



HAL
open science

Droit ou devoir d'enfanter ? Un regard depuis les sciences sociales sur le renouvellement de la procréation

Irène-Lucile Hertzog, Lucile Ruault

► To cite this version:

Irène-Lucile Hertzog, Lucile Ruault. Droit ou devoir d'enfanter ? Un regard depuis les sciences sociales sur le renouvellement de la procréation. Bérengère Legros. De la procréation médicalement assistée élargie à la procréation améliorée. Vers l'ébranlement de certains interdits ?, LEH Edition, pp.285-300, 2018, (Actes et séminaires), 978-2-84874-742-2. hal-03425883

HAL Id: hal-03425883

<https://hal.science/hal-03425883>

Submitted on 14 Dec 2021

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

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

Droit ou devoir d'enfanter ? Un regard depuis les sciences sociales sur le renouvellement de la procréation

HERTZOG Irène-Lucile, docteure en sociologie, université de Caen, CERReV

RUAULT Lucile, docteure en science politique, université de Lille, CERAPS

Il existe aujourd'hui une assistance technique sans précédent pour engendrer. Le mouvement de professionnalisation des activités liées à la procréation viendrait répondre à un « désir d'enfant » formulé par le corps social. Les pratiques interventionnistes de la médecine corrigeraient les effets d'une « injuste *nature* ». Pour autant, elles permettraient à des couples de concevoir sans perdre le caractère *naturel* de la filiation. Ainsi émerge l'idée d'un « droit à l'enfant » que l'État protège et réglemente.

Cette version sublimée de l'assistance médicale à la procréation (AMP) évacue un certain nombre de réalités sociales que nous nous proposons ici d'explorer, depuis un regard de sociologue et de politiste, c'est-à-dire un point de vue critique visant à déconstruire les évidences et révéler leur caractère socialement construit. Afin de saisir les enjeux contemporains de la procréation, il est en effet nécessaire de questionner l'idée que l'AMP émanerait de revendications individuelles auxquelles les institutions étatiques céderaient. Car, pour que pareil désir d'enfant naisse chez des individus, c'est qu'il a été façonné par nos sociétés. Dit autrement, ce *droit à l'enfant*, purement théorique, ne peut se comprendre sans un *devoir d'enfant* qui pousse à avoir tout essayé pour engendrer « naturellement ».

Nous interrogeons ici sous trois angles d'analyse dans quelle mesure le désir d'enfant consacré par la médecine procréative n'est qu'un pâle reflet du devoir social d'enfanter. Pour ce faire, nous nous appuyons, en plus des travaux sociologiques existants, sur une enquête qualitative menée dans le cadre d'une thèse sur l'articulation entre vie professionnelle et AMP, qui a donné lieu à 32 entretiens avec des femmes professionnellement actives¹. Nous mobilisons aussi, à la marge, les résultats d'une enquête par observation et entretiens sur les cabinets gynécologiques réalisée pour un mémoire de recherche².

Nous verrons dans une première partie que, sous la pathologie et donc le registre de la nature, la lutte contre la fatalité de l'infertilité repose sur un système de pouvoir entre les sexes et entre les sexualités, qui reconduit des discriminations et renforce les normes procréatives. La pression sociale à enfanter est bien sûr entretenue par une série d'entrepreneurs/ses de morale, mais nous nous focaliserons dans une deuxième partie sur certaines instances : il nous faut situer historiquement ce devoir d'enfant, de longue date encadré par l'État et pris en charge par la médecine, et se demander de quoi la solidarité procréative aujourd'hui à l'œuvre est l'héritage. Postulant que le centre de gravité des réflexions sur l'AMP devrait se déplacer vers les vécus des femmes – puisque c'est essentiellement sur leur corps que sont mis en œuvre les dispositifs –, nous soulignerons dans la dernière partie tout le *travail* que ces projets exigent des femmes ; qu'elles s'y soumettent montre sous un autre jour combien la normativité enjoignant à procréer est effective.

¹ HERTZOG (Irène-Lucile), *Articuler assistance médicale à la procréation (AMP) et vie professionnelle : le travail invisible des femmes*, thèse de doctorat de sociologie, Université de Caen, 2016.

² RUAULT (Lucile), *À la santé de ces dames ! Penser politiquement un suivi médical : gynécologie et surveillances des corps des femmes*, mémoire de M2 en science politique, Université Lille 2, 2011.

I. Déconstruire les frontières du *thérapeutique*

Là où la gestion médicalisée de l'infertilité des couples se présente comme neutre – elle ne ferait qu'imiter « la nature » –, elle redouble les discriminations de genre et participe d'une biologisation du social.

Les contours normatifs de la bonne pratique de l'AMP affirment la légitimité du modèle hétérosexuel et conjugal³. De même, la priorité donnée, dans les cas d'infertilité masculine, aux ICSI intraconjugales plutôt qu'à l'insémination artificielle avec donneur et avec des dons de gamètes gratuits et anonymes⁴ montre qu'on veille toujours à faire comme si les « parents-AMP » étaient aussi et toujours les géniteurs/rices.

Par ailleurs, « la « prégnance du modèle thérapeutique » de l'AMP impose à la médecine procréative d'en rester au registre de la « pathologie », seul légitime, par opposition à celui dit de « convenance ». En fait, selon Ilana Löwy, « les lois et les règlements qui encadrent l'accès à l'AMP en France sont fondés sur une vision conservatrice de la parenté qui reproduit aussi étroitement que possible les “conceptions naturelles” »⁵. Au moins deux éléments étayent cet argument.

Intéressons-nous dans un premier temps au soin porté, dans la pratique de l'AMP, au réglage de « l'horloge biologique » des femmes. La baisse de la fertilité avec l'âge est un phénomène qui n'a rien d'une maladie. La tendance lourde à légitimer l'intervention médicale uniquement lorsque celui-ci est *féminin* montre sur quels corps s'exerce une construction du pathologique. Si le code de la santé publique se refuse à légitimer « l'infertilité sociale » à la faveur de la seule « infertilité pathologique », il promeut un ensemble de normes relatives à la recherche réflexive du « bon moment », *pour les femmes* – soit « ni trop tôt, ni trop tard » – et de la « bonne manière » de procréer⁶. En cela, l'AMP ravive l'idée d'une maîtrise du désir qui, pour mériter assistance, est tenue de se conformer aux normes procréatives dominantes. En effet, les membres du couple doivent *théoriquement* être « en âge de procréer » alors que celui-ci en est *pratiquement* incapable. Se pose la question de la temporalité inhérente au corps reproducteur qu'il conviendrait, même lorsqu'il dysfonctionne, de respecter. Pourquoi les horloges des centres d'AMP sonneraient-elles le glas pour les seules femmes, quand la baisse de la fertilité masculine avec l'âge est elle aussi attestée ? L'Agence de la biomédecine reconnaît elle-même l'impact de l'âge de l'homme sur les chances de conception et sur les risques de malformation du fœtus⁷. Pourtant, comme le révèle Manon Vialle, une superposition entre allongement de l'espérance de vie des hommes et allongement de leur espérance procréative s'opère dans la médecine de la reproduction⁸.

³ MEHL (Dominique), *Les lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011 ; ROZEE (Virginie) et MAZUY (Magali), « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genres et “gestion” de l'échec », *Sciences sociales et santé*, Vol. 30, n°4, 2012, p. 5-30.

⁴ DE LA ROCHEBROCHARD (Elise), « Des hommes médicalement assistés pour procréer. IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », *Population*, Vol. 58, 2003, p. 549-586.

⁵ LÖWY (Ilana), « L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine et politique », *Mouvements*, Vol. 3, n°59, 2009, p. 109.

⁶ BAJOS (Nathalie) et FERRAND (Michèle), « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, n°61, 2006, p. 91-117.

⁷ *L'assistance médicale à la procréation en France en 2010*, Dossier de presse de l'Agence de la biomédecine, [en ligne], p. 6. Il s'appuie notamment sur DE LA ROCHEBROCHARD (Elise) et al., « Fathers over 40 and increased failure to conceive: the lessons of *in vitro* fertilization in France », *Fertility and Sterility*, Vol. 85, n°5, 2006, p. 1420-1424.

⁸ VIALLE (Manon), « L'horloge biologique des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge », *Enfances, Familles, Générations*, n°21, 2014, p. 15.

Certes, la loi laisse à la libre appréciation des médecins l'établissement de la limite d'âge des patient-es de l'AMP. L'Assurance maladie, elle, considère que le vieillissement de leur corps reproducteur ne légitime plus, au-delà du seuil des 43 ans de la femme⁹, la solidarité sociale. Une telle asymétrie de traitement conforte l'illusion de capacités reproductrices masculines préservées des atteintes du temps.

À partir de 35 ans, le système de santé voit un corps reproducteur des femmes sur le déclin alors que celles-ci ne connaissent pas nécessairement toutes une stabilité amoureuse, professionnelle, géographique et, surtout, se sentent au mieux de leur forme. Ce *hiatus* entre le temps biologisé, le temps des normes et l'âge ressenti par les femmes est générateur de tensions, ou du moins d'incompréhension entre patientes et gynécologues.

Le corps médical, dans sa pratique, se trouve donc confronté à des arbitrages qui ouvrent timidement « un espace de dénaturalisation des limites d'âge de la fertilité »¹⁰. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, en 2012, plaide d'ailleurs en faveur d'une « autoconservation ovocytaire sociétale » ou « de convenance ». Conscient des changements sociaux auxquels les femmes sont confrontées, il considère judicieux de permettre à toutes la vitrification de leurs ovocytes à un âge où ils sont de bonne qualité. La médecine procréative pourrait de la sorte « se focaliser non sur le vieillissement ovarien, mais sur les chances de grossesse »¹¹. Néanmoins, la loi de bioéthique de 2011 restreint cette possibilité aux femmes « jeunes », atteintes de cancer compromettant leur fertilité, ou à celles qui, en contrepartie, feraient don d'une partie de leurs ovocytes¹².

La construction sociale de l'infertilité comme pathologie explique ainsi que la réponse donnée aux couples n'a « pas tant consisté à traiter des organismes malades, qu'à remettre en phase des corps dérégulés, à la fois par rapport à une norme – la programmation – et par rapport à un temps social – l'âge lors de la procréation »¹³. Les parcours d'AMP n'ont donc cessé de raviver les normes de genre en vigueur.

Soulignons, dans un second temps, la naturalisation de l'impossibilité de procréer pour une catégorie de population : les femmes célibataires et les couples de femmes ne sont pas autorisées à faire appel à la médecine procréative. L'incongruité d'un tel refus est éclatante une fois mis en regard avec le traitement des infertilités masculines par les fécondations *in vitro*, l'ICSI remédiant « à la défaillance physiologique d'une personne par la manipulation intensive du corps sain d'un autre »¹⁴. Sur les 819 191 enfants nés à l'issue d'une AMP en 2012 en France, 19,2 % le sont grâce à des FIV et 36,3 % grâce à des ICSI intraconjugales. Celles-ci nécessitent des traitements particulièrement lourds expérimentés par/sur nombre de femmes. Au nom de quoi traiter de manière intensive leur corps en pleine santé et, qui plus est, fertiles pour contourner l'infertilité de leur conjoint ? Pourquoi tout un montage conceptuel pour « faire comme si » l'ICSI relevait d'un acte *médical* destiné à traiter un corps invalide ? Seuls le contexte hétéronormatif dans lequel s'inscrivent les gestes techniques, ainsi que la primauté accordée à la filiation biologique peuvent l'expliquer. En l'occurrence, il est bien question d'une « convenance » ou, à tout le moins, de motivations psycho-sociales. Et

⁹ La limite d'âge se justifie par la baisse des taux de succès des techniques d'AMP après 42 ans et par d'éventuelles complications durant la grossesse. Mais le succès des FIV avec don d'ovocytes est directement corrélé à l'âge de la donneuse d'ovocytes, non de la receveuse.

¹⁰ BÜHLER (Nolwenn), « Ovules vieillissants, mères sans âge ? Infertilité féminine et recours au don d'ovocytes en Suisse », *EFG*, n°21, 2014, p. 35.

¹¹ *Ibid.*

¹² Malgré la saisie, en 2013, de cette question par le Conseil consultatif national d'éthique et les multiples prises de position médiatiques des gynécologues pratiquant l'AMP.

¹³ GAVARINI (Laurence), *La passion de l'enfant*, Paris, Denoël Médiations, 2001, p. 219.

¹⁴ LÔWY (Ilana), *L'emprise du genre*, Paris, La Dispute, 2006, p. 156.

celles-ci ne peuvent rentrer dans le cadre d'une infertilité pathologique légitimant une prise en charge que par le truchement de la conceptualisation du couple hétérosexuel comme « unité biologique à soigner ». Les anthropologue et philosophe des sciences Marta Kirejczyk et Irma Van Der Ploeg mettent en exergue le caractère politique de cette opération de création discursive¹⁵ : puisque c'est le couple que l'on assiste médicalement, le traitement hormonal du corps de l'un pour résoudre le dysfonctionnement spermatique de l'autre finit par se justifier.

Là encore, une loi délimite le problème et le présente comme une maladie, laquelle justifie la relégation des réalités qui diffèrent du modèle dominant et donc que, *in fine*, la médecine ne remédie qu'au problème socialement légitime. Ainsi, l'accès restrictif de l'AMP en France, tant aux personnes « en âge de procréer » qu'aux couples hétérosexuels, repose sur une naturalisation qui cache bien mal la construction sur laquelle elle repose, soit la structure fusionnelle du couple hétérosexuel.

Reste dès lors à savoir selon quelles logiques l'État français s'est engagé dans la prise en charge médicale des infertilités conjugales. Comment en effet comprendre que ces traitements ne puissent être considérés comme répondant à « l'infertilité sociale » ?

II. Entre « devoir d'enfant » et « droit à l'enfant », où se cache le désir ?

Les revendications d'un « droit à l'enfant » sont inséparables d'une intrication entre le mode subjectif du « désir d'enfant » et l'injonction sociale et politique, s'adressant prioritairement aux femmes, à faire naître des enfants.

Pour commencer, revenons sur l'origine de la médecine procréative en soulignant, avec Fabrice Cahen, que les initiateurs d'une action médicale contre la stérilité des couples se sont d'emblée inscrits dans une logique de promotion des naissances¹⁶. Le premier service « stérilité » ouvre à l'hôpital Lariboisière en 1923 et l'appui institutionnel intervient dans les quinze années suivantes. Sous l'influence d'un registre eugéniste, dominant sous Vichy et dans l'après-guerre, le lobby nataliste cherche à développer l'enseignement universitaire spécialisé dans la lutte contre la stérilité et les consultations dans ce domaine.

Le manque de soutien de CHU décide des praticiens qui s'estiment freinés dans leurs initiatives à s'associer pour plaider leur cause. Ils commencent à publier dans les années 1950 sur leurs pratiques d'insémination artificielle, tandis que l'avènement de la cryoconservation conduit à l'ouverture des « banques de sperme ». Aspirant à une reconnaissance publique et à l'unification de leurs pratiques, ces médecins sollicitent un agrément administratif en 1976¹⁷. C'est le premier acte du rattachement de la médecine procréative au service public, lequel advient à la fin des années 1980. La mise en place d'une couverture intégrale des frais d'AMP suit de manière linéaire ce processus de légitimation, ce que montre Isabelle Engeli : « Avant même que l'invention de la fécondation *in vitro* n'attire l'attention sur ce type de problèmes, le traitement de la stérilité était déjà pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale depuis 1978 »¹⁸. Le soutien étatique à la médecine procréative s'est donc imposé sans débat. Rappelons qu'à *contrario* ce n'est qu'à l'issue de nombreux combats et débats que la loi votée en 1982 autorise le remboursement des interruptions volontaires de grossesse.

Dans l'alliance « couples-médecins-État », les médecins se sont donc tour à tour

¹⁵ KIREJCZYK (Marta) et VAN DER PLOEG (Irma), « Pregnant couples: medical constructions around fertility and reproduction », *Journal of International Feminist Analysis*, Vol. 5, n°2, 1992, p. 9.

¹⁶ CAHEN (Fabrice), « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *Annales de démographie historique*, Vol. 2, n°126, 2013, p. 209-228.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ ENGELI (Isabelle), *Les politiques de la reproduction. Les politiques d'avortement et de procréation médicalement assistée en France et en Suisse*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 135.

tournés du côté des politiques natalistes pour légitimer pas à pas leurs pratiques, puis du côté de la demande des couples en mobilisant à loisir le motif discursif du « désir ». Deux éléments concourent à ce décentrage : une fois le processus d'institutionnalisation de la médecine procréative achevé, elle a pu présenter son offre technique comme une réponse au « désir d'enfant » des couples, d'autant plus que l'entrée dans l'ère du « choix procréatif », assortie d'une individualisation et d'une psychologisation croissante de nos sociétés, a favorisé la visibilité de ce « désir ». L'État, lui, a toujours encouragé les naissances.

Regardons désormais plus attentivement les dessous de la « solidarité procréative »¹⁹. Par quel « petit coup de force »²⁰ l'État social fait-il rentrer la prise en charge de l'infertilité dans le cadre des interventions légitimes de santé ? Au nom de quoi l'Assurance maladie ne considère-t-elle pas la « médecine du désir » comme une « médecine de confort » ? Selon Dominique Memmi, « la carte des remboursements livre une véritable anthropologie de la “médicalité” des soins » et de « leur légitimité relative, méritant prise en charge sociale »²¹. Rembourser à 100 % avec exonération du ticket modérateur un parcours médical coûteux²², au taux de réussite somme toute assez limité²³, c'est donc admettre qu'assister la procréation en vaut non seulement la peine – pour les femmes –, mais aussi le coût – pour l'État. Au-delà de toute rationalité gestionnaire, la prise en charge financière de ces traitements est politiquement cautionnée par les enfants qu'ils font naître. Pour autant, pour la justifier, ce ne sont ni le « désir d'enfant » ni le « devoir d'enfant », et encore moins le « droit à l'enfant » qui font leur entrée dans le code de la Sécurité sociale. En fait, tout repose ici sur l'interprétation à donner de la « déficience » à soigner : celle-ci renvoie « non à n'importe quel dysfonctionnement organique, mais bien à une perte d'une fonction socialement considérée comme “importante” »²⁴.

La prise en charge intégrale de l'infertilité des couples par le système assurantiel pose toutefois question au regard des autres situations y ouvrant droit²⁵, qui concernent la réparation de douleurs, affections et accidents. Cette fois, c'est au nom de « l'aléa biologique en matière de reproduction et de mort »²⁶ que l'infertilité, malheur individuel devenu préoccupation politique légitime, est encadrée par les institutions médicales.

Le « désir d'enfant » de nos contemporain-es, ainsi légitimé par la société et l'État, repose toutefois essentiellement sur les femmes. Elles subissent une pression sociale diffuse à être mères : outre les entourages familiaux, amicaux et professionnels qui jouent le rôle d'entrepreneurs moraux en la matière, les politiques publiques vantent une solidarité procréative dont les fondements ne sont pas discutés. Derrière l'injonction à la maternité se

¹⁹ GAILLE (Marie), *Le désir d'enfant*, Paris, PUF, 2011.

²⁰ MEMMI (Dominique), *Faire vivre et laisser mourir*, Paris, La Découverte, 2003, p. 79.

²¹ *Ibid.*, p. 101.

²² Sont couverts à 100 % les examens médicaux nécessaires, tant à l'exploration clinico-biologique des conjoints avant de rentrer dans les procédures d'AMP qu'aux protocoles de FIV. En 2014, le coût d'une FIV se situe ainsi entre 3 800 et 4 200 € et, avec ICSI, entre 3 900 et 4 600 € (Données de FivFrance, <http://www.fivfrance.com>).

²³ Si 2,9 % des enfants nés en 2012 en France ont été conçus par AMP, il ne faut pas occulter les faibles taux de réussite de ces techniques dites « de pointe ». E. de la Rochebrochard rappelle qu'à l'issue de la première tentative de FIV, le taux d'accouchements est estimé à 21 %. Et la probabilité d'avoir un enfant, suite aux quatre tentatives, n'est que de 41 %. Ce taux de succès prend en compte les arrêts de traitement en cours de processus (à cause de la pénibilité des traitements ou de l'estimation des faibles chances de réussite).

²⁴ MEMMI (D.), *op. cit.*, p. 80.

²⁵ Le diagnostic et le traitement de la stérilité côtoient, dans les situations ouvrant droit à un remboursement à 100 % avec exonération du ticket modérateur, les traitements médicaux lourds des affections de longue durée (cancer, insuffisance cardiaque sévère, sclérose en plaques ou infection par le VIH, par exemple) mais aussi le reversement de pensions en compensation d'un accident du travail ou la prise en charge d'enfants en établissements spécialisés.

²⁶ MEMMI (D.), *op. cit.*, p. 83.

révèle dès lors un contrat social procréatif propre à nos sociétés²⁷, qui renouvelle la stigmatisation des femmes volontairement ou non sans enfant.

Le devoir d'enfant se double inmanquablement du devoir de médecine pour la grande majorité de celles qui cherchent à se mettre en conformité avec les injonctions ambiantes. Autrement dit, « compte-tenu de la place de l'institution médicale dans notre société, les femmes s'étant pliées à la médicalisation de leur corps peuvent s'estimer quittes vis-à-vis de la norme d'enfantement »²⁸.

Il faut dire que, tout au long du parcours de procréation, c'est la médecine qui arbitre auprès des couples et joue un rôle médiateur entre l'État et leur « désir ». À partir du moment où un mandat est donné à une instance de normalisation des conduites pour juguler l'infertilité, l'AMP pose la question de la médicalisation des corps, au sens de l'extension du territoire de la médecine dans la vie des femmes. D'emblée, l'asymétrie institutionnelle qui caractérise la surveillance du sexuel dans le champ médical – c'est-à-dire l'ancrage social de la gynécologie médicale face à la faiblesse de la discipline d'andrologie – produit ces inégalités de manipulation des corps des deux classes de sexe. De surcroît, à travers l'AMP, se vérifie combien la maternité structure les catégories d'entendement et d'action de la médecine gynécologique (entendue au sens large).

La contrainte sociale de maternité a des racines anciennes. Dans ce phénomène, la médecine joue un rôle en propre, qu'il convient d'évaluer pour bien comprendre la continuité entre les parcours d'AMP et le suivi gynécologique de routine. Si la gynécologie médicale intervient préférentiellement en-dehors des grossesses, elle assure un suivi qui participe directement de la socialisation des femmes à la fonction maternelle. De nombreux détails l'attestent, à commencer par le cadre spatial des consultations – les références à la procréation sont légions dans les cabinets privés comme dans les services hospitaliers de gynécologie, qui du reste coïncident bien souvent avec la maternité ; l'agencement des lieux, mais aussi les outils d'information qui font office de décoration (posters et prospectus affichant bébés et ventres ronds) sont significatifs de la primauté accordée à la reproduction dans l'encadrement médical du groupe des femmes. Ce constat est en partie le reflet du développement de la spécialité à travers le temps : c'est d'abord la figure maternelle qui a concentré le regard médical, puis c'est à partir de la matrice (assimilée au « centre malade » des femmes²⁹) que la gynécologie a historiquement bénéficié d'un champ d'application de plus en plus varié. Au vu de ses fondements, la discipline gynécologique est par conséquent toute disposée à faire de la fonction procréative des femmes une destinée biologique et à traiter le corps maternel avéré, potentiel ou défaillant.

Le pouvoir procréatif est déterminant dans le déroulement du suivi gynécologique à long terme. Les patientes sont appréhendées par rapport à ce critère, comme s'il s'agissait de corps prédestinés à la maternité. Interrogées sur leur vision, depuis leur position de professionnelle, de la vie des femmes, les gynécologues rencontrées placent en effet la reproduction au cœur de leur description des phases biographiques³⁰. Dans leurs cabinets, les

²⁷ DEBEST (Charlotte) et HERTZOG (Irène-Lucile), « Désir d'enfant – devoir d'enfant : le prix de la procréation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, Vol. 48, n°2, 2017, p. 45-64.

²⁸ TAIN (Laurence), « Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée », *Genre, sexualité & société*, n°1, 2009, p. 6.

²⁹ KNIBIEHLER (Yvonne) et MARAND-FOUQUET (Catherine), *La Femme et les Médecins : analyse historique*, Paris, Hachette, 1983, p. 72 ; DORLIN (Elsa), *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, France, La Découverte, 2009 (2006), p. 113.

³⁰ RUAULT (Lucile), « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles questions féministes*, Vol. 34, n°1, 2015, p. 35-50.

rappels à l'ordre sur l'avancée en âge des patientes sont fréquents, celle-ci étant interprétée en termes d'« horloge biologique » – ce qui est le corollaire de cette biographie utéro-centrée. B (gynécologue de 45 ans travaillant en libéral et vacataire dans un service hospitalier) explique ainsi qu'elle ne se contente pas *d'assister* l'aptitude à engendrer, mais notifie régulièrement aux femmes qu'il est temps de la vérifier :

J'suis très déformée par le fait qu'en travaillant en médecine de la reproduction, on s'aperçoit que la fertilité, dès 35 ans, ça commence à chuter rapidement, alors que les femmes de maintenant, à 30 ans elles ont pas forcément envie d'avoir un enfant. Donc j'essaie de faire passer des messages, et de leur dire "ben voilà, si un jour vous voulez un gamin, vous y mettez pas à 40 quoi". [...] Ah moi j'arrête pas [de le dire] !

Ce propos, loin d'être isolé, donne à voir la priorité qu'incarne la maternité dans les cadres de pensée de la profession. En chemin, elle appose un sceau expert sur la perception de la maternité comme fonction sociale première des femmes.

De plus, le témoignage de B dévoile l'une des conséquences de la médecine de la reproduction : la place croissante qu'elle occupe en gynécologie renforce la centralité de la fonction génératrice dans l'encadrement médical général des femmes. Partant, l'infertilité définie comme problème de santé a exacerbé l'emprise médicale sur la conceptualisation et, ce faisant, l'exploitation des femmes en tant que corps reproducteurs.

III. Un travail procréatif coûteux pour les femmes

La « fabrique des enfants » (Laure, 34 ans, professeure) entérine la division sociale du travail confiant aux femmes la charge physique, mentale et émotionnelle des tâches procréatives. Toutes les enquêtées le mettent en avant : une éthique de la disponibilité féminine anime les discours et les pratiques de la médecine procréative, réorganisant leur quotidien en fonction du calendrier médical. Les femmes sont contraintes de se plier en « *bonnes élèves* » (Chantal, 40 ans, en recherche d'emploi) aux investigations destinées à identifier la/les causes du dysfonctionnement, ainsi qu'à une prise en charge se concentrant sur leur corps³¹.

Tout est rationalisé, planifié, tout à fait. Mais il n'y a pas d'autres possibilités, on est obligée de se soumettre à ce « protocole » comme ils disent (Gaëlle, 40 ans, chargée d'études au moment des traitements)

Les patientes ont donc pour la plupart intégré cette logique programmatrice, comme Caroline (40 ans, intérimaire dans le commerce) qui se dit elle-même « programmée en FIV pour la deuxième semaine d'octobre ». Elles admettent par la même occasion ne plus rien contrôler de leur corps et de leur quotidien. La première partie du protocole de FIV – environ quatorze jours – est rythmée par une piqûre à heure fixe, entre 19h et 20h. Cette entrée en matière suppose d'emblée des femmes exerçant une activité professionnelle de « pister la montre » (Marie, 29 ans, animatrice sociale), de s'organiser en intégrant cette donnée à leur emploi du temps, ce qui est loin d'être une évidence. Tout repose sur leur ingéniosité pour faire face, seules, à la bonne tenue du protocole médical, avec les tensions que cela génère.

Au cœur de temporalités asynchrones, elles sont contraintes de mettre en retrait leurs projets professionnels – mais aussi parfois familiaux, amicaux, associatifs – tant l'engagement dans une AMP est non seulement chronophage, mais surtout antagonique avec des horaires de travail. Si elles ne remettent jamais en cause le bienfondé « médical » du calendrier auquel se

³¹ Au spermogramme demandé aux hommes, répond une multiplicité d'examen médicaux prescrits aux femmes. Cf. ROZÉE (V.) et MAZUY (M.), *art. cit.*

plier – prérequis, selon elles, pour satisfaire leur « désir d'enfant » –, elles soulignent, toutes, l'aliénation temporelle qu'il implique. Porté par une société encline à voir le travail d'articulation travail/famille comme une spécificité féminine, dès lors invisible, le corps médical ne se préoccupe pas de la charge mentale qui en découle. L'AMP et ses contraintes corporelles et organisationnelles ne font à vrai dire qu'exacerber la disponibilité à la famille socialement dévolue aux femmes.

La seconde partie du protocole de FIV voit le rythme s'accélérer, la nature des examens se diversifier. Les femmes sont surtout soumises à une organisation des services médicaux qui postule une totale disponibilité. Le protocole de FIV implique en effet pour elles de multiples consultations, tous les (deux) jours, durant la période de stimulation ovarienne. Elles sont alors convoquées dans les centres d'AMP, souvent à distance de leur domicile et/ou de leur lieu de travail à partir de 7 h. Elles y sont prises en charge dans l'ordre de leur venue, chacune cherchant à être la première examinée pour éviter le stress d'une arrivée tardive au travail. Ces rendez-vous ne peuvent être choisis pour composer avec l'emploi du temps professionnel, dépendant directement du protocole engagé et des réactions du corps des patientes à la stimulation hormonale. L'organisation est en outre pensée de sorte à permettre la prise en charge concomitante de cohortes de patientes. À elles, dès lors, de s'adapter, ce que décrit Chantal :

Effectivement, le principe, c'est qu'il faut aller « là-haut » [dans le service d'AMP au dernier étage du CHU], se présenter entre 7h et 9h. On arrive, on s'inscrit dans un cahier et ensuite, c'est par ordre d'arrivée, mais c'est vrai que, de toute façon, à chaque fois, c'est deux bonnes heures et ça peut être plus certains jours. [...] On voit l'heure qui tourne et...

À aucun moment les équipes médicales ne s'enquière des contraintes professionnelles et de mobilité géographique des patientes afin d'adapter les horaires des examens. Elles sont censées se tenir à disposition du corps médical, quitte à poser une semaine de vacances dans la période la plus intense du traitement, comme le médecin de Séverine (30 ans, infirmière) le lui a suggéré « pour que ce soit plus facile » au moment de la FIV. À l'évidence, l'activité professionnelle des femmes est tenue pour secondaire par rapport à leur projet de maternité, qui suppose de s'adapter à l'institution les assistant pour devenir mère. Chantal se remémore ainsi les propos tenus à une patiente arrivée tardivement, à 8h40 :

Elle va voir les infirmières en leur disant : « oh là là, y'a du monde, il faudrait qu'on me prenne parmi les premières parce que là j'ai un train, je dois retourner en province ». L'infirmière lui a dit : « mais Madame, vous venez d'arriver, l'organisation, vous savez comment c'est. C'est de 7h à 9h, et après, c'est à vous de prendre vos dispositions pour pouvoir faire votre traitement, vous conformer ». [...] Donc, oui, la dame était en stress...

S'il s'agit incontestablement pour les patientes de suivre les procédures organisées pour des professionnel·les de santé, comme dans tout autre service hospitalier, se profile une exigence de conformité au système de genre, même si celle-ci n'est jamais clairement formulée. Ne pas compter son temps, savoir se rendre disponible « corps et âme » pour se concentrer sur son projet de maternité médicalement assistée, c'est en quelque sorte se préparer à son rôle de future « bonne mère ». La nécessaire disponibilité à l'enfant relevant d'une « dynamique du don [...] érigée en spécificité maternelle – et, par extension

féminine »³² traverse telle une évidence les représentations des praticien·nes de l'AMP alors même que les enfants ne sont pas encore nés.

Marie (29 ans) décrit cette subordination à la logique biomédicale comme aliénante, tout en se reconnaissant prête à poursuivre ses protocoles de FIV. Ce paradoxe apparent, qui caractérise beaucoup de patientes des services d'AMP, traduit avec force l'arraisonnement des corps féminins à la médecine procréative, ultime recours pour donner satisfaction à un « désir d'enfant » considéré comme irréprouvable.

Parce que nous devenons esclaves de notre emploi du temps, des piqûres, des prises de sang, des échographies, des contacts avec les médecins et les biologistes, esclaves de notre corps, de notre désir, ces traitements sont autant d'espoirs et de contraintes qui placent entre parenthèses tout le reste, et nous plongent dans l'attente. Nous devenons une sorte de marionnette animée par le seul désir de transmettre la vie, agitée par les tiraillements des contraintes du boulot, des hormones et des médecins. Difficile... mais c'est le prix à payer. Et je suis prête à faire ce sacrifice provisoire de moi-même. Combien de fois ? Je ne sais pas, mais une fois de plus au moins.

Marie est prête à « se sacrifier » pour tenter de donner satisfaction à son « désir de transmettre la vie ». Si elle cède à ce à quoi elle ne consent pourtant pas pleinement³³, c'est que, pour elle, l'infertilité « met en jeu les questions de féminité, de maternité, sa capacité à faire quelque chose ». C'est parce que la maternité continue, dans les représentations collectives, d'être constitutive de l'identité féminine que Marie poursuit son parcours « sacrificiel ». Retenter une nouvelle FIV devient alors le « prix à payer » pour se conformer au système de genre. La force de l'évidence de ce désir de procréer que Marie associe à une féminité naturalisée repose à vrai dire sur un implicite qui n'est pas déconstruit : son identité serait incomplète sans fonction maternelle, a-t-elle intériorisé depuis son plus jeune âge. La servitude que Marie notifie avec tant de vigueur n'a donc rien de bien volontaire.

À cette imposition de temps se greffe un coût physique dont les femmes relèvent toutes la lourdeur, le plus souvent avec des formules euphémisées lorsqu'elles sont encore en traitement, comme pour s'excuser de souligner la charge de travail qu'implique la production des enfants. « C'est pas évident, parce qu'on se dit : "c'est des piqûres, des efforts". Bon, c'est pas trop dur mais on malmène son corps quand même », relate Justine (35 ans, cadre supérieure). Au fil des traitements d'AMP, les corps s'épuisent et la fatigue s'expose. Face à ce « rappel à l'ordre » d'un corps dont la force de travail s'amenuise non seulement dans un forçage de ses potentialités reproductives, mais aussi dans la double production que supposent la fabrication des enfants et l'activité professionnelle, certaines cherchent à « reprendre la main » pour éviter l'usure, comme Nathalie (35 ans, agente administrative) :

La prochaine FIV, j'vens attendre l'année prochaine pour pas en faire trop d'affilée. [...] Surtout au mois de janvier, par rapport à mon travail, c'est assez chargé, donc je peux pas cumuler. Si on a le traitement, ça nous puise quand même... Là, j'ai rien fait de la semaine, mais j'ai été fatiguée comme si j'avais travaillé [...] Ça a puisé physiquement... Mais c'est vrai que les traitements, ça travaille quand même.

Ce n'est qu'*a posteriori* que les femmes, comme Anna (39 ans, chargée de mission pour le conseil régional), peuvent s'autoriser à relever le manque d'informations face à des

³² BLOCH (Françoise) et BUISSON (Monique), « La disponibilité à l'enfant : le don et la norme », *Recherches et prévisions*, 1999, n°57-58, p. 17-29.

³³ MATHIEU (Nicole-Claude), « Quand céder n'est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie », *L'Arraînement des femmes. Essai en anthropologie des sexes*, Paris, Cahiers de l'Homme, 1985, p. 169-245.

traitements perçus comme néfastes et qu'elle qualifie d'« horreurs », de « parcours de martyre », « désagréables au possible ». Anna s'indigne des séquelles plus larges induites par ces parcours « déshumanisants » et qui la marqueront « à vie » : une vie professionnelle sacrifiée par une mobilité géographique limitée en raison du lien de dépendance à l'institution médicale, une vie affective et sexuelle durablement atteinte par la logique techniciste, ainsi qu'un désenchantement général teintant les actes du quotidien constituent d'autres « effets secondaires » de l'AMP. Bien que sa gynécologue s'en défende, Anna impute en effet aux lourds traitements hormonaux de son long parcours la poussée d'un fibroadénome douloureux dans son sein, qu'il a fallu opérer. L'emprise de l'institution médicale sur les femmes lui semble démesurée, en ce que leur vie s'apparente pour un temps à un examen gynécologique perpétuel :

Et puis quand on a été en quelque sorte atteint de façon mécanique, je sais pas... par les machins, les pipettes, les spéculums. À répétition, par 150 personnes différentes. Ben c'est vrai qu'à la fin [...] ça devient un endroit, peut-être plus qu'autre chose... plus ouvert pour les visites extérieures. Paradoxalement, parce qu'on ne vous regarde pas si souvent les dents finalement. [...] C'est un lieu de passage quoi.

Les parcours d'AMP peuvent ainsi durablement atteindre l'intégrité corporelle des femmes. Affleure ici le travail émotionnel requis pour répondre aux exigences de la médecine procréative : les sentiments sont travaillés pour pouvoir s'exprimer adéquatement face aux gynécologues dont elles attendent l'assistance et se forger une identité de « bonne patiente ». Il ne convient plus de se montrer pudique face à la multiplicité des examens invasifs, ou encore en plein désarroi face à une infertilité conjugale, comme Nathalie le révèle : « Et je me disais : “il faut que je tienne le coup car s'ils voient que je suis pas bien, ils vont peut-être me refuser la FIV”. J'me disais, mais c'est inconsciemment... ».

Plus généralement, cette administration des conduites émotionnelles conduit les patientes à ne jamais afficher leurs contraintes professionnelles pour prétendre ne pas avoir d'autre préoccupation que leur projet d'enfant. Ainsi craignent-elles régulièrement de manquer l'appel téléphonique des secrétaires des services d'AMP dictant la marche à suivre pour le bon déroulé des protocoles de FIV, quitte à contrevenir aux règles interdisant toute communication personnelle sur le temps de travail. Recevoir cet appel « routinier » visant à ajuster le traitement exige des enquêtées, comme Delphine (40 ans, cadre supérieure), diverses stratégies qui associent autocontrôle et sens de l'improvisation : « Ce qui est très difficile pour moi à gérer, c'est que je travaille en *openspace*. Quand on a Béclère qui appelle, ce n'est pas facile, il faut trouver une salle libre. Et on ne dit jamais : “dosage”, “médicament”, “échographie”. Du coup, on jongle, c'est super difficile à gérer ». La maîtrise de ce surgissement de données relevant du secret médical dans l'espace professionnel représente un exercice d'équilibriste, susceptible de susciter la gêne des travailleuses, voire de les mettre en danger face à une hiérarchie pointilleuse ou des collaborateurs/rices malveillant-es.

Approcher les parcours d'AMP sous l'angle des expériences des femmes qui en sont les destinataires principales conduit donc à décentrer de façon fondamentale l'analyse : en se détachant du point de vue juridique ou médical, on peut espérer étudier ces traitements dans leur matérialité quotidienne. Du fait de la disponibilité temporelle, la charge corporelle et mentale qu'ils exigent, les femmes mettent entre parenthèses leur vie pour *donner la vie* et sont comme assimilées pour un temps à des « incubateurs humains »³⁴. À condition de

³⁴ AKRICH (Madeleine) et LABORIE (Françoise), « Introduction. De la contraception à l'enfantement : l'offre technologique en question », *Cahiers du genre*, n°25, 1999, p. 10.

déconstruire ce désir d'enfant tant naturalisé, l'AMP donne à voir dans ses traductions les plus radicales le *travail procréatif* qu'accomplissent les femmes. De même que l'émergence du « *droit à l'enfant* », une expression souvent mobilisée pour rendre suspecte une requête individuelle propre à nos sociétés libérales, ne peut se comprendre qu'en référence au *devoir d'enfanter*, qui s'adresse, encore aujourd'hui, spécifiquement aux femmes. Le « désir d'enfant » est donc toujours à double face : derrière la force des désirs des individus, incontestable, apparaît un devoir socialement entretenu par l'intermédiaire, entre autres, de la médecine procréative.