

FÉCONDATION IN VITRO ET PRODUCTION D'INEGALITE :

UNE ANALYSE LONGITUDINALE

DANS UN HÔPITAL FRANÇAIS

L'expansion des techniques de reproduction entre aujourd'hui dans une nouvelle phase. Après le défi scientifique, les applications cliniques pour une clientèle occidentale, le recours aux techniques de reproduction s'étend aujourd'hui au niveau mondial y compris dans les pays en voie de développement. Ainsi en témoigne, par exemple, la demande de conseils reçue récemment par l'O.M.S. pour la mise en place et l'utilisation des techniques d'assistance à la reproduction. L'usage des techniques de reproduction est ainsi devenu un enjeu de santé publique au niveau mondial.

Dans ce contexte, l'objectif de cette contribution est d'apporter un éclairage sur la production d'inégalité dans la mise en œuvre et l'usage de la fécondation in vitro dans un hôpital français. Plus précisément, il s'agira de comprendre comment, en dépit de l'égalité d'accès garantie par la gratuité des soins, l'inégalité sociale persiste et se révèle même renforcée.

Cette étude s'appuie essentiellement sur une étude empirique menée dans un hôpital français à partir du dépouillement d'environ un millier de dossiers médicaux. L'analyse qui suit est centrée sur l'observation des trajectoires des femmes et des couples regroupées en plusieurs cohortes en fonction de l'année du premier rendez-vous. On se référera ainsi à la «cohorte 87» et à la «cohorte 91», qui rassemblent des itinéraires dont la première consultation a eu lieu dans l'hôpital observé respectivement en 1987 et 1991 et qui correspondent à la période de lancement de la technique puis au début de sa routinisation. Afin de mettre en évidence d'éventuelles spécificités des premières femmes ayant expérimenté les techniques et les ayant répété sur une longue période, une autre cohorte¹ a

¹ Le terme «cohorte» est employé ici par extension, ce groupe étant défini par deux conditions : la période d'entre (en 1985 ou avant) et le maintien en 1991 dans la filière.

été définie : la cohorte des «pionnières longue durée» réunit les dossiers de femmes dont le premier rendez-vous dans le service date de 1985 ou d'une année antérieure et qui consultent encore en 1991.

La production d'inégalité sera envisagée sous deux aspects : les conditions de la mise en œuvre hospitalière et l'usage par les couples et les femmes de ces techniques. L'examen de la réglementation montrera que, malgré l'égalité d'accès d'un point de vue économique, des inégalités persistent du point de vue de l'âge et du genre. De plus, le processus de sélection de l'hôpital contribue à écarter les populations maniant difficilement la langue française et se trouvant de fait au bas de la hiérarchie sociale. Enfin, l'usage par les femmes et les couples de ces techniques de reproduction se révèle profondément inégalitaire. Ainsi, les «pionnières longue durée» qui ont supporté les risques de la mise en route de ces techniques sans grands succès appartiennent majoritairement aux catégories sociales les plus défavorisées. Dans la grande majorité des cas, la situation sociale de ces femmes s'est aggravée : elles sont restées sans enfant et leur investissement dans ces traitements hospitaliers a rendu difficile une insertion professionnelle. A l'inverse, pour des femmes cadres ayant déjà développé une carrière professionnelle, l'usage de ces techniques à un âge plus avancé a pu contribuer à inventer des histoires de vie intégrant maternité et profession.

Ces résultats seront discutés en lien avec différents rapports sociaux observés en France qui modèlent notamment les interactions médecins/patients et les scénarios sociaux de fécondité. Ce point de vue devrait contribuer au débat qui s'amorce à l'échelle internationale sur les conditions de mise en œuvre des protocoles de fécondation in vitro pour les populations les plus démunies.