



INNOVATIONS TECHNIQUES, VIOLENCE OBSTÉTRIQUE ET REVENDICATIONS FÉMINISTES : L'EXEMPLE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES REPRODUCTIVES EN FRANCE

Laurence TAIN

Sociologue à Lyon2 et chercheuse associée à l'INED

Ce texte reprend en partie des extraits de l'ouvrage « Le corps reproducteur » publié en 2013 aux éditions EHESP. Comment se jouent domination et résistances, violence obstétrique et contestations ? C'est à partir d'observations dans un hôpital français que je vais tracer quelques pistes. Les méthodes mobilisées sont multiples. L'étude qui suit se fonde, en effet, sur des approches diversifiées, d'une part, l'analyse longitudinale essentiellement quantitative de dossiers médicaux dans les années 1980-1990, lors de la mise en route des nouvelles techniques d'assistance médicale à la procréation dans les services hospitaliers français, d'autre part, une analyse qualitative à partir d'entretiens et de questionnaires effectués en 2008-2013.

SYSTÈME DE GENRE ET RÉSISTANCES AU QUOTIDIEN

LES FEMMES CONTESTENT D'ÊTRE SEULES RESPONSABLES

Dans la démarche de recours médical ce sont les femmes qui « assument pour deux » (Mazuy et Rozée, 2012) qui prennent l'initiative, qui s'occupent des procédures techniques. Le partenaire masculin s'investit généralement beaucoup moins, parfois même quasiment pas comme le montre le récit de Corinne G.

« En fait, si vous voulez, j'ai tout fait toute seule. Je dis toujours, j'ai fait ma fille toute seule. Il n'était jamais présent [...]. Je veux dire, même si son travail l'empêchait d'être présent pour les piqûres, j'estime que, au moins pour les transferts, il aurait dû être présent. Il n'y était pas et donc je prenais les décisions toute seule. Voilà, il a donné son sperme et après je me suis débrouillée tout seule [...] ça aussi, c'est dur, très, très dur. » (Corinne G.)

Dès mes premières observations dans les années 1990 (Tain, 2003, p. 180) j'ai repéré cette asymétrie et même son accentuation au fil des procédures pratiquées ainsi, en cas d'infertilité masculine, le recours à une fécondation *in vitro* impliquant donc une chirurgie féminine, était admis et même en accroissement. Aujourd'hui, le développement de la microinjection confirme cette orientation. Il devient ainsi banal de pratiquer une intervention chirurgicale sur le corps d'une femme féconde dont le partenaire est infertile.

De la simple prise de conscience à l'expression de la colère, les réactions des patientes sont diverses lorsqu'elles découvrent la place qui leur est échue dans le triangle d'acteurs, hommes, femmes, médecin. Mais toutes les postures mettent en lumière l'assignation à un rôle dominé. Céline P, par exemple, comprend d'abord à travers le regard de sa belle-sœur, puis par elle-même, la solitude féminine tout au long du cheminement thérapeutique.

« Au fil du traitement dans tous ces moments durs j'étais seule et je ne le savais pas encore. Ma belle-sœur qui nous a suivi tout au long de ce chemin me chantait « elle a fait un bébé toute seule » de Jean-Jacques Goldman car elle aussi voyait que je faisais le chemin toute seule [...] l'homme ne donne que son sperme et la femme subit tout le reste. » (Céline P.)

D'autres femmes dénoncent la volonté médicale de leur attribuer la responsabilité des difficultés de procréation et se révoltent contre la culpabilité dont elles sont chargées. C'est le cas notamment de Pauline A ou de Liana V.

« On a toujours l'impression que c'est la faute des femmes si cela ne marche pas [...]. Par rapport à l'équipe médicale, j'ai toujours eu l'impression d'être culpabilisée si cela ne marchait pas. « Madame, avec les traitements et les doses d'hormones que vous avez, cela devrait marcher. Vous êtes sûre que vous faites les piqûres ? Vous êtes trop stressée et il faut être positif, vous le voulez vraiment ce bébé ? », c'était toujours de ma faute. » (Pauline A.)

« Le premier contact a été horrible. En moins de cinq minutes, je me suis retrouvée sur le banc des accusées. Si je n'avais pas d'enfant, c'était évidemment de ma faute puisque je fumais. Avant même d'être mère, j'étais une mauvaise mère. » (Liana V.)

LES FEMMES LESBIENNES REVENDIQUENT LE DROIT À LA PARENTALITÉ

Une autre forme de résistance se manifeste en France contre l'interdiction du recours aux techniques reproductives pour les femmes célibataires et lesbiennes. Deux modèles de contournement de la loi se détachent. Un premier modèle s'enracine dans la référence sacrée de la binarité procréative du monde occidental. Le sacrement du mariage, son extension éventuelle aux couples homosexuels participent de cet imaginaire. Le tiers est vécu comme une assistance biologique momentanée, extérieure au projet d'enfant. C'est cette façon de vivre et de donner sens à l'expérience qui anime plusieurs couples de lesbiennes qui ont opté pour l'anonymat du don de gamètes comme Victoire M. et sa femme.

« Je me disais qu'un enfant c'était le fruit d'un amour entre deux personnes, pas trois, quatre [...] enfin, de toute façon, pour Aurore, c'était ça ou rien. Pour Aurore, c'était donneur anonyme ou pas. Parce que si on faisait famille, elle voulait encore plus sa place dans cette famille. Et puis comme on est toutes les deux des femmes qui assument complètement leur homosexualité, on est un couple qui ne peut pas avoir un enfant et on se fait aider par la médecine mais pas par un donneur. On est une famille homoparentale, voilà, clairement [...]. » (Victoire M.)

Un autre modèle prend appui sur la sacralisation du matériel biologique impliqué dans la procréation. L'Église catholique, notamment, superpose ainsi le principe sacré de la vie à la composante biomédicale considérée comme « naturelle » du corps reproducteur. Cette façon de voir va de pair avec le contexte hétéronormatif qui met en avant la contribution indissociable du masculin et du féminin dans la reproduction. Il est ainsi indispensable qu'apparaissent le géniteur et la génitrice dans la configuration reproductive.

Les récits évoquent alors l'intégration du tiers illustrée par exemple par le souci que l'enfant ait accès au donneur. Parfois même, cette coparentalité s'inscrit de façon beaucoup plus forte dans le quotidien aboutissant à des configurations innovantes : comme par exemple : deux mères et deux pères (Noëlle K.).

« J'ai tout de suite opté pour le projet de coparentalité, parce que j'aimais bien l'idée d'avoir un papa et une maman pour le ou les enfants à naître. Et puis, pour moi, je trouve cela très rassurant de partager la responsabilité parentale. [...] donc j'ai demandé à un ami de quinze ans qui pour moi incarnait le papa idéal s'il voulait bien être le papa de mes enfants [...] on s'est tous dit oui, on s'est tous lancé-e-s sur le projet. C'est-à-dire que cet ami est lui aussi en couple. Donc voilà, deux hommes, deux femmes, quatre adultes à se dire : "oui faisons un enfant". » (Noëlle K.)

POUVOIR BIOMÉDICAL ET CONTESTATIONS DES FEMMES

LA BIOMÉDICALISATION ET LE POUVOIR SACRÉ DE LA VIE

Le processus de biomédicalisation s'appuie sur deux dynamiques convergentes : d'une part une logique entrepreneuriale des médecins et d'autre part une demande profane de recours à la Science. Simultanément, une autre dimension d'ordre symbolique, sacré intervient. Ainsi certains témoignages font ressortir le miracle de la vie, dont la science et les scientifiques se trouvent alors parfois investis. « Notre fille est un miracle de la recherche » écrit Violette G. ; pour Renée M. « La FIV est une bénédiction » et pour Romaine C. « la médecine est un miracle ». Ce caractère sacré du don de la vie rejaillit alors sur les médecins, sans qui rien n'aurait été possible (Sonia E., Renée B.), qui ont donné un sens à la vie des parents (Virginie R.), et qui se retrouvent parfois consacrés comme « magiciens » (Yasmine A.).

Cette référence à la nature, au sacré a ainsi un impact décisif dans la texture des relations de pouvoirs entre couples et équipe médicale. Pour les usager-e-s, cette sacralisation du vécu se transfère dans de nombreux cas sur le personnel médical, qui se trouve investi d'une position d'autorité, confortée par des mécanismes hérités de la tradition ecclésiale.

L'autonomie des femmes se trouve ainsi freinée par cette imbrication du pouvoir médical temporel et du pouvoir spirituel.

DES FEMMES S'INSURGENT CONTRE LA VIOLENCE OBSTÉTRIQUE

Néanmoins une contestation s'exprime. Des usagères font part de leur sentiment négatif d'être « des numéros », d'être considérées comme une « machine » (Sabine L.) ou encore d'être traitées comme une « poule pondeuse »

(Coralie D.), « du bétail » (Fabienne D.) et de « faire partie d'un troupeau » (Paméla B.). D'autres métaphores ciblent l'hôpital comparé à un « supermarché » (Noémie F.), à « une usine efficace et aimable, mais une usine » (Zoé B.), une « usine » centrée sur la production (Clémence L.), « usine à bébés » (Isis T.) ou « usine à spermatozoïdes et à ovocytes » (Arlette T.) avec un « travail à la chaîne » (Ursula C., Héroïse F.).

« C'est comme à l'usine ! Production-production. Et la dernière ligne droite, à la queue leu leu, chacune dans son box. » (Clémence L.)

D'autres témoignages analysent les pratiques professionnelles et dénoncent les méthodes privilégiant l'intérêt de la biomédecine au détriment de l'accompagnement du projet d'enfant (Estelle A.).

« J'ai eu l'impression d'être considérée comme une souris de laboratoire. Piqûres, échographie, analyses... le rapport humain est trop mis à l'écart. » (Estelle A.)

« Nous avons été « victimes » de nouveaux protocoles d'essais thérapeutiques [...] on dérangeait dans les statistiques [...] je reste amère, en colère contre ce chef de service où les chiffres de réussite sont plus importants que la détresse d'un couple qui n'arrive pas à avoir des enfants. » (Nadine R.)

« Nous sommes juste des « cobayes » utilisés pour tester les traitements et si ça marche grandir la notoriété et le taux de réussite du service. » (Cynthia K.)

« L'équipe FIV semble plus intéressée par l'importance de son taux de réussite nationale que par la réelle demande des couples en attente d'enfants. » (Esther G.)

COMBAT FÉMINISTE ET HÉTÉRONORMATIVITÉ BIOMÉDICALISÉE

LES MOUVEMENTS SOCIAUX REMETTENT EN CAUSE L'HÉTÉRONORMATIVITÉ

Les brèches ouvertes par le mouvement des femmes des années 1970 dans le système hétéronormatif se sont matérialisées dans la technicisation de la reproduction.

Le combat pour une « sexualité sans procréation » a ouvert la voie à une « procréation sans sexualité » qui a bénéficié directement à l'essor des techniques reproductives. Dans la continuité, la dissociation entre sexualité et

reproduction s'est ancrée dans les procédures hospitalières, au fil des répétitions standardisées à différents niveaux (Tain, 2003, p. 183).

C'est ainsi que la pratique du don de sperme s'est développée. La médecine de reproduction, ancrée dans des représentations de genre, s'était peu intéressée au corps reproducteur masculin. Simultanément, les transformations sociales liées aux revendications féministes traversaient le corps médical, dont une fraction (David, 1984) a combattu pour la création de banques de sperme (Novaes, 1994) et pour la mise en œuvre de modèles alternatifs au « modèle naturel » de procréation.

LES BRÈCHES FÉMINISTES SONT FRAGILES

Simultanément, on assiste à une renaturalisation du modèle d'hétérosexualité reproductive (Tain, 2003, p. 186-187). Comme le constatait déjà Françoise Collin en 1989 : « l'ouverture provoquée par les nouvelles technologies reproductives (NTR) du côté d'une dénormalisation de la parenté [...] est aussitôt réduite par le modèle juridique traditionnel du couple unique de géniteurs, de sorte que l'innovation reste purement technique et ne produit pas d'effets sociaux » (Collin, 1989, p. 47).

Effectivement, les médecins français ont majoritairement choisi de réserver le bénéfice d'une éventuelle procréation médicalement assistée aux couples, mariés ou non, formés d'un homme et d'une femme. La législation française a finalement tranché en ce sens.

Les pratiques autour des dons de gamètes, mettent en scène la persistance d'un ordre de genre hétéronormé.

En effet, environ à partir des années 2000, c'est la technique de microinjection ou ICSI a pris le dessus du le recours à un don de sperme. C'est une autre partie du monde médical qui gagne cette bataille, en cohérence avec l'ordre

de genre hétéronormé dominant qui n'hésite pas à faire payer aux femmes le prix d'une infertilité masculine. Malgré les risques d'une possible stérilité pour la descendance mâle, pas totalement écartés à ce jour, (Laborie, 1999 ; Bateman, 2000) cette technique est en train d'évincer presque complètement le recours au don de sperme, comme l'illustre le parcours médicalisé de Delphine B.

« La FIV, c'était la seule solution qu'on avait [...]. L'insémination artificielle, non, non, on ne l'a pas envisagée [...]. Si on arrive à avoir un enfant des deux, c'est notre rêve [...]. J'ai vraiment de la chance parce que mon chéri, il assume complètement. On va dire qu'il le vit bien. Donc c'est une chance énorme [...]. Finalement, une stérilité masculine, c'est très, très facile [...] l'ICSI avec une femme fertile c'est la solution... 1ère FIV en février 2008, résultat négatif, pas de grossesse [...] on a fait un transfert d'embryons congelés en mars, à nouveau ça a été négatif [...] avril, donc deux embryons congelés. Ça n'a pas marché. Après j'ai eu deux kystes aux ovaires [...] septembre on a repris les traitements, on a mis deux embryons et ça n'a pas marché. » (Delphine B.)

Enfin, les parcours d'homoparentalité, grâce aux techniques reproductives, témoignent à la fois de la force de la norme couplant l'hétérosexualité et la reproduction mais aussi des évolutions normatives en cours dans la société française aujourd'hui.

L'ordre hétéronormé se lit dans la législation française qui interdit l'accès des techniques reproductives aux célibataires comme aux couples homosexuels. Il se lit aussi dans les récits de personnes homosexuelles qui évoquent combien il leur a été difficile d'envisager un projet de parentalité. C'est le cas, par exemple, de Sylvie T. évoqué ci-dessous.

« Moi, dans ma vie de femme et même de jeune fille, je ne m'imaginais pas sans enfant. Ce n'était pas quelque chose d'inné, mais bon moi, je voulais des enfants et je voulais porter

des enfants, mes enfants. Quand j'ai rencontré Lina, ça m'a complètement gênée car, à mon sens, à cette époque, cette homosexualité allait à l'encontre de mon désir d'enfant. Je pensais qu'il fallait que je choisisse entre homo ou mère. Ça a été un cheminement long et dur. » (Sylvie T.)

Simultanément, des figures alternatives apparaissent, prenant appui sur les décalages entre pays. Devant les obstacles législatifs en France, l'impossibilité d'adopter comme de recourir à des techniques reproductives, des stratégies de « bricolage » se développent avec plus ou moins de facilité en faisant appel aux circuits associatifs et aux réseaux internationaux.

Au terme de ce court panorama, ne serait-il pas temps de s'engager dans la rédaction de propositions de lois contre la violence obstétrique comme cela est en cours en Uruguay ?

BIBLIOGRAPHIE

COLLIN Françoise, « "Les maternités et leurs interprétations", L'ovaire-dose ? », in : *Actes du colloque des 3-4 déc. 88*, organisé par le Mouvement Français pour le Planning Familial, éd. Syros, Paris, 1989, p. 41-49.

— DAVID Didier, *L'insémination artificielle humaine*, éd. ESF, Paris, 1984.

— ROZÉE Virginie, MAZUY Magli, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et gestion de l'échec », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 4, 2012, p. 5-29.

— NOVAES (BATEMAN) Simone, *Les passeurs de Gamètes*, collection éthiques et techniques, éd. Presses universitaires de Nancy, Nancy, 1994.

— TAIN Laurence, « Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage », *Cahiers du genre*, n° 34, « La distinction entre sexe et genre. Une histoire entre biologie et culture », numéro coordonné par Ilana Löwy et Hélène Rouch, 2003, p. 171-192.