

## **Pour une histoire sexuée de la fécondité : représentations et pratiques à l'épreuve du genre**

---

**Laurence TAIN**

Université de Lyon

L'objectif de cette contribution est d'apporter un éclairage sur l'histoire de la fécondité à partir de la notion de genre. Mais qu'entend-on par genre ? C'est un concept que nous chercherons tout d'abord à expliciter, avant d'en faire usage comme catégorie d'analyse des deux révolutions contraceptives.

### **1. Le genre, catégorie d'analyse des représentations et pratiques de fécondité**

Qu'est-ce que le genre ? Peut-on considérer, comme le note avec humour Thérèse Locoh (1996, p. 9) à propos de la démographie, que l'on « traite des relations de genre comme Monsieur Jourdain faisait de la prose puisque la variable sexe est présente dans la plupart des études sur la population » ? La réponse est non, comme elle le précise fort justement : « si les statistiques ventilées par sexe font partie de la routine des observations démographiques, cela ne suffit pas à en faire une approche en termes de genre ».

L'enjeu est alors la matérialisation du concept de genre, qui nourrit de nombreuses controverses. L'approche de ce concept, que je vais développer ici, s'inscrit dans une approche relationnelle des catégories de sexe et cible aussi bien les cadres sociaux, les institutions que leurs interactions. En ce sens, dans la mesure où l'on précise les modalités de construction du corps sexué, je souscris à la définition de l'approche de genre, proposée par Thérèse Locoh dans la suite du même texte, comme « l'étude des rapports socialement construits entre les sexes, aussi bien au niveau micro-social des relations interindividuelles qu'au niveau macro-social, tels que les sociétés au fil de leur histoire les ont progressivement inscrits dans leurs pratiques institutionnelles. » (Locoh, 1996, p. 9).

Le genre peut s'appréhender à chaque niveau de la société comme un tout (Rubin, [1975] 1998) ou selon des axes différenciés d'analyse. Comme le note Nicky Le Feuvre (2003a, p. 48 ; 2003b, p. 86), cette deuxième voie a donné lieu à des modèles distincts qui ont évolué au fil des années. Juliet Mitchell identifiait en 1966 quatre « structures » du

genre : production, reproduction, socialisation, sexualité, tandis que Robert Connell proposait, en 1987 (p. 96-119), un modèle ternaire – division sexuelle du travail, distribution du pouvoir, interaction interindividuelle. Le modèle a évolué en 2002 (Connell, p. 58) en quatre dimensions : pouvoir, relations de production, relations émotionnelles et relations symboliques. Lorena Parini, de son côté (2006, p. 37), centre son regard sur le contrôle de la reproduction, la division sexuelle du savoir et du travail, l'accès à l'espace politique.

Les composantes du genre que j'ai choisi d'explorer sont au nombre de trois : le processus de catégorisation du masculin/féminin et la construction des corps sexués ; les relations de sexualité, de production et de reproduction ; la production des pouvoirs, des hiérarchies, des asymétries et des résistances. Cette façon de configurer le genre recoupe en partie les modèles précédemment cités et correspond aux dimensions qui me sont apparues utiles dans l'étude de la fécondité. C'est ainsi avec ces trois dimensions du genre que je vais porter mon regard sur les deux révolutions contraceptives.

## **2. La première révolution contraceptive et l'affirmation de l'individu masculin**

Avec la philosophie des Lumières, le rapport au corps, à sa connaissance et à sa maîtrise change. À côté de l'Église, une nouvelle institution se bâtit, l'institution médicale.

Au premier abord, l'avènement de la modernité ne paraît pas établir de coupure dans le processus de sexuation du corps reproducteur. On observe une permanence de la division par sexes des contours du corps reproducteur et les voies de maintien d'un héritage préscientifique dans une société scientifique. En effet, l'image du corps reproducteur est directement liée à la perception que l'on se fait de la fécondité. Or, la mise à l'écart du masculin et la focalisation sur le féminin dans les phénomènes de fécondité et d'infécondité apparaissent comme un invariant des sociétés à l'ère pré-scientifique comme à l'ère de la médicalisation. Dans les sociétés pré-scientifiques, selon Françoise Héritier (1984), la stérilité masculine n'est reconnue que dans le cas de l'impuissance et, de plus, elle est, en général, socialement masquée « par le biais d'instances particulières : il est rare qu'un homme, même impuissant, se trouve privé de progéniture ». Du point de vue de la science, même une fois que la contribution masculine à la fécondité a été dûment identifiée, le facteur masculin a été négligé dans les études de biologie humaine tout comme dans les mesures démographiques.

Néanmoins, comme l'a souligné Thomas Laqueur ([1990] 1992), un changement majeur intervient. Ce ne sont plus des instances sacrées qui fondent prioritairement les représentations et pratiques du corps sexué reproducteur. Progressivement, c'est la Science

qui est chargée du maintien de la féminisation du corps reproducteur. Or, même si ce résultat reste effectivement globalement acquis au fil de la modernité, la démarche scientifique contribue aussi à faire émerger des voix discordantes. L'imputation de la fécondité et de l'infécondité aux femmes est alors interprétée – souvent de façon ironique – non comme une conséquence mais comme une lacune de l'expérimentation.

Les bouleversements relatifs à l'articulation entre production, reproduction et sexualité se révèlent encore plus marqués. La maîtrise des processus de fécondité est en marche simultanément à la volonté de connaissance, ce qui fait dire à Philippe Ariès (1971) que « ce n'est pas un hasard si cette conjonction d'un besoin et d'une technique tous deux anciens sans doute mais étrangers l'un à l'autre s'est réalisée au moment même où la population a cessé d'être un phénomène instinctif et inconnu pour devenir un objet de connaissance positive ».

La « première révolution contraceptive » signe cette évolution en instituant une dissociation entre sexualité et reproduction qui n'est plus encadrée par l'Église. Le gouvernement du corps échappe, en partie, à son autorité comme en témoigne, par exemple, l'augmentation en France des contraceptions en période de carême. C'est dans l'intimité des couples que s'élaborent ces nouvelles pratiques. La baisse de la fécondité en France aux alentours de la Révolution française a été maintes fois évoquée et diversement interprétée (Leridon, 1995 ; Ariès, 1998 ; Bergues *et al.*, 1960). On a pu mettre en avant l'impact de la Révolution de 1789 et de la philosophie des Lumières (Binion, 2000). Mais, quoi qu'il en soit, la limitation des naissances, attribuée souvent à la généralisation du retrait, parfois à l'onanisme conjugal, est une affaire privée.

De façon analogue, c'est dans un contexte de maîtrise de la nature, du corps que se situe l'apparition des techniques de reproduction humaine : « L'Homme préside aux accouplements de son étable [...] ainsi l'homme a été amené peu à peu à diriger à son gré la reproduction animale et, par conséquent, à considérer la génération comme une technique à l'instar des autres techniques d'une ferme moderne. N'y a-t-il pas eu contagion de l'animal à l'homme ? » (Ariès, 1971). D'une façon qui peut paraître étonnante, la mise au point du procédé d'insémination eut d'abord lieu sur une femme. Il y eut, certes, quelques expérimentations animales : Jacobi obtint des alevins de saumon en arrosant les œufs d'une femelle avec la laitance d'un mâle (1763) ; Spallanzani réussit une expérience analogue sur les grenouilles. Toutefois, ce ne sont pas à proprement parler des inséminations artificielles mais plutôt des fécondations artificielles, puisqu'il n'y a pas d'introduction de la semence dans les voies génitales femelles (Didier David, 1984). La première insémination artificielle, dont une trace est parvenue jusqu'à nous, a donc eu lieu sur une femme (1776) si l'on ne tient pas compte des contes arabes qui font allusion dès le XIV<sup>e</sup> siècle à des fécondations de juments grâce au sperme prélevé sur des étalons. La célèbre expérience de Spallanzani sur une chienne (1780) lui fut donc postérieure (Danielle Stora, 1976).

Néanmoins, la clandestinité de la pratique, son expérimentation en dehors du médecin incitent à imaginer la difficulté sociale à penser la dissociation entre sexualité et reproduction et la place encore plus fragile du médecin dans la société. Malgré la réussite de l'essai d'insémination artificielle sur une femme suggéré par le médecin anglais John Hunter en 1776 (voir ci-dessus), la diffusion de cette innovation technique est très lente, la pratique médicale reste cloisonnée et les échanges scientifiques limités. Ainsi, ce premier succès ne fut connu et publié dans les *Philosophical Transactions* de la Royal Society qu'en 1799, alors que Hunter était déjà décédé depuis 6 ans. De même, les quelques publications de médecins français, qui utilisent la technique, témoignent de cet isolement. C'est en 1803 que paraît en France, pour la première fois, un livre sur l'insémination artificielle humaine et ses indications. Il est dû au médecin français Thouret, qui s'inspire des expériences de Spallanzani menées en 1780 sur les animaux. La tentative réussie d'insémination artificielle d'une femme susdite est antérieure et semble lui être inconnue<sup>84</sup>. Les tentatives restent secrètes, même lorsqu'elles sont décrites par les médecins. Des récits d'expériences sont déposés sous forme de plis cachetés à l'Académie des sciences et le secret ne peut être levé avant un siècle, sauf si l'auteur ou ses héritiers le demandent<sup>85</sup>. Le docteur Gigon ne publie qu'en 1867 les 14 cas qu'il a traités depuis 1846, et encore le fait-il sous forme d'une publication anonyme, signée par X<sup>86</sup>. Cependant, la méthode se perfectionne et les indications médicales s'étendent : emploi de la technique en cas de frigidity de la femme, inséminations intra-utérines et non plus seulement intra-vaginales<sup>87</sup>.

Avec l'apparition de ces nouvelles techniques, comment envisager la nature des rapports sociaux entre les sexes ? Observe-t-on des permanences et/ou des déplacements dans les hiérarchies entre hommes et femmes ?

Une première réponse peut-être apportée à partir des nouvelles modalités des pratiques contraceptives. En effet, dans une optique de genre, on peut envisager, comme l'a proposé Armelle Andro<sup>88</sup> pour les pratiques contraceptives contemporaines en Afrique de l'Ouest, une catégorisation des modes de contraception en fonction de la forme de contrôle

---

<sup>84</sup> Thouret, doyen de la faculté de médecine de Paris, publie en 1803 son livre *Application sur l'espèce humaine des expériences faites par Spallanzani sur quelques animaux*. Le modèle de référence est donc l'insémination artificielle d'une chienne, réalisée par Spallanzani en 1780 alors que le cas d'insémination artificielle humaine relaté par Home en 1799 concerne la réussite d'une tentative en 1776.

<sup>85</sup> Il s'agit des plis cachetés déposés par Serre en 1874, Baumers en 1852, Tessier en 1861 et Dehaut en 1865 ; cf. Didier David, « Les débuts de l'insémination artificielle au XIX<sup>ème</sup> siècle : à propos de quatre plis cachetés », *La vie des sciences, Comptes rendus*, 1987, n° 4, p. 449-458

<sup>86</sup> X... « Troisième exemple de fécondation artificielle », *La réforme médicale*, 29 septembre 1967.

<sup>87</sup> C'est le docteur Nicolas qui utilise, en 1828 à Nancy, l'insémination artificielle pour une femme frigide. C'est le docteur Gigon qui est le premier à réaliser des inséminations intra-utérines et non plus seulement intra-vaginales.

<sup>88</sup> Armelle Andro, « Contrôle traditionnel de la fécondité et innovation dans les pratiques contraceptives masculines et féminines en Afrique de l'Ouest », in *Démographie : nouveaux champs, nouvelles recherches*, collection dossiers et recherches de l'INED, n° 89, 2000, p. 149-158.

des différentes étapes de la pratique. De ce point de vue, le retrait apparaît comme une méthode coopérative mais dont l'initiative est sous contrôle masculin. Cette scène est ainsi à l'image de l'émergence de l'individu à l'époque de la Révolution française, comprise comme l'affirmation de l'homme ayant autorité sur femmes et enfants. Si l'on prend comme référence l'onanisme conjugal, il faudrait sans doute nuancer le propos et insister sur la fragilité de ce réaménagement de la domination masculine qui perd, avec la Révolution française, son fondement « naturel » au profit d'une assise négociée<sup>89</sup>.

Cette même tendance s'observe avec l'insémination artificielle. Cette technique de reproduction confirme bien l'image de la sexualité contraceptive dessinée par la méthode du retrait : le couple construit une forme d'autonomie sous l'autorité de l'homme. La description de la première expérimentation connue illustre cet état de fait : en suivant les instructions du médecin Hunter, un drapier anglais pratiqua une insémination artificielle avec sperme de conjoint sur sa femme grâce à une seringue chauffée. Le résultat fut un succès.

### **3. La deuxième révolution contraceptive et l'autonomie des femmes sous contrôle médical**

Avec la médicalisation, assiste-t-on aux mêmes représentations et pratiques sexuées relatives aux corps ? Observe-t-on une permanence ou une reconfiguration des attributions de fécondité entre homme et femme ?

Ce qui apparaît de prime abord, c'est le maintien de la femme comme objet de recherches en médecine et en biologie de la reproduction. Dans la continuité de l'héritage de la modernité et sous l'influence des rapports sociaux de sexe, c'est le corps féminin qui est désigné prioritairement par les médecins comme le siège de la fécondité, attribution acceptée par la majorité des femmes. Cette disponibilité tient à l'injonction sociale à la maternité, qui a facilité l'implication de femmes dans de telles expérimentations. C'est ainsi que les expérimentations concernant la contraception ou les techniques de reproduction portent sur le corps des femmes avec leur accord. Comme le note Lesley Brown, mère du premier enfant né par fécondation *in vitro* grâce à l'équipe Edwards-Steptoe, en 1978 : « Je ne me souviens pas que Mr Steptoe ait dit que sa méthode pour produire des bébés ait déjà marché et je ne le lui ai certainement pas demandé. J'ai simplement imaginé que des centaines d'enfants conçus à l'extérieur de l'utérus de leur mère étaient déjà nés. Avoir un bébé était tout ce qui m'importait » (Brown, 1979).

---

<sup>89</sup> André Rauch, *Le premier sexe : mutation et crise de l'identité masculine*, Paris, éd. Hachette, 2000.

Les pratiques médicales et hospitalières en découlent. Ce sont toujours les femmes qui ont prioritairement la charge de la régulation de la reproduction. Elles assument dans leurs corps aussi bien les conséquences des techniques contraceptives que reproductives.

Néanmoins, les processus d'assignation sexuée ont évolué depuis la première révolution contraceptive. Sous l'impact de l'institution médicale, la confrontation à la réalité matérielle des corps et les intérêts liés au développement de la Science amènent des réaménagements. Malgré les réticences du public et la persistance d'une forte asymétrie sexuée, la responsabilité masculine en matière de reproduction devient visible aussi bien au niveau de la recherche que des pratiques cliniques.

Mais l'évolution la plus marquante a trait aux formes de dissociation entre sexualité et reproduction qui se concrétisent avec la deuxième révolution contraceptive, aussi bien dans le cas d'une sexualité sans procréation que d'une procréation sans sexualité.

Du long combat pour l'accès à la contraception médicalisée des femmes, on retiendra d'abord le caractère public. Cette nouvelle forme de contraception n'est pas le résultat, comme lors de la première révolution contraceptive, de négociations privées, mais d'une mobilisation citoyenne. Autrement dit, « la deuxième transition correspond à une autre phase de l'autonomie individuelle, beaucoup plus publique (Lesthaeghe, 1992) ». Une autre caractéristique tient à la nouvelle place des femmes dans le dispositif. La pilule est le résultat d'une « commande » passée dans les années 1950 par la militante du planning familial Margaret Sanger, à un endocrinologue réputé, Gregory Pincus. Au sein du couple, les femmes détiennent dès lors le contrôle du moyen contraceptif.

Enfin, il faut souligner le rôle des médecins dans cette nouvelle configuration. C'est l'alliance de femmes et de médecins, notamment au sein du Mouvement français pour le planning familial (MFPPF), qui a permis la reconnaissance publique du droit à la contraception et à l'avortement. Néanmoins, les divergences sont apparues sur la place respective des femmes et des médecins dans le contrôle des corps, aboutissant en France à des scissions au sein du MFPPF.

Simultanément à cette dynamique sociale d'émancipation des femmes, marquée notamment par le vote des décrets d'application de la loi Neuwirth libéralisant la contraception (1967) ou de la première loi autorisant l'avortement (1975), un espace public s'ouvre pour la reconnaissance de l'insémination artificielle et la mise en œuvre de la fécondation *in vitro*. En effet, ce n'est qu'en 1973 que la pratique de l'insémination artificielle s'est réellement développée en France (David, 1984). Le revirement a lieu avec la création cette année-là de trois banques de sperme, dans des contextes bien différents (Novaes, 1994). Pour l'endocrinologue Sacha Geller, fondateur de la banque du Cefer à Marseille, il s'agissait d'étendre la collaboration entre cliniciens et biologistes. La fondation de la banque de l'hôpital Necker s'est accompagnée de justifications morales sur

le principe même de l'insémination artificielle avec donneur, son fondateur, le gynécologue Albert Netter, s'y étant initialement opposé. Enfin, la création de la première banque du Cecos par le médecin biologiste Georges David avait pour but d'assurer le contrôle technique de la pratique (indications médicales, recrutements des donneurs, protocoles d'insémination, données épidémiologiques...). Par ailleurs, c'est en 1978, en Angleterre, qu'à lieu la première tentative réussie, due à la collaboration du chercheur biologiste Robert Edwards et du médecin gynécologue Patrick Steptoe, qui travaillait sur le projet depuis 1965. Louise Brown, le premier « bébé-éprouvette », est née le 25 juillet 1978 à l'hôpital d'Oldham près de Manchester. En France, le premier succès est enregistré en 1982 : grâce à l'association de René Frydman et de Jacques Testart, un médecin et un biologiste, comme dans l'équipe anglaise, Amandine est née à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart) en février 1982<sup>90</sup>.

Ainsi, avec la deuxième révolution contraceptive, d'autres formes de régulation de l'association/dissociation entre sexualité et reproduction apparaissent. Elles sont plus visibles que lors de la première révolution contraceptive. Si, avec l'émergence de la modernité et le déclin de l'influence de l'Église, les négociations avaient plutôt pour cadre la sphère privée, aujourd'hui, le contrôle normatif concernant sexualité et reproduction apparaît aussi de façon explicite dans le domaine public et l'institution médicale y joue un rôle majeur.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

ARIÈS Philippe, 1971, *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII<sup>ème</sup> siècle*, éd. Le Seuil, Paris, 414 p.

BERGUES Hélène, ARIÈS Philippe, HELIN Étienne, HENRY Louis, RIQUET Michel, SAUVY Alfred, SOTTER Jean, 1960, *La prévention des naissances et ses origines dans les temps modernes*, travaux et documents de l'Ined.

BINION Rudolph, 2000, « Marianne au foyer : révolution politique et transition démographique en France et aux États-Unis », *Population*, vol. 55, n° 1, p. 81-104.

BROWN Lesley et John, FREMMAN Sue, 1979, *Our Miracle Called Louise, a Parents' Story*, New York et Londres, Paddington Press Ltd.

CONNELL Robert W, 1987, *Gender and Power Society, the Person and Sexual Politics*, Polity Press, Cambridge, 334 p.

---

<sup>90</sup> « L'aventure Amandine "a pris corps" exactement le 10 mai 1981 », cf. Frydman, 1986 : le premier jour de la procédure médicale correspondant au premier jour des dernières règles de la futur mère, a été le 10 mai 1981.

CONNELL Robert W, 2002, *Gender*, Polity Press, Cambridge, 173 p.

DAVID Didier, 1984, *L'insémination artificielle humaine*, Paris, éd. ESF, 151 p.

HÉRITIER Françoise, 1984, « Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique », in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, ouvrage collectif sous la direction de M. Augé et C. Herzlich, éd. des Archives contemporaines, Paris, p. 123-154.

LAQUEUR Thomas, 1992, *La fabrique du sexe, essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, Paris, 355 p.

LE FEUVRE Nicky, 2003a, « Le “genre” comme outil d’analyse sociologique », in *Le genre comme catégorie d’analyse*, ouvrage collectif sous la direction de Dominique Fougeyrollas-Schwebel, Christine Planté, Michèle Riot-Sarcey, Claude Zaidman, L’Harmattan, Paris, p. 39-52.

LE FEUVRE Nicky, 2003b, *Penser la dynamique du genre : parcours de recherche*, habilitation à diriger des recherches présentée à l’université de Toulouse Le Mirail, 274 p.

LERIDON Henri, 1995, *Les enfants du désir*, Julliard, Paris, 273 p.

LESTHAEGHE Rony, 1992, « La deuxième transition démographique dans les pays occidentaux : une interprétation », in *Transitions démographiques et sociétés*, ed. Chaire Quételet.

LOCOH Thérèse, 1996, « De la démographie, des femmes et des hommes », in *Genre et développement : des pistes à suivre*, ouvrage collectif dirigé par Thérèse Locoh, Annie Labourie-Racapé, Christine Tichit, documents et manuels du Ceped n° 5, p. 9-23.

NOVAES (BATEMAN) Simone, 1994, *Les passeurs de Gamètes*, collection éthiques et techniques, Presses universitaires de Nancy, 129 p.

PARINI Lorena, 2006, *Le système de genre*, éd. Seisond, Zürich, 129 p.

RUBIN Gayle, [1975] 1998, « L’économie politique du sexe : transactions sur les femmes et systèmes de sexe/genre », traduction par Nicole-Claude Mathieu avec la collaboration de Gail Pheterson, *Les cahiers du Cedref*, n° 7 p. 5-82.

STORA Danielle, 1976, « Précurseurs, réalisateurs, adversaires de la fécondation artificielle humaine », thèse de médecine, Paris Necker, 42 p.