elle pense que ses confrères devraient mettre plus

²⁷⁴ <http://chu93.aphp.fr/384-2/> consulté le 27-02-16.

précocement un terme à certains parcours pour éviter une forme d'« *acharnement thérapeutique* ». Cependant, elle a travaillé dans un centre « *très strict* » et veut éviter cet écueil : « *Il ne faut pas tomber dans l'extrême non plus. Il faut mettre tous les moyens de notre côté pour y arriver et savoir admettre que nous avons des limites et que nous ne pouvons pas faire de miracle* ». Une gynécologue obstétricienne utilise les mêmes termes pour souligner que les médecins doivent accepter ces échecs, inhérents à l'art médical : « *Nous ne pouvons pas faire de miracles, parfois nous échouons. De toute façon, la médecine n'est pas une science, c'est un art* ».

9.1.2.2 *Savoir dire stop : un devoir du médecin*

D'autres centres appliquent la même politique qu'à Jean Verdier actuellement, et ce pour des raisons similaires. À Cochin, la barrière des quatre tentatives est rarement dépassée et cette limite est rappelée sur le site internet du centre : « Pour les couples ayant déjà bénéficié de quatre tentatives de FIV-ICSI, une cinquième tentative peut éventuellement être discutée mais sera refusée dans la majorité des cas »²⁷⁵. L'équipe de Sèvres a pris la même décision, en s'appuyant sur des chances de succès trop limitées : « *Nous savons qu'au bout de quatre essais, a priori, nous leur avons offert toutes les chances* », explique Joëlle Belaisch-Allart. Mais cette clinicienne précise que cette « *règle générale est adaptable* ». Par exemple, si la patiente a eu un début de grossesse, elle peut parfois bénéficier d'une tentative supplémentaire.

Pour Renato Fanchin, savoir dire stop est une obligation, pour protéger le couple de lui-même et pour éviter une médicalisation injustifiée. Il revendique une attitude éthique, qui consiste à éviter de « *multiplier des tentatives, sans contrôle, sans prendre en considération la souffrance de la personne* ». Le médecin ne doit pas « *s'acharner sur des traitements inefficaces* », et ce d'autant que les couples infertiles « *sont prêts à tout* ». Renato Fanchin appuie son positionnement sur les risques des traitements, liés à la ponction, à l'anesthésie ou aux hormones, qu'il considère comme trop élevés par rapport aux bénéfices escomptés : il refuse de « *iatrogéniser* » en surmédicalisant.

Pour François Olivennes aussi, faire une FIV lorsque les chances sont trop faibles revient à intervenir inutilement. Pour expliquer cette médicalisation injustifiée, il avance des éléments d'ordre psychologique, comme le courage ou l'*ego*. Le délai avant de mettre un terme à un

²⁷⁵ <http://www.gynecochin.com> consulté le 23-10-14.

parcours dépendrait de la personnalité du médecin : « *C'est beaucoup plus facile de donner des ordonnances que de dire au couple que nous ne voulons plus les prendre en charge. C'est aussi peut-être par simplicité, face à la difficulté d'affronter un refus et d'informer les patients* ». Certains praticiens surestiment leur capacité, en pensant que « *nous sommes les meilleurs et nous allons réussir dans les cas les plus désespérés* ». Une partie d'entre eux peuvent aussi être guidés par des « *raisons mercantiles* ». François Olivennes développe ces hypothèses :

« Ces médecins traitent tout le monde selon un principe simple : il y a peut-être peu de chances, mais si l'on ne tente rien, il est sûr que l'on a aucune chance. J'ai vu beaucoup de patientes menées en bateau par des médecins peu scrupuleux ou peut-être trop lâches pour reconnaître qu'ils n'y pouvaient rien. Je me suis souvent demandé si les médecins qui traitent les femmes de 44 ans, 45 ans ou même plus, le font pour des raisons mercantiles, ou bien pensent-ils sincèrement être doués de pouvoirs divins leur permettant de rivaliser avec le Tout-Puissant ! Je pense qu'une grande partie de ces médecins acharnés est tout simplement incapable de dire non et de récuser les patientes » (2008 : 214).

Même si François Olivennes refuse l'acharnement, il accepte cependant de faire un essai pour aider le couple à faire le deuil de son projet : « Il me semble plus honnête de dire la vérité dès le départ. Parfois, il est cependant indispensable à la femme d'avoir tenté un traitement et de constater par elle-même que la réponse ovarienne est très faible. Il me paraît alors utile de débiter un traitement pour aider la femme à tourner la page (...). Il n'y a aucune règle absolue ». Si la réalisation d'au moins une tentative lui paraît légitime, il rejette le principe de la FIV de clôture : « Je ne crois pas aux vertus de la FIV psychologique et je refuse l'idée qu'il soit important pour une femme, si les résultats sont catastrophiques, d'avoir essayé plusieurs fois pour accepter de renoncer à l'enfant biologique » (2008 : 114 et 139). François Olivennes place également la question des limites de l'intervention sur un registre éthique. Il estime qu'il est du devoir du médecin d'être honnête, tant vis-à-vis du couple que de lui-même, et de mettre à distance ses propres émotions pour préserver ses patients. Son rôle est de prendre une décision à la place du couple, celui-ci étant parfois incapable de s'y résoudre. Le parcours médical doit être interrompu si les chances de grossesse sont trop limitées, eu égard notamment aux risques encourus par la femme.

Face au seuil des quatre FIV défini par la politique de santé publique, les pratiques médicales se distribuent selon deux tendances. Les médecins qui se rapprochent du premier pôle n'ont pas défini de limite commune. Ces professionnels adaptent le nombre de tentatives à la particularité de chaque cas. La persévérance des médecins de Jean Verdier contribue à le

distinguer des autres centres hospitaliers. L'idée selon laquelle la population du département peut difficilement se tourner vers d'autres centres ou vers l'étranger alimente la volonté de cette équipe de faire le maximum pour aider ces aspirants à la parentalité. Les médecins renoncent d'autant plus difficilement avec les couples auxquels ils se sont attachés. L'opiniâtreté des professionnels du secteur libéral, comme à l'hôpital Américain, est pour partie justifiée par l'incertitude sur l'issue des techniques, suivant l'adage selon lequel « qui ne tente rien n'a rien ». D'autres professionnels, particulièrement les acteurs hospitaliers, refusent sauf exception, de dépasser la limite fixée par la Sécurité Sociale. Ils s'appuient sur des éléments présentés comme objectifs, comme un pronostic de grossesse défavorable, pour mettre à distance leurs affects. Pour eux, dire stop, c'est reconnaître et accepter les limites de la médecine ; c'est aussi assumer ses responsabilités et répondre à son devoir éthique. Le rôle du médecin est de préserver le patient de lui-même et de la iatrogénie médicale. L'attitude inverse est considérée comme mue en partie par des motivations mercantiles.

Ces décisions ne sont pas seulement influencées par des effets structurels et par les convictions des spécialistes. Elles sont également au cœur de négociations entre le couple, l'équipe clinique et l'équipe biologique.

9.2 Une décision soumise à négociations

La décision de poursuite ou d'arrêt est influencée par la qualité de la relation entre le couple et le praticien. L'option choisie est également dépendante de l'équilibre relationnel entre les membres de l'équipe, permettant à chacun de défendre sa position par la négociation. Ces modalités interactionnelles sont structurées par l'établissement de santé. Les structures hospitalières accordent un poids décisionnel aux dirigeants des centres plus important que les structures libérales. Nos observations renforcent la thèse d'Eliot Freidson, selon laquelle les interactions professionnelles sont façonnées par le « style de direction » du chef de service, c'est-à-dire ses « qualités personnelles », sa capacité à partager son pouvoir de décision, à réguler les interactions et à instaurer des relations égalitaires entre les membres de l'équipe (1984 : 138).

9.2.1 Les négociations entre profanes et professionnels

La décision de poursuite ou d'arrêt fait l'objet de négociations entre le couple et le clinicien. La principale marge de manœuvre du premier est de manifester sa motivation et de

jouer sur les affects du professionnel. Ce dernier tente de persuader son patient d'accepter les limites de la médecine et de la nature.

Marine Durand explique que le poids des émotions s'accroît lorsque « *la décision de staff est hésitante* » et que la balance bénéfice-risque est difficile à déterminer. Les praticiens font alors intervenir la motivation du couple, ou plutôt sa capacité à la communiquer : « *Nous essayons d'évaluer leur motivation. Si le couple est vraiment demandeur, que la femme se met à pleurer en consultation, que nous ne voulons pas continuer mais qu'ils sont très motivés, nous nous orientons vers une prise en charge* »²⁷⁶. À l'inverse, des manifestations de découragement aident les spécialistes à prendre leur décision. L'intensité des liens tissés entre les protagonistes et la façon dont le couple exprime son désir jouent sur le jugement du médecin. Patrice Clément concède aussi que l'acceptation ou le rejet dépend du « *pouvoir du couple de convaincre le praticien* ».

Les patients peuvent en effet agir sur la décision médicale. L'exemple suivant illustre l'« impact des profanes (...) sur l'ordre négocié de l'hôpital » (Strauss *et al.*, 1992 [1963] : 103). Un couple, de 42 et 46 ans, ayant bénéficié de quatre FIV, n'accepte pas la décision d'arrêt de l'équipe médicale. Il adresse alors une lettre à ses membres et demande une chance supplémentaire, en plaçant son argumentaire sur un registre émotionnel et en écrivant qu'« *il en va du bonheur et de la survie de notre couple* ». L'auteur joue sur la corde sensible et souhaite « *remplacer ce silence macabre par des bruits d'enfants* ». Face à cette demande, la biologiste Charlotte Dupont prend position : « *Nous allons leur donner une chance, mais pas un enfant* ». Le groupe tombe d'accord pour une dernière tentative, reconnaissant avoir été « *attendri* ». Une gynécologue remarque d'ailleurs que ces personnes sont « *en larmes* ». Jean-Noël Hugues accepte une cinquième tentative, notamment parce que le couple dispose « *toujours de beaux embryons* ». Si l'argument affectif est valorisé tout au long du débat, c'est finalement l'argument médical qui permet aux professionnels de trancher en faveur du couple.

²⁷⁶ Dans notre deuxième partie, nous avons vu que les professionnels mesurent la motivation des couples à leur degré de complaisance. Pour que les médecins outrepassent la limite usuelle de prise en charge, les patients doivent manifester leur bonne volonté, par exemple en arrêtant le tabac ou en perdant du poids. Ici, nous nous centrons surtout sur la dimension émotionnelle comme un registre mobilisable par les patients dans la négociation.

Le professionnel cherche à s'appuyer sur la compréhension et le consentement de l'autre partenaire de la négociation, en évitant d'imposer sa décision : « *Cela marchait bien quand ce n'était pas un "non" autoritaire, mais que nous étions d'accord avec le couple* », explique Pierre Jouannet. Il s'agit de dissuader les couples de continuer en jouant sur la temporalité du parcours. Nous avons vu dans notre deuxième partie que les médecins peuvent les décourager en différant la décision, par différents biais identifiés par Dominique Memmi (2003) : « L'avis de recevoir, de non-recevoir, ou de mal-recevoir prend la forme d'un délai imposé ». De plus, la multiplication des examens complémentaires se substitue au refus et souvent le précède : « À la place du refus pur et simple, on prescrit très souvent un examen de plus "en attendant" » (2003 : 161 et 150). Les équipes peuvent également ajourner la décision ou s'en remettre à l'avis d'autres spécialistes.

Mais lorsque le médecin doit formuler l'arrêt, il s'appuie sur des arguments visant à la fois à médicaliser et à naturaliser sa décision, pour mieux la faire accepter par les couples. Pour persuader ces derniers de renoncer, le médecin insiste sur les risques des techniques. Charles Bami concède que cette notion fait parfois partie de son argumentaire : « *Il m'arrive de me servir de cet argument, quand une patiente a eu beaucoup de traitements* ». Le praticien met en avant les limites de la médecine pour faire comprendre aux couples que les chances sont trop faibles et qu'ils consentent à cette décision.

Séverine Mathieu (2013) souligne aussi que les professionnels justifient leurs échecs et leur retrait par leur impuissance face aux forces de la nature : « En dernier ressort, les soignants rencontrés, et en particulier les médecins, s'en remettent toujours à la "nature" ». Dans ce cas, les praticiens invoquent « des organes déficients, et les couples sont découragés sur la base d'arguments physiologiques ou temporels » (2013 : 85 et 54). René Frydman confirme cette observation. Il se retire du projet parental en s'appuyant sur les limites naturelles de la procréation, et explique aux patients « *que la prise en charge n'améliorera pas leurs chances, qui sont très faibles, d'avoir un enfant naturellement, donc il vaut mieux arrêter* ».

Dominique Memmi (2003) décrit aussi ce procédé de naturalisation des décisions. Le registre discursif des professionnels insiste sur les limites physiologiques de la fertilité pour persuader le couple de mettre un terme à son projet : « On s'efforce surtout de convaincre la patiente, et sans doute de se convaincre soi-même, que le processus est, à cet âge, "lourd, trop lourd", médicalement parlant, surtout pour les bénéfices attendus ». Elle observe que « les diktats biologiques sont toujours des arguments rassurants pour refuser de donner suite ». Ils permettent

de faire oublier la dimension subjective des décisions : « L'équivalent, dans les consultations, de cette entreprise timide de naturalisation des décisions, de cette médicalisation de l'arbitraire consiste en un constant rabatement sur le biologique » (2003 : 149-150).

9.2.2 Les négociations entre membres de l'équipe

La décision de poursuite ou d'arrêt fait également l'objet de négociations entre les professionnels. Le degré de liberté individuelle est contraint par les modalités de répartition du pouvoir, elles-mêmes déterminées par l'institution et par les responsables des équipes. Néanmoins, le médecin détient une autonomie décisionnelle qu'il ménage par sa maîtrise des règles de l'argumentation et par son respect des valeurs de l'équipe. La décision finale dépend également des délibérations entre cliniciens et biologistes. La conception de la prise en charge de ces spécialistes diffère selon leur *ethos* professionnel, les premiers étant plus enclins à poursuivre l'intervention médicale que les seconds.

9.2.2.1 *Le pouvoir décisionnel du médecin face au groupe*

Capacités décisionnelles et dynamiques structurelles

La capacité décisionnelle de l'individu est liée à la répartition du pouvoir au sein du groupe. Celles-ci sont conjointement modulées par la structure : les établissements hospitaliers favorisent la hiérarchisation des statuts alors que le milieu libéral instaure des relations plus égalitaires.

À l'hôpital, la position hiérarchique et les responsabilités qui lui sont liées influencent, dans une large mesure, la propension du médecin à imposer ses décisions : « *Si nous avons un problème, c'est le chef de service qui est convoqué au tribunal* », rappelle Isabelle Cédric. Mais cette domination décisionnelle peut être compensée par la négociation, comme le montre l'exemple du débat entre trois praticiens hospitaliers de Jean Verdier. Christophe Poncelet résume le dossier d'une patiente de 36 ans, concernée par une infertilité primaire de deux ans. Les caractéristiques spermatiques sont satisfaisantes, et l'indication est tubaire relative, la patiente n'ayant qu'une trompe perméable. Christophe Sifer plaide pour la « *FIV immédiatement* ». Mais Jean-Noël Hugues lui reproche d'être préoccupé, dans ce cas, par les performances et les « *chiffres* » du centre. Le biologiste lui répond que l'infertilité est d'origine féminine et sollicite

le soutien du groupe, en demandant si « *tout le monde est d'accord* ». Jean-Noël Hugues relativise son pouvoir, en disant « *ce n'est pas moi qui décide* », mais Christophe Sifer souligne au contraire sa place prépondérante dans le processus décisionnel : « *C'est toi qui décides, ce qui pose l'intérêt du staff* ». Jean-Noël Hugues se contente de répondre en signalant qu'il ne partage pas l'avis du groupe, et Christophe Poncelet précise que l'attitude de son confrère montre qu'il ne s'y oppose pas : « *Il n'est pas complètement d'accord, mais il n'invalide pas la décision* ». Ce jour-là, Isabelle Cédric est absente, et Christophe Sifer conclut que « *nous sommes à deux contre un* ». Ainsi, lorsque le biologiste plaide pour une stratégie à laquelle le clinicien s'oppose, le premier pointe l'ampleur du pouvoir du second et s'allie avec l'obstétricien pour faire évoluer la décision en leur faveur.

Dans le secteur privé, les concertations sont plus rares et l'autonomie décisionnelle des médecins est plus importante. Mais lorsque les décisions sont collectives, le poids d'un individu dans le débat peut être corrélé à son volume d'activité. La concentration de l'activité peut favoriser les situations d'hégémonie : « *Si un gynécologue fait 90 % des ponctions, il aura peut-être plus d'influence* ». Cette remarque de Jérôme Pfeffer conforte le constat d'Eliot Freidson selon lequel « le médecin qui amènera le plus de malades, ou celui dont les malades payent le mieux, exercera le plus d'influence » (1984 : 120).

Marges d'autonomie individuelle

Même si la marge de liberté décisionnelle est encadrée par le groupe et limitée par la position hiérarchique de chacun, l'individu peut néanmoins jouer sur les mécanismes interactionnels pour conserver un espace d'autonomie et influencer la délibération.

Charlotte Sonigo précise que les décisions varient selon la composition du staff : « *Si deux personnes sont absentes, les décisions de prise en charge seront complètement différentes* ». Un exemple montre comment le praticien peut utiliser cette variabilité pour orienter le déroulement du parcours selon son souhait. Charlotte Sonigo présente au groupe le cas d'une infertilité idiopathique, sans indication claire à la FIV ou à la cœlioscopie. Les médecins décident notamment d'envoyer le couple vers Christophe Sifer, alors absent. Mais se doutant que celui-ci ne sera pas partant pour une FIV, Charlotte Sonigo préfère les adresser à une autre biologiste et choisit ainsi son correspondant en fonction de la propension de ce dernier à adhérer à sa stratégie.

Pour orienter l'opinion collective, le médecin a recours à différents procédés rhétoriques, qu'il adapte en fonction des normes communicationnelles en usage dans son équipe. Son argumentaire prend corps dans l'agencement des informations qu'il délivre. Plusieurs exemples de pratiques observées à Jean Verdier illustrent cette idée.

Une gynécologue médicale présente un dossier pour une FIV en commençant par énoncer les arguments favorables à cette stratégie : la patiente est fertile, car elle a déjà un enfant et c'est une indication tubaire. Lorsqu'une biologiste lui demande son BMI, et que la clinicienne répond qu'il est de 36 (ce qui correspond à un stade d'obésité sévère), un rire général éclate. Les remarques sur la tactique de la clinicienne, selon lesquelles c'était « *bien tenté* » mais que ce tableau clinique « *était trop beau pour être vrai* », montrent que si les membres des équipes sont sensibles à l'organisation des données, ce type de stratégie discursive a néanmoins ses limites.

Ensuite, pour favoriser l'assentiment du groupe, le clinicien peut jouer sur les affects de ses confrères. Jean-Noël Hugues décrypte cette stratégie : « *La manière de présenter le dossier est très importante. Pour sensibiliser et influencer la décision du groupe, il faut donner des arguments. Par exemple, si la patiente a 43 ans, je vais plaider le dossier sur le mode plus émotionnel. Nous pouvons jouer sur cet aspect pour faire passer des décisions* ».

Enfin, le médecin doit se montrer ouvert et réceptif à l'avis de ses pairs. Isabelle Cédric se souvient de la manière dont une collègue soumettait les dossiers : « *Elle disait : "je présente le dossier mais je dirais non"* ». En cherchant à imposer son point de vue au groupe, cette clinicienne ne respectait pas les normes interactionnelles usuelles : « *Quand nous présentons un dossier et que nous voulons dire non, nous disons plutôt qu'il faudrait dire non, nous cherchons des solutions et quand nous n'en trouvons pas, nous finissons par dire non* », explique Isabelle Cédric. Un médecin qui voudrait refuser une prise en charge est censé partager ses hésitations, privilégier la collégialité et montrer qu'il a envisagé l'ensemble des alternatives à l'arrêt du parcours.

9.2.2.2 *Les concertations entre biologistes et cliniciens*

Biologistes et cliniciens portent un regard différent sur la prise en charge. D'après Jérémy Boujenah, le rapport au patient ainsi que « *la vision du pronostic* » sont à l'origine de leurs divergences. Schématiquement, les conceptions se construisent autour de deux pôles : la vision

compassionnelle des cliniciens se complète avec la vision rationnelle des biologistes. La rhétorique des premiers est axée sur la voix du cœur, lorsque l'argumentaire des seconds espère faire entendre celle de la raison. Ces positions renvoient aux rôles des acteurs sociaux sur la scène médicale et à l'*ethos* de ces deux segments professionnels.

Les biologistes : une vision rationnelle

Selon Jean-Philippe Wolf, la plus grande difficulté des gynécologues à arrêter à un parcours s'explique par leur formation et leur proximité avec le patient : « *Ils sont davantage soumis que nous aux pressions des patients pour faire une tentative supplémentaire, et sont aussi moins rigoureux* ». Même dans les cas, peu fréquents, où le biologiste connaît les patients, ces entretiens sont ponctuels et principalement relatifs aux techniques employées. Moins investis affectivement que leurs confrères cliniciens, la vision des biologistes est marquée par une plus grande distance. Jacques Testart insiste également sur le fait que, contrairement aux médecins, les biologistes sont des scientifiques. Ils maîtrisent les statistiques et « *ont été confrontés à la recherche scientifique, à l'analyse de résultats, à l'expérimentation. C'est une culture qui donne davantage de rigueur* » et incite à la prudence.

Les biologistes se montrent particulièrement attentifs aux résultats : « *Nous n'avons pas la même vision de la PMA. En ce moment, les biologistes sont particulièrement proches des chiffres, ils les regardent beaucoup plus que nous et ils ont tendance à s'inquiéter davantage quand le taux de grossesse est moins bon* », confie Charlotte Sonigo. Les taux de réussite reflètent l'efficacité de l'acte des biologistes, ce qui explique leur vigilance et alimente leur propension à opposer un refus : ils « *ont tendance à nous dire stop quand ils ont de mauvais résultats* », observe Clémence Roche.

Les membres de ce segment professionnel s'appuient essentiellement sur les chances de réussite pour évaluer la légitimité de leur intervention. Le biologiste se considère comme « bien placé par son savoir, contrairement au médecin, pour construire cette balance des bénéfices/risques ou ce calcul coûts/avantages propices à éclairer la décision (...). Le biologiste faciliterait en tout état de cause la traduction des incertitudes morales en pures probabilités statistiques » (Memmi, 1988 : 506).

Les cliniciens : une vision relationnelle

L'identité professionnelle du clinicien, du grec *klinikos* qui signifie « être couché », le situe au chevet du malade. Il se fait l'avocat du couple et plaide son cas auprès du groupe. Le clinicien, qui est en contact direct et prolongé avec le couple, organise sa défense sur une rhétorique compassionnelle valorisant l'empathie.

Une clinicienne reconnaît que certains patients sont « *attachants, il y a forcément de l'empathie, parce que nous souffrons, nous nous reconnaissons en eux* ». Clémence Roche concède aussi que les émotions jouent un rôle important, surtout au moment d'envisager une interruption du parcours : « *C'est très présent, complètement variable et pas toujours cohérent* ».

L'attachement des médecins à certains couples, et notamment ceux qu'ils connaissent depuis longtemps, joue sur leur conduite. De plus, la proximité sociale et l'appartenance à une même génération contribuent à brouiller les frontières entre les partenaires : « *Nous nous identifions à certaines personnes. Je l'ai ressenti avec des jeunes couples, où j'ai l'impression de me voir, de voir des amis à moi* », confie Clémence Roche. Mais cette dimension affective est, selon elle, inhérente à ce métier et à « *la relation humaine. Nous essayons d'être égalitaires mais nous ne pouvons pas être neutres* ».

L'implication d'un médecin est variable selon les situations : Charlotte Sonigo avoue parfois « *aller moins loin. Nous sentons que, involontairement, nous prenons moins bien en charge certains couples, nous ne faisons pas tout pour y arriver. Mais nous sommes humains* ». Jérémy Boujenah confirme que sa relation avec le couple influence son engagement et fait que « *nous nous battons plus pour certains que pour d'autres* ». La qualité de cette interaction façonne l'attitude du médecin et son aptitude à soutenir le couple face à ses co-équipiers.

De son côté, Isabelle Cédric ne cache pas l'influence de la dimension émotionnelle : « *C'est plus facile de dire non quand nous ne connaissons pas le couple, mais voir la femme pleurer nous touche et nous influence* ». Ceci étant, elle pondère les propos de ses collègues. L'appartenance générationnelle et l'expérience acquise favorisent une prise de distance vis-à-vis de la souffrance des couples et limite le risque de projection sur l'autre : « *Nous nous protégeons plus, nous sommes moins affectés (...), nous nous identifions moins* ». En mûrissant, le rapport qu'Isabelle Cédric entretient avec ses patients a changé : « *Je suis plus autoritaire que je ne l'étais plus jeune* ».

Alors que le biologiste est peu en contact avec les patients, le lien d'interconnaissance du clinicien avec le couple complique sa décision : *« Pour les patients que nous connaissons bien, nous avons envie de tenter une ultime tentative. Mais le biologiste, qui ne connaît pas la patiente, peut estimer que ce n'est pas logique d'un point de vue rationnel, étant donné les chances de réussite »*, explique Jérémy Boujenah. Charlotte Sonigo s'exprime dans les mêmes termes : le gynécologue a *« plus de liens avec les patients, et c'est plus difficile de lâcher et de dire non (...) ». Nous avons souvent envie d'aller plus loin pour les patientes, même si nous savons qu'il n'y a pas beaucoup de chances »*. Jérémy Boujenah émet également l'hypothèse selon laquelle les biologistes sont plus enclins à mettre un terme à un parcours que les cliniciens car non seulement ils rencontrent rarement les couples, mais de surcroît, *« ils n'annoncent jamais un arrêt de prise en charge »*.

Lorsque les opinions entre les représentants de ces deux segments professionnels divergent, Clémence Roche explique la forme que prend le *« jeu »* des négociations. Les biologistes *« connaissent moins bien les patients que nous. Ils disent “arrêt” sur la feuille de paillasse. C'est de la provocation. Quand tu racontes leur histoire finalement, ils acceptent de faire une autre tentative »*. Isabelle Cédric exprime, elle aussi, de façon imagée, le dilemme auxquels sont davantage exposés les cliniciens que leurs confrères biologistes : *« Christophe Sifer me fait rire, parce que quand il ne connaît pas les gens, il a envie de soigner ses statistiques et il les exclut facilement, mais quand il les connaît, c'est fini, il est comme nous ! Il est même pire que nous, c'est un cœur d'artichaut »*, dit-elle en riant. Christophe Sifer confirme être plus sensible à la demande d'un couple après avoir fait sa connaissance. Il explique qu'à Jean Verdier, *« les biologistes rencontrent un peu plus les couples, ce qui nous donne une forme de compassion. Nous ne sommes pas seulement derrière des tubes ou des boîtes de culture, nous sommes face à des personnes, ce qui nous rend tous plus empathiques »*. Christophe Sifer se distingue de certains de ses confrères, qui *« sont plutôt dans l'objectif et le pragmatisme »* et qui, ne connaissant pas les couples, raisonnent principalement en fonction des pronostics de grossesse et des résultats du centre.

* * *

Si les professionnels ancrent principalement leur décision de poursuite ou d'arrêt sur un motif médical, la temporalité de ce choix résulte de la combinaison entre des convictions individuelles et des modalités interactionnelles, qui s'inscrivent dans des contextes différenciés.

Dans la durée d'utilisation de la FIV, deux tendances se distinguent. Les médecins persévérants veulent répondre à la demande des couples et souhaitent leur offrir un maximum de chances. Ils manifestent une confiance en leurs techniques. S'ils axent leur argumentaire sur une logique émotionnelle, le débat est principalement tranché par des raisons médicales. Les médecins plus réticents à poursuivre l'AMP au-delà des limites conventionnelles défendent une vision rationnelle. Ils considèrent que quatre tentatives suffisent à éprouver l'efficacité des techniques utilisées. Ces acteurs justifient leur posture en soulignant les risques de leur intervention, jugés trop élevés par rapport à ses bénéfices. Ils orientent la discussion sur le rôle du médecin et insistent sur la dimension éthique de leur responsabilité face aux couples.

La propension à poursuivre un parcours lorsque les chances de grossesse sont compromises dépend des médecins et des équipes qui suivent le couple.

Cette inclination varie selon la distance émotionnelle, elle-même fonction de la sensibilité et de la personnalité des praticiens. Leur degré d'empathie est également déterminé par leur appartenance générationnelle : les médecins les plus jeunes ont davantage tendance à s'identifier à leurs patients, alors que les plus expérimentés ont acquis une certaine distance.

L'implication affective des spécialistes est conditionnée par leur segment professionnel, qui façonne leur *ethos*. Les biologistes sont formés à une approche scientifique. Rencontrant peu les couples, ils entretiennent un raisonnement factuel et une perspective rationnelle. Ils adoptent une vision plus quantitative, guidée par le pronostic de grossesse. Les cliniciens se définissent en premier lieu par leurs liens avec les patients ; ces relations assoient leur posture empathique. Dans le jeu des négociations, les gynécologues et les endocrinologues se font les avocats des couples et ont tendance à plaider leur cause sur un registre émotionnel. Ils sont d'autant plus enclins à les défendre qu'ils entretiennent une relation de qualité et qu'ils adhèrent à leur projet d'enfant. Les difficultés des cliniciens à mettre un terme à une prise en charge s'expliquent également par le fait qu'ils doivent, à l'inverse des biologistes, annoncer cette décision aux couples et sont individuellement confrontés à leurs réactions. Le travail décisionnel se complique

notamment lorsque les profanes, en manifestant leur mal d'enfant, essaient d'influencer les sentiments, et par-là même, le jugement des praticiens. L'arrêt des soins étant difficile à formuler, les professionnels essaient de convaincre les couples de faire le deuil de leur projet. Ils insistent sur l'impuissance de la médecine face aux forces de la nature et, une fois n'est pas coutume, sur les risques des techniques.

Le processus décisionnel doit ainsi être réinscrit, à la manière d'Anne Paillet (2002 ; 2007), dans la « géographie professionnelle » d'un service. Grâce à une étude menée dans le domaine de la réanimation néonatale, elle souligne que les opinions et les modes d'argumentation ne sont pas seulement soumis aux dispositions des agents mais également à la culture de leur groupe d'appartenance, définie comme l'« ensemble des savoirs, savoir-faire, intérêts et idéaux », portés par un segment professionnel. Anne Paillet montre que les positions professionnelles participent à la « fabrique des convictions » et contribuent à déterminer la formation des approches morales (2007 : 74, 161 et 156).

La temporalité de l'arrêt du parcours est également influencée par l'orientation de l'établissement de santé, les usages de l'AMP étant plus extensifs dans le privé et plus restrictifs dans le public. L'institution conditionne également le degré de liberté individuelle et les modalités décisionnelles. Elle modèle la répartition des pouvoirs, en instaurant un système relationnel qui conditionne la place de chacun dans l'espace des positions. La clinique favorise des rapports égalitaires, alors que l'hôpital impose une structure hiérarchique. Les règles décisionnelles sont principalement individuelles en secteur libéral et collectives dans le public. Dans les centres hospitaliers, l'intensité des échanges dépend fortement des responsables d'équipe. La culture hospitalière incite ces derniers à favoriser la concertation et la pluridisciplinarité. L'autonomie décisionnelle du médecin est alors conditionnée à son aptitude à défendre son point de vue auprès de ses confrères. Sa capacité à faire adopter sa décision est elle-même fonction de son intériorisation des normes collectives de la négociation. L'individu doit respecter les habitudes communicationnelles collectives pour mieux en tirer profit. Il fait passer son opinion par l'organisation des informations, en délivrant les plus favorables en début d'argumentaire. Pour rallier le reste du groupe à ses préconisations, il adapte son registre discursif à la situation clinique. Au cours des délibérations, il doit montrer qu'il prend en

considération l'avis du groupe pour forger son opinion. Il doit enfin manifester son envie d'aider le couple et avoir tout essayé avant de mettre un terme à la prise en charge.

Nos conclusions rejoignent celles d'Olgiered Kutty (1975), qui analyse la sélection des candidats à la transplantation rénale. Il montre que ces décisions dépendent des dirigeants des services, qui influencent la culture locale par le type de liens qu'ils favorisent entre les professionnels et avec les profanes. Olgiered Kutty s'appuie sur ces modalités interactionnelles pour établir une typologie des services. Il constate que, parmi les deux services de type hiérarchique, le premier n'opère aucun tri entre les postulants et le second fonde la sélection exclusivement sur des critères médicaux, biologiques et physiques. Les structures de type égalitaire trient les patients en fonction de critères psychologiques et cherchent à mesurer leur aptitude à recevoir un traitement et à être transplantés. L'auteur montre que la source de ces différences, observées tant dans la sélection que dans les modalités d'interactions, réside surtout dans les cultures entretenues par les chefs de services. Il met ainsi en valeur la richesse de l'analyse des variables culturelles, qui révèlent « une certaine représentation du malade et de la maladie, une certaine conception de la technologie tout comme des relations entre les différents groupes de personnes collaborant à un même travail » (1975 : 204).

Conclusion

Dans cette dernière partie, nous nous sommes attachés à comprendre les tenants et les aboutissants des politiques médicales, partant du choix du procédé jusqu'à l'arrêt des tentatives, en passant par la gestion des ovocytes et des embryons. Les utilisations différenciées des dispositifs biomédicaux, qui se situent pourtant dans un contexte scientifique et sociétal global, résultent de combinaisons variées entre convictions individuelles, *ethos* professionnels, dynamiques interactionnelles et contraintes économiques, organisationnelles et structurelles.

La politique de santé publique contribue à rassembler les pratiques médicales autour de normes d'action collectivement reconnues et majoritairement adoptées. Les décisions sont également encadrées par les règles de bonnes pratiques qui définissent, dans les grandes lignes, les conduites à tenir selon les indications. Mais de par leur portée générale, ces recommandations ne peuvent envisager la variété des situations posée par la pratique, cette richesse étant elle-même génératrice d'une multiplicité de stratégies thérapeutiques. Si les autorités incitent à une utilisation progressive des techniques d'AMP en commençant par les stimulations, puis les inséminations, avant d'envisager la FIV ou l'ICSI, la temporalité du recours à ces différents procédés contribue à distinguer les pratiques locales. Les seuils à partir desquels les médecins initient, poursuivent ou arrêtent les techniques, sont variables. Chacun définit le nombre d'inséminations avant la FIV, de FIV avant l'ICSI, d'ICSI avant l'IMSI, et/ou de tentatives avant l'arrêt du parcours. Ces choix sont effectués individuellement ou collectivement, le degré de régulation des pratiques par le groupe étant fortement influencé par l'orientation hospitalière ou libérale de l'établissement.

En effet, le caractère public ou privé de la structure est un déterminisme important des usages des techniques, notamment entre l'insémination et la FIV. À titre d'exemple, les organismes libéraux à but lucratif assurent deux fois plus d'inséminations que les hôpitaux, ces derniers se centrant davantage sur les FIV. Mais ces moyennes expriment seulement des tendances, qui ne sont pas suivies par l'ensemble des structures. En effet, les médecins de l'hôpital Américain réalisent proportionnellement moins d'inséminations et plus de FIV que leurs confrères libéraux. À l'inverse, le centre de Jean Verdier effectue jusqu'à trois fois plus d'inséminations que les centres publics étudiés.

Si la nature publique ou privée de l'établissement détermine la répartition de l'activité, cet élément n'est qu'un des mécanismes qui modèlent les décisions médicales. Le choix entre la FIV

et l'ICSI ne semble pas dépendre de l'orientation de l'institution de soins. En effet, la part des ICSI parmi les FIV est la plus élevée simultanément dans un centre privé – la clinique de la Dhuis –, et un centre public – l'hôpital de Sèvres – ; elle est également la plus faible à l'hôpital Américain et à l'hôpital Antoine Bécère. Ces particularismes révèlent l'influence essentielle des cultures locales sur les politiques médicales. Les médecins dosent leur intervention en fonction de leurs conceptions des traitements, elles-mêmes façonnées par leurs formations, leurs expériences et leurs systèmes de valeurs.

Les pionniers de Jean Verdier favorisent les cycles et les modes de fécondation les plus naturels. Compte tenu des risques de l'intervention médicale, ils préfèrent pondérer leur implication et se centrer sur l'amélioration de l'ovulation. La micro-injection, dont la part dans l'activité est relativement faible par rapport aux autres centres publics étudiés, est considérée comme plus artificielle car la fécondation est forcée par le biologiste. La manière dont un spécialiste apostrophe sa consœur lors d'un staff illustre cette idée : « *Tu aimerais avoir un enfant en ICSI si tu pouvais l'avoir naturellement ?* ». À l'inverse, certaines équipes utilisent de manière extensive ce procédé, dont la vertu est essentiellement symbolique, car il n'améliore pas les taux de grossesse. L'ICSI permet surtout d'assurer la fécondation et le transfert d'embryons. Elle montre ainsi que l'intervention biomédicale est allée à son terme et évite de rendre trop visibles ses limites.

Les pratiques médicales à Jean Verdier sont en évolution. Les indications ovulatoires et les inséminations diminuent en faveur des FIV, initiées plus précocement. La stratégie médicale est globalement plus offensive. Elle est justifiée par l'urgence de la situation et s'appuie sur des arguments statistiques. Ces médecins de la nouvelle équipe recentrent leur prise en charge sur la FIV. Ce faisant, ils se rapprochent des pratiques de leurs confrères hospitaliers franciliens. En accélérant et en intensifiant la médicalisation, cette équipe cède à la « *dictature des AMPistes* ». Cette expression, employée par Jean-Noël Hugues, renvoie à la pression d'une partie de la communauté médicale incitant à une prise en charge circonscrite aux techniques d'AMP proprement dites et à la FIV en particulier. Ce changement de politique locale n'est pas seulement lié à une évolution générationnelle, marquée par les départs des pionniers. Il traduit, de manière plus globale, un mouvement de fond qui traverse tant la médecine que la société, conduisant à un contrôle régulateur croissant des corps et de la population (Foucault, 2014 [1976]).

Pour illustrer l'impact des contraintes structurelles sur le processus de médicalisation, nous retiendrons trois exemples. Le délaissement du cycle naturel, utilisé dans les débuts de l'AMP, est lié à l'augmentation des troubles de l'ovulation mais s'explique également par des impératifs liés à l'organisation du travail, à l'efficacité et aux coûts des techniques, ainsi qu'aux limites posées par le système de remboursement²⁷⁷. De la même manière, l'utilisation de la culture prolongée est déterminée par le type de patientes, par l'équipement du laboratoire, par les compétences des professionnels et par l'image qu'ils nourrissent vis-à-vis du maintien de l'embryon *ex vivo*. Enfin, en dépit des soupçons sur les risques du traitement hormonal substitutif, ses partisans soulignent que ce procédé allège le parcours de soins et répond à la nécessité de programmer et d'optimiser l'activité. Le choix du contexte hormonal lors du transfert met en lumière la façon dont ces injonctions alimentent la médicalisation de la reproduction, en même temps qu'elles la justifient.

Ces trois situations rendent compte, parmi d'autres, du poids de la structure et de ses répercussions sur le déroulement du parcours. L'analyse de ces configurations renforce les conclusions de Laurence Tain qui montre « comment le style des itinéraires de fécondation *in vitro* traduit à la fois les exigences techniques et institutionnelles, les décisions du corps médical et la demande différenciée des patients » (2001 : 814). Cette sociologue décrit les mécanismes de la fabrication d'un corps « planifié » et « biomédicalisé intégrant l'état biologique initial et les contraintes sociales de l'hôpital » (2013 : 105). Les impératifs temporels et organisationnels favorisent la programmation des cycles et la planification des rythmes physiologiques et biologiques. L'adaptation des professionnels à ces obligations aboutit à un contrôle de plus en plus strict sur le cycle féminin, ainsi qu'à un interventionnisme croissant sur les corps et sur le processus de procréation, de la production des ovocytes jusqu'au premier trimestre de la grossesse.

Au-delà du choix des techniques, l'influence des cultures locales se fait également sentir

²⁷⁷ Il est intéressant de constater les écarts entre les discours et les pratiques réelles : alors qu'un quart des centres déclarent compter ce procédé dans leur gamme de soins, il représente seulement 1 % des tentatives. Les praticiens manifestent ainsi qu'ils portent une attention particulière à des stratégies moins interventionnistes et qu'ils proposent une offre de soins diversifiée. Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle ce phénomène traduit l'idée de Jacques Testart, qui évoque l'élaboration d'« un discours social pour tenir devant les reproches faits à l'artifice ».

dans le rythme auquel les groupes mettent un terme à leur intervention. La durée des usages de la FIV est conditionnée par le degré de persévérance des équipes et par la propension des cliniciens à défendre les couples auprès de leurs confrères.

Les seuils limitant la durée de la prise en charge sont individuels ou collectifs, symboliques ou coercitifs. Les médecins hospitaliers, à l'exception des pionniers de Jean Verdier, se montrent globalement plus exigeants que leurs confrères libéraux. Ils refusent d'appliquer des traitements, jugés trop lourds au regard de bénéfices limités, lorsque les seconds revendiquent une volonté d'accessibilité. Le processus décisionnel dépend de la structure interactionnelle au sein de l'équipe, à dominante égalitaire ou hiérarchique, ainsi que de la répartition des pouvoirs entre biologistes et cliniciens. L'équilibre de leurs points de vue pendant la négociation permet d'articuler des perspectives à tendance rationnelle et empathique.

La temporalité de l'arrêt des tentatives dépend de la qualité de la relation entre le couple et l'équipe médicale. Les praticiens ont d'autant plus de mal à renoncer quand ils connaissent bien les patients, qu'ils s'y sont attachés, et surtout lorsque l'arrêt concerne des personnes jeunes, n'ayant pas d'enfant, ou dont l'infertilité est inexplicée. Mais si les médecins ne souhaitent plus accompagner ces couples, ils peuvent tenter de les décourager, en différant la décision, ou de les persuader d'y mettre eux-mêmes un terme, en leur faisant comprendre que la médecine ne peut pas « faire de miracles », ou en insistant sur les risques de l'intervention. Les accompagnants doivent montrer aux couples qu'ils ont tout essayé et envisagé l'ensemble des alternatives avant d'interrompre une prise en charge. Ceci étant, lorsqu'ils sont dans l'impasse, les professionnels rappellent que la médecine reste un art, et qu'ils ne peuvent pas réussir l'impossible. Leur rabattement, en dernière instance, sur les logiques naturelles de la fertilité, s'intègre dans un mouvement de re-naturalisation de la procréation. En mettant en valeur l'idée selon laquelle la nature garde ses droits, les médecins évitent ainsi de tomber dans la toute-puissance (Mathieu, 2013).

Finalement, les politiques médicales sont structurées autour de deux axes : ceux de la sélection et de la médicalisation. La sélection, dont nous avons montré l'efficacité depuis l'accès aux soins jusqu'à leur arrêt, concerne tant les patients que leurs gamètes et leurs embryons. La médicalisation détermine à la fois la dynamique globale dans laquelle s'inscrivent les pratiques médicales, en même temps qu'elle confère aux techniques leur portée symbolique et organise leur

disposition sur l'échelle de valeurs des individus. La sélection est un des principaux ressorts du phénomène de médicalisation qui traverse tant la gestion de l'infertilité que la médecine en général.

Conclusion générale

Nous avons placé la décision, entendue comme l'acte d'un individu qui exerce un pouvoir en fonction de ses valeurs, au centre de ce travail. Le choix de ce prisme d'analyse s'est avéré fécond pour saisir la dimension sociale des pratiques médicales. Il permet de combiner le niveau microsociologique – celui de l'individu –, au niveau macrosociologique – celui de l'institution. L'étude des choix médicaux articule la « double dimension des relations sociales : d'une part celle relative au cadre institutionnel et relationnel dans lequel évolue l'individu ; et d'autre part, celle de la présence à la fois objective et subjective de chaque individu dans l'espace social » (Bateman, 2004 : 408). À ce titre, l'analyse des décisions permet de saisir simultanément le « rapport entre les positions sociales (concept relationnel), les dispositions (ou les habitus) et les prises de position, les “choix” que les agents sociaux opèrent » (Bourdieu, 1994 : 19).

Le choix de cet objet a émergé d'une posture inductive adoptée au cours de deux enquêtes, réunissant des observations de seize consultations et de vingt-six staffs, et des entretiens avec six patientes et trente-neuf spécialistes de l'infertilité. Ce thème et cette méthodologie ancrent ce travail dans une perspective interactionniste, au croisement entre des sociologies de la santé, des professions, des organisations et de l'action.

Dans cette conclusion, nous souhaitons insister sur un point qui apparaît comme un fil rouge de l'analyse. L'enquête de terrain, effectuée au plus près des acteurs et de leurs pratiques, montre que les décisions des spécialistes de l'infertilité s'inscrivent dans un mouvement de médicalisation, en même temps qu'elles l'alimentent. La médicalisation est un concept polysémique, dont les manifestations sont polymorphes. Elle décrit la tendance croissante à interpréter une question sous un angle médical et à y apporter une réponse faisant intervenir des acteurs spécialisés et des dispositifs de plus en plus complexes.

1. La médicalisation : un principe de légitimation des politiques de sélection

La médicalisation de l'infertilité suppose sa formulation en des termes médicaux ainsi que l'institutionnalisation de sa prise en charge par l'État, les médecins et la société. Mais la relativité de la définition médicale de l'infertilité choisie par le législateur met à mal la légitimité de cette condition d'accès à l'AMP.

En France, l'infertilité est définie comme une maladie. Cette conception constitue le socle des lois de bioéthique et le fondement du mode de « gouvernement des corps » qui régule les usages de la biomédecine (Fassin et Memmi, 2004). Pour être pris en charge par la médecine, le caractère nécessairement pathologique de l'infécondité du couple doit avoir été médicalement diagnostiqué. Malgré sa relativité, cette condition médicale est l'unique principe justificateur des conditions sociales et psychologiques d'accès à l'AMP. Ces dernières stipulent que le couple doit être hétérosexuel, en âge de procréer et jugé motivé par les médecins.

La multiplicité des formes de l'infertilité et de ses conceptions remet sérieusement en question cette conception médicale. D'un point de vue empirique d'abord, un certain nombre de situations ne s'inscrivent pas dans les prescriptions légales. Nous retiendrons trois exemples. L'infertilité peut être générée par les modalités d'être en couple, quand les couples ont des rapports sexuels peu fréquents ou inexistants. Dans au moins un quart des situations, lorsque la cause de l'infertilité n'a pas été identifiée, son caractère pathologique est également difficile à affirmer. L'infertilité liée à la baisse naturelle de la fertilité avec l'âge ne peut pas non plus être qualifiée de pathologique.

À une échelle plus théorique ensuite, notre analyse montre les failles de la construction de la perception de l'infertilité comme une maladie. Les problématiques relatives à l'indication médicale comme prérequis à l'accès à l'AMP sont générées par la dimension sociale de l'infertilité et de la pathologie. Bien que l'autonomie reproductive soit définie par l'OMS comme relevant de la santé, les médecins ne sont pas unanimes sur sa définition et la désignent comme une pathologie de la filiation, un état, une incapacité, une dysfonction voire un handicap. La relativité de cette dimension pathologique est également liée au fait qu'elle tient aux modalités de rencontre entre les fertilités de deux individus. Enfin, il paraît difficile de considérer l'AMP comme un traitement thérapeutique, parce que cette médecine ne soigne que rarement et que sa visée est essentiellement palliative. Ce constat pousse Irène Théry à dénoncer le maintien de « la fiction selon laquelle la PMA serait une “thérapeutique” de la stérilité, ce qui implique de nier l'existence même de la PMA sociale »²⁷⁸. Cette conception permet surtout de légitimer, en les moralisant, les usages de l'AMP, et d'assurer leur acceptation par la société.

²⁷⁸ http://www.lemonde.fr/idees/article/2017/06/28/irene-thery-la-pma-sociale-a-toujours-existe_5152175_3232.html#5vXolPxDPYLMv6oG.99, consulté le 19-06-17.

Ainsi, comme le constate Jacques Testart, l'AMP est propice à « une médicalisation excessive à bien des égards car les interventions biomédicales concernent des personnes non malades, traitent des couples plutôt que des individus, visent seulement à supprimer le symptôme (stérilité), cachent les causes exogènes (environnement) ou non médicales (âge, angoisse, etc.) et favorisent de nouveaux diagnostics » (2001 : 57).

La définition de l'infertilité en termes médicaux justifie l'implication du corps médical dans ces projets parentaux et élargit le périmètre d'action de la médecine. Cette conception thérapeutique de la médecine de la reproduction participe à la légitimation et à l'institutionnalisation de cette discipline en général et de la biologie en particulier, mouvements auxquels les professionnels participent activement²⁷⁹. Les spécialistes de l'infertilité sont placés au cœur du dispositif de régulation instauré par l'État, qui leur confie la gestion du « pouvoir sur la vie » (Foucault, 2014 [1976] : 183). Les médecins doivent s'assurer du respect des valeurs affirmées par les lois de bioéthique et vérifier la motivation des couples. Ce transfert de pouvoir s'accompagne d'un retrait normatif de l'État qui ne définit plus les modalités nécessaires d'être en couple.

Les modalités d'appropriation de cette mission varient selon l'image que les professionnels nourrissent vis-à-vis de leur rôle, de leur sentiment de responsabilité et du partage du pouvoir avec le couple. Grâce aux entretiens avec les professionnels, nous avons fait émerger deux modèles de comportement dénotant de rapports différenciés au pouvoir, qui représentent seulement des tendances entre lesquelles un médecin peut osciller. Certains confient d'ailleurs un sentiment de malaise, généré par les injonctions paradoxales auxquelles ils sont confrontés et par leurs propres ambivalences, le tout dans un contexte de remise en question de leur autorité décisionnelle.

La première tendance que nous avons identifiée consiste à adopter une position libérale et distanciée vis-à-vis des demandes de prise en charge. Les professionnels qui s'inscrivent dans cette optique se défendent d'être subjectifs et ne veulent pas laisser leurs convictions personnelles interférer avec leur jugement professionnel. Certains estiment aussi que refuser l'accès aux soins est un abus de pouvoir du médecin. Le rôle de ce dernier est principalement d'informer les

²⁷⁹ Ces mêmes mécanismes de légitimation d'une discipline médicale ont été identifiés dans d'autres secteurs. Par exemple, l'analyse de Michel Castra (2009) montre comment les professionnels se sont mobilisés et ont milités pour l'autonomisation et l'objectivation de la médecine palliative.

couples des chances de succès et des risques des techniques, et de répondre à leur demande en respectant leur autonomie décisionnelle.

La seconde inclination s'appuie sur une vision engagée du rôle du médecin et sur l'idée selon laquelle sa responsabilité à l'égard de l'enfant à naître justifie un droit de regard sur la réalisation de cet enfantement. Dans cette perspective, ces médecins acceptent d'endosser le rôle régulateur que leur confie l'État. Cette responsabilité éthique constitue le cœur de leur métier. Ils ne nient pas la subjectivité de leur raisonnement, mais celui-ci est légitimé par une réflexion pluridisciplinaire et collégiale, ainsi que par une posture réflexive dont la valeur symbolique est hautement valorisée.

Au-delà de ces orientations, l'acte de questionnement sur des questions d'ordre éthique fait partie intégrante des pratiques discursives de la profession médicale et incarne les fondements de son identité.

Ces représentations du rôle professionnel se combinent avec une vision du couple, de la maternité, de la paternité et de la famille. Les observations des staffs et les échanges avec les professionnels permettent de constater que, dans leur prise de décision, ces derniers sont influencés, de près ou de loin, par des éléments relatifs à l'état de santé physique et psychologique, à la situation conjugale et aux caractéristiques sociales, culturelles, économiques et juridiques des membres du couple.

Les professionnels s'unissent autour d'une définition relativement consensuelle du couple parent idéal. Être en couple, c'est être uni par un lien amoureux, par des relations sexuelles exclusives et harmonieuses, et par un foyer commun. La conception particulariste ou universaliste de la famille adoptée par les praticiens ainsi que le degré de leur adhésion à ces normes contribuent à déterminer l'importance qu'ils accordent aux configurations conjugales atypiques dans l'élaboration de leurs opinions. Pour la majorité, être parent, c'est aussi faire preuve de stabilité psychologique. Si les troubles sont jugés trop importants, la décision a de fortes chances de s'acheminer vers une non-prise en charge. De même, les conduites addictives, telles que la prise d'alcool ou de drogues, sont un motif de refus, ce qui traduit la réprobation morale de pratiques déviantes. Les individus sous tutelle financière, ou souffrant d'un handicap mental font également les frais de ce type de sanction sociale. Mais lorsque les praticiens sont face à un couple dont l'un des membres est atteint d'une maladie qui engage le pronostic vital,

leur discours change : les médecins énoncent alors leur impossibilité à prendre une décision à la place du couple, qui retrouve ainsi une autonomie décisionnelle. Les équipes soucieuses d'accompagner des couples dont elles soutiennent le projet parental sont attentives à leur situation sociale et à leur intégration dans la société. Par exemple, le statut irrégulier des candidats est un motif de refus de prise en charge fréquent, signe d'une exclusion et d'une précarité sociale trop importantes. Pourtant, de rares spécialistes rappellent que si les couples sont en capacité de financer leurs soins, les médecins ne peuvent pas les refuser pour une raison autre que médicale. D'autres éléments, comme les compétences langagières des couples, peuvent pousser certains spécialistes à interrompre le parcours plus précocement en raison d'une surcharge de travail et de la difficulté à obtenir la compréhension et le consentement éclairé des couples. Si ces critères sont rarement énoncés comme tels, ils conduisent finalement à écarter les couples qui se situent au bas de l'échelle sociale.

La précision de l'approche sociologique utilisée dans ce travail met en lumière les mécanismes déployés par les médecins pour éviter de participer à un projet parental qu'ils ne cautionnent pas. S'ils émettent des doutes concernant la légitimité d'une demande, ils limitent leur intervention en choisissant les techniques les moins médicalisées. Leur engagement est plus modéré et le déploiement du dispositif plus lent. Lorsque les spécialistes souhaitent mettre un terme à leur engagement, ils utilisent un ensemble de procédés pour ne pas opposer un refus explicite, autant d'« artifices du refus » (Mathieu, 2013). Le principal consiste à différer la décision, en donnant des échéances lointaines et en égrenant les examens. La consultation de l'avis d'un tiers (professionnels de la santé mentale, de l'accompagnement social...) permet aux équipes de repousser le moment du choix mais aussi de déléguer une partie de leur responsabilité décisionnelle. Une autre possibilité est de mettre en avant les risques de l'intervention. Les médecins peuvent aussi décourager le couple en insistant sur les limites physiologiques de l'infertilité, spécifiquement lorsqu'elles concernent les femmes. Leur argumentaire s'appuie alors sur l'idée selon laquelle « la nature reprend ses droits » et leur permet « de ne pas se placer dans une situation de toute-puissance » (Mathieu, 2013 : 144).

Ce processus de naturalisation des fondements de la décision est visible dans les attitudes adoptées avec les couples dont l'âge est avancé ou dont le pronostic vital est engagé. Alors que l'accès à la paternité est questionné en termes sociaux, celui de la maternité s'élabore sur un registre naturel. Le choix de réguler l'accès pour l'homme en fonction d'un certain seuil est

expliqué par la prise en compte de son espérance de vie et de sa capacité à assurer l'éducation de l'enfant, sans qu'il soit question d'une éventuelle andropause ou des risques de l'âge paternel pour l'enfant. La décision de fixer un seuil d'accès à la maternité, nettement plus fréquente, est en partie justifiée par les limites physiologiques de la fertilité et par les risques d'une maternité tardive. L'homme est donc préférentiellement placé du côté de la culture et la femme de la nature. Lorsque l'un des deux partenaires est atteint d'une maladie grave, les arguments varient là aussi selon le genre de l'individu concerné et dénotent un certain paternalisme vis-à-vis des femmes. Si l'homme est atteint, les équipes se questionnent sur la capacité de l'entourage de la femme à prendre le relais alors que, pour cette dernière, les interrogations portent davantage sur les risques de la grossesse pour sa santé. En s'appuyant sur des interprétations genrées de la parentalité, les politiques médicales tendent à consolider l'écart reproductif entre les sexes.

L'observation des pratiques quotidiennes des professionnels montre que ces considérations relatives aux façons d'être et de vivre des couples justifient difficilement à elles seules et de manière explicite une abstention thérapeutique. Pour être légitimes et acceptées par tous, les décisions des médecins doivent reposer sur un fondement médical. Si les choix sont argumentés sur des registres légalistes, compassionnels et culturalistes, ce sont les raisons médicales qui permettent officiellement de trancher. Cette hiérarchisation des normes, fondée sur une mise en tension entre le biologique et le social, aboutit à un processus de médicalisation et de naturalisation des décisions.

2. La médicalisation : un principe de structuration des politiques médicales

Le processus de médicalisation suppose ensuite d'utiliser des moyens médicaux pour répondre à un besoin. Dans la majorité des cas, les médecins ont le choix entre plusieurs stratégies. Ils décident selon leurs préférences thérapeutiques, elles-mêmes fonction du degré de médicalisation des procédés. Les médecins justifient de prime abord leurs choix par une volonté de répondre aux préférences des couples et de favoriser leur confort. Ils manifestent ainsi leur respect de valeurs fondamentales en médecine, telles que l'altruisme et le service rendu aux patients. Ceci étant, les discussions avec les professionnels mettent en relief un faisceau d'éléments qui guident les décisions et qui dépassent largement ces considérations. L'analyse des usages des techniques met en relief la dimension sociale des choix médicaux qui s'orientent vers une utilisation croissante des procédés les plus médicalisés.

La littérature scientifique fait état des controverses autour des connaissances médicales actuelles relatives à l'efficacité et à l'innocuité des techniques. Les pratiques médicales sont guidées par les recommandations des autorités sanitaires et par des règles de bonnes pratiques et de déontologie. Mais la médecine de la reproduction est récente et les médecins disposent de peu de données opérantes pour définir l'attitude à adopter dans toutes les configurations, ce qui semble d'ailleurs difficile, compte tenu de la variété des situations cliniques. Dans un contexte mêlé d'indications médicales relatives et d'une multiplicité de techniques, choisir la meilleure stratégie est au cœur du travail du médecin et de son identité professionnelle. Cet objectif constitue l'essence de l'art médical en infertilité. Les professionnels de la reproduction apparentent régulièrement leur pratique à de la « cuisine », chacun orientant sa pratique selon ses préférences et ses habitudes de travail. La médecine de la reproduction apparaît comme une médecine d'expérience, où les professionnels pallient l'incertitude en s'appuyant sur leurs connaissances et leurs ressentis. La pratique d'une médecine et d'une biologie automatiques et systématiques, aveuglément dictées par des protocoles, constitue une figure d'opposition pour les professionnels, qui perçoivent leur métier comme un art. Tous valorisent une approche à la fois globale et personnalisée, apportant une réponse adaptée à la particularité de chaque cas. L'ambivalence entre cette perception de l'art médical et l'élaboration d'un discours scientifique pour justifier ses usages s'observe de façon transversale dans ce champ.

Ce travail de terrain permet également de constater que les préférences thérapeutiques des acteurs sont structurées par un principe de hiérarchisation des techniques, lui-même organisé selon l'ampleur de l'intervention médicale. Le degré de médicalisation de chaque procédé est évalué en fonction du traitement réservé aux matériaux reproductifs. Les stimulations simples ne nécessitent pas la manipulation *ex vivo* des gamètes. C'est à ce titre qu'elles ne sont pas considérées comme une AMP, en dépit des risques qu'elles comportent. C'est également ce qui distingue les FIV des inséminations, car elles demandent de mettre en contact *in vitro* les ovocytes avec les spermatozoïdes. C'est enfin ce qui explique que l'ICSI soit considérée comme l'une des techniques les plus médicalisées, en ce que l'intervention humaine se substitue à la fécondation spontanée. *In fine*, c'est la distance acquise vis-à-vis du processus naturel de la procréation qui détermine la hiérarchisation des techniques. La nature représente une sorte de

« valeur étalon », permettant de mesurer le degré de médicalisation de chaque procédé. Elle sert de guide aux professionnels pour apprécier la justesse de l'intervention : « Notre référence, c'est la procréation naturelle des couples en bonne santé », explique Pierre Jouannet (2010). Le rapport entretenu à la nature structure le système axiologique des médecins, qui l'utilisent comme un repère pour définir et évaluer leurs manières d'agir. Tous cherchent à se protéger d'une surmédicalisation, qui représente l'emblème des pratiques déviantes, forme de réponse à la fois excessive ou injustifiée par rapport aux besoins, et inutile ou abusive vis-à-vis de ses bénéficiaires.

Cette recherche porte l'idée selon laquelle la hiérarchisation des techniques diffère selon les préférences thérapeutiques des équipes, et que celles-ci se révèlent dans les cultures de centre. Ces dernières reflètent l'existence d'écoles de pensée et de traditions initiées par leurs fondateurs. Ces formes d'idéologies thérapeutiques locales regroupent des idées et des valeurs unifiées au sein de systèmes de représentations, qui servent de support à l'action et qui structurent le rapport au réel. L'*ethos* des individus, leurs perceptions et leurs convictions se forment au cours de leur socialisation professionnelle et s'élaborent en référence à leurs groupes d'appartenance. Les cultures de centre, qui traduisent des rapports différenciés à la médicalisation, transparaissent notamment dans la répartition de l'activité selon les techniques. L'enquête de terrain permet de mesurer l'influence des dirigeants des centres sur l'orientation collective des politiques médicales, particulièrement dans le secteur public.

Les pionniers de Jean Verdier interviennent de manière graduelle dans les projets parentaux. Ils définissent leur démarche comme une philosophie du soin qui s'appuie sur une vision globale de la médecine de la reproduction. Jean-Noël Hugues, l'ancien responsable de ce centre, formé notamment en médecine interne et en endocrinologie, défend la reconnaissance de ce champ comme une spécialité à part entière. Cette position se traduit dans la structuration du centre d'AMP, divisé en trois services, où la médecine de la reproduction est indépendante de la gynécologie obstétrique. La spécificité de cette formation se répercute également sur les techniques choisies préférentiellement par les médecins de cette équipe. Ils favorisent les traitements les plus physiologiques tels que la stimulation simple et l'insémination, car ces procédés sont conçus comme respectant les mécanismes naturels de la procréation et permettent une fécondation spontanée et *in vivo*. Le passage à la FIV, que ces praticiens désignent comme « l'AMP lourde », est possiblement vécu comme l'échec de leurs tentatives de restaurer la

fertilité naturelle des couples. À l'époque où Jean-Noël Hugues dirige ce centre, ces médecins adoptent une posture prudente face aux risques de leur intervention. Certains dénoncent une tendance globale à la surmédicalisation, dont ils tiennent à se démarquer, quitte à s'inscrire dans une temporalité plus longue. Ils déplorent que certains confrères, qu'ils appellent les « AMPistes » ou « FIVistes », aient une pratique restreinte autour de la FIV. Le choix de ce procédé, n'étant pas toujours le plus adapté à chaque situation, leur apparaît comme une solution de facilité obéissant pour partie à une recherche de résultat et de rentabilité.

À son arrivée à Jean Verdier en 2014, Michael Grynberg a initié plusieurs changements dans la politique médicale du centre. Les stimulations simples sont moins nombreuses. Les inséminations diminuent également et sont converties plus rapidement en FIV. Sa volonté de se recentrer sur la FIV s'explique partiellement par sa formation. S'il a été choisi par Jean-Noël Hugues pour sa spécialisation en endocrinologie, permettant ainsi de perpétuer la tradition scientifique instaurée dans ce lieu, Michael Grynberg est avant tout gynécologue obstétricien, et donc plus enclin que ses prédécesseurs à recourir à la ponction. Il poursuit dans ce centre le même objectif d'excellence qui l'a guidé pendant sa formation, sa trajectoire professionnelle et le choix de ses lieux d'exercice, notamment celui d'Antoine Béclère. Michael Grynberg justifie ses choix par une volonté de répondre rapidement aux demandes des couples et de proposer le traitement le plus efficace.

L'ouverture de l'enquête à d'autres structures permet de constater que cette réorientation de la politique du centre ne s'explique pas seulement par des inclinations personnelles et par un renouvellement générationnel. L'accélération et l'intensification de la médicalisation à Jean Verdier s'inscrivent dans une tendance globale de ce champ médical. Les pionniers de ce centre, qualifiés à plusieurs reprises comme pratiquant une médecine « à l'ancienne », traduisaient une forme de résistance à ce processus. Aujourd'hui, la majorité des médecins tendent à préférer plus rapidement la FIV à l'insémination. Cette dernière est certes plus légère et moins risquée, mais elle demande un temps de travail et un besoin en personnel quasiment équivalent à la FIV, pour un gain financier et une efficacité moindres.

3. Les moteurs de la médicalisation

Cette recherche identifie quelques uns des moteurs de cette tendance globale à la médicalisation qui traverse la prise en charge de l'infertilité. Ce phénomène s'appuie sur une

confiance en la médecine, partagée par les patients et les professionnels. Cette confiance permet aux praticiens d'entretenir un rapport distancié aux risques iatrogènes. L'intervention croissante sur la reproduction humaine est également alimentée par des facteurs dénués de toute dimension médicale, et notamment des impératifs temporels, économiques et organisationnels.

L'histoire des usages des techniques montre que les spécialistes de l'infertilité sont enclins à valoriser les procédés innovants, même si la preuve de leur efficacité et de leur innocuité n'a pas été démontrée. Cette foi n'est pas seulement l'une des caractéristiques essentielles de l'identité du clinicien, comme l'a remarqué Eliot Freidson (1984). Cet optimisme est partagé par l'ensemble des spécialistes de l'infertilité. Cette disposition semble presque une condition *sine qua non* de leur exercice professionnel. Cette confiance apparaît en tout cas comme indispensable face aux incertitudes qu'ils doivent affronter. Les craintes de la communauté médicale se cristallisent actuellement autour des effets potentiels de l'intervention humaine sur les mécanismes d'expression des gènes. Les acteurs ont souvent tendance à minorer l'impact des hyperstimulations ovariennes répétées sur la santé des femmes. Ils montrent également une propension à relativiser les risques observés de malformations, notamment cardiaques et congénitales, en considérant qu'ils ne sont pas liés à l'intervention médicale mais plutôt à l'infertilité des parents.

Les spécialistes de la reproduction comptent sur la force de la Nature pour endiguer leurs prises de risques et partent de l'idée selon laquelle celle-ci corrige leurs potentielles erreurs. Par exemple, l'expansion actuelle de la culture prolongée se fonde sur le postulat selon lequel le milieu de laboratoire parvient à reproduire *in vitro* des conditions de développement *in vivo* et sélectionne ainsi les embryons plus résistants. En laissant seulement se développer puis s'implanter les embryons viables, la nature apparaît comme une sorte de juge qui parachève la sélection initiée par les praticiens. Malgré une méconnaissance des conséquences iatrogènes du maintien *ex vivo* de l'embryon sur son développement, les professionnels qui utilisent la culture prolongée de manière routinière rappellent que, ce faisant, ils diminuent le nombre d'embryons transférés et se prémunissent des risques induits par les grossesses multiples.

L'exemple de l'ICSI est symptomatique de la médicalisation de l'infertilité, facilitée par un rapport distant aux risques iatrogènes. Son utilisation est en expansion, permise par un élargissement de ses indications initiales et alimentée par des enjeux financiers. Pourtant, ce

procédé n'offre pas de meilleures chances de grossesse que la FIV classique. Alors, pour justifier leurs pratiques, les professionnels mobilisent prioritairement la nécessaire hiérarchisation des bénéfices et des risques apportés par la médecine.

Cette recherche permet de dégager deux pôles autour desquels se répartissent les politiques de centre. Les équipes qui utilisent l'ICSI de façon restrictive se cantonnent à ses indications *princeps*. Partisanes d'un recours modéré à la micro-injection, elles insistent à la fois sur les risques identifiés de malformations génitales, de maladies chromosomiques, de prématurité et de mortalité *post-partum*, ainsi que sur les risques potentiels d'une iatrogénie à plus long terme. Ces médecins cherchent par exemple à s'en préserver en vérifiant la capacité des spermatozoïdes à féconder l'ovocyte, grâce au mi-FIV/mi-ICSI. Elles manifestent ainsi leur refus de sur-intervenir en court-circuitant la fécondation sans justification, tout en assurant la sauvegarde d'une partie de la cohorte. De manière plus globale, la communauté des spécialistes se situe dans un usage extensif de l'ICSI. Certains centres vont jusqu'à réaliser la quasi-totalité de leurs FIV en ICSI, sans indication médicale précise. Les membres de ces équipes considèrent que les risques liés à l'ICSI sont mineurs, compte tenu de la capacité autorégulatrice de l'embryon, qui élimine les cellules porteuses d'anomalies. Cette stratégie permet surtout aux praticiens ne pas s'exposer au risque de l'absence de transfert, qui montrerait l'échec de leur intervention. En effet, le principal avantage de la micro-injection est essentiellement de favoriser la fécondation et ainsi de maximiser les chances d'obtenir des embryons à transférer. Cette sécurisation de la tentative contribue aussi à expliquer l'utilisation de la micro-injection dans les situations de don de gamètes et notamment de spermatozoïdes. Le remplacement des embryons *in vivo* revêt donc une valeur symbolique : il signifie que l'intervention médicale est allée à son terme et évite ainsi de rendre ses limites trop apparentes. Cette même logique est à l'œuvre lorsque les praticiens décident de transférer un embryon dont la morphologie prédit de faibles chances de grossesse, ou qu'ils choisissent de ne pas prolonger sa culture pour ne pas le perdre et être en mesure de proposer un transfert.

Les usages contemporains de la médecine de la reproduction répondent à des exigences d'efficacité et des impératifs de rentabilité qui justifient en même temps qu'ils renforcent la tendance à l'accélération et à l'intensification de la médicalisation de la reproduction.

Le mouvement de médicalisation est accéléré par la volonté d'immédiateté émise par les professionnels et les couples. Certaines hypofertilités sont trop rapidement catégorisées comme pathologiques, comme le montrent les grossesses spontanées avant ou pendant le traitement. En outre, le diagnostic médical semble être devenu moins indispensable, avec l'élargissement des indications médicales et la préférence d'un nombre important de médecins pour la FIV et l'ICSI. Ainsi, « le recours pragmatique à l'assistance médicale à la procréation interfère avec le processus de réflexion diagnostique et tend à le simplifier » (Hédon, 2009 : 27).

Les praticiens doivent également répondre à des impératifs économiques, qui semblent plus impérieux en médecine libérale. L'obligation de rentabilité peut pousser certains à générer de l'activité, en acceptant des couples dont le pronostic de réussite est très compromis, et/ou à préférer les techniques les plus lucratives. D'autres, spécifiquement les laboratoires privés, peuvent également répercuter cette contrainte aux couples en appliquant des surfacturations. Cette décision est justifiée par les investissements que ces procédés nécessitent, en termes de temps de travail et d'équipements.

La tendance à la médicalisation est alimentée par le contexte concurrentiel dans lequel s'inscrit la médecine de la reproduction. Si l'attachement des médecins aux performances de leur centre varie selon les équipes, il n'en reste pas moins vrai que le « taux de réussite est le nerf de la guerre entre les équipes concurrentes de PMA » (Doré et Saint-Arnaud, 1995 : 515). Cette recherche de résultat se double d'un objectif d'efficacité. Celui-ci structure les politiques de santé publique et conditionne le soutien financier de la collectivité. Cette demande de performance apparaît partiellement comme le résultat de la rationalisation et de la technicisation de la médecine. Comme « la nature de l'art médical inscrit toujours plus la médicalisation dans la sphère technico-marchande, il devient inévitable que lui soit posée la double question de son efficacité et de son efficience », notent les sociologues Marcel Drulhe et Serge Clément (1998 : 81).

Ces éléments expliquent ensemble les trajectoires de certaines techniques, comme la marginalisation d'un procédé pourtant pionnier dans ce domaine : la FIV en cycle naturel. Les médecins l'utilisent très peu et le proposent le plus souvent en fin de parcours, ce qui condamne d'autant ses chances de réussite. Pourtant, le cycle naturel procure des ovocytes de bonne qualité, évite la prise d'hormones, améliore la réceptivité de l'endomètre et offre de bonnes chances de grossesse lorsque le transfert est effectué. Mais non seulement les médecins croient peu en son

intérêt, mais ce traitement est surtout trop contraignant, car il nécessite de surveiller le moment de l'ovulation qui ne peut dès lors pas être anticipée. De plus, la configuration du système de remboursement, l'exigence d'efficacité et de rentabilité, ainsi que la nécessité de planifier l'activité, compliquent sa mise en pratique et expliquent en grande partie son délaissement.

Les contraintes d'organisation de l'activité peuvent également pousser les praticiens à médicaliser non seulement la reproduction mais aussi le début de la gestation. Les médecins prescrivent de plus en plus souvent un traitement hormonal substitutif lors des transferts d'embryons congelés. Son but n'est pourtant pas d'améliorer les chances de grossesse. Ce procédé permet essentiellement de programmer le moment du transfert d'embryon, ce qui explique son expansion actuelle. Pour les patientes, il allège les contraintes en cours de prise en charge, mais les oblige à poursuivre un traitement hormonal pendant le premier trimestre de leur grossesse. Pour les équipes, il répond principalement à la nécessité d'optimiser l'activité. Certains centres avaient délaissé ce dispositif en raison de ses risques relatifs de fausses couches, plus élevés que dans la population prise pour référence. Mais la force des impératifs organisationnels les a incités à réintroduire le TEC THS dans leur pratique quotidienne, en dépit des larges incertitudes sur sa iatrogénie.

Cette gestion conjointe des contraintes et des risques conduit au final à la médicalisation de l'ensemble du processus de la procréation, de l'embryogénèse à l'accouchement. La notion de risque justifie la médicalisation du choix de l'embryon, comme le montre l'exemple du recours au diagnostic préimplantatoire, qui consiste à prélever des cellules sur ces embryons afin de sélectionner uniquement ceux qui ne sont pas porteurs d'une anomalie génétique (Rapp, 1999). Comme l'a montré entre autres Carine Vassy (2014), ces dangers potentiels légitiment, dans les discours, le recours au diagnostic prénatal, participant alors à la médicalisation de la gestation. Enfin, ces risques offrent également un fondement à la technicisation de l'accouchement, résultat d'une mise en tension entre une rationalisation formelle et matérielle des décisions, observée notamment par Danièle Carricaburu (2005).

La recherche présentée ici ouvre un certain nombre de perspectives. Il pourrait par exemple être bénéfique d'explorer de manière comparée l'influence des politiques de santé publique nationales sur les politiques médicales en AMP, pour élargir la compréhension de la multiplicité des pratiques.

Le schéma théorique et méthodologique adopté dans cette investigation pourrait également être appliqué aux problématiques spécifiquement liées aux dons. Cette démarche permettrait de faire état de la multiplicité des politiques locales selon les CECOS, rapidement évoquée par certains professionnels rencontrés. Les résultats de ce travail permettent de postuler que, comme les centres d'AMP classiques, chaque CECOS fonctionne selon des normes contextualisées, à la fois officielles et officieuses. Il serait instructif d'analyser comment les professionnels justifient leurs choix, notamment en matière de sélection des candidats. Dans un contexte marqué par la rareté des ressources, l'étude des mécanismes de hiérarchisation des demandes contribuerait à poursuivre notre projet d'éclairer les normes et les valeurs des professionnels de ce champ.

Les croisements entre santé reproductive et univers professionnel mériteraient également d'être détaillés, pour comprendre de quelle manière la médecine de la reproduction peut être mise au service de la performance. L'initiative d'entreprises comme Apple ou Facebook, qui proposent à leurs salariées de prendre en charge une partie des frais de conservation de leurs ovocytes, donne à voir une autre facette de la médicalisation. Cette médicalisation « par anticipation » du risque est proposée de manière précoce, en amont d'un besoin futur, et vise à prévenir la baisse de la fertilité avec l'âge. En France, le CCNE (2017) s'est récemment positionné contre la généralisation de cette possibilité, notamment en raison des risques et d'un taux de succès limité, à environ 60 %. En réaction, un collectif de deux cents médecins s'est constitué pour défendre le droit des femmes à congeler leurs ovocytes²⁸⁰. Le changement dans les dernières lois de bioéthique, offrant l'autoconservation ovocytaire en contrepartie d'un don d'ovocytes, est certainement le signe précurseur d'une évolution des mentalités à ce sujet. D'autre part, l'avis favorable des membres du CCNE (2017) pour autoriser l'accès à l'AMP à toutes les femmes, qu'elles soient seules ou en couple homosexuel, témoigne également d'un changement dans les représentations de l'infertilité. Sa définition n'est alors plus fondée sur sa dimension pathologique, mais sur une nécessité sociale et sur une double volonté de favoriser l'autonomie des femmes et de reconnaître légalement des pratiques déjà effectives. Cet élargissement finalise le processus de médicalisation. Il confirme l'appropriation, par la société, de la médecine de la reproduction, qui n'aura bientôt plus besoin de s'appuyer sur une indication médicale pour

²⁸⁰ http://www.lemonde.fr/idees/article/2017/06/28/les-femmes-doivent-pouvoir-congeler-leurs-ovocytes-pour-avoir-un-enfant_5152353_3232.html consulté le 15-07-17.

légitimer son intervention.

La porosité des frontières entre le médical, le social et le culturel, ainsi que l'entrelacement étroit de ces sphères, contribue à ébranler les bases du système actuel. Celui-ci est remis en question par une partie de la société civile et du monde associatif, qui demandent aux pouvoirs publics d'entreprendre une refonte de la prise en charge collective de l'infertilité. Une partie des médecins eux-mêmes s'interrogent sur l'ampleur de leur pouvoir. Comme le réclame Jean-Noël Hugues, « *il serait temps que les médecins ne soient plus auto-prescripteurs de leurs propres actes* ». Face à la dimension subjective et morale des jugements sur la vie, Véronique Fournier se demande « si le temps n'est pas révolu d'imposer quoi que ce soit, du moins sur ces questions d'AMP, au nom de la morale publique ». Elle propose de faire confiance aux couples et d'accorder le « primat à l'individu » (2010 : 183 et 202). Le philosophe Ruwen Ogien (2009) plaide pour une prise en considération de la volonté des individus et pour une neutralité éthique de l'État. Il estime que le cadre législatif instaure et perpétue un accès inégalitaire à ces techniques. Le philosophe défend la « liberté inconditionnelle de procréer » et propose de considérer sur un pied d'égalité l'ensemble des demandes, en excluant toute discrimination (2009 : 174). L'heure semble aujourd'hui à une remise en question de l'emprise de l'État et de la profession médicale sur les corps, « dans la relation privée de l'individu à son destin physique » (Fassin et Memmi, 2004 : 10). Il est temps d'envisager une redistribution du pouvoir qui restituerait aux citoyens une autonomie décisionnelle. Celle-ci passera nécessairement par une meilleure connaissance des possibilités offertes par la médecine et des spécificités de chaque lieu de prise en charge, projet auquel nous avons tenté de contribuer. Cette recherche devrait aider les couples à s'orienter dans l'espace de soins, à choisir leurs interlocuteurs en fonction de leurs aspirations et de leurs valeurs – quand l'offre de soins le permet –, et à s'approprier leur parcours médical.

Reste à espérer que les états généraux de la bioéthique prévus en 2018 s'orienteront vers une plus grande ouverture des pouvoirs publics aux demandes de la société civile et vers une meilleure reconnaissance de l'inventivité des individus dans les manières de faire famille.

Bibliographie

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP*. Avis du Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine, séance du 17 novembre 2006a, délibération n° 2006-CO-31.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Contribution du conseil d'orientation de l'ABM aux débats préparatoires à la révision de la loi de bioéthique. Leçons d'expérience (2005-2008) et questionnements*. Conseil d'Orientation de l'Agence de la biomédecine du 20 juin 2008.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Comment informer sur la baisse de la fertilité avec l'âge ?*. Avis du Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine, séance du 10 juillet 2009, délibération n° 2009-CO-19.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Activité d'Assistance Médicale à la Procréation*. 2010.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Synthèse des rapports de contrôle et d'inspection relatifs aux activités d'AMP transmis à l'agence de la biomédecine en 2010*. Rapport rédigé pour la mission d'inspection par Sixte Blanchy, 2011.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Synthèse des rapports d'inspection des activités d'AMP transmis à l'agence de la biomédecine en 2011*. Rapport rédigé pour la mission d'inspection par Sixte Blanchy, 2012.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Synthèse des rapports d'inspection des activités d'AMP transmis à l'agence de la biomédecine en 2012*. Rapport rédigé pour la mission d'inspection par Sixte Blanchy, 2013a.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Rapport d'information au Parlement et au Gouvernement sur le développement des connaissances et des techniques*. Septembre 2013b.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Activité régionale d'Assistance Médicale à la Procréation*. Région Île-De-France, données 2011, publié en 2013c.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Réflexions sur l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes*. Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine, séance du 18 avril 2013d, délibération n° 2013-CO-13.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Activité régionale d'Assistance Médicale à la Procréation*. Région Aquitaine, données 2011, publié en 2013e.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Évaluation des résultats des centres d'Assistance Médicale à la Procréation pratiquant la fécondation in vitro en France. Rapport national des résultats*. Données 2010, publié en 2013f.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Synthèse des rapports d'inspection des activités d'AMP transmis à l'agence de la biomédecine en 2013*. Rapport rédigé pour la mission d'inspection par Sixte Blanchy, 2014a.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Évaluation des résultats des centres d'Assistance Médicale à la Procréation pratiquant la fécondation in vitro en France. Rapport national des résultats*. Données 2011, publié en 2014b.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Encadrement juridique international dans les différents domaines de la bioéthique*. 2014c.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Activité régionale d'Assistance Médicale à la Procréation*. Région Île-de-France, données 2013, publié en 2015a.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Activité régionale d'Assistance Médicale à la Procréation*. Région Aquitaine, données 2013, publié en 2015b.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Évaluation des résultats des centres d'Assistance Médicale à la Procréation pratiquant la fécondation in vitro en France. Rapport national des résultats*. Données 2012, publié en 2015c.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Activité d'Assistance Médicale à la Procréation*. Données 2013, publié en 2015d.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. *Atlas de l'offre de soin en Assistance Médicale à la Procréation en France. Analyse nationale et régionale de l'offre, des besoins et des flux*. Rédigé par Florian Bayer, 2015e.

AÏACH, Pierre, FASSIN, Didier (dir.). *Sociologie des professions de santé*. La garenne-columbes : Éditions de l'espace européen, 1992.

AÏACH, Pierre. « Les voies de la médicalisation ». In : AÏACH, Pierre, DELANOË, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Éditions Economica, 1998, p. 15-36.

AMAR-HOFFET, Aurélie, *et al.* « Place des techniques d'AMP ». *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2010, n° 39, p. 88-99.

AMEISEN, Jean-Claude. « Avant-propos. Penser le manque ». In : HIRSCH, Emmanuel (dir.). *Éthique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider*. Paris : Vuibert, 2007, p. 21-27.

ARNAL, Françoise, HUMEAU, Jean-Claude. *Les médecins de procréation*. Paris : Odile Jacob, 1994.

ARNAL, Françoise, HUMEAU, Jean-Claude. *La procréatique. Les biotechnologies et la reproduction humaine. Histoire et éthique*. Montpellier : Sauramps médical, 2003.

ATHÉA, Nicole. « La stérilité, une entité mal définie ». In : TESTART, Jacques (dir.). *Le magasin des enfants*. Paris : François Bourin, 1990, p. 37-71.

AUGÉ, Marc. *Théorie des pouvoirs et idéologies. Étude de cas en Côte d'Ivoire*. Paris : Hermann, 1975.

AZRIA, Élie. « Connaissance, incertitude et décision dans la pratique du soin : de la nécessité de décider ». In : HIRSCH, Emmanuel (dir.). *Éthique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider*. Paris : Vuibert, 2007, p. 136-142.

BACHELOT, Annie, DE MOUZON, Jacques, ADJIMAN, Maurice. « La FIV : un parcours qui reste long et difficile ». In : DE LA ROCHEBROCHARD, Élise (dir.). *De la pilule au bébé-épiprouvette. Choix individuel ou stratégies médicales ?*. Les Cahiers de l'INED, n° 161, 2008, p. 243-261.

BAJOS, Nathalie, MOREAU, Caroline, *et al.* « Choisir une contraception : de la connaissance médicale à la norme procréative ». In : DE LA ROCHEBROCHARD, Élise (dir.). *De la pilule au bébé-épiprouvette. Choix individuel ou stratégies médicales ?*. Les Cahiers de l'INED, n° 161, 2008, p. 129-141.

BASZANGER, Isabelle. « Les chantiers d'un interactionnisme américain ». In : STRAUSS, Anselm. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 1992, p. 11-63.

BASZANGER, Isabelle, GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, LÖWY, Ilana (dir.). « Légitimer et réguler les innovations biomédicales ». *Sciences Sociales et Santé*, 2000, vol. 18, n° 4, p. 5-8.

BATAILLE, Philippe. *À la vie, à la mort. Euthanasie, le grand malentendu*. Paris : Autrement, 2012.

BATAILLE, Philippe, VIROLE, Louise. « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de la reproduction et

palliative ». *La nouvelle revue du travail* [en ligne]. Février 2013, p. 1-14. Disponible sur : <http://nrt.revues.org/613> [consulté le 20 avril 2015].

BATEMAN-NOVAES, Simone. *Les passeurs de gamètes*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1994.

BATEMAN, Simone. « De la thérapeutique comme norme ». In : BATEMAN-NOVAES, Simone, OGIEN, Ruwen, PHARO, Patrick (coord.). *Raison pratique et sociologie de l'éthique. Autour des travaux de Paul Ladrière*. Paris : Éditions du CNRS, 2000, p. 129-142.

BATEMAN, Simone. « La responsabilité médicale aux frontières de l'activité thérapeutique. Le cas de l'AMP ». In : IACUB, Marcela, JOUANNET, Pierre (dir.). *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris : La Découverte, 2001, p. 112-126.

BATEMAN, Simone. « L'expérience morale comme objet sociologique ». *L'année sociologique*, février 2004, vol. 54, n° 2, p. 389-412.

BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Éditions Les belles lettres, [1979] 2008.

BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte, 2003 [1997].

BEAUD, Michel. *L'art de la thèse*. Paris : La découverte, [1986] 2003.

BECKER, Howard. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte, 2002.

BECKER, Howard. *Écrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*. Paris : Economica, [1986] 2004.

BELLIVIER, Florence, BRUNET, Laurence. « Évolutions de catégories normatives de jugement de la vie et droit de la bioéthique ». In : IACUB, Marcela, JOUANNET, Pierre (dir.). *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris : La Découverte, 2001, p. 186-203.

BELAISCH-ALLART, Joëlle. « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? Oui... ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 18-21.

BELAISCH-ALLART, Joëlle. « Âge du père et prise en charge en infertilité ». *La lettre du gynécologue*, janvier-février 2009, n° 338-339, p. 18-19.

BELAISCH-ALLART, Joëlle. « Les perceptions de l'AMP : mythes, réalités ou magie ? ». « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 58-60.

BELAISCH-ALLART, Joëlle. « Les différentes techniques médicales d'AMP ». In : KHAÏAT, Lucette, MARCHAL, Cécile (dir.). *La maîtrise de la vie. Les Procréations Médicalement Assistées interrogent l'éthique et le droit*. Toulouse : ÉRÈS, 2012, p. 29-47.

BELAISCH-ALLART, Joëlle. « AMP : définition et activités des centres habilités ». *La revue du praticien*, janvier 2014, vol. 64, n° 1, p. 86-87.

BERNHEIM, Emmanuelle. « Le "pluralisme normatif" : un nouveau modèle pour appréhender les mutations sociales et juridiques ? ». *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2011, vol. 67, n° 2, p. 1-41.

BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université, 1992.

BLANCHY, Sixte. « Assistance Médicale à la Procréation et adoption : les sujets qui fâchent ». *Enfance Majuscule*, juillet-août 2010, n° 113, p. 17-25.

BLANCHY, Sixte. « Le paysage institutionnel et le dispositif d'autorisation en place ». « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 32-35.

BOLTANSKI, Luc. *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris : Gallimard, 2004.

BONDUELLE, Maryse. « Enfants issus de l'AMP ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011, p. 653-664.

BOUMAZA, Magali. « L'expérience d'une jeune chercheuse en milieu extrême : une enquête au Front National ». *Regards Sociologiques*, 2001, n° 22, p. 105-121.

BOURDIEU, Pierre. « L'illusion biographique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin 1986, vol. 62-63, p. 69-72.

BOURDIEU, Pierre. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil, 1994.

BOURDIEU, Pierre. *Questions de sociologie*. Paris : Éditions de Minuit, [1984] 2002.

BOUREL, Michel. « Pour une reconnaissance de la Biologie Interventionnelle ». *Rapport d'étude adopté par les Académies nationales de Médecine (15 février 2000) et de Pharmacie (1^{er} décembre 1999)*, Bulletin Académie Nationale de Médecine, 2000, vol. 184, n° 2, p. 447-468.

BRAMI, Charles. « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? Non... ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 22-23.

BRUNET, Laurence. « Des usages protéiformes de la nature. Essai de relecture du droit français de la filiation ». In : BONTE, Pierre, *et al.* (ed.). *L'argument de la filiation. Aux fondements des sociétés européennes et méditerranéennes*. Paris : Maison des Sciences de l'Homme, 2011, p. 285-322.

BRUNET, Laurence. « La préservation de la fertilité féminine avec traitement : une pratique d'avenir dans un cadre juridique à parfaire ». In : GRYNBERG, Michael, FRYDMAN, René (dir.). *La préservation de la fertilité*. Paris : Eska, 2013, p. 431-448.

BUFFET, François-Noël. *Avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration général sur le projet de loi, adopté à l'Assemblée Nationale, relatif à la bioéthique*. Sénat, avis n° 381, séance du 29 mars 2011.

BUISSON, Guillemette, LAPINTE, Aude. « Le couple dans tous ses états. Non-cohabitation, conjoint de même sexe, Pacs... ». *INSEE première*, février 2013, n° 1435.

CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, [1966] 2013.

CARRICABURU, Danièle, MÉNORET, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004.

CARRIBACURU, Danièle. « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public ». *Sociologie du travail*, 2005, n° 47, p. 245-262.

CASTRA, Michel. « L'émergence des soins palliatifs dans la médecine, une forme particulière de militantisme de fin de vie ». *Quaderni*, janvier 2009, n° 68, p. 25-35.

CÉDRIN-DURNERIN, Isabelle, *et al.* « Nutrition et fertilité : aspect féminins ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011, p. 73-80.

CENTRE D'ÉTHIQUE CLINIQUE (CEC), *Quand la demande d'enfant dérange l'éthique : résultats d'une étude d'éthique clinique*. Paris : APHP, 2011.

CICOUREL, Aaron. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil, 2002.

COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. « Recommandations pour la pratique clinique. La prise en charge du couple infertile ». *CNGOF*, 10 décembre 2010, p. 685-700.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE. *Éthique et recherche biomédicale. Rapport 1999*. Paris : La Documentation française, 2001.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE. « Questions éthiques soulevées par le développement de l'ICSI ». *Avis*, 12 décembre 2002, n° 75.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE. « Les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation ». *Avis*, 15 juin 2017, n° 162.

COMITÉ NATIONAL DE BIOLOGIE MÉDICALE. « Réflexion du comité national de biologie médicale sur la formation des biologistes ». *Annales de biologie clinique*, mai-juin 2001, vol. 59, n° 3.

COLLECTIF DE 200 MÉDECINS. « Les femmes doivent pouvoir congeler leurs ovocytes pour avoir un enfant ! ». *Le Monde*, 28 juin 2017.

CORDIER, Alain, SALAS, Frédéric. « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'État ». *Rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales*, novembre 2010.

COURDURIÈS, Jérôme, HERBRAND, Cathy. « Genre, parenté et technique de reproduction assistée. Bilan et perspectives après 30 ans de recherche ». *Enfances, Familles, Générations*, 2014, n° 21, p. i-xxvii.

CROZIER, Michel, FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil, 1977.

DARMON, Muriel. « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain ». *Genèses*, 2005/1, n° 58, p. 98-112.

DÉCHAUX, Jean-Hugues. « Parenté, "polythéisme des valeurs" et délibération. Variations wébériennes ». *Négociations*, 2016/1, n° 25, De Boeck Supérieur, p. 23-37.

DERBEZ, Benjamin. « Négocier un terrain hospitalier : moment critique de la recherche en anthropologie médicale ». *Genèses*, janvier 2010, n° 78, p. 105-120.

DEVAUX, Aviva. « Aspects médico-légaux comparés de l'AMP en Europe ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011, p. 141-150.

DE LA ROCHEBROCHARD, Élise. « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI. Bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine ». *Population*, 2003, n° 4-5, p. 549-586.

DE LA ROCHEBROCHARD, Élise (dir.). « De la pilule au bébé-épiprouvette. Choix individuel ou stratégies médicales ? ». *Les Cahiers de l'INED*, 2008a, n° 161.

DE LA ROCHEBROCHARD, Élise, LÉRIDON, Henri. « Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ? ». In : DE LA ROCHEBROCHARD, Élise (dir.). *De la pilule au bébé-épiprouvette. Choix individuel ou stratégies médicales ?*. Les Cahiers de l'INED, n° 161, 2008, p. 29-57.

DE LA ROCHEBROCHARD, Élise, *et al.* « Rentrer à la maison avec un bébé après avoir initié un traitement par fécondation in vitro ». « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011a, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 20-23.

DE LA ROCHEBROCHARD, Élise, *et al.* « Quelles sont les chances d'avoir un enfant durant ou après une prise en charge pour FIV ? Une enquête de cohorte rétrospective en France ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, juin 2011b, n° 23-24, p. 274-277.

DODIER, Nicolas. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métaillé, 1993.

DODIER, Nicolas, et CAMUS, Agnès. « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, juillet-août 1997, n° 4, p. 733-763.

DORÉ, Chantal. « La procréation médicalement assistée. Les suites d'un contexte obstétrical interventionniste ». *Aspects sociologiques*, septembre 1993, vol. 1, n° 2, p. 28-32.

DORÉ, Chantal, SAINT-ARNAUD, Pierre. « La procréation médicalement assistée au prisme de la logique constructiviste ». *Regard Sociographiques*, 1995, vol. 36, n° 3, p. 505-526.

DONZELOT, Jacques. *La police des familles*. Paris : Éditions de Minuit, 1977.

DREIFUSS-NETTER, Frédérique. « Oui et non : principes éthiques ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 53-56.

DRULHE, Marcel, CLÉMENT, Serge. « Enjeux et forme de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie ». In AÏACH, Pierre, DELANOË, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Éditions Economica, 1998, p. 69-96.

DUPRAT, Jean-Pierre. « La portée des normes dans le domaine de la biomédecine ». *Revue française des affaires sociales*, mars 2002, n° 3, p. 31-48.

DURKHEIM, Émile. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Flammarion, [1894] 2010.

DURKHEIM, Émile. *La science sociale et l'action*. Paris : PUF, [1900] 1970.

EPELBOIN, Sylvie. « Assistance médicale à la procréation. Principes et réflexions cliniques ». In : *Espaces éthiques, pratiques hospitalières et lois de bioéthique. Perspectives de révision des lois du 29 juillet 1994*. APHP, 1999, p. 93-98.

EPELBOIN, Sylvie, *et al.* « Les enfants de la FIV et de l'ICSI ». *CNGOF*, 30 novembre 2000, tome 24, p. 185-219.

EPELBOIN, Sylvie. « Quelles réponses aux demandes "hors normes" en AMP ? ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 50-52.

EPELBOIN, Sylvie. « Paternité entravée : la place du "père" en procréation assistée ». In : ROBINEAU, Christian. *Désir de pères*. Érès, 2010, p. 67-80.

EPELBOIN, Sylvie, *et al.* « Devenir des enfants nés de l'AMP ». *La revue du praticien*, janvier 2014, vol. 64, n° 1, p. 102-105.

FAGOT-LARGEAULT, Anne. « La procréation responsable ». In : SHEFFIELD, Françoise, SUREAU, Claude. *Aspects éthiques de la reproduction humaine*. Paris : John Libbey Euronext, 1995, p. 3-18.

FASSIN, Didier. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF, 1996.

FASSIN, Didier. « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation ». In : AÏACH, Pierre, DELANOË, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Éditions Economica, 1998, p. 1-13.

FASSIN, Didier, MEMMI, Dominique. *Le Gouvernement des corps*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2004.

FASSIN, Éric. « La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction ». *Journal des anthropologues* [en ligne]. 2002, n° 88-89. Disponible sur : <http://jda.revues.org/2836> [consulté le 19 janvier 2011].

FERRARETTI, Anna Pia, *et al.* « Assisted reproductive technology in Europe, 2009 : results generated from European registers by ESHRE ». *Human Reproduction*, 2013, vol. 28, n° 9, p. 2318-2331.

FERRÉOL, Gilles, *et al.* *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Armand Colin, 2011.

FLAHAULT, Erika. *Une vie à soi. Nouvelles formes de solitude au féminin*. Rennes : PUR, 2009.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, [1976] 2014.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité 2. L'usage des plaisirs*. Paris : Gallimard, [1984] 1997.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité 3. Le souci de soi*. Paris : Gallimard, [1984] 1997.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France, 1978-1979*. Paris : Éditions Gallimard et du Seuil, 2004.

FORTIN, Sylvie. « Between reason, science and culture : biomedical decision-making ». *Journal International de Bioéthique*, 2015, vol. 26, n° 4, p. 39-56.

FORTIN, Sylvie *et al.* « Prolonger la vie ou envisager la mort ? Quelques enjeux de la prise de décision lors de maladies graves ». *Anthropologie & Santé* [En ligne]. 2016, n° 12. Disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/2081> [consulté le 1^{er} juin 2016].

FOURNIER, Véronique. *Le bazar bioéthique. Quand les histoires de vie bouleversent la morale publique*. Paris : Robert Laffont, 2010.

FOX, Renée. *Experiment perilous physicians and patients facing the unknown*. Glencoe. Free Press, 1959.

FOX, Renée. « The evolution of medical uncertainty ». *Health and society*, 1980, vol. 58, n° 1, p. 1-49.

FREIDSON, Eliot. *La profession médicale*. Paris : Payot, [1970] 1984.

FREIDSON, Eliot. « Influence du client sur l'exercice de la médecine ». In : HERZLICH, Claudine. *Médecine, Maladie et Société*. Paris-La Haye : Éditions EPHE-Mouton, [1960] 1970, p. 225-238.

FRYDMAN, René. « Bilan des annulations à l'hôpital Antoine-Béclère entre novembre et mars 2005 ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 10-13.

FRYDMAN, René, CANTO-SPERBER, Monique. *Naissance et liberté. La procréation : quelles limites ?*. Paris : Plon, 2008.

FRYDMAN, René. « Infertilité et AMP : implications éthiques ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011, p. 629-632.

FUSILIER, Bernard. « Le concept d'éthos. De ses usages classiques à un usage renouvelé ». *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2011, vol. 42, n° 1, p. 97-109.

GABARRO, Céline. « L'attribution de l'Aide Médicale d'État (AME) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires ». Sous la direction d'Alain MORICE, Université Paris Descartes, 2017.

GAILLE, Marie. « Des terres morales inconnues. Du diagnostic prénatal à la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse ». *Anthropologie & Santé* [En ligne]. 2016, n° 12. Disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/1991> [consulté le 31 mai 2016].

GLASER, Barney, STRAUSS, Anselm. *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine Publishers, 1967.

GOASGUEN, Claude, SIRUGUE, Christophe. *Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État*. Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 3 novembre 2015.

GRESLE, François, *et al.* *Dictionnaires des sciences humaines*. Paris : Nathan, 1994.

GRYNBERG, Michael, EVEN, Marc. « Maturation ovocytaire in vitro : place dans la stratégie de préservation de fertilité ». *MT, Médecine de la reproduction, Gynécologie, Endocrinologie*, 2012, vol. 14, n° 2, p. 106-112.

GUIBET-LAFAYE, Caroline. « Proscrire, prescrire : les refus d'interruption médicale de grossesse en cas de pronostic vital néonatal très péjoratif ». In : LE BODIC, Cédric, HARDY, Anne-Chantal (dir.). *Prescrire-proscrire. Enjeux non-médicaux dans le champ de la santé*. Rennes : PUR, 2012, p. 43-57.

HALL, Oswald. « Les étapes d'une carrière médicale ». In : HERZLICH, Claudine. *Médecine, Maladie et Société*. Paris-La Haye : Éditions EPHE-Mouton, 1970 [1948], p. 209-223.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Évaluation de la fécondation in vitro avec micromanipulation (ICSI). Indications, coût-efficacité et risques pour la descendance*. Décembre 2006.

HARDY, Anne-Chantal. « La médecine peut-elle “faire la loi” ? ». In : LE BODIC, Cédric, HARDY, Anne-Chantal (dir.). *Prescrire-proscrire. Enjeux non-médicaux dans le champ de la santé*. Rennes : PUR, 2012, p. 257-268.

HÉDON, Bernard. « Les infertilités inexplicables : quelle prise en charge ? ». *CNGOF*, décembre 2009, vol. 2009, p. 21-31.

HERZLICH, Claudine. « Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière ». *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 41-59.

HERZLICH, Claudine, et al. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrière et pratiques des médecins français, 1930-1980*. Paris : Éditions INSERM, 1993.

HERZLICH, Claudine, ADAM, Philippe. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, 1994.

HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine. « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) ». *Revue française de sociologie*, janvier 2010/1, vol. 51, p. 121-148.

HIRSCH, Emmanuel (dir.). *Éthique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider*. Paris : Éditions Vuibert, 2007.

HIRSCH, Emmanuel (dir.). *Traité de bioéthique. Tome 2. Soigner la personne, évolution, innovations thérapeutique*. Paris : Éditions ÉRÈS, 2010.

HUGHES, Everett. *Le regard sociologique. Essais Choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie. Paris : Éditions de l'EHESS, [1958] 1996.

IACUB, Marcela, JOUANNET, Pierre (dir.). *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris : La Découverte, 2001.

IACUB, Marcela, JOUANNET, Pierre. « Introduction. Les choix médicaux en matière de procréation ». In IACUB, Marcela, JOUANNET, Pierre (dir.). *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris : La Découverte, 2001, p. 5-15.

ISRAËL, Lucien. *La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine*. Paris : Calmann-Lévy, 1980.

JAISSON, Marie. « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2002/3, n° 143, p. 44-52.

JAUNAIT, Alexandre. « Éthique, morale, déontologie ». In : HIRSCH, Emmanuel (dir.). *Éthique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider*. Paris : Vuibert, 2007, p. 66-74.

JEFFEREY, Roger. « Normal rubbish : deviant patients in casualty departments ». *Sociology of Health and Illness*, 1979, vol. 1, n° 1, p. 90-107.

JOUANNET, Pierre. « Principes éthiques, pouvoir médical et responsabilités du praticien ». *Pouvoirs* [en ligne]. avril 1999, n° 89, p. 5-14. Disponible sur : <http://www.revue-pouvoirs.fr/Principes-ethiques-pouvoir-medical.html> [consulté le 15 mars 2014].

JOUANNET, Pierre. « Le médecin face à la procréation légalement assistée ». In : IACUB, Marcela, JOUANNET, Pierre (dir.). *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris : La Découverte, 2001, p. 127-139.

JOUANNET, Pierre. « Une médecine de la stérilité, de l'infertilité : qui doit-on refuser ? ». *Journée de l'Espace Éthique de l'APHP* intitulée « AMP, éthique et société », 2010 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.youtube.com/watch?v=9tsf2bD9nE> [consulté de 23 septembre 2014].

JOUANNET, Pierre *et al.* « Peut-on réduire le risque de grossesse multiple après FIV ? ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 14 juin 2011, n° 23-24, p. 278-281.

JOUANNET, Pierre. « Autoconservation des gamètes de personnes transsexuelles et projet parental éventuel ». *Rapport à l'Académie Nationale de Médecine*, séance du 25 mars 2014.

KHAN, Susan Martha. *Reproducing jews. A cultural account of assisted conception in Israel*. Durham et Londres, Duke University Press, 2000.

KAMPHUIS, Esme, *et al.* « Are we overusing IVF ? ». *British Medical Journal* [En ligne] 28 janvier 2014, p. 1-5.

KERR, Janice, *et al.* « The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom : results of a survey performed in 1997 ». *Human Reproduction*, 1999, vol. 14, n° 4, p. 934-938.

KADOCH, Issac-Jacques. « La FIV en cycle naturel ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011, p. 473-483.

KENTISH-BARNES, Nancy. « Mourir à l'heure du médecin. Décisions de fin de vie en réanimation ». *Revue française de sociologie*, 2007, n° 48, p. 449-475.

KUPKA, Markus, *et al.* « Assisted reproductive technology in Europe, 2010 : results generated from European registers by ESHRE ». *Human Reproduction*, 2014, vol. 19, n° 10, p. 2099-2113.

KUTY, Olgierd. « Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement ». *Revue française de Sociologie*, 1975, vol. 16, n° 2, p. 189-214.

LABORIE, Françoise. « D'une banalisation sans évaluation et de ce qui peut s'ensuivre ». In : TESTART, Jacques (dir.). *Le magasin des enfants*. Paris : François Bourin, 1990, p. 83-106.

LANSAC, Jacques, GUÉRIF, Fabrice (dir.). *AMP. L'assistance médicale à la procréation en pratique*. Paris : Masson, 2005.

LARDIC, Jean-Marie. « Introduction ». In : LARDIC, Jean-Marie, DURAND, Guillaume (dir.). *L'éthique clinique et les normes*. Nantes : Éditions Nouvelles Cécile Defaut, 2013, p. 8-11.

LEMLER, Daniel. « Les stérilités inexplicables existent-elles ? ». *CNGOF*, 9 décembre 2009, vol. 2009, p. 33-44.

LE BRETON, David. *L'interactionnisme symbolique*. Paris : PUF, 2004.

LE COZ, Pierre. *Quelle philosophie de la famille pour la médecine de la reproduction ?*. Paris : Édition L'Harmattan, 2006.

LE COZ, Pierre. *Petit traité de la décision médicale. Un nouveau cheminement au service des patients*. Paris : Éditions du seuil, 2007.

LEPERLIER, Florence, *et al.* « Contre-indications et limites de l'AMP ». *La revue du praticien*, janvier 2014, vol. 64, n° 1, p. 99-102.

LÉRIDON, Henri. « L'infertilité en France : données épidémiologiques ». « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 11-14.

LÖWY, Ilana. « AMP et traitement de la stérilité masculine ». In : BASZANGER, Isabelle, GAUDILLIÈRE, Jean-Paul et LÖWY, Ilana (dir.). « Légitimer et réguler les innovations biomédicales ». *Sciences Sociales et Santé*, 2000, vol. 18, n° 4, p. 75-104.

LÖWY, Ilana. « Procréation assistée : contrôle ou désordre ? (Commentaire) ». *Sciences Sociales et Santé*, 2005, vol. 23, n° 3, p. 31-36.

LÖWY, Ilana. « La fabrication du naturel : l'AMP dans une perspective comparée ». *Tumultes*, 2006a/1, n° 26, p. 35-55.

LÖWY, Ilana. *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*. Paris : La Dispute, 2006b.

LÖWY, Ilana, *et al.* « Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre ? Introduction ». *Les cahiers du Genre*, 2014/1, vol. 1, n° 56, p. 5-18.

MALYE, François, VINCENT, Jérôme (dir.). « Hôpitaux et cliniques. Le palmarès 2014 ». *Le Point*, 21 août 2014, n° 2188, p. 94-154.

MANDELBAUM, Jacqueline. « L'assistance Médicale à la Procréation, un des traitements de l'infertilité ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011a, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 14-19.

MANDELBAUM, Jacqueline. « Histoire de la Fécondation in Vitro ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011b, p. 63-72.

MANDELBAUM, Jacqueline. « L'AMP : état des lieux, enjeux et perspectives ». « Compte-rendu de la réunion du 13 février 2013 de la 3^{ème} division : la biologie interventionnelle », *Bulletin National de l'Académie de Médecine*, 2013, Tome 107, n° 2, p. 528-531.

MARCUS-STEIFF, Joachim *et al.* « Procréatique et désinformation. Les techniques de Procréation Médicalement assistée dans le brouillard d'une information sans éthique ». *Le Monde*, 17 décembre 1987.

MATHIEU, Séverine. *L'enfant des possibles. AMP : éthique, religion, filiation*. Paris : Éditions de l'Atelier, 2013.

MAUSS, Marcel. *Œuvres 3. Cohésion sociale et division de la sociologie*. Paris : Éditions de minuit, [1901] 1969.

MEHL, Dominique. *Naître ? La controverse bioéthique*. Paris : Bayard, 1999.

MEHL, Dominique. *Enfants du don*. Paris : Robert Laffont, 2008.

MEHL, Dominique. *Les lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)*. Paris : Presses de Sciences Po, 2011.

MEMMI, Dominique. « Vertus professionnelles et morale collective : la normalisation des pratiques en matière de procréation artificielle ». *Droit et Société*, 1988, n° 10, p. 499-520.

MEMMI, Dominique. *Les gardiens du corps*. Paris : Éditions de l'EHESS, 1996.

MEMMI, Dominique. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte, 2003.

MEMMI, Dominique. *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil, 2014.

MÉNÉZO, Yves, *et al.* « Culture embryonnaire prolongée et éclosion assistée ». In : PONCELET, Christophe, SIFER, Christophe (dir.). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag, 2011, p. 521-528.

MERLET, Françoise. « Activité nationale et régionale : quelques repères chiffrés ». « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 42-47.

MERVIEL Philippe, *et al.* « Inséminations Intra-Utérines ». *La revue du praticien*, janvier 2014, vol. 64, n° 1, p. 87-91.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation*. Journal Officiel n° 24 du 11 septembre 2010.

MINO, Jean-Christophe, *et al.* « Arrêt des traitements et idéologies thérapeutiques du cancer ». *Anthropologie & Santé* [En ligne]. 2016, n° 12. Disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/2047> [consulté le 31 mai 2016].

MONNIER-BARBARINO, Patricia, *et al.* « Tabac et reproduction : la part de l'homme et de la femme ». *CNGOF*, 1^{er} décembre 2004, Tome 28, p. 253-268.

MORNEX, René. « La décision en médecine ». *La lettre de l'espace éthique, APHP*, 2002, n° 15-18, p. 41-46.

NGUYEN, Vinh-Kim, LEFÈVE, Céline et LACHENAL, Guillaume (dir.). « La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie ». *Cahiers du centre Georges Canguilhem*, Presses Universitaires de France, juin 2014, n° 6.

NOVAES, Simone. *Les passeurs de gamètes*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1994.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS). *Le rapport annuel de l'ONDPS*. Synthèse générale, 2005.

OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES CHOIX SCIENTIFIQUES ET TECHNOLOGIQUES (OPESCT). « Procréation Médicalement Assistée : enjeux et défis éthiques ». Compte-rendu de l'audition publique ouverte à la presse, organisée par Claeys Alain et Vialatte Jean-Sébastien, le 10 juin 2008.

OGIEN, Ruwen. *La vie, la mort, l'État, le débat bioéthique*. Paris : Bernard Grasset, 2009.

OLIVENNES, François. « Arrêt de prise en charge en AMP : résultat d'une enquête en France ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 8-9.

OLIVENNES, François, BEAUVILLARD, Laurence. *N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant*. Paris : Odile Jacob, 2008.

OLIVENNES, François. « Y-a-t-il un âge limite pour être père ? ». *Gynéco On Line* [en ligne]. Octobre 2012. Disponible sur : <http://www.gyneco-online.com/fertilité/y-t-il-un-age-limite-pour-etre-pere> [consulté le 13 juillet 2015].

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie ». *Enquête*, 1995, n° 1, p. 71-109.

ORFALI, Kristina. « L'émergence de l'éthique clinique : politique du sujet ou nouvelle catégorie clinique ? ». *Sciences sociales et santé*, 2003, vol. 21, n° 2, p. 39-70.

OUDSHOORN, Nelly. « Hormones, techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, juillet-octobre 1998, n° 4-5, p. 775-793.

PAILLET, Anne. « Autour de la naissance : l'autorité de la médecine en question ». In : BASZANGER, Isabelle, BUNGENER, Martine, PAILLET, Anne (dir.). *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris : La Dispute, 2002, p. 189-209.

PAILLET, Anne. *Consciences professionnelles. Approche sociologique de la morale au travail à partir du cas des décisions d'arrêt ou de poursuite en réanimation néonatale*. Thèse de sociologie. Paris : EHESS, 2003.

PAILLET, Anne. *Sauver la vie, donner la mort. Sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris : La Dispute, 2007.

PATRAT, Catherine, EPELBOIN, Sylvie. « Santé des enfants conçus après AMP ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14 juin 2011, n° 23-23, p. 282-284.

PERROTTA, Manuela. « Situated practices as the locus of technological change ». In : SILVIA, Jordan, HERMANN, Mitterhofer (dir.). *Beyond knowledge management. Sociomaterial and sociocultural perspectives within management research*. Innsbruck : Innsbruck University Press, 2010, p. 147-169.

PINELL, Patrice. « Champ médical et processus de spécialisation ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/1, n° 156-157, p. 4-36.

POULY, Jean-Luc. « Aspects économiques de la sélection des patientes et des déprogrammations ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, n° 7, p. 48-49.

POULY, Jean-Luc. « FIV et micro-injection intracytoplasmique ». *La revue du praticien*, janvier 2014, vol. 64, n° 1, p. 92-96.

PULMAN, Bertrand. *Mille et une façons de faire les enfants. La révolution des méthodes de procréation*. Paris : Calmann-Lévy, 2010.

RAPP, Rayna. *Testing women, testing fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. New-York : Routledge, 1999.

ROYÈRE, Dominique. « Les acteurs et les bonnes pratiques professionnelles ». « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 35-36.

ROZÉE, Virginie, DE LA ROCHEBROCHARD, Élise. « L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation en France : reflet de la norme sociale procréative ? ». *Santé, Société et Solidarité*, 2010, n° 2, p. 109-114.

SÉNAT. « Compte rendu intégral. Séance du samedi 4 décembre 2010 ». In : *Journal Officiel de la République Française*.

SAINSAULIEU, Yoël. Le financement de l'Assistance Médicale à la Procréation en France. « L'assistance Médicale à la Procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2011, Haut Conseil en Santé Publique, La Documentation Française, n° 75, p. 37-39.

SALIBA, Jacques. « Sociologie des professions et médecine. Filiation et confrontations ». In : AÏACH, Pierre, FASSIN, Didier (dir.). *Sociologie des professions de santé*. La garenne-colombes : Éditions de l'espace européen, 1992, p. 13-46.

SICART, Daniel. « Les médecins au premier janvier 2013 ». *Série Statistiques*, avril 2013, DREES, n° 179.

SLAMA, Rémy, *et al.* « Qui choisit de médicaliser une infécondité ? ». In : DE LA ROCHEBROCHARD, Élise (dir.). *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuel ou stratégies médicales ?*. Les Cahiers de l'INED, n° 161, 2008, p. 61-79.

SLAMA, Rémy, *et al.* « La fertilité des couples en France ». In : SPIRA, Alfred. *Enjeux environnementaux pour la fertilité humaine*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, n° 7-8-9, 21 février 2012, p. 87-91.

SPIRA, Alfred. *Enjeux environnementaux pour la fertilité humaine*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, n° 7-8-9, 21 février 2012, p. 87-91.

SQUIRES, Claire, *et al.* « Psychopathologie et procréation médicalement assistée : comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ? ». *Médecine et Hygiène*, 2008/2, Devenir, vol. 20, p. 135-149.

STASSE, François. « Les acteurs de la politique de santé ». *Pouvoirs*, 1999, n° 89, p. 67-78.

STEUDLER, François. *Sociologie médicale*. Paris : Armand Colin, 1972.

STEUDLER, François. *L'hôpital en observation*. Paris : Armand Colin, 1974.

STRAUSS, Anselm. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*. Paris : L'Harmattan, 1992.

STRAUSS, Anselm, BUCHER, Rue. « La dynamique des professions ». In : STRAUSS, Anselm. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*. Paris : L'Harmattan, [1961] 1992, p. 67-88.

STRAUSS, Anselm *et al.* « L'hôpital et son ordre négocié ». In : STRAUSS, Anselm. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*. Paris : L'Harmattan, [1963] 1992, p. 87-112.

STRAUSS, Anselm. « Négociations. Introduction à la question ». In : *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*. Paris : L'Harmattan, [1978] 1992, p. 245-268.

STRAUSS, Anselm. « Une perspective en termes de monde social ». In : La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris : L'Harmattan, [1978] 1992, p. 269-282.

TABET, Paola. *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*. Paris : L'Harmattan, 1998.

TAIN, Laurence. « L'hôpital, la femme et le médecin : la construction des trajectoires de fécondation in vitro ». *Population*, 2001, n° 5, p. 811-844.

TAIN, Laurence. « Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences ». *L'Homme et la société*, avril-septembre 2004, vol. 2, n° 152-153, p. 229-246.

TAIN, Laurence. « Refus des médecins, abandons des couples : quel contrôle pour la pratique de procréation assistée ? ». *Sciences sociales et santé*, 2005a, vol. 23, n° 3, p. 5-30.

TAIN, Laurence. « Les nouvelles techniques de reproduction. Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux ». *Informations sociales*, août 2005b, n° 128, p. 52-59.

TAIN, Laurence. *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Paris : Presses de l'EHESP, 2013.

TESTART, Jacques. *L'œuf transparent*. Paris : Flammarion, 1986.

TESTART, Jacques (dir.). *Le magasin des enfants*. Paris : François Bourin, 1990.

TESTART, Jacques. *Des hommes probables. De la procréation aléatoire à la reproduction normative*. Paris : Éditions Seuil, 1999.

TESTART, Jacques, GODIN, Christian. *Au bazar du vivant. Biologie, médecine et bioéthique sous la coupe médicale*. Paris : Seuil, 2001.

TESTART, Jacques. *Faire des enfants demain. Révolutions dans la procréation*. Paris : Éditions Seuil, 2014.

THÉRY, Irène. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*. Rapport à la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au garde des Sceaux, ministre de la Justice. Paris : Odile Jacob, 1998.

THÉRY, Irène. *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*. Paris : Odile Jacob, 2007.

THÉRY, Irène. *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2010.

THÉRY, Irène. « La PMA sociale a toujours existé ». *Le Monde*, 28 juin 2017.

TURNER, Leigh. « From the local to the global : bioethics and the concept of culture ». *Journal of Medicine and philosophy : a forum for bioethcis and philosophy of medecine*, 2005, n° 30, p. 305-320.

URFALINO, Philippe. « La délibération et la dimension normative de la décision collective ». In : COMMAILLE, Jacques, DUMOULIN, Laurence, ROBERT, Cécile (dir.). *La juridicisation du politique*. Paris : L.G.D.J, 2000, p. 161-188.

VANDELAC, Louise. « Pour une analyse critique des dispositifs d'évaluation scientifique, éthique et sociale des technologies de reproduction ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1995, vol. 2, n° 1, p. 74-101.

VASSY, Carine. « Travailler à l'hôpital en Europe : apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations ». *Revue française de sociologie*, avril-juin 1999, vol. 40, n° 2, p. 325-356.

VASSY, Carine. « Categorisation and micro-rationing : access to care in a French emergency department ». *Sociology of Health and Illness*, 2001, vol. 23, n° 5, p. 615-632.

VASSY, Carine, CHAMPENOIS-ROUSSEAU, Bénédicte. « Comment le risque devient une évidence : praticiens, femmes enceintes et dépistage prénatal de la trisomie 21 ». *Socioanthropologie*, juin 2014, n° 29, p. 121-136.

VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Archives contemporaines, 2000.

VIALLE, Manon. « « L'horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge », *Enfances, Familles, Générations*, 2014, n° 21, p1-23.

VINCENT, Catherine. « Biologie humaine : les nouvelles manipulations ». *Le journal de l'année 1990*, Larousse, Le Monde, p. 144-148.

WEBER, Jean-Christophe. « Les indications d'interruptions médicales de grossesses. Un modèle d'étude de la porosité du champ médical ». In LE BODIC, Cédric, HARDY, Anne-Chantal (dir.). *Prescrire-proscrire. Enjeux non-médicaux dans le champ de la santé*. Rennes : PUR, 2012, p. 19-27.

WEBER, Max. *Le savant et le politique*. Paris : La Découverte, [1919] 2003.

Liste des acronymes

ABM : Agence de la biomédecine

ALD : Affection longue durée

APHP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ASRM : Société américaine de médecine de la reproduction

BAMP : Blog « assistance médicale à la procréation »

BLEFCO : Biologistes des laboratoires d'études de la fécondation et de la conservation de l'œuf

BMI : *Body mass index*

BT : Biopsie testiculaire

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CECOS : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNGOF : Collège national de gynécologues et obstétriciens français

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNP : Conseil national des pharmaciens

COFRAC : Comité français d'accréditation

CSP : Code de la santé publique

CSS : Code de la sécurité sociale

DEA : Diplôme d'Études Approfondies

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire

DPI : Diagnostic préimplantatoire

DPN : Diagnostic prénatal

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ENP : Enquête nationale périnatale

ESHRE : Société européenne de reproduction et d'embryologie humaine

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

FFER : Fédération française d'études de la reproduction
FIV : Fécondation in vitro
FNCGM : Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
GEFF : Groupe d'étude de la fécondation in vitro en France
HAS : Haute autorité de santé
HDR : Habilitation à diriger des recherches
IA : Insémination artificielle
ICSI : *Intra cytoplasmic sperm injection*
IDF : Île-de-France
IIU : Insémination intra-utérine
IMC : Indice de masse corporelle
IMSI : Intracytoplasmic morphologically selected sperm injection
INRA : Institut national de recherche agronomique
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
JORF : Journal officiel de la république française
MCUPH : Maître de conférences des universités et praticien hospitalier
MDR : Médecine de la reproduction
NTR : Nouvelles techniques reproductives
OATS : Oligoasthénospermie
OBSEFF : Observatoire épidémiologique de la fertilité en France
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONP : Ordre national des pharmaciens
OPECST : Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur
PACS : Pacte civil de solidarité
PH : Praticien hospitalier
PHC : Praticien hospitalier contractuel
PMA : Procréation médicalement assistée
PUPH : Professeur des universités et praticien hospitalier
SCPFIV : Syndicat des centres privées de fécondation in vitro

SEG : Société européenne de gynécologie

SFE : Société française d'endocrinologie

SFG : Société française de gynécologie

SMR : Société de médecine de la reproduction

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

SYNGOF : Syndicat national des gynécologues obstétriciens français

TEC : Transfert d'embryon congelé

THS : Traitement hormonal substitutif

TRA : Techniques de reproduction assistée

Table des annexes

ANNEXE 1. GUIDE D’ENTRETIEN AVEC LES SPÉCIALISTES DE L’INFERTILITÉ.	427
ANNEXE 2. GUIDE D’ENTRETIEN AVEC LES FEMMES CONCERNÉES PAR L’INFERTILITÉ	433
ANNEXE 3. LES INDIVIDUS RENCONTRÉS : DONNÉES BIOGRAPHIQUES	435
ANNEXE 4. TABLEAU 1 : PART EN POURCENTAGE DE L’ACTIVITÉ SELON LE SECTEUR D’ACTIVITÉ ET LE TYPE DE TECHNIQUE (ABM, 2010).....	442
ANNEXE 5. TABLEAU 2 : NOMBRE D’ACTES D’AMP SELON LES TECHNIQUES PAR CENTRE (ABM, 2013C ; 2013E ; 2015A ; 2015B).....	443
ANNEXE 6. TABLEAU 3 : RÉPARTITION DE L’ACTIVITÉ D’AMP SELON LES TECHNIQUES ET LES CENTRES (ABM, 2013C ; 2013E ; 2015A ; 2015B).....	444
ANNEXE 7. TABLEAU 4 : L’ÉVOLUTION DE L’ÂGE MOYEN DES FEMMES À LA PONCTION EN FRANCE ET EN ÎLE-DE-FRANCE ENTRE 2011 ET 2013. (ABM, 2013C ; 2015A).....	445
ANNEXE 8. TABLEAU 5 : AMP ISSUES DE TECHNIQUES PARTICULIÈRES : POURCENTAGE DE TENTATIVES RÉALISÉES EN FRANCE (ABM, 2015D).....	446
ANNEXE 9. TABLEAU 6 : TAUX D’ACCOUCHEMENT ESTIMÉ SELON L’ÉTAT DES EMBRYONS TRANSFÉRÉS PAR CENTRE (ABM, 2013F ; 2015C).....	447
ANNEXE 10. TABLEAU 7 : FRÉQUENCE DES ACCOUCHEMENTS MULTIPLES PAR CENTRE (ABM, 2013F ; 2015C)	448

ANNEXE 1. Guide d'entretien avec les spécialistes de l'infertilité.

1. Le parcours biographique et professionnel
 - 1.1. Le parcours biographique
 - En quelle année êtes-vous né ? Où êtes-vous né ?
 - De quel milieu venez-vous ? Quelle profession exerçaient vos parents ?
 - Avez-vous des frères et sœurs ? Êtes-vous marié ? Avez-vous des enfants ?
 - 1.2. Le parcours professionnel
 - Dans quelle faculté avez-vous fait vos études de médecine ?
 - Dans quelles circonstances vous avez rejoint ce centre / cette institution ?
 - Quelles sont vos fonctions ?
 - Pourquoi avez-vous choisi cette spécialité ? Ce champ médical ?
 - Pourquoi avez-vous choisi d'exercer dans ce secteur ?

2. L'exercice en AMP
 - 2.1. Le lieu d'exercice
 - Dans quel centre avez-vous travaillé ? Depuis combien de temps exercez-vous dans ce centre ?
 - Dans quelles circonstances êtes-vous arrivé dans ce lieu ? À qui avez-vous succédé ?
 - Comment décririez-vous la culture de ce centre ? Quelles sont ses principales spécificités ?
 - Quelles sont les principaux points communs et différences que vous avez observé entre les centres où vous avez exercé ?
 - Dans quelle mesure le lieu de prise en charge a-t-il un impact sur le déroulement du parcours de soins ?
 - Comment décririez-vous l'ambiance au sein du centre ?
 - Combien de gynécologues et de biologistes travaillent ici ?
 - L'équipe comprend-elle une sage-femme ? Un psychologue ? Sont-ils présents aux staff ?
 - À quelle fréquence vous réunissez-vous ? Faites-vous des staffs d'inclusion / biologiques / chirurgicaux ?
 - Comment décririez-vous votre patientèle ?
 - Comment décririez-vous l'offre de soins dans ce centre ?
 - Comment définiriez-vous la place de la recherche dans ce centre ?
 - Les délais d'attente pour accéder à une prise en charge sont-ils importants ?
 - 2.2. Les dynamiques interprofessionnelles
 - 2.2.1. Les spécificités du travail de gynécologue et de biologiste
 - Quels sont les spécificités de votre travail ?
 - Comment décririez votre rôle ?
 - Ce champ médical est-il selon vous reconnu à sa juste valeur ?
 - Quels sont les principaux enjeux actuels au sein de votre profession ?
 - Quelles sont les principales différences dans l'exercice de votre métier au quotidien, selon que vous travaillez en public ou en privé ? Qu'en est-il des conditions de rémunération ?
 - 2.2.2. L'équilibre des relations interprofessionnelles

Comment décririez-vous la qualité des relations entre biologistes et cliniciens dans votre centre ?

Quels sont pour vous les moteurs d'une dynamique interprofessionnelle harmonieuse ?

En quoi l'intervention des biologistes dans le processus décisionnel est-elle importante ? L'harmonie relationnelle entre les membres de ces deux professions peut-elle influencer la prise en charge ?

Dans quelle mesure le caractère public ou privé de l'activité influence-t-il le rôle du biologiste et les relations interprofessionnelles ?

Quels sont les principaux sujets sur lesquels les opinions des biologistes et des cliniciens divergent ?

Comment expliquez-vous que les biologistes aient plus tendance de temps en temps à freiner certaines prises en charge, quand les cliniciens semblent plus enclins à défendre leurs patients ? Les biologistes sont-ils plus attentifs aux résultats que leurs confrères gynécologues ?

Les propensions individuelles à utiliser des techniques innovantes sont-elles selon vous liées à la spécialité ?

3. Les politiques de sélection des patients

3.1. La politique de sélection

Comment décririez vous la politique de votre centre en matière d'accessibilité, de sélection de la patientèle ? Diriez-vous que vous êtes plutôt ouverts ou plutôt restrictifs ?

Quels sont vos principaux critères de sélection ? En quoi sont-ils différents des autres centres ?

L'accès à une consultation est-il conditionné à un questionnaire ? Que pensez-vous de cette pratique ?

3.2. Les critères de sélection

Au niveau de l'entrée en AMP, quels sont les éléments qui facilitent ou au contraire compliquent la décision de prendre un couple en charge ? Constatez-vous une évolution dans ces critères ?

3.2.1. Le pronostic

Comment expliquez-vous qu'un couple qui a de faibles chances de réussite soit accepté par certaines équipes et refusé par d'autres ?

À partir de quel moment les chances vous paraissent-elles trop faibles pour vous engager ?

Les dosages hormonaux vous paraissent-ils un bon critère de prise en charge ?

3.2.2. L'âge

Quelle est la moyenne d'âge dans votre centre ?

Quelle est votre politique en matière d'âge de la femme / de l'homme ? Avez-vous posé une limite objective ? Cette limite est-elle inscrite dans le règlement intérieur ?

Qu'est-ce que vous pensez de la diversité des pratiques en matière d'âge ? Certains médecins m'ont confié que plus l'âge du chef de service est élevé, plus les équipes ont tendance à accepter des hommes âgés : qu'est-ce que vous en pensez ?

3.2.3. Le couple

La dernière version de la loi de bioéthique a introduit un élargissement de l'accès

aux techniques médicales de reproduction en supprimant la mention « *mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans* ». Que pensez-vous de cette décision ? Outre le fait que vous n'avez plus besoin de demander des justificatifs de vie commune, est-ce que le fait que l'AMP soit ouvert aux couples non-mariés a modifié des choses dans votre pratique ?

Parallèlement, la loi demande aux professionnels de s'assurer de « *la motivation de l'homme et de la femme formant le couple* » ? Que pensez-vous de cette mission ? Comment procédez-vous ?

Prenez vous en charge les patientes avec un BMI élevé ? Avez-vous défini un seuil au-delà duquel une prise en charge ne peut être envisagée ?

Comment gérez-vous les patients qui fument ?

Est-ce que vous prenez en charge les couples qui ne vivent pas ensemble, ou qui sont en situation d'éloignement géographique ?

Comment gérez-vous les indications sexologiques ?

Comment réagissez-vous face aux demandes de couples polygames, ou qui viennent avec leurs maîtresses ? Est-ce que vous les prenez en charge ?

Acceptez-vous d'aider des couples en situation irrégulière ?

Dans quelle mesure la situation de précarité, ou de vulnérabilité d'un couple entre-t-elle en ligne de compte dans votre décision de prise en charge ?

Les demandes de prise en charge émanant de personnes qui se trouvent à la marge, du système à la fois médical et social, peuvent-elles vous amener à questionner les normes établies, à les réaffirmer ou à les faire évoluer ?

3.3. Les déterminants de la sélectivité

Comment expliquez vous les différents degrés de sélectivité des équipes ?

Quel rôle jouent les émotions et les sentiments dans la prise en charge d'un couple ?

Les critères de recrutement sont-ils différents entre les centres privés et publics ?

Pensez-vous que le degré de sollicitation des équipes, et que la longueur de la file d'attente influence la sélectivité des équipes ?

Certains centres sont accusés de sélectionner les couples pour avoir de bons résultats : pensez-vous que ce reproche recouvre une certaine réalité ? Dans quelle mesure l'importance d'avoir de bons résultats influence-t-elle vos décisions concernant le recrutement des couples ?

Dans quelle mesure peut-on affirmer que certains centres se situent dans une obligation de moyens, et proposent l'inclusion en AMP même aux couples dont les chances de réussite sont faibles, alors que d'autres se soumettent davantage à l'obligation de résultats, et estiment qu'il faut médicaliser des parcours seulement si les chances de grossesse sont réelles ?

4. Les politiques médicales

4.1. Les usages des techniques

4.1.1. Les principales techniques

Comment l'activité est-elle répartie ? Combien faites-vous d'inséminations / FIV / ICSI par an ?

Pourquoi certains centres passent-ils en FIV ou en ICSI plus rapidement que d'autres ?

Est-ce que vous partagez l'affirmation de l'un de vos confrères selon laquelle les médecins font deux fois trop de FIV en France ?

Qu'est-ce que vous pensez de la déclaration de Jacques Testart selon laquelle 1/3 des FIV en France ne sont pas des nécessités médicales ?

Que pensez-vous des usages de l'ICSI en France ? Sont-ils toujours médicalement justifiés ?

Qu'est-ce que vous pensez du fait que certains laboratoires aillent jusqu'à 90 % d'ICSI ?

Comment expliquez vous que certains fassent de l'ICSI avec un don de sperme ?

4.1.2. Les situations plus atypiques

Lorsque l'infertilité du couple est uniquement causée par l'âge de la patiente, quelle est la meilleure stratégie à adopter selon vous ?

Quelle stratégie adoptez-vous avec les couples qui ne vivent pas ensemble ? Avec les couples illégitimes ?

Dans le cas d'une infertilité idiopathique, faut-il préférer l'insémination ou la FIV ? Les médecins sont-ils plus enclins aujourd'hui à proposer l'AMP à des femmes qui sont seulement légèrement hypofertiles et qui auraient pu être enceintes naturellement ?

4.1.3. La politique de ponction

Les ponctions sont-elles réalisées sous anesthésie locale ou générale ?

Combien de follicules sont nécessaires pour réaliser une ponction ?

Cela vous arrive-t-il fréquemment d'annuler des tentatives ?

4.1.4. La politique de transfert embryonnaire

Quelle est votre politique en matière de transfert d'embryons ?

Combien d'embryons transférez-vous en moyenne ?

4.1.5. Les techniques particulières

Utilisez-vous les techniques suivantes : IMSI / MIV/ mi-FIV/mi-ICSI/ culture prolongée/ l'éclosion assistée / cycle naturel/ TEC THS ?

Dans quelles proportions ? Dans quelles indications ?

Quels sont les risques de ces techniques ?

Pourquoi les professionnels n'ont-ils selon vous pas davantage recours aux tentatives en cycle naturel ?

Comment expliquez que certains centres ne fassent aucune tentative en culture prolongée alors que d'autres effectuent la totalité de leurs tentatives avec ce procédé ?

Quelles sont les conséquences de la culture prolongée sur les politiques de transfert embryonnaire ?

Dans quelle mesure peut-on dire que les opinions de chacun sur des questionnements moraux ou éthiques sont liés aux représentations que chacun se fait de son métier ?

4.1.6. Le nombre de tentatives

Acceptez-vous de dépasser le nombre de tentatives remboursées par la Sécurité Sociale ? Dans quelles circonstances ?

4.2. Les déterminants des stratégies thérapeutiques

En quoi la représentation que nourrissent les équipes vis-à-vis des risques de leur intervention influence-t-elle les stratégies thérapeutiques de manière générale ? Comment gérez-vous ces incertitudes ?

La cotation et la rentabilité d'une activité peut-elle influencer les stratégies thérapeutiques ?

Pensez que l'ICSI soit cotée à son juste coût ? Cette technique est-elle plus rentable que la

FIV ?

Que pensez-vous des surfacturations pratiquées par certains laboratoires ?

En quoi le fait que les patientes s'investissent financièrement dans le parcours peut-il changer la relation et le parcours de soin ?

Dans quelle mesure les résultats du centre influencent-ils les stratégies thérapeutiques ?

Certains expliquent la multiplicité des pratiques médicales par l'existence de différentes philosophies du soin : qu'en pensez-vous ?

5. Les politiques de santé publique

5.1. Le rôle des institutions sanitaires

Quel est le rôle de votre institution ?

Pensez-vous que les pratiques sont suffisamment évaluées, régulées et contrôlées ?

Pensez-vous que les institutions sanitaires françaises devraient être dotées d'un pouvoir coercitif plus important ?

Les résultats publiés par l'ABM sont-ils un bon reflet de la réalité ?

Que pensez-vous des critères d'évaluation des centres choisis par l'ABM (taux de grossesse, taux d'accouchement, par transfert/ par ponction, population de référence) ?

Préférez-vous que les résultats soient publiés sous la forme de données agrégées ou de données brutes, centre par centre ?

Qu'avez-vous pensé du classement de l'Express ?

Avez-vous la certification ISO 9001 ? Cette certification a-t-elle modifié vos pratiques ?

5.2. Le système de remboursement

Que pensez-vous du système de remboursement actuel ? Du 100 % ? Des conditions de remboursement (âge, nombre de tentative) ?

Quels seraient pour vous les conséquences d'un éventuel déremboursement ?

5.3. La définition de l'infertilité

L'infertilité est-elle une maladie ? Le terme de pathologie et de maladie ont-ils le même sens ?

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la définition de l'infertilité par Pierre Jouannet, dans son article intitulé « Le médecin face à la procréation légalement assistée », où il écrit que les médecins de la reproduction ne traitent pas l'infertilité, car celle-ci « *n'est pas une pathologie comme une autre, et l'aide à la procréation ne peut être réellement assimilée à un traitement, ne serait-ce parce que les objectifs sont différents. Créer un enfant n'a rien à voir avec la guérison d'une maladie* » (Jouannet et al., 2001 : 130).

Comment expliquez vous la variété des opinions sur ce sujet ?

5.4. La réforme de l'AME

Que pensez-vous du dispositif de l'AME en général et de la réforme de l'AME en particulier ?

Que pensez-vous du fait que seuls l'AMP et les cures thermales aient été ciblés par le législateur ?

Le législateur a exclu l'AMP de l'AME en se basant sur deux critères. Il est écrit que sont exclus du panier « *les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ni d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement*

ou à la prévention d'une maladie ». Comment qualifiez-vous le service médical rendu par les médecins et biologistes de la reproduction ? Ces soins sont-ils destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ?

Pourquoi certains centres de l'APHP ont-ils pris la décision d'arrêter la prise en charge des AME ?

Qu'est ce que vous avez pensé de mes questionnements ? Y-a-t-il d'autres questions que vous soulèveriez ? Est-ce qu'il y a des personnes que vous me conseillez de rencontrer ?

ANNEXE 2. Guide d'entretien avec les femmes concernées par l'infertilité

1. Le parcours biographique
 - Quel âge avez-vous ? Où êtes vous née ?
 - De quel milieu venez-vous ?
 - Est-ce que vous travaillez ? Et votre compagnon ?
 - Êtes-vous mariée ? Avez-vous déjà des enfants ? Depuis combien de temps essayez-vous d'en avoir ?
 - Dans quelles circonstances avez-vous rejoint le collectif BAMP ? Quelles étaient vos attentes ?

2. Le parcours médical
 - Pouvez-vous me résumer votre parcours médical ?

 - 2.1. Le diagnostic
 - Les médecins ont-ils trouvé la cause de votre infertilité ?
 - À quel moment, et par qui, le diagnostic médical a-t-il été posé ?
 - Comment définissez-vous l'infertilité ? Est-ce pour vous une maladie, un handicap ?

 - 2.2. Le choix du centre
 - Dans quelles circonstances avez-vous rejoint ce centre où vous êtes suivie ?
 - Comment avez-vous choisi votre médecin ?

3. Le choix des techniques
 - Quels ont été les premiers examens qu'on vous a prescrit ? Vous a-t-on demandé un sperogramme dès le début ?
 - Quelle a été la première technique proposée ? Votre gynécologue vous a-t-il déjà proposé des stimulations ovariennes simples ?
 - Qu'avez-vous pensé des stratégies thérapeutiques des médecins ?
 - Vous a-t-on déjà parlé des tentatives en cycle naturel ?
 - Pourquoi avez-vous décidé de changer de centre ?

4. L'accès aux soins
 - Vous est-il arrivé de remplir des questionnaires pour accéder à certains centres ?
 - Quelles différences avez-vous constaté entre le privé et le public (rapidité de la prise en charge, relation avec les médecins, stratégies thérapeutiques) ?
 - Avez-vous une mutuelle ?
 - Un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ?

5. L'accès à l'information
 - Les médecins ont-ils évoqué l'adoption avec vous ?
 - Avez-vous l'impression de disposer de suffisamment d'informations sur les centres d'AMP ?
 - Le manifeste du collectif dénonce « l'absence de données fiables, contrôlées, indépendantes, quant aux taux de réussite des centres » ? : est-ce un point de vue que vous partagez ?
 - Avez-vous vu le classement de l'Express ? Qu'en avez-vous pensé ?

Avez-vous déjà consulté le rapport de l'ABM sur l'évaluation des centres ?

Pensez-vous que cette évaluation fournirait les informations suffisantes pour permettre aux patients de bien choisir leur centre ? Auriez-vous préféré que l'agence divulgue les résultats centre par centre ?

Est-ce important pour vous de connaître les taux de succès de chaque centre en fonction des indications ?

ANNEXE 3. Les individus rencontrés : données biographiques²⁸¹

Légende

BDR : Biologie de la reproduction

BS : Biologiste scientifique

CDC : Chef de clinique

GM : Gynécologue médical

GO : Gynécologue obstétricien

IDF : Île-de-France

MB : Médecin biologiste

MCUPH : Maître de conférences des universités et praticien hospitalier

PB : Pharmacien biologiste

PH : Praticien hospitalier

PUPH : Praticien hospitalier et professeur des universités

²⁸¹ Les personnes sont classées par ordre alphabétique.

• Les cliniciens

Nom	Année naissance	Fonctions	Centre	Situation familiale	Origine géographique	Milieu d'origine, profession des parents (père/mère)		Durée et date de l'entretien
Anonyme	1982	GO, CDC	Jean Verdier	Mariée, 1 enfant	Paris	Médecins		12/07/13, 1h
Belaisch-Allart Joëlle	1962	GO, PH, Responsable du service de GO et du centre	Sèvres	Mariée, 2 enfants	Paris			06/02/14, 45 min
Boujenah Jérémy	1985	Interne en GO	Jean Verdier	Célibataire, sans enfant	Paris	« Populaire »	Assistante commerciale, retraitée	26/04/13, 1h45
Brami Charles	1953	GO, responsable du centre	Amérique in	Marié, 2 enfants	Tunis			12/02/14, 45 min
Cédrin Isabelle	1951	Endocrinologue, PH	Jean Verdier	Divorcée, 3 enfants	Bourgogne	« modeste » et « plutôt simple », menuisier	secrétaire	2 entretiens (06/06/13 et 11/03/15), 3h
Fanchin Renato	1964	GO, PUPH, responsable du centre	Béclère	Marié, 2 enfants	Brésil			14/02/14, 35 min
Frydman René	1943	GO, PUPH	Foch	Marié, 2 enfants	Pyrénées-Atlantiques	Commerçants		09/12/14, 1h
Gronier Héloïse	1982	GM, CDC	Jean Verdier	Mariée, 1 enfant	IDF	Fonctionnaire	Professeure	17/03/15, 35 min
Grynberg Michael	1975	GO, PUPH, chef du centre	Jean Verdier	Marié, plusieurs enfants				03/01/14 et 25/03/15, 1h30
Hugues Jean-Noël	Années 1950	Endocrinologue, PUPH, ex chef du centre	Jean Verdier	Marié 4 enfants	Hauts-de-Seine	Milieu « bourgeois », juriste	Licenciée en Lettres	3 entretiens, été 2013, 3h

Nom	Année naissance	Fonctions	Centre	Situation familiale	Origine géographique	Milieu d'origine, profession des parents (père/mère)		Durée et date de l'entretien
Lechat Xénia	1970	GO	Jean Villar	Divorcée, 3 enfants	Belgique	Ingénieur	Enseignante Femme au foyer	11/12/14, 1h45
Olivennes François	1959	GO, ex-PUPH, coordinateur	La Muette	Divorcé, 3 enfants	IDF	Psychiatres		18/11/14, 50 min
Poncelet Christophe	1969	GO, PUPH, coordinateur	Jean Verdier	Marié, 2 enfants	Val d'Oise	Tecnicien	Femme au foyer	05/07/13, 1h10
Roche Clémence	1982	GM, CDC	Jean Verdier	Célibataire sans enfant	Aquitaine	Ingénieur	Professeure	24/05/13, 2h
Sonigo Charlotte	1983	GM, CDC	Jean Verdier	Mariée sans enfant	IDF	« <i>Milieu socio-culturel plutôt élevé de confession juive</i> », cardiologue	Psychologue	29/04/13, 1h30

• Les biologistes

Nom	Année Naissance	Fonctions	Centre	Situation familiale	Origine géographique	Milieu d'origine, profession des parents (père/mère)		Date, durée de l'entretien
Clément Patrice	1960	PB, responsable de laboratoire	Hôpital Seine-Saint-Denis	Marié, 2 enfants		Tradition familiale « <i>libérale</i> », père vétérinaire		05/02/14 2h
Dupont Charlotte	1983	PB, CDC	Jean Verdier	Célibataire, sans enfant	IDF	Analyste financier	Kinésithérapeute	24/03/13, 1h15
Durand Marine	1986	MB, CDC	Jean Verdier	En couple, sans enfant	Gard	Kinésithérapeute	Agent immobilière	25/03/15 1h30
Herbement Charlene	1986	PB, CDC	Jean Verdier	Célibataire, sans enfant	Bourgogne	Agriculteurs		11/03/15 30 min
Jouannet Pierre	1942	MB, PUPH	Cochin	Marié, 2 enfants	Hérault	Milieu « <i>bourgeois, conservateur, traditionnel, catholique, éclairé</i> », père publicitaire,		2 entretiens (17/04 et 22/05/14), 3h
Mandelbaum Jacqueline	1946	GO, MCU-PH, chef de service de BDR, retraitée	Tenon	Veuve, 1 enfant	Pas-de-Calais	Commerçants dans la vente de textiles à domicile		3 entretiens, hiver 2013, 5h
Pessah Carine	1978	PB	Américain		Paris	Conseiller immobilier	Chercheur en biologie	09/03/15, 45 min
Pfeffer Jérôme	1965	MB, responsable de laboratoire	La Dhuis	Marié, 3 enfants	Paris	Gynécologue obstétricien de formation et gynécologue médical dans la pratique	Propriétaire d'une galerie d'art	25/02/14, 2h
Sifer Christophe	45 ans	PB, PH, responsable du service de BDR	Jean Verdier	Marié, 3 enfants		Retraités de la restauration		05/07/13, 1h30
Testart Jacques	1939	BS, retraité	Antoine Béclère	Marié, 4 enfants	Côte d'Armor	« <i>petite bourgeoisie parisienne</i> », représentant de commerce	Femme au foyer	16-11-14, 2h30
Wolf Jean-Philippe	1952	GO, PUPH, chef de la BDR	Cochin	Marié, 4 enfants	Région parisienne	Milieu « <i>ouvrier</i> », ébéniste	Couturière à domicile	05/04/14, 1h30

- Les médecins experts

Nom	Année de naissance	Fonctions	Lieu d'exercice	Date, durée de l'entretien
Anonyme	Années 1960	Médecin biologiste	ABM	07/01/14, 1h40
Blanchy Sixte	Années 1950	Médecin inspecteur en santé publique	ABM	13/12/13, 1h30
Cordier Alain	Années 1950	Médecin inspecteur général des finances	HAS	22/01/14, 1h45
D'Estaintot Élisabeth	1956	Médecin inspecteur de santé publique	ARS	07-01-15, 1h40

• Les autres acteurs professionnels

Nom	Année naissance	Fonctions	Centre	Situation familiale	Origine géographique	Milieu d'origine, profession des parents (père/mère)		Date, durée de l'entretien
Anonyme	Années 1970	Radiologue						11/14, 1h
Anonyme	Années 1960			Mariée, 1 enfant		Enseignants		
Benoit Alexandra	1988	Sage-femme	Jean Verdier	En couple, Sans enfant	Puy-en-Velay	Technicien	Secrétaire	23/03/15, 40 min
Besoin Nathalie	1968	Cadre	Jean Verdier	Mariée, 1 enfant	Paris			26/03/15, 1h30

- Les femmes infertiles²⁸²

Pseudonyme	Année naissance	Origine géographique	Milieu d'origine et profession des parents (père / mère)		Profession	Date, Durée de l'entretien
Émilie	1985	IDF	Commerçants		Employée dans la réinsertion professionnelle	07/11/14, 1h30
Jeanne	1981	IDF	Milieu « aisé »,	Secrétaire des douanes	technicienne de laboratoire de	05/11/14, 1h30
Jocelyne	1985	Pays de la Loire	Technicien	Secrétaire	Infirmière puéricultrice	11/11/14, 1h20
Linette	1972	Aquitaine	Maître d'œuvre en	Professeure de français	Professeure des écoles	20/11/14, 2h15
Virginie Rio	1970	IDF	Employés		Éducatrice spécialisée	19/11/14, 2h30
Sophie	1973	PACA	Ouvrier	Enseignante	Enseignante	08/11/14, 1h15

²⁸² Les femmes rencontrées ont toutes choisi un pseudonyme. Seule Virginie Rio ne témoigne pas anonymement mais en tant que présidente du collectif BAMP réunissant des individus concernés par l'infertilité

ANNEXE 4. Tableau 1 : Part en pourcentage de l'activité selon le secteur d'activité et le type de technique (ABM, 2010).

Technique / Secteur	Public	Privé à but lucratif	ESPIC
Inséminations	29	62	9
FIV	39	48	13
ICSI	40	47	13
Total des activités	37	51	12

ANNEXE 5. Tableau 2 : Nombre d'actes d'AMP selon les techniques par centre (ABM, 2013c ; 2013e ; 2015a ; 2015b).

Centre / Nombre d'actes	Tentatives		Inséminations		Ponctions		Ponctions de FIV		Ponctions d'ICSI	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Américain	2 531	2 364	732	665	1 799	699	794	773	1 005	926
Antoine Bécclère	1 195	911	406	184	789	727	417	386	372	341
Cochin	1 099	1 168	157	136	881	1 032	295	404	586	628
Hôpital privé de la Seine-Saint-Denis	943	967	472	591	471	376	171	152	300	224
Jean Verdier	962	1 135	403	419	559	716	198	304	361	412
Jean Villar	2 111	2 129	992	960	1 119	1 169	473	471	646	698
La Dhuis	1 303	1 398	672	708	631	690	62	97	569	593
La Muette²⁸³	7 211	1 787	5 225		1 986	1 787	737	521	1 249	1 266
Sèvres	880	882	221	224	659	658	159	154	500	504
Tenon	948	786	157	111	791	675	295	289	493	386

²⁸³ Notons que ce chiffre exclu les inséminations, qui semblent être assurées par d'autres structures, et notamment les laboratoires Eylau et Drouot, qui réalisent ensemble 7 054 inséminations.

ANNEXE 6. Tableau 3 : Répartition de l'activité d'AMP selon les techniques et les centres (ABM, 2013c ; 2013e ; 2015a ; 2015b).

Centre/ Techniques	Part des inséminations dans l'activité globale		Part des FIV dans l'activité globale		Part des ICSI dans l'activité globale		Part des ICSI parmi les FIV	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Américain	29	28	31	33	39	39	56	54
Antoine Bécclère	34	20	35	42	31	37	47	47
Cochin	20	12	26	34	48	54	67	61
Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis	50	61	18	15	32	23	64	60
Jean Verdier	42	37	21	27	37	36	65	57
La Dhuys	51	51	4	7	44	42	90	86
La Muette	72	0	11	29	12	71	63	71
Sèvres	25	25	18	17	56	57	75	76
Tenon	16	14	31	37	52	49	63	57
Région Île-de-France	51	52	18	17	39	31	62	64
Jean Villar	47	45	22	22	32	33	58	60

ANNEXE 7. Tableau 4 : L'évolution de l'âge moyen des femmes à la ponction en France et en Île-De-France entre 2011 et 2013. (ABM, 2013c ; 2015a).

Année	2011		2013	
	Île-de-France	France	Île-de-France	France
Moins de 30 ans	15	21	13	19
30-34 ans	31	33	31	34
35-37 ans	22	20	22	20
38-39 ans	14	12	14	12
40 ans et plus	18	14	20	15

ANNEXE 8. Tableau 5 : AMP issues de techniques particulières :
pourcentage de tentatives réalisées en France²⁸⁴ (ABM, 2015d).

Technique	Culture prolongée	Éclosion assistée	IMSI	Maturation in vitro	Cycles spontanés					
	NB centres	% activité	Nb centres	% activité	Nb centres	% activité	Nb centres	% activité	Nb centres	% activité
FIV	90	22,4	16	1,9	0	0	2	0,2	17	0.8
ICSI	90	21,9	19	2,5	47	9,8	6	0,1	23	0.8

²⁸⁴ Le pourcentage d'activité correspond à la part des ponctions ou décongélations effectuées en techniques particulières parmi l'ensemble des ponctions ou décongélations de 2013.

ANNEXE 9. Tableau 6 : Taux d'accouchement estimé selon l'état des embryons transférés par centre (ABM, 2013f ; 2015c).

Centre / Taux d'accouchement	Embryons frais		Embryons congelés		Embryons frais ou congelés	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Américain	19	18	10	7	22,5	23
Antoine Béclère	26	29	12	9	30	30
Cochin	24	19	14,5	17	33	28
Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis	20	19,5	13	7,5	22	22
Jean Verdier	18,5	20	13	14	25	30
Jean Villar	27	22	8	11	29	27
La Dhuys	17	23	9,5	17	22	32
La Muette	19,5	18	13	15	25	25
Sèvres	21	22	20	11	29	26
Tenon	20	17	12,5	12	29	27
Moyenne nationale	19,6	19,6	11,5	12,2	23,8	24,6

ANNEXE 10. Tableau 7 : Fréquence des accouchements multiples par centre (ABM, 2013f ; 2015c).

Centre	Taux d'accouchement multiple	
	2010	2012
Américain	20	15
Antoine Béclère	22	23
Cochin	18	21
Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis	20	17
Jean Verdier	25	16
Jean Villar	25	13
La Dhuys	14	10
La Muette	16	16
Sèvres	26	17
Tenon	19	14
Moyenne nationale	18	16,5