

DILEMMES DE LA PROCRÉATION ASSISTÉE.

RENCONTRE ENTRE UN MÉDECIN PARLEMENTAIRE ET DEUX SOCIOLOGUES : JEAN-FRANÇOIS MATTEI, FRANÇOISE LABORIE, SIMONE NOVAES

La Procréation Médicale Assistée (PMA) symbolise la mutation profonde de la médecine dans le champ de la reproduction humaine, où se développent des demandes dites "de convenance" suscitées par l'offre de nouvelles techniques. Ses modes de développement actuels pourraient d'ailleurs conduire à des dérives graves. Il est donc impérieux de s'interroger sur les pratiques de la PMA et les choix de société qu'elles impliquent, ainsi que sur les conséquences qu'elles peuvent entraîner aux plans sanitaire, social et anthropologique.



De gauche à droite : Jean-François Mattei, Simone Novaes et Françoise Laborie

Françoise Laborie ■ La loi sur la bioéthique vient d'être promulguée en juillet 1994. Estimez-vous que les conditions avaient été réunies pour permettre un véritable débat public ? Pensez-vous que les informations sur les pratiques biomédicales concernées et leurs enjeux avaient été suffisamment diffusées et comprises au sein de l'Assemblée Législative ?

Jean-François Mattei ■ Je pense que la France était prête à ce débat. Rappelons que la création du Comité d'éthique date de 1983 et qu'en 1988 le rapport Braibant éclate comme un coup de tonnerre dans le ciel serein de l'opinion, celle-ci découvrant brutalement l'ensemble des problèmes dont elle ne saisissait de loin en loin qu'un aspect. Ce premier rapport a donné lieu à un avant-

projet de loi. Celui-ci a effrayé les chercheurs qui y virent un empêchement à toute recherche, les médecins qui le comprirent comme la fin de toute possibilité de soigner ; quant au corps social il n'avait jusqu'alors ni imaginé ni réfléchi à l'ampleur des problèmes. Ce rapport a été mis de côté et l'avant-projet de loi est resté dans un tiroir. Le débat cependant était engagé. Et c'est à partir de ce moment-là que l'UNAF et d'autres associations ont commencé à s'en emparer, que des comités d'éthique ont vu le jour un peu partout et ce, de façon plus manifeste qu'entre 1983 et 1988. J'ai relancé le débat, fin 1989, lorsque je suis arrivé à l'Assemblée Nationale et j'ai obtenu la création d'une mission d'information. Les députés furent cette fois contraints, grâce à cette mission présidée par le député Bioulac, de réfléchir à cette question et pendant six mois, de faire le point. Nous nous sommes heurtés à des contresens absolus, à des confusions totales, entre manipulations génétiques et procréation médicalement assistée (P.M.A.) par exemple. Le Sénat, ne voulant pas être de reste, s'y est intéressé et Sérusclat, au travers de l'office parlementaire, a réactivé son rapport.

Par ailleurs, le premier Ministre de l'époque, Michel Rocard, voulant se doter d'une réflexion qui lui soit propre, a chargé Noëlle Lenoir d'une mission. Il y a donc eu trois rapports, chacun donnant lieu à de très nombreuses auditions, dont certaines, publiques, furent reprises par la presse. Les médias relatant les faits divers, les dérives et les dérapages, ont également contribué à

faire avancer le débat. Trois projets de lois furent élaborés et à nouveau discutés par une commission spéciale (moitié Commission des lois, moitié Commission des affaires sociales), amendés, revus et corrigés au cours d'une discussion dans l'hémicycle et enfin adoptés en novembre 1992. Échéance électorale oblige, le débat s'est arrêté là. Nouvelle majorité de droite ; nouveau gouvernement ; prudence extrême du nouveau premier Ministre, soulignant qu'existaient d'autres priorités que le débat éthique. Certes, défendais-je, mais il n'était pas non plus possible de négliger cette question. Il m'a donc chargé de faire le point sur l'état de l'opinion eu égard aux premières dispositions adoptées. J'ai fait plus de deux cents auditions tous azimuts, puis une synthèse. De nouveaux projets de loi, élaborés à partir de mes suggestions et des anciens projets, ont été proposés. En définitive trois textes ont été adoptés après discussion. Il aura fallu onze ans. J'imagine mal en quoi attendre davantage aurait permis à l'opinion publique et au débat de se parfaire.

Simone Novaes ■ On pourrait pourtant remonter plus loin dans les débuts de ce long processus en notant que déjà en 1979 un projet de loi tentait de réglementer l'insémination artificielle, mais n'a pas abouti.

J.-F. M. ■ Si en 1979 le débat n'a pas abouti, c'est premièrement qu'il n'était pas mûr, deuxièmement, qu'il y avait un décalage entre le corps médical et le corps social, et au sein du corps médical des positions très contradictoires et instables. La France a,

sans l'explicitier, fait le choix d'un processus législatif complètement différent de celui des autres pays. La plupart des autres pays – l'Allemagne, l'Angleterre – ont décidé de légiférer spécifiquement, ponctuellement et rapidement sur les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentaient. La France, qui avait pourtant légiféré sur la transplantation d'organes dès 1976, n'a pas choisi cette voie. Elle a préféré créer le Comité d'Éthique, en raison d'un travers purement français consistant à créer des commissions, imaginant régler ainsi le problème. En 1988 d'ailleurs le Comité d'Éthique proteste : depuis cinq ans il réfléchit, fait des recommandations, donne des avis et rien ne se passe, alors qu'il a été créé pour permettre au législateur d'avancer. *A posteriori* nous pouvons dire que la France a fait le choix d'une réflexion de fond. La France a cherché à définir un socle, à se poser des questions de fond : primauté de la personne, dignité, inviolabilité, intégrité... Autant il est facile d'interdire et d'autoriser au coup par coup, autant il est long et difficile d'aller vers la définition de points communs, dans une société laïque et pluraliste. Si, par rapport à d'autres pays, nous avons paru en retard pendant quelques années, aujourd'hui nous sommes très en avance, puisque je crois que nous sommes le seul pays au monde à proposer une législation globale pour ce qui est de l'éthique biomédicale. S'il me fallait la schématiser je m'inspirerais de l'Assemblée Nationale : nous avons un socle – les grands principes, le titre 1 de la loi sur le respect du corps humain – sur lequel se dressent deux

grandes colonnes – la loi de 1978 sur le respect de l'identité des personnes (Informatique et Liberté) et la loi de 1988 sur la protection des personnes se prêtant aux recherches médicales. Deux colonnes posées sur un socle soutenant un toit de tuiles qui sont autant de législations spécifiques dans un domaine particulier. Une tuile "organe, tissu, cellule", une tuile "thérapie génique", ou encore "médecine prédictive", "P.M.A.", "diagnostic prénatal", "secret médical"... Elles seules seront soumises au bout de cinq ans à une réévaluation. Désormais le socle et les deux colonnes ne seront plus modifiés. Cette démarche parlementaire est à mon avis exemplaire et je peux en juger au travers des sollicitations incessantes des pays étrangers.

F. L. ■ En ce qui concerne la P.M.A., nous disposons actuellement d'une loi, d'un avis récent du Comité d'Éthique et d'un rapport médical, celui du Conseil de l'Ordre. Trois démarches qui s'expriment publiquement sur ce sujet. Quel impact attendre de chacune d'elles ?

J.-F. M. ■ Certains ont tenté de prendre la loi en défaut, avançant que celle-ci serait déjà caduque puisque le Comité d'Éthique met en garde et que le Conseil de l'ordre appelle à la prudence. J'estime que ces trois démarches sont tout à fait complémentaires. Elles ne s'adressent pas à la même population.

La législation ne faisant à aucun moment référence à une technique spécifique, prend position face à un phénomène global, celui de l'émergence, qu'on le veuille ou non dans notre société, de l'assistance médicale à la procréation. Lorsque la reproduction relevait de la sphère privée, de personnes qui décidaient individuellement ou en couple de leurs agissements, de leurs choix, en toute liberté et en toute responsabilité, il n'était pas question pour le législateur d'intervenir ni de contraindre quiconque. En revanche, dès lors que la société est sollicitée, par l'intermédiaire du corps médical, par ces couples ou ces personnes qui à eux seuls ne peuvent concevoir un enfant et viennent demander de l'aide, il ne s'agit

plus de la seule responsabilité des personnes et des couples mais bien d'une responsabilité partagée, engageant la société, qui doit donc définir les conditions dans lesquelles elle accepte, ou refuse, d'intervenir. Cette loi ne cherche pas à s'immiscer dans la vie privée des personnes, mais affirme : « Nous, Société, puisque nous participons à la conception d'un enfant, nous tenons à assumer notre responsabilité et à préciser dans quelles conditions ces enfants peuvent être conçus. » Pourquoi ? Parce qu'insensiblement on était passé d'une demande d'indication médicale à des exigences sociales, ce qui mettait en cause la finalité et la vocation médicales : soigner et pallier les défauts de la nature.

Le législatif a fixé les règles au sein desquelles il souhaite que la procréation médicalement assistée soit appliquée. Dans ces conditions, et à ces seules conditions, la société accepte d'engager sa responsabilité. Cependant la démarche législative se heurte à une limite, celle de l'art médical.

Le Comité d'Éthique et le Conseil de l'Ordre interviennent pour compléter la législation. Le Comité d'Éthique met le corps social en garde : « Sachez, dit-il, que vos exigences peuvent être excessives ; même si le législateur a donné son accord, n'allez pas imaginer que toutes les techniques sont applicables. Toutes ne sont pas éprouvées, ni fiables, ni dénuées de danger. Soyez donc prudents quant à vos demandes. » Ce discours s'adresse également aux médecins, et complété par le Conseil de l'Ordre, souligne : « Ce n'est pas parce que le législateur a avalisé le recours à la P.M.A. dans certaines circonstances que vous devez étendre vos indications à l'infini une fois l'agrément obtenu. Vous serez tenus de justifier pourquoi le nombre d'indications de FIV est supérieur à celui des pays qui nous entourent. »

S. N. ■ Justement, le projet de loi de 1979 sur l'insémination artificielle a suscité l'opposition d'une partie du corps médical, puisqu'il réservait certaines pratiques comme la conservation des spermatozoïdes à certains groupes de médecins, et soumettait la pratique d'autres groupes à des contrôles par les

premiers. Les médecins refusaient l'idée que l'on puisse faire des distinctions entre eux, autoriser certains à faire des choses interdites à d'autres, et supportaient mal que leurs indications soient contrôlées. Michèle Barzach a tenté également en 1988 de procéder à des agréments de centres de procréation assistée, sans succès. Il est donc remarquable qu'au sein du corps médical on soit finalement parvenu à un consensus à propos de cette loi, d'autant plus qu'ils ont réagi vivement à l'avis du Comité d'Éthique et au rapport du Conseil de l'Ordre. N'y a-t-il pas lieu de s'interroger sur cette modification de la position des médecins et sur les manières qu'ils estiment acceptables ou non de voir leur pratique encadrée ?

J.-F. M. ■ La profession médicale est en pleine mutation et a du mal à assumer cette mutation. Il me semble que la médecine a connu au cours des vingt dernières années quatre dérives qui lui ont fait perdre le cap. La première dérive est technologique, certains médecins s'apparentant plus à des scientifiques et des techniciens qu'à des humanistes. Un technicien se plaît à la mise en œuvre d'une technique, d'où la congélation, d'où l'insémination, la micro-manipulation des gamètes ou la micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovule, car il y trouve, bien plus que dans le contact, ses lettres de noblesse et sa raison d'être. Ingénieur en machinerie humaine, il s'éloigne de l'humaniste qui répond à une souffrance.

La seconde dérive est économique. Le médecin, de plus en plus contraint par des coûts, des bilans, des raisons économiques, de plus en plus préoccupé par l'équilibre du budget de son service, de sa clinique, de son cabinet ou de sa structure de soin, confond le commerce et la pratique, ce qui n'est d'ailleurs pas sans lien avec la technologie, dans la mesure où celle-ci peut être une façon d'attirer davantage de clientèle, donc, d'améliorer son bilan. Et l'écart se creuse encore. Il est certain que dans un premier temps les médecins se sont jetés sur les nouvelles techniques de crainte d'être dépassés et de perdre leurs clients.

La troisième dérive est médiatique. Soyez le premier à faire quelque chose : votre nom figure dans le journal. Le public cédant volontiers au paraître, la notoriété d'un médecin dépend davantage de ses apparitions dans les programmes télévisés ou dans la presse que de ses véritables compétences.

La quatrième dérive est administrative. C'est elle, entre autres, qui est à l'origine du drame du sang contaminé. Chacun croit décharger sa responsabilité au travers d'une note administrative à son supérieur hiérarchique. Le résultat est le remplacement de la responsabilité individuelle par l'irresponsabilité collective.

Emportés par ces dérives, les médecins ont perdu le sens de leurs pratiques.

S. N. ■ On pourrait également dire que la notion d'acte thérapeutique, c'est-à-dire les interventions qui relèvent légitimement des compétences du médecin, a évolué. La P.M.A. se situe dans un contexte médical, pourtant il ne s'agit plus de soin, au sens classique du terme.

J.-F. M. ■ Le contexte social, celui d'une société où progressivement les valeurs ont été remplacées par des droits (droit de l'homme, droit de la femme, droit de l'enfant, droit des animaux, droit de la nature), a cependant favorisé la dérive de la médecine. On est passé insensiblement du droit de l'enfant au droit à l'enfant, du droit d'être soigné au droit à la santé. Et les médecins se sont trouvés confrontés à ces demandes et à ces exigences. D'autant que les gens, par le biais de la médecine préventive, par celui de nouvelles disciplines comme la chirurgie esthétique, ont peu à peu été amenés à confondre le soin et le traitement. L'exigence de soins apparaît alors même qu'il n'y a plus de traitement, comme on l'observe à la fin de la vie avec le problème des soins palliatifs. De même on est insensiblement passé de la maladie à la recherche du mieux être, à la demande d'une médecine de confort. À tel point que se pose une question, pour laquelle je ne détiens pas de réponse formelle, la stérilité est-elle toujours une maladie ? Elle

l'est lorsqu'un traitement médical ou chirurgical permet de rétablir une fonction de reproduction. Mais dans le cas d'une stérilité idiopathique qui ne relève d'aucune thérapeutique ni chirurgicale ni médicamenteuse, doit-on parler d'une maladie ou d'un état ? Si l'on admet qu'il s'agit d'une maladie, l'enfant dès lors doit être considéré comme un traitement, un remède, un médicament. Faut-il considérer le fait de donner la vie comme un don ou comme un dû ? Est-ce un traitement où est-ce un masque ? Cette phrase, que j'entends fréquemment lorsque je tente de résister à la demande, « Mais docteur, cet enfant, j'y ai droit ! », est symptomatique à mon avis de la perte des valeurs, des véritables références, au profit du droit, rendant inacceptable le fait de ne pas avoir d'enfant. C'est par ailleurs signifier que l'enfant a perdu sa condition de sujet ; car si l'on a éventuellement droit à quelque chose, on ne peut prétendre avoir droit à quelqu'un ; autant dire que l'enfant n'est pas quelqu'un.

Ceci s'accompagne d'une opposition de plus en plus sensible au pouvoir médical. Nous sommes en train de vivre la troisième révolution sociale des temps modernes. Aux révolutions agraire et industrielle succède la révolution scientifique. Elle opère de façon plus diffuse et sans bruit, mais il n'en demeure pas moins que tous les critères ont changé. Les gens, quand bien même le savoir leur échappe, ne veulent pas que de ce savoir dépende le pouvoir. Ils l'énoncent clairement : « Ce n'est pas parce que vous savez que vous allez m'imposer votre point de vue et décider pour moi. Je m'adresse à vous en raison de votre savoir et de votre compétence, mais je tiens à décider moi-même, en conséquence, vous devez accéder à ma demande. »

F. L. ■ Quelle est alors votre réponse en tant que praticien ?

J.-F. M. ■ C'est très simple. À la question : « Le médecin est-il dans l'obligation morale de satisfaire toutes les demandes qui lui sont faites ? », il y a deux réponses : oui ou non ;

l'affirmative – qui représente le souhait de la majorité de l'opinion publique – revient à réduire le médecin à une fonction de prestataire de service. Et rien n'entraverait dès lors la conception d'orphelins de père, d'enfants sans père, d'enfants avec deux pères et une mère si le donneur de sperme n'est pas anonyme, deux mères et pas de père s'il s'agit d'un couple de femmes, et à l'extrême avec la fécondation *in vitro* (F.I.V.) et éventuellement les mères porteuses, on peut envisager des enfants issus de cinq parents différents. On voit bien ce que serait une société acceptant une telle dérive. D'ailleurs lorsque l'on reformule ainsi l'affirmative, plus personne ne donne son accord. Aussi le médecin ne peut-il être moralement tenu de répondre à toutes les demandes qui lui sont faites. Cependant, répondre non, c'est adjoindre au médecin une fonction de juge. Et immédiatement surgit ce corollaire : quels seraient ses critères d'acceptation ou du refus ? Sa propre conception du bien et du mal ? Ce serait tout aussi inacceptable.

S. N. ■ La loi prétend faire une distinction nette entre indications thérapeutiques et demandes de convenance. Est-elle aussi aisée à faire dans la pratique ? Dans la mesure où la loi autorise par défaut tout ce qui relève du thérapeutique, et étant donné les transformations que subit cette notion, la pratique autorisée ne risque-t-elle pas d'engendrer des demandes que la loi n'a pas prévues et qui pourraient s'avérer plus problématiques que les demandes dites de convenance ?

J.-F. M. ■ Dans mon livre *L'enfant oublié*, je raconte l'histoire suivante. Deux paraplégiques se rencontrent dans un centre de rééducation, lui a eu un accident en moto, elle, un accident de voiture. Ils s'aiment, ils se marient, quittent le centre. Elle est employée, il est comptable ; ils s'insèrent dans la vie professionnelle. Ils achètent un rez-de-chaussée de villa qu'ils font aménager et s'installent dans une vie normale. Un paraplégique ne pouvant avoir d'érection, et une femme paraplégique un accouchement spontané, ils réfléchissent et envisagent de

prélever le sperme et de faire une césarienne. Ils viennent me voir : « Pour être tout à fait normaux, il nous faut un enfant. Aidez-nous. » De ce cas, diriez-vous qu'il relève d'une indication médicale ou d'une convenance personnelle ? Quant à moi, j'ai essayé de penser à l'enfant. Ces gens ont probablement droit à cet enfant, puisqu'ils s'aiment et que cet enfant de l'amour sera certainement choyé et entouré, mais si je conçois cet enfant, j'en fais dans vingt ou trente ans un pousseur de fauteuil. En ai-je le droit ? Et lui-même n'est-il pas en droit, un jour, de venir me dire : « Dites, vous avez vu ce que vous m'avez collé, ce qu'est ma vie ? » Peut-être suis-je en train de noircir le tableau, peut-être cet enfant sera-t-il très heureux et très heureux de se donner à ses parents. Il me semble cependant qu'on ne peut faire l'économie de la responsabilité du médecin qui intervient, de par sa décision, au moins autant que les personnes qui demandent de l'aide. Le médecin est co-responsable, il s'agit en réalité d'une conception à trois.

S. N. ■ Qu'advierait-il si ces personnes faisaient une demande d'adoption ?

J.-F. M. ■ L'accord leur serait refusé évidemment. C'est pourquoi il est important de raisonner par rapport à l'adoption. Lorsqu'une femme de cinquante-cinq ans fait une demande d'adoption, il lui est répondu qu'elle a dépassé la limite d'âge. Aux paraplégiques on rétorquerait qu'ils ne sont pas en mesure d'assumer un enfant. Nous avons besoin de progresser dans le domaine de la réflexion dans la quête des références et dans la redéfinition de ce que pourrait être une famille : un parent ? deux parents ? deux parents du même sexe ? deux parents de sexes opposés ? des différences d'âge ? jusqu'où ? jusqu'à quand ?

F. L. ■ Il y a, c'est sûr, une pression de la demande à l'endroit du corps médical, mais en tant que sociologue, je me suis intéressée à la construction sociale de ces demandes. Elles me paraissent liées à l'offre médicale. La pratique "normale" de la F.I.V., a elle-même engendré ces demandes "anormales" de conception d'enfant sans rapport sexuel.

En effet, lorsque les praticiens offrent une F.I.V. à un couple hétérosexuel en âge de procréer, présentant ce qu'ils appellent une stérilité idiopathique, on sait que celle-ci peut résulter de la rareté des rapports sexuels ou du fait que le mari n'est jamais là quand la femme ovule. Autrement dit, là où les médecins considèrent qu'il y a une "bonne" indication pour la F.I.V., il y a en réalité demande de procréation sans rapports sexuels. Comment s'étonner alors que dans cette logique, figurent les demandes des célibataires ou d'homosexuelles qui veulent également procréer sans rapports hétérosexuels ?

J.-F. M. ■ Absolument. Nous avons fait fausse route. N'oublions pas qu'il en va de la vie d'un enfant. L'un des travers de la discussion apparaît dans le fait que nous parlons constamment des couples et jamais de l'enfant. Il est normal de vouloir satisfaire les deux visages de souffrance, de détresse et de quête qui sont face à nous. Ils sont là, demandent, nous scrutent. Mais jamais on ne pense aux conditions dans lesquels va naître cet enfant, comment il sera reçu, comment il sera élevé. Face à ce couple de paraplégiques j'ai aussitôt pensé : "enfant-prothèse". Quant à l'enfant *post mortem*, c'est un "enfant-mémoire".

Le problème remonte en fait à l'apparition de la contraception. Je suis actuellement – je l'ai souhaité afin de faire le tour de la question – chargé d'une mission sur l'adoption. Et je constate ce que j'avais senti. S'il n'y a quasiment plus d'enfants qui ne soient désirés, cela ne signifie pas pour autant que les femmes ont tous les enfants qu'elles auraient souhaités. L'enfant devenant plus rare, le désir d'enfant devient plus précieux voire plus impérieux. Une femme, ayant connu une contraception facile pour faire des études, attendre que sa vie de couple se soit stabilisée, ou travailler, constate qu'elle a déjà trente ans et interrompt sa contraception. Elle a tendance, si elle n'est pas enceinte au bout de trois mois, à se poser des questions, et au bout de six mois, à s'affoler. Avec un peu de chance le médecin parvient à résister pendant un an.

Et l'on entre dans ce système pervers qui aboutit à des indications indues. Sachez qu'un grand nombre des femmes inscrites sur la liste de la fécondation *in vitro* sont enceintes spontanément. On sait parfaitement que le processus de reproduction, dont les liens avec le psychosomatique est évident, est d'une extrême fragilité. De même il arrive, plus rarement mais de façon malgré tout significative, lorsqu'on annonce la venue de l'enfant adopté, qu'une grossesse survient spontanément.

F. L. ■ Pourquoi une telle donnée : un grand nombre de femmes inscrites sur la liste d'attente des centres proposant la fécondation *in vitro* deviennent enceintes avant tout début de traitement, n'est-elle pas davantage diffusée ou médiatisée ? Je pense que ceci témoigne de résistances de la part des professionnels de la F.I.V. qui n'ont pas intérêt à vulgariser cette information.

J.-F. M. ■ Il faut aller, me semble-t-il, très en amont. Jamais on n'a donné le mode d'emploi de la pilule. On l'a considérée comme une commodité, comme une facilité. Loin de moi l'idée de la condamner. Mais il aurait fallu mieux maîtriser ce progrès formidable et apprendre aux jeunes filles que le meilleur âge pour avoir des enfants oscille autour de vingt-cinq ans ; que plus on attend, plus on a de difficultés ; qu'il existe une courbe d'évolution de la fécondité avec l'âge.

F. L. ■ La pilule a eu comme effet pervers d'induire l'idée de maîtrise de la procréation. Car s'il suffit de l'avaler pour être non fertile, arrêter la contraception n'implique pas la survenue immédiate d'une grossesse : engendrer relève de considérations beaucoup plus complexes. On ne peut plus dans ce cas parler encore de maîtrise.

J.-F. M. ■ Je peux vous dire, et mon expérience de généticien en consultation remonte à 1969, que le phénomène est identique en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.). Un acte, qui dans l'instant est assumé sans trop de difficultés, peut resurgir avec une signification tout autre

dans un contexte futur. Imaginez la culpabilité d'une femme de trente ans, qui a pris la pilule pendant 12 ans, et qui, lorsqu'elle se décide, ne peut plus avoir d'enfant. Une femme qui met au monde à 32 ans un enfant mongolien envisage sur un autre mode l'I.V.G. qu'elle a effectuée, sans en mesurer toute la portée, à 24 ans.

Je ne suis pas contre le progrès, loin de moi l'idée d'entraver la liberté de conquête ; j'appelle cependant à la sagesse et à la réflexion. Je suis prêt à accepter toute décision dès lors que j'ai la certitude qu'elle a été adoptée en toute connaissance de cause. Or aujourd'hui la connaissance des causes fait défaut. On a besoin de pédagogie. J'en ressens tellement la nécessité que depuis trois ans je m'entretiens pendant trois heures – et pourtant le temps m'est compté – avec des amphes de 400 élèves de terminale : je rencontre sur Marseille 4 000 élèves de terminales chaque année. Lorsque j'ai fait cette demande au Rectorat, il m'a été répondu : « Vous êtes fou, Monsieur Mattei, nous les tenons difficilement 50 minutes et vous les prenez trois heures ; et vous voulez les emmener dans un amphitheâtre de médecine, vous n'allez pas les tenir ! » Pourtant tous viennent, écoutent, posent des questions intelligentes, sont passionnés, et assaillent le bureau en fin de séance. Ils n'attendent que ça, qu'on leur apprenne comment mener leur vie. Et ce n'est fait nulle part.

S. N. ■ Parce que c'est tabou. Ça touche à la sexualité. Et avec la P.M.A., la notion de fertilité ne sera plus référée à la sexualité.

F. L. ■ En effet, ne pensez-vous pas que ces évolutions technologiques conduisent à des bouleversements majeurs des repères anthropologiques ? Récemment, les professeurs André Van Steirteghem et Paul Devroey, dans un entretien accordé au journal *Le Monde* à propos de la micro-injection de spermatozoïdes dans l'ovule, déclaraient : « En d'autres termes, la micro-injection¹ de spermatozoïdes est une révolution du traitement de la stérilité masculine. Les bouleversements à attendre sont considérables. On peut d'ores et déjà prédire la quasi-disparition de l'insémination artificielle avec don-

1. La micro-injection est une technique récente qui permet d'introduire, sous examen microscopique et à l'aide d'une micro-pipette, un et un seul spermatozoïde dans le ou les ovules ponctionnés. Cette technique est en principe réservée aux cas (par exemple, d'oligospermie), où la fécondation de l'ovule par les spermatozoïdes – *in vivo* et/ou *in vitro* – ne se réalise pas. On peut donc ainsi "rendre féconds" des spermatozoïdes qui, pour diverses raisons – y compris génétiques – ne l'auraient pas été sans cette technique.

neur, celle des banques de sperme et des CECOS². C'est la mort annoncée de l'infertilité masculine. Allons plus loin : s'il le souhaite, demain chaque être humain doit pouvoir utiliser son propre matériel génétique pour sa reproduction. Toute l'andrologie classique, tous les tests diagnostics, tout l'arsenal médicamenteux ou chirurgical (fort peu efficace au demeurant) dont nous disposons va exploser. » Il y a bien là annonce de "bouversements considérables", où la reproduction humaine ne dépendra plus de rapports hétérosexuels.

J.-F. M. ■ La loi définit un cadre social de pratique de la P.M.A. sans, et je l'ai voulu ainsi, entrer dans le détail des techniques, dont je sais que celles d'aujourd'hui peuvent être périmées demain et dont certaines n'étaient pas prévues. Arrive la micro-injection de spermatozoïde, une technique apparemment comme une autre, qui peut représenter un espoir et être un remède à l'oligospermie, c'est-à-dire à des spermatozoïdes non fécondants parce qu'ils contiennent trop peu de spermatozoïdes. Il s'agit d'en prélever un et de l'injecter directement, ce qui permettra, il est vrai, de se passer du donneur de sperme. Conceptuellement cette technique est séduisante. Il n'en demeure pas moins qu'il faut en passer par la fécondation *in vitro* et par la lourdeur de ses protocoles. C'est par ailleurs une technique expérimentale qui n'a jamais été expérimentée sur l'animal parce qu'aucun d'eux ne reproduit très exactement le phénomène de reproduction de l'homme. Autrement dit cette expérience est une première dont les ratés éventuels ou les complications atteindront l'enfant ! Définissons donc d'abord un protocole rigoureux à confier à des équipes compétentes qui travailleront selon une méthodologie, un suivi, des indications et une évaluation réfléchies pendant une période de trois à cinq ans, afin de savoir un tant soit peu ce qu'il en est avant de valider une technique nouvelle. Qu'est-on en train de constater à propos de la micro-injection ? On se doutait que les hommes atteints de mucoviscidose étaient moins fertiles que les autres. On découvre actuellement que des pon-

QUELQUES REPÈRES

Les 1^{er} et 29 juillet 1994, a été promulgué un ensemble de trois lois, dites de « bioéthique », relatives :

- au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé ;
- au respect du corps humain ;
- au don et à l'utilisation des éléments et des produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation, et au diagnostic prénatal.

Dans le passé, le parlement avait déjà voté quelques textes de loi à portée plus limitée sur ces pratiques :

- sur le don des yeux pour greffe de cornée, la loi dite Lafay du 7 juillet 1949 ;
- sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, du plasma et de ses dérivés, la loi du 21 juillet 1952 ;
- sur prélèvement d'organes, la loi dite Caillavet du 22 décembre 1976 ;
- sur l'informatique, fichiers et libertés, la loi du 6 janvier 1978 ;
- sur la protection des personnes se soumettant aux recherches biomédicales, la loi dite Hurier-Sérusclat du 20 décembre 1988.

La première tentative de légiférer sur la procréation assistée date de 1978 : il s'agissait d'un projet de loi tendant à faire de l'insémination artificielle un moyen de procréation, présentée par MM. Henri Caillavet et Jean Mézard, sénateurs (n° 47, Sénat, Première Session Ordinaire de 1978-1979, Annexe au procès verbal de la séance du 26 octobre 1978). La proposition a été votée par le Sénat et transmise à l'Assemblée Nationale, qui ne l'a pas entérinée.

La longue hésitation des années quatre-vingt sur l'opportunité de légiférer à nouveau dans ces domaines a été ponctuée par la sortie de nombreux rapports, dont principalement :

- M.-O. Alnot, C. Labrusse-Riou, J. Mandelbaum-Bleibtreu, Y. Perol, J.-C. Rosenczweig, *Les Procréations Artificielles : rapport au Premier Ministre*, Paris, La Documentation Française, 1986 ;
- Rapport (dit Braibant) du Conseil d'État, *Sciences de la vie : de l'éthique au droit*, Paris, la Documentation Française, 1988 ;
- Rapport de N. Lenoir, Maître de Requêtes du Conseil d'État, en collaboration avec

B. Strulise, Magistrat, au Premier Ministre, *Aux Frontières de la vie. Tome 1 : Une éthique biomédicale à la française ; tome 2 : Paroles d'éthique*, Paris, la Documentation Française, 1991 ;

– Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, *Rapport (dit Sérusclat) sur les sciences de la vie et les droits de l'Homme : bouleversements sans contrôle ou législation à la française*, Tome 1, 8 fascicules, imprimerie du Sénat, 1992 ;

– Y. Roudy, présidente, B. Bioulac, rapporteur, *Rapport (dit Bioulac) fait au nom de la Commission spéciale sur les projets de loi n° 2599, 2600, 2601, Rapport n° 2871, Assemblée Nationale, Seconde Session Ordinaire de 1991-1992*, le 30 juin 1992 ;

– J.-F. Mattei, avec la collaboration de M. Gaüzère, membre de l'IGAS, *Rapport au Premier Ministre : La vie en question : pour une éthique biomédicale*, Paris, La Documentation Française, 1994.

Le Comité Consultatif Nationale d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la Santé a également rendu de nombreux avis sur toutes ces questions, dont les suivants dans le domaine de la reproduction humaine :

- Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle, 23 octobre 1984 ;
- Avis sur les recherches et l'utilisation des embryons humains *in vitro* à des fins médicales et scientifiques, 15 décembre 1986 ;
- État des études conduites par le Comité concernant les dons de gamètes et d'embryons 15 décembre 1989 ;
- Avis sur les recherches sur l'embryon soumise à moratoire depuis 1986 et qui visent à permettre la réalisation d'un diagnostic génétique avant transplantation, 18 juillet 1990 ;
- Avis sur l'organisation actuelle du don de gamètes et ses conséquences, 18 juillet 1990 ;
- Avis sur les réductions embryonnaires et fœtales, 24 juin 1991 ;
- Avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation, le 30 mars 1994.

tions épидidymaires ont été effectuées sur des hommes dont l'oligospermie ou la stérilité masculine est directement liée au fait qu'ils sont porteurs d'un des gènes de la mucoviscidose, et que ce faisant, on conçoit des enfants atteints de mucoviscidose.

Il est temps que les chercheurs se débarrassent du souci de l'antériorité de leur découverte, que les médecins se défassent de leur effort narcissique pour être les meilleurs, ainsi que des préoccupations économiques. Jamais l'utilisation de techniques de pointe ne doit être un argument commercial. Nous devons aujourd'hui nous plier à une éthique médicale et scientifique et ne proposer que des techniques éprouvées selon des critères socialement définis, évalués, et reconnus par la loi sociale. Qu'on avance, mais pas à n'importe quel prix !

Ce n'est pas sans un grand trouble que j'aborde la question de la congélation des embryons. Il n'y a pas de précédent. Vous donnez la vie, celle-ci s'élance, quatre, huit cellules, et on congèle ! Se réservant la possibilité de décongeler quelque mois, quelques années et pourquoi pas cinquante ans après. A-t-on le droit de jouer avec le temps, de le suspendre ? Un jour, l'une de mes patientes – j'en ai fait une nouvelle dans *L'enfant oublié* – m'a annoncé « Vous savez docteur, auparavant pour me rendre à mon travail je passais toujours devant l'hôpital. Depuis que mes embryons y sont congelés j'ai changé d'itinéraire, parce qu'un jour, je me suis dit : ces enfants sont hors du temps. Mais que puis-je partager avec ces embryons ? Ils n'ont aucune existence. L'idée qu'ils soient hors du temps m'est insupportable », m'a dit cette patiente.

F. L. ■ Le film *Éprouvante éprouvée*³, malheureusement très mal distribué, proposait une série de témoignages de femmes ayant eu des fécondations *in vitro* et effectivement l'une d'entre elles racontait qu'elle ne pouvait plus longer l'hôpital Tenon où sont conservés ses embryons congelés. Autre situation insupportable à vivre : imaginons l'impensable auquel est confrontée une femme qui a désespérément voulu des enfants, qui enfin enceinte s'entend pro-

poser une réduction embryonnaire, autrement dit un avortement sélectif de deux ou trois embryons, car cinq se développent dans son ventre.

J.-F. M. ■ C'est "l'enfant-sacrifice".

F. L. ■ Cette femme doit procéder à un avortement partiel. Lesquels éliminer ? Mieux vaut ne pas penser. Bien que je me sois battue pour le droit des femmes à l'avortement, j'estime que cette situation relève de l'horreur, d'une contradiction d'autant plus insurmontable qu'il y a un certain risque d'avortement total.

J.-F. M. ■ Absolument. C'est inhumain. Je pense qu'il ne faut pas transférer plus de deux embryons. Les enfants prématurés, les infirmités motrices cérébrales... combien de désordres sommes-nous en train de créer ?

F. L. ■ Et que dire des risques de cancers chez les femmes ayant reçu de très grandes quantités d'hormones pour stimuler l'ovulation ?

J.-F. M. ■ Je suis extrêmement inquiet. Je l'ai déjà mis en lumière dans mon rapport au premier Ministre. Voici un exemple qui souligne à quel point les médecins sont confrontés à des demandes mettant en jeu des questions éthiques : j'ai été sollicité par des parents pour prescrire des hormones de croissance à leur enfant parce qu'il voulait en faire un basketteur. Quelle attitude adopter ? Il en va de même avec les inducteurs d'ovulation. Nous vivons sur le dogme de l'omnipraticien, sur celui de l'omnipotence du diplôme de docteur en médecine. Mais il n'est pas vrai qu'un médecin soit capable de tout réaliser, une circulation extracorporelle, une P.M.A. la prescription d'inducteurs de croissance... Ça n'a pas de sens. On ne peut tout maîtriser. Les médecins se sentent frustrés lorsque je leur rétorque que tel domaine dépend de centres agréés. Vous ignorez à quel point je me fais rudoyer. J'estime que les inducteurs d'ovulation devraient aujourd'hui relever de prescriptions réservées, au même titre que certains produits, en raison d'un doute non négligeable de cancers du sein et de l'ovaire.

2. CECOS : Centres d'Études et de Conservation des Œufs et du Spermé Humains.

3. Ce film a été réalisé et projeté dans le cadre du Colloque international d'Évaluation des Nouvelles Technologies de la Reproduction humaine (Paris, La Défense, 28-29 juin 1991), dont F. Laborie fut l'une des organisatrices.

F. L. ■ Alors qu'aux États-Unis et en France, les chercheuses féministes avaient depuis 1985 parlé des risques de la F.I.V. pour la santé des femmes et des enfants, et plaidé pour qu'une évaluation objective de ces risques soit effectuée, ce n'est que très récemment en France que Philippe Douste-Blazy a demandé une enquête épidémiologique pour évaluer l'incidence des stimulations hormonales sur le nombre de cancers du sein et de l'ovaire. Même si j'applaudis à cette initiative, je m'interroge sur le fait que nos alertes n'aient pas été plus vite et plus sérieusement prises en compte.

J.-F. M. ■ Certes. Songez à l'affaire du sida et au scandale du sang contaminé.

F. L. ■ Je pense que les modes de développement des P.M.A. peuvent conduire à un type de scandale comparable.

J.-F. M. ■ Exactement. Aussi suis-je prudent avec la micro-injection. Il n'est pas question de risquer une augmentation de 25 % de la mucoviscidose et je me refuse à faire, dans dix ou quinze ans, la Une des journaux pour avoir avalisé cette technique. Encore une fois, nous avons besoin de nous poser des questions et de sonder le sens de nos actions.

S. N. ■ Ne devrait-on pas également développer le dialogue entre les partenaires multiples concernés par ces pratiques ? Le médecin semble de plus en plus fréquemment confronté à des demandes que réprouve sa conscience, comme si les nouvelles pratiques médicales l'amenaient à douter de l'évidence de son acte. Ne serait-il pas bienvenu de multiplier les lieux et les occasions où ces partenaires pourraient confronter leurs idées et se donner d'autres repères pour les prises de décision que ceux inscrits dans la loi et la réglementation ?

J.-F. M. ■ La loi est un garde-fou et non un mode d'emploi. Il m'a semblé superflu d'inclure une clause de conscience dans le cas de la P.M.A. dans la mesure où pour la pratiquer il faut être agréé, et donc s'être porté volontaire.

F. L. ■ N'est-ce pas au Comité d'éthique de

réaliser cet espace de discussion, ce lieu de rencontre entre des spécialistes et des profanes de différents horizons ? Vous y siégez l'un et l'autre : qu'en pensez-vous ?

J.-F. M. ■ Personnellement je crois que le Comité d'Éthique a eu trop tendance à vouloir se prononcer sur ce qui relève de la casuistique. Si telle était sa vocation, il lui faudrait résoudre tous nos cas difficiles, soit quelques 150 décisions délicates par an ! Son rôle est plus, me semble-t-il, de fixer des lignes directrices face à des situations nouvelles. Aussi est-il regrettable qu'il approche parfois le problème par le biais d'un cas isolé. Je pense notamment à l'avis rendu sur la question du transfert d'embryons congelés après le décès du père lors du procès de Toulouse. Je suis persuadé qu'on ne peut dégager de principes généraux à partir de cas particuliers. En outre, maintenant que les lois sur la bioéthique sont promulguées, il va falloir que le Comité d'Éthique définisse de nouveaux champs d'investigation et de réflexion. Doit-il aborder des problèmes aussi généraux que ceux de l'argent, la toxicomanie ou la communication ? Peut-être. On devine alors la difficulté à rester sans ambiguïté dans le champ de la seule éthique, alors que les frontières sont imprécises avec les sciences humaines et la politique elle-même.

S. N. ■ Le Comité a été créé comme espace de réflexion éthique, lequel s'inscrit nécessairement dans un champ de débat social et politique. La réflexion du Comité est censée ouvrir sur un débat contradictoire, mais trop souvent, me semble-t-il, le Comité s'est conduit en instance productrice de normes. Est-ce bien son rôle ? De plus, ce faisant, il clôt le débat. Je ne suis pas gênée par le fait qu'il se penche sur la casuistique ; cela permet au Comité de prendre connaissance de la complexité des situations pratiques. En revanche, il est vrai que sa mission n'est pas celle de se prononcer sur les cas particuliers. Mais quand bien même le Comité se consacrerait uniquement à sa mission initiale de réflexion et de débat, il ne pourrait à lui seul remplir cette mission, dans la mesure où

il est situé loin des lieux de la pratique, et sollicité par un champ de réflexion trop vaste. Il devient indispensable, à mon avis, de créer également les conditions de réflexion et de discussion au plus près de la pratique. Tout d'abord, entre médecins de différentes disciplines : ceci ne correspond pas à leurs habitudes actuelles, mais devient une nécessité devant le développement de nouvelles techniques, telles que, par exemple, la transplantation d'organes, où réanimateurs, préleveurs, transplantateurs et immunologistes sont amenés à travailler de concert. Ensuite, dans la mesure où ces pratiques soulèvent des questions d'ordre social – par exemple, dans le cadre de la procréation assistée, il s'agit d'engendrement, de la famille, de l'enfant, de la filiation – il devient nécessaire, outre ce dialogue au sein du corps médical, d'ouvrir la discussion à d'autres intervenants. Il s'agit de créer une habitude d'ouverture et de débat, pour éviter qu'en situation ce soit toujours au médecin, et à lui seul, que revienne toute prise de décision.

J.-F. M. ■ Il faut effectivement que le médecin ait des références. Je tente d'exercer mon métier de façon objective et je me suis imposé deux obligations : éclairer les gens du mieux que je peux, en leur disant tout – tout en essayant d'apprécier la façon dont ils peuvent le recevoir et donc la meilleure manière de le leur délivrer – et, respecter leur décision. En m'interrogeant sur cette seconde obligation qui quelquefois me heurte, je me suis rendu compte que je l'acceptais d'autant mieux que j'étais sûr que leur décision avait été le fruit d'une véritable réflexion.

S. N. ■ Comment voyez-vous l'apport des sciences humaines dans ce débat ?

J.-F. M. ■ Si j'en avais le pouvoir, je mettrai un poids d'une tonne sur les sciences exactes, les sciences techniques, les sciences dures, et je favoriserai les sciences humaines. Nous avons progressé dans le domaine technique et non dans celui de la réflexion, de la sagesse, de la philosophie et de la décision. Déboussolés face à des situations imprévues, les gens cherchent à réagir mais n'ont

ÉLÉMENTS DE BIOGRAPHIE

Jean-François Mattei, député et conseiller général des Bouches-du-Rhône, est par ailleurs professeur de pédiatrie et de génétique médicale, responsable du Service de Diagnostic Prénatal de l'Hôpital de la Timone à Marseille, et directeur de l'équipe de recherche "Génétique médicale et développement" de l'INSERM. Son rapport sur la génétique médicale en France (1991) a entraîné la mise en place du premier Diplôme Inter-Universitaire de Génétique Médicale (1992), dont il est le responsable. En mai 1993, il est nommé membre du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. C'est en raison de ces multiples compétences que le premier Ministre lui a confié deux missions. La première, en juin 1993, sur les problèmes d'éthique biomédicale a abouti à un rapport intitulé *La vie en question : pour une éthique biomédicale* (Documentation Française, 1994) ; celui-ci a contribué à l'élaboration de trois lois, promulguées et avalisées par le Conseil Constitutionnel en juillet 1994. La seconde, centrée sur l'adoption, l'a conduit à rédiger un rapport *Enfant d'ici, enfant d'ailleurs. L'adoption sans frontière*, rendu public en février 1995, qui analyse les diverses modalités d'adoption, met en évidence les inadaptations des procédures en place, et comporte 24 propositions pour les améliorer. Par ailleurs, membre de l'Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, il étudie actuellement les liens entre environnement et santé, notamment chez l'enfant. Il est enfin auteur d'un ouvrage, *L'enfant oublié ou les folies génétiques* (Albin Michel, 1994).

Françoise Laborie est chercheur du CNRS, au Groupe d'Étude sur la Division Sociale et Sexuelle du Travail (GEDISST). Docteur en sciences physiques, elle fut chercheur en chimie macromoléculaire jusqu'en 1976, et est actuellement sociologue. Après avoir analysé les enjeux sociaux à l'œuvre dans la recherche scientifique en général et la biologie en particulier, et plus particulièrement ceux du développement des biotechnologies et des manipulations génétiques, elle a ensuite étudié les convergences ou contradictions d'intérêts de différents acteurs sociaux impliqués dans le développement et fécondation *in vitro*. Soulignant la forte différenciation sexuelle de ce développement technologique, elle met fortement l'accent sur les risques médicaux et sociaux que font courir aux femmes les traitements souvent encore expérimentaux et

insuffisamment évalués. Auteur de nombreux articles en France et à l'étranger, elle a en particulier collaboré aux ouvrages collectifs suivants : *L'Ovaire-dose. Les nouvelles méthodes de procréation* (Syros Alternatives, 1989) ; *Le Magasin des enfants* (François Bourin, 1990, réédition Gallimard, 1994) ; *Bioéthique et cultures* (Vrin, 1991). Elle a été experte auprès d'organismes publics en France (Haut Conseil de la Population et de la Famille ; Secrétariat aux Droits des Femmes ; Commission d'évaluation des choix technologiques de l'Assemblée nationale) et à l'étranger (Commission juridique et des droits des citoyens au Parlement européen).

Simone Novaes est chercheur CNRS, au Centre de Recherche Sens, Éthique, Société (CERSES). Ses recherches, situées au carrefour des revendications féministes et du questionnement éthique en biomédecine, visent principalement un champ de pratiques, où la capacité à procréer devient un enjeu de décision (avortement, insémination artificielle, don de gamètes et autres éléments du corps humain). Leur point commun réside dans l'analyse de situations où des moyens techniques modifient les conditions corporelles, relationnelles et institutionnelles, et dans certains cas, les conséquences de la pratique sexuelle fécondante. Les dilemmes éthiques et les enjeux normatifs qui découlent de ces transformations de la vie dite privée se déploient de plus en plus souvent dans un nouvel espace de relations créé entre deux institutions : la médecine et la famille. C'est la raison pour laquelle ces pratiques sont présentes comme enjeux dans l'espace politique, et font l'objet, sous diverses formes, d'un débat public sur l'orientation de notre société, en matière non seulement de procréation, mais aussi de soins médicaux. Ayant publié de nombreux articles en France et à l'étranger, elle est également auteur d'un ouvrage intitulé *Les passeurs de gamètes* (Presses Universitaires de Nancy, 1994), et a dirigé un ouvrage collectif, *Biomédecine et devenir de la personne* (Seuil, 1991). Elle a collaboré à la rédaction d'un rapport pour la Commission Européenne, publié sous le titre *Fertility and the Family* (Fourth Estate Ltd., 1989), et à un groupe de travail du Haut Comité de la Santé Publique sur l'utilisation des produits humains. Elle est depuis 1992, membre du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.

rien sur quoi s'appuyer. Ils ne détiennent même pas les éléments de la décision.

S. N. ■ Les questions les plus difficiles semblent concerner essentiellement l'offre et la demande, comme s'il y avait là quelque chose d'ambigu qui nous échappe.

J.-F. M. ■ Sous-jacente à notre débat, il y a l'évaluation comparée de l'amour et de la biologie. On s'acharne à vouloir des enfants biologiques comme s'ils détenaient une plus grande valeur que les enfants qu'on va aimer.

F. L. ■ C'est un des effets secondaires de la P.M.A. que de valoriser les "liens du sang".

J.-F. M. ■ Je vous assure que plus je progresse dans la connaissance des mécanismes de la biologie la plus intime, plus je pense que l'homme ne peut se résumer à sa biologie. Plus on avance dans la connaissance des gènes et plus je rejoins Henri Atlan : les gènes ne sont jamais que des données et non un programme ; il n'est pas vrai que l'on puisse résumer un homme à l'addition de 100 000 gènes. Plus je vais dans la connaissance biologique et palpable, plus j'accède à la dimension impalpable.

F. L. ■ Impalpable et socialement construite, dirions-nous comme sociologues.

S. N. ■ Car c'est dans l'impalpable que la société vient prendre forme pour y faire face.