

De la contraception à l'enfantement

L'offre technologique en question

Introduction

Les techniques ont joué un rôle majeur dans la conquête progressive par les femmes de droits fondamentaux en matière reproductive : le développement de méthodes contraceptives fiables et dont elles avaient la maîtrise, la mise au point de techniques permettant de limiter les risques associés à l'avortement, l'amélioration globale des conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement, toutes ces innovations ont été décisives et ont, dans certains cas, devancé voire provoqué la reconnaissance juridique d'un droit des femmes à disposer d'elles-mêmes et de leurs corps. Plus encore, elles ont permis de transformer peu à peu les relations entre hommes et femmes, mais ont aussi modifié la manière dont les femmes elles-mêmes pouvaient envisager la maternité dans leur trajectoire personnelle, tant sur le plan professionnel qu'affectif. Bref, une femme avec la pilule n'est pas la même qu'une femme sans pilule.

Ceci étant, les avancées scientifiques et techniques en matière reproductive ont dépassé et de loin, le cadre des revendications féministes. Ces vingt dernières années ont vu le développement massif de quantité de nouvelles techniques, en particulier dans les domaines de la procréation médicalement assistée (PMA) et du suivi de la « qualité » des embryons et des fœtus. Toutes ces techniques possèdent un caractère commun, souvent dénié dans les discours, celui d'être sexuellement différenciées : c'est sur le corps des femmes que sont effectuées la plupart des interventions et des traitements souvent lourds et risqués, alors même que la pathologie en cause ne les concerne pas toujours. Si l'insémination artificielle — parfois après

stimulation hormonale des ovaires, parfois avec recours au sperme d'un donneur — s'est généralisée depuis plusieurs décennies, la découverte de la fécondation *in vitro* a considérablement bouleversé le paysage. D'abord inventée pour les cas de stérilité tubaire, elle offrait aux femmes définitivement stériles la possibilité de porter un enfant. Les listes d'attente aux portes des centres pratiquant cette technique furent rapidement très importantes. Ceci d'autant plus, que les praticiens firent aussitôt évoluer les « indications » de cette technologie aux cas d'hypofertilités et, promouvant le concept de « stérilité de couple », y inclurent les stérilités masculines. Cette tendance s'est accentuée au fil des années jusqu'à faire apparaître aujourd'hui la fécondation *in vitro* comme le traitement de choix des stérilités masculines, lorsqu'elle est associée à l'injection forcée d'un spermatozoïde dans l'ovule (cette dernière technique s'appelant ICSI). Notons qu'à la différence de ce qui advint avec la FIV, dans le cas de l'ICSI, des professionnels élèvent la voix pour déplorer l'insuffisance des expérimentations animales avant le passage intensif à la clinique humaine, au regard des risques potentiels pour la descendance (Laborie 1999).

Ces nouvelles techniques reproductives ont introduit des changements sociaux majeurs qui ont déjà été soulignés par un certain nombre d'analystes. Tout d'abord, elles invalident la nécessité « ancestrale » des rapports hétérosexuels et déplacent le lieu de l'acte fécondant de la sphère privée vers l'hôpital et le laboratoire. Ceci a induit le surgissement de demandes, souvent considérées par les praticiens et les institutions de régulation de ces techniques comme non recevables, de la part de femmes célibataires, ou d'homosexuelles notamment.

En second lieu, elles ont modifié les liens entre la femme enceinte (ou voulant le devenir) et l'embryon ou le fœtus. La fécondation *in vitro* qui produit de très nombreux embryons au laboratoire, les cultive *in vitro* pendant quelques jours, les conserve à l'état congelé pendant plusieurs années, tend à promouvoir l'idée d'une individualisation de l'embryon, à le faire apparaître comme une entité différenciée, déconnectée du corps de la femme. Cette déconnection est renforcée par l'utilisation routinière de l'échographie fœtale voire de la

chirurgie fœtale, techniques qui permettent d'ignorer la barrière que représente le ventre enceint. Le mouvement même qui rend accessibles, visibles l'embryon et le fœtus, entraîne une invisibilité des femmes (Rothman 1987) et dans certains cas une atteinte à leurs droits : il arrive que des médecins pratiquent une intervention chirurgicale sur le fœtus, malgré le refus de la femme qui le porte, ou qu'ils ignorent le point de vue de la mère lorsqu'il s'agit de décider du sort d'embryons congelés.

Par ailleurs, le fait de savoir produire des embryons au laboratoire ouvre aux praticiens de nouvelles perspectives, fort discutées au plan social : il devient possible de soumettre les embryons à un diagnostic génétique, donc à une sélection avant leur transfert dans l'utérus et d'effectuer diverses autres explorations et manipulations telles que la correction des gènes défectueux ou l'insertion de nouveaux gènes.

Ce développement technologique en expansion entraîne la croissance d'un marché fort lucratif, non seulement pour les centres qui offrent ces techniques, mais surtout pour les multinationales productrices des hormones utilisées sur les femmes à des doses de plus en plus massives. Le champ de recherches, très compétitif, associé à ces innovations entretient des liens, peu ou mal connus du public, avec le secteur des biotechnologies génétiques appliquées aux règnes végétaux et animaux. À titre d'anecdote lourde de sens, signalons qu'une communication lors d'un congrès de reproduction animale portait le titre suivant : « *Application à l'élevage bovin de l'expérimentation réalisée sur la fécondation chez l'homme* » (Thibault 1999). Cet « homme »-là désignant bien évidemment les dizaines de milliers de femmes dans le monde sur lesquelles ont été testées de nombreuses procédures expérimentales. Car, comme l'ont souvent écrit bon nombre de féministes critiques (Corea 1985 ; Vandelac 1989) les femmes déclarées stériles et cherchant désespérément à avoir des enfants, constituent par ailleurs les meilleurs cobayes possibles. Intelligentes et capables de décrire les effets qu'elles observent, venant ponctuellement à l'hôpital, elles n'imposent pas, à la différence des guenons, d'être nourries ni nettoyées, elles sont donc moins coûteuses et constituent, ainsi que l'a écrit Jacques Testart (1990), « le cobaye idéal ».

De façon similaire, les expériences en cours sur le clonage humain sont intimement liées à l'utilisation des techniques de procréation médicalement assistée ; ces expériences supposent de disposer de nombreux ovocytes, susceptibles d'être fournis par les tentatives de fécondation *in vitro* : il n'est pas rare de voir prélever sur les femmes des dizaines d'ovocytes en un même cycle. Là encore et même si cela n'est pas dit, l'importance des femmes sera décisive en tant que pourvoyeuses de gamètes, productrices de la « matière première rare » que sont les ovocytes, ou en tant que simple « incubateur humain », leur utérus restant jusqu'alors nécessaire et commode pour que se développent les embryons.

À côté de ces techniques éminemment médiatiques, et pouvant être considérées comme « médiatiquement assistées » (Marcus-Steiff 1987), d'autres innovations concernent la contraception, la grossesse et le suivi du développement du fœtus. Nous avons déjà mentionné l'échographie, qui, en tant qu'outil de diagnostic prénatal, est aujourd'hui « complétée » par le test sanguin qui permet de cibler des populations à risque de trisomie 21, et le prélèvement de liquide amniotique (amniocentèse) en vue de dresser la carte génétique du fœtus et de dépister bon nombre d'anomalies génétiques. L'accouchement n'échappe pas à cette inflation technique, puisque sont couramment utilisés des produits visant à déclencher le travail puis à le renforcer et à en supprimer les effets douloureux, des technologies qui permettent de suivre en continu les contractions, la tension artérielle de la femme et le rythme cardiaque fœtal, des instruments permettant d'extraire le bébé... Les relations de la femme à son corps, à sa grossesse, à son accouchement, à son bébé se trouvent ainsi modifiées par l'irruption de tous ces dispositifs. Le panorama est donc vaste, au moins en théorie, qui est offert aux couples en mal d'enfants ou en attente d'enfants, sans parler de ce que certains présentent comme les « promesses » du clonage.

Les contributions réunies dans ce numéro proposent un échantillon assez large de ces techniques. Madeleine Akrich examine les succès récents de l'analgésie péridurale dans le domaine de l'accouchement. Nelly Oudshoorn s'intéresse aux techniques de contraception masculine et aux résistances à leur

endroit. Lucile Scavone décrit l'état du contrôle des naissances au Brésil, largement effectué grâce aux stérilisations, et « l'équilibre » paradoxal sur lequel il repose. Laurence Tain reconstitue les « carrières » des femmes et des couples dans un service hospitalier effectuant la fécondation *in vitro*. Simone Bateman-Novaes et Tania Salem d'un côté, et Marie-Josèphe Dhavernas-Lévy de l'autre, interrogent au présent et au futur les implications et conséquences des techniques de procréations assistées, notamment en ce qui concerne les droits des femmes. C'est aussi le cas d'Irma Van der Ploeg qui, mettant en parallèle les procréations assistées et la chirurgie fœtale souligne qu'il y a dans les discours des praticiens — biologistes et médecins — effacement des femmes, sur le corps desquelles ces techniques sont cependant effectuées.

Au-delà de cette diversité dans les objets d'étude, les différents textes réunis dans ce volume partagent une série d'interrogations communes qui tournent autour de l'articulation entre technique et social : le mouvement féministe avait d'emblée travaillé sur ce lien en se mobilisant pour que le droit des femmes à recourir aux techniques contraceptives et abortives soit reconnu, ce qui revenait à accorder à ces techniques la capacité de modifier l'état des relations sociales et en particulier des relations de genre. Aujourd'hui où, au moins en Occident, et en ce domaine, la question des droits des femmes semble se poser de manière moins aiguë, et où la vigilance sur ces aspects est peut-être moins forte, il est urgent de passer au crible toutes ces techniques qui concernent les femmes au premier chef. Aucune des nouvelles techniques n'a été portée par un mouvement social du même type que celui qui, dans les années soixante-dix, revendiquait le droit d'avorter et d'accéder librement à la contraception.

S'agissant des procréations médicalement assistées, dont la figure de proue est la fécondation *in vitro*, différents acteurs sociaux ont tenu des discours très variés. Pour leur part, les féministes sont aujourd'hui divisées quant à l'analyse des implications et des effets, pour les femmes et les relations de genre, du développement de ces nouvelles technologies reproductives. Elles sont partagées entre deux types divergents d'analyses que l'on peut schématiser succinctement ainsi :

certaines sont séduites par les nouveaux choix qu'offrent les nouvelles technologies de la reproduction (possibilité pour une femme de donner son ovule à une autre femme, soit afin d'éviter d'avoir à porter ses enfants, soit au contraire pour permettre à l'autre femme de porter des enfants) ; d'autres sont inquiètes et craignent une augmentation du contrôle social sur la reproduction : les femmes ne risquent-elles pas d'être dépossédées de toute maîtrise sur leur vie et leur maternité et d'être parfois réduites au rang de simples « incubateurs humains » ?

Dans ce recueil, les liens entre techniques et rapports de genre sont abordés de deux manières différentes. Dans un premier type d'approche, les techniques sont considérées comme « données » au départ, et l'analyse porte sur la manière dont les femmes sont informées, sur le contenu de cette information, et sur la façon dont l'institution médicale définit ce qui est négociable ou pas. Il s'agit d'examiner la manière dont ces techniques sont proposées/imposées aux femmes, correspondent à des choix ou à des contraintes voire à des coercitions, ou plutôt à des choix contraints. Autrement dit, ces analyses interrogent les notions de « choix » et de « libre décision » et déconstruisent les mécanismes qui permettent de parler de « la demande des femmes » : l'incertitude des femmes, leur incapacité à évaluer les conséquences de leur « choix », en termes de risques et bénéfices, sont ici mises en avant. Il s'agit enfin d'examiner comment les techniques vont être saisies, appropriées par les femmes et les hommes, la manière dont elles s'inscrivent non seulement dans la trajectoire de ces acteurs, mais aussi dans l'histoire, les politiques publiques de santé et de contrôle démographique, et dont elles vont renforcer ou menacer les droits des femmes.

Madeleine Akrich analyse les trajectoires des femmes vis-à-vis de l'analgésie péridurale et montre que le modèle du choix, pourtant promu à l'origine par les revendications féministes, et selon lequel les praticiens seraient réduits à n'être que des prestataires au service d'usagères informées et libres de prendre une décision, est un leurre qui peut conduire à une impasse. Dans cette optique, l'autonomie des femmes dans l'accouchement ne résulte donc pas de l'énoncé d'un choix

possible, mais est constituée et maintenue par des formes d'engagements réciproques des acteurs les uns vis-à-vis des autres, engagement de la femme et de l'homme mais aussi engagement du personnel médical et de la femme.

S'intéressant au domaine des PMA, Simone Bateman-Novaes et Tania Salem se saisissent de situations comme les procès qui constituent en elles-mêmes des mises à l'épreuve des liens entre logiques sociales et logiques techniques. Construisant leur propre dispositif « expérimental » elles cherchent à analyser le statut que ces techniques — et les montages institutionnels qui les accompagnent — ménagent à l'embryon. À partir d'une analyse détaillée de différents procès portant sur l'accès des parents à « leurs » embryons congelés, elles décrivent le réseau des acteurs impliqués dans le destin de ces embryons et décortiquent les relations qui s'établissent entre eux, voire les conflits qui peuvent les opposer. La comparaison audacieuse qui est faite avec l'avortement constitue une mise à l'épreuve particulièrement intéressante en ce qu'elle montre que l'on ne peut détacher l'embryon de son « contexte » : il n'y a pas un unique statut de l'embryon, mais selon la configuration, des statuts très différents qui mettent en scène des acteurs divers. Ainsi, l'embryon dans le ventre d'une femme qui souhaite ne pas le conserver et l'embryon congelé sont deux entités distinctes : dans le premier cas, seule la mère peut décider de son destin, alors que dans le second, le père, les médecins sont considérés à des titres divers comme participant des décisions qui le concernent.

Laurence Tain a suivi la carrière « médicale » des femmes ayant eu recours à la fécondation *in vitro* dans un grand hôpital urbain. Elle montre que sous une apparente uniformité, toutes les femmes n'ont pas réagi de la même manière aux offres de cette nouvelle technologie. Elle a pu repérer, parmi les premières candidates à la FIV de la population étudiée, tout à la fois une part importante de femmes travaillant dans le secteur de la santé et l'existence de stratégies différentes en ce qui concerne, notamment la programmation par les femmes des tentatives de FIVETE. Les femmes cadres, dont certaines pouvaient savoir que la technique était encore largement expérimentale, furent peu nombreuses parmi les pionnières, à la

différence des ouvrières ou des femmes qui ne travaillaient pas. Les stratégies variables renvoient à des modèles sociaux différents, en ce qui concerne les rapports entre hommes et femmes et l'importance relative de la maternité et de la construction d'une famille, face aux choix professionnels.

Lucile Scavone analyse les droits reproductifs des femmes brésiliennes en s'interrogeant sur l'incidence des stérilisations comme méthode contraceptive, dans un contexte où l'avortement est illégal : dans ce contexte particulier, elle montre à quel point parler de choix des femmes est un leurre. Les politiques de stérilisations s'inscrivent en effet tout à la fois en réponse aux politiques internationales de contrôle des naissances imposées par le Fonds monétaire international et dans une politique de santé gouvernementale qui doit faire face à un taux élevé de mortalité maternelle à la suite de grossesses, accouchements, avortements et plus récemment de l'épidémie de Sida. Or les taux de stérilisations les plus élevés apparaissent dans les régions et parmi les couches sociales les plus pauvres, là où bon nombre de stérilisations sont pratiquées lors d'une césarienne et où les femmes sont les moins informées sur leur caractère irréversible. Ce sont aussi les populations les plus visées par les politiques de contrôle des naissances. Cependant, dans un pays où l'avortement clandestin est la troisième cause de mortalité des femmes, la stérilisation peut apparaître aux femmes brésiliennes comme « la méthode contraceptive idéale ». Lucile Scavone montre en quoi l'appropriation individuelle par les femmes d'une technique radicale comme la stérilisation produit des effets « pervers », telle la limitation des droits des femmes en matière d'autres modes de contraception et d'avortement. Parce qu'il existe une contraception considérée comme efficace, conforme au modèle politique dominant et accordée aux pratiques obstétricales qui privilégient la césarienne, il devient possible de maintenir un état de consensus mou qui associe tant bien que mal les femmes, l'Eglise, les médecins et l'Etat.

Dans un second type d'approches, la perspective est différente. Les techniques elles-mêmes, leurs modes d'élaboration, leur utilisation perpétuent ou redessinent les rapports de genre. Ces analyses permettent de cartographier

l'état de ces rapports sociaux, de mettre en évidence à la fois les consensus et les controverses. Dans cette approche, les relations technique/social sont donc décortiquées à partir d'une entrée qui se situe plutôt du côté de la technique. Il s'agit de suivre l'élaboration progressive des scénarios dans lesquels ces technologies sont incorporées, élaboration construite par différents acteurs — les concepteurs, les promoteurs, les utilisateurs, etc. De la confrontation de ces différents scénarios entre eux, émerge une description des rapports actuels, possibles, souhaitables, entre les différents acteurs.

Pour essayer de comprendre les résistances suscitées par la mise au point des méthodes contraceptives masculines et leur échec relatif, Nelly Oudshoorn a suivi le développement de ces méthodes et des discours qui les accompagnent. Elle a mis en évidence les types d'utilisateurs qui sont « inscrits » dans ou construits par ces dispositifs et elle a montré comment progressivement s'élaborent de nouvelles alliances. Ces alliances pourraient promouvoir des scénarios inédits pour les rapports de genre en matière contraceptive, scénarios qui sont eux-mêmes éprouvés lors des tentatives de généralisation de ces méthodes. Il s'agit presque d'une archéologie du futur : la circulation de ces scénarios, leur réécriture par toutes sortes d'utilisateurs, permettra (ou non) l'émergence de nouvelles postures pour les acteurs et de nouvelles formes de relations entre eux.

Irma Van der Ploeg part d'une hypothèse assez proche de celle de Nelly Oudshoorn, à savoir que les techniques et les pratiques qui y sont associées produisent une certaine définition des acteurs concernés, compétents, légitimes. Or, à la suite d'autres auteurs, elle constate que les discours scientifiques ou médicaux concernant les nouvelles technologies de la reproduction (fécondation *in vitro* et autres techniques associées) et la chirurgie fœtale effacent le rôle prédominant des femmes auxquelles les interventions s'adressent en premier lieu, y compris en cas de stérilité exclusivement masculine et même lorsque la « contribution féminine » est considérable en termes de nombre d'ovocytes ponctionnés par exemple. L'analyse détaillée des publications médicales portant sur ces techniques permet de montrer comment cet effacement — parfois

caricatural — est produit par une série de procédés discursifs où les seuls patients répertoriés sont les couples et les fœtus. Mais il est clair que ce type d'opération a des effets, des conséquences pratiques non négligeables sur les rapports de sexe. Concernant la chirurgie fœtale, l'intérêt du fœtus peut ainsi être souvent présenté comme opposé à celui de la mère. Dans le cas des PMA et notamment depuis l'invention de l'ICSI, seuls les échecs sont imputables aux femmes. En effet, aussi peu nombreux, aussi mal formés soient les spermatozoïdes, les techniciens réussissent, en les injectant mécaniquement dans les ovocytes à obtenir un ou des embryons qui commencent à se développer au laboratoire. En d'autres termes, selon le discours médical, la stérilité masculine aurait ainsi désormais « disparu », les échecs finaux, l'absence de naissance d'un bébé vivant, ne résultant selon une expression médicale, que « des facteurs féminins ».

Marie-Josèphe Dhavernas-Lévy, enfin, montre à quel point des questions sociales, anthropologiques d'un grand niveau de généralité (la distinction des sexes, la succession des générations, l'organisation familiale traditionnelle, les définitions des liens de filiation, etc.) sont aujourd'hui potentiellement bouleversées par les techniques de procréation assistée. Les sciences et les techniques ont fait émerger le « biologique », le « génétique » comme des réalités concrètes, manipulables, séparables des réalités sociales ou symboliques qui, elles-mêmes, se trouvent transformées du fait de l'apparition de ces nouvelles catégories. D'où un remodelage des liens entre sexualité et reproduction, une remise en question de l'existence de deux sexes, une transformation des rapports entre sexe et genre et des rapports de genre. Les controverses actuelles qui portent sur ces questions dessineront à terme les conditions dans lesquelles les techniques seront utilisées et les formes de relations sociales qui seront associées à ces pratiques.

Madeleine Akrich et Françoise Laborie

Références

- Corea Gena (1985). *The Mother Machine*. New York. Harper and Row.
- Corea Gena *et al.* (1985). *Man-made Women : How New Reproductive Technologies Affect Women*. London. Hutchinson. Bloomington. Indiana University Press.
- Laborie Françoise (1994). « Procréation artificielle : santé des femmes et des enfants ». In Godelieve Masuy-Strobant, Catherine Gourbin *et al.* (eds) *Santé et mortalité des enfants en Europe. Inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui*. Chaire Quetelet. Louvain la Neuve. Bruylant-Academia. Paris. L'Harmattan, p. 477-500
- (1999). « La construction conjointe des techniques procréatives et du genre : comparaison entre FIV et ICSI, économie sexuée d'une production technologique ». In Huguette Dagenais (ed) *La recherche féministe dans la francophonie : pluralité et convergences*. Montréal. Remue-ménage, p. 85-116.
- Marcus-Steiff Joachim (1987). « La procréation médiatiquement assistée ». *Autrement*, n° 93, L'éthique corps et âme.
- (1990). « Les taux de 'succès' de la IVF. Fausses transparences et vrais mensonges ». *La Recherche*, n° 21, (225), octobre, p. 1300-1312.
- Rothman Barbara Katz (1987). *The Tentative Pregnancy : Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood*. New York. Penguin books.
- Testart Jacques (1990). « À la recherche du cobaye idéal ». *Le Monde diplomatique*, juillet.
- Thibault Charles (1999). « Certitudes et inquiétudes concernant l'ISCI ». *Contraception, Fertilité, Sexualité*, vol 26, n° 3, p. 211-217.
- Vandelac Louise (1989). « La face cachée de la procréation artificielle ». *La Recherche*, n° 20, (213) septembre p. 1112-1124.

Ouvrages collectifs sur le sujet

- (1986). *Maternité en mouvement*. Ouvrage collectif. Presses Universitaires de Grenoble et St Martin de Montréal, 244 p.
- (1988). *Sortir la maternité du laboratoire*. Actes du Forum International sur les nouvelles technologies de la reproduction, organisé par le Conseil du statut de la femme. Ouvrage collectif. Montréal 29-31 Octobre 1987. Gouvernement du Québec, mars, 424 p.

- (1989). *L'ovaire-dose. Les nouvelles méthodes de procréation.* Ouvrage collectif. Paris. Syros-Alternatives, 322 p.
- (1990). *Le magasin des enfants.* Testart J. (ed). Paris. F. Bourin, 336 p. ; réédité (1994). Paris. Gallimard.
- (1991). *Se reproduire, est-ce bien naturel ?* Ouvrage collectif. Toulouse. Presses Universitaires du Mirail.