

Université de Montréal

**L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel :
de l'obstétrique à la machinique**

par
Sylvie Martin

Département de sociologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sociologie

Dépôt final : Novembre 2010

© Sylvie Martin, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel :
de l'obstétrique à la machinique**

Présenté par :
Sylvie Martin

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marianne Kempeneers
présidente-rapporteur

Céline Lafontaine
directrice de recherche

Sirma Bilge
membre du jury

Résumé

Face au projet de l'utérus artificiel, ce mémoire est consacré à comprendre et expliquer les tenants sociohistoriques bornant son développement. Employant une méthode de « cartographie du présent », nous établissons en premier lieu la solidité empirique de l'ectogenèse, telle qu'exprimée en laboratoire et par les discours experts actuels. Cette analyse préliminaire permet de dégager la question névralgique de l'effacement du corps maternel dans la procréation, ce que nous problématisons suivant une perspective sociohistorique et anthropologique. L'hypothèse principale de ce mémoire est que l'utérus artificiel constitue l'extension radicale de représentations et pratiques existantes qui effacent de maintes façons le corps; ainsi nous cherchons à repérer le cheminement de cette radicalisation. En fouillant l'archéologie de l'assistance à la procréation – des accoucheuses médiévales à la techno-maternité contemporaine en passant par l'obstétrique moderne – notre objectif est de bien identifier la généalogie de la médicalisation, de la pathologisation et de la technicisation croissantes du corps maternel et de l'engendrement afin de caractériser la construction sociale d'une maternité machinique. Autrement dit, il s'agit de jalonner les représentations et pratiques sociales à l'œuvre dans l'approche contemporaine de la procréation qui participent à l'oblitération du corps et ainsi créent un terreau fertile pour l'implantation de l'UA.

Mots-clés : corps; maternité; procréation; technosciences; technologies de reproduction; médicalisation/biomédicalisation; contrôle social; féminisme; risque; liberté.

Abstract

Faced with the present development of artificial womb technology, this master thesis aims to comprehend its sociohistorical origins and logic. Making use of a « cartography of the present » method of analysis, we start off by establishing the empirical constitution of ectogenesis, such as it is expressed in laboratory research and actual expert discourses on the subject. This preliminary analysis enables us to draw the problematic question of the erasure of the maternal body from the scene of reproduction, which we frame in a sociohistorical and anthropological perspective. Our principal hypothesis states that the artificial womb represents a radical outcome of current social representations and practices. Therefore, we try to trace the path of this radicalization by scrutinizing assisted procreation, from the medieval midwives' practice to modern obstetrics and contemporary techno-maternity. Thus the genealogy of the increasing medicalization, pathologization, and technicization of the maternal body serves to identify the social construction of a mechanical maternity. In other words, we argue that our present mode of procreation continually erases the body and thus sets the scene for the implantation of the artificial womb.

Keywords : body; maternity; procreation; technoscience; reproductive technologies; medicalization/biomedicalization; social control; feminism, risk; empowerment; enhancement.

Table des matières

Remerciements.....	vi
Introduction.....	8
1. Pour une sociologie de l'ectogenèse.....	12
1.1 Le corps maternel comme artefact socioculturel et objet sociologique.....	12
1.2 L'UA comme incarnation radicale de la « procréation médicalement assistée ».....	14
2. Questions de méthode.....	19
2.1 Point de départ de notre « cartographie du présent » : les discours actuels sur l'UA.....	22
2.2 Description du corpus littéraire et de la méthode d'analyse.....	24
2.3 Synopsis du mémoire.....	25
Chapitre I	
L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel.....	28
1. L'état des recherches actuelles.....	28
1.1 En quoi consisterait l'utérus artificiel ?.....	28
1.2 Deux voies principales de la recherche.....	29
1.2.1 La biomédecine reproductive.....	30
a) La fécondation extracorporelle.....	31
b) La nidation extracorporelle.....	32
1.2.2 La néonatalogie.....	33
1.3 La solidité empirique de l'ectogenèse.....	35
2. Problématique : l'effacement du corps maternel.....	37
2.1 L'effacement du corps maternel, un fait social et culturel.....	39
2.2 Le paradoxe du corps présent/absent.....	40
2.3 Effacement du corps maternel : fragmentation, neutralisation, extériorisation.....	43
2.4 L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel : de l'obstétrique à la machinique.....	46

Chapitre II

L'approche pré-moderne du corps et de la procréation	48
1. La réalité sociale de l'enfantement : difficulté, banalité, féminité	48
2. La césarienne : porte d'entrée de la médicalisation de la grossesse	53
2.1 D'une intervention religieuse à médicale	53
2.2 D'une pratique féminine à masculine	55
2.3 Césarienne et enfantement, de véritables enjeux de pouvoir	58

Chapitre III

L'approche moderne du corps et de la procréation	61
1. L'esprit scientifique des Lumières et l'ère du biopouvoir	61
1.1 Le corps morcelé et secondaire	63
1.2 Liberté et contrôle au cœur du biopouvoir	65
1.3 La médicalisation, ou la propagation du regard médical	67
1.4 La mécanisation et médicalisation de la maternité	68
1.4.1 La scientificisation du corps féminin, ou la construction du féminin comme fait scientifique	70
1.4.2 La scientificisation et technicisation de la gestation et de l'accouchement	72
1.4.3 Représentations obstétricales	78
a) La mère-machine et la mécanisation de l'enfantement	78
b) La mère-nature et la naturalisation de la procréation	80
c) La construction du fœtus comme sujet autonome et nouveau patient	82
2. Premiers constats : intensification des tensions dialectiques	85
2.1 Corps maternel davantage présent/absent, de la médecine au politique	85
2.2 Accentuation de la dialectique contrôle/liberté, de la médicalisation à la biomédicalisation	88
2.2.1 Le recul de la mort : fruit et moteur du développement scientifique et technique	88
2.2.2 Du recul de la mort au recul de la fécondité	93
2.2.3 Le désir d'enfant : produit et producteur de la médicalisation	97
2.3 De la « construction sociale de la réalité » à la « construction biomédicale de la réalité » : traces d'un changement de paradigme	103

Chapitre IV

L'approche postmoderne du corps et de la procréation	105
1. La médicalisation est à la modernité ce que la biomédicalisation est à la postmodernité.....	107
1.1 Expansion du champ biomédical et molécularisation de la vie	108
1.2 La Deuxième Guerre mondiale comme rupture	110
1.3 De la révolution cybernétique à la matrice cybernétique	111
1.3.1 La représentation cybernétique du corps	113
1.3.2 Le désir ectogénétique et la filiation cybernétique	114
1.3.3 La matrice cybernétique : évacuation du corps et foisonnement des technosciences... ..	116
1.4 La redéfinition biomédicale des corps et des pathologies.....	118
1.4.1 Abolition du dualisme santé/maladie au profit d'une logique d'hybridation	118
1.4.2 Entropie, complexité, réseau : culture du risque et médecine de surveillance.....	120
2. La surveillance biomédicale de la procréation.....	125
2.1 La redéfinition cybernétique de l'obstétrique et du corps maternel.....	126
2.2 Le modèle du monitoring : forme radicalisée du contrôle social de la naissance	129
2.2.1 Pathologisation, technoscientificisation et décorporalisation de la maternité.....	132
2.2.2 Effacement de la patiente et apparition d'un nouveau « patient ».....	136
2.3 La cyber-obstétrique et la techno-maternité	137
2.3.1 « Accouche qu'on baptise » : les naissances high tech et la négation du corps	139
2.3.2 Grossesse moléculaire et technétronique	145
2.3.3 L'immaculée techno-conception et la question du miracle	154
L'incessante pathologisation du corps : de la molécularisation à l'extériorisation	155
2.4 L'horizon de la procréation prothétique.....	160

Chapitre V

L'hystérie de l'utérus artificiel : analyse des discours sur l'ectogenèse	163
1. Le débat des années 1920.....	164
1.1 L'ectogenèse: une technique à double tranchant.....	167
1.2 Le débat sur l'ectogenèse, symptomatique d'une époque.....	173

2. Le débat des années 1970 à aujourd'hui.....	174
2.1 Un outil thérapeutique sans précédent.....	175
2.1.1 Pour la mère.....	176
2.1.2 Pour le fœtus.....	180
2.2 Liberté et égalité dans la fraternité.....	184
2.2.1 Liberté du corps et liberté procréative.....	185
2.2.2 Égalité procréative.....	190
2.2.3 Une contrainte à la liberté et à l'égalité.....	192
2.3 La double hélice contrôle/liberté et la question des limites.....	194
En guise de conclusion.....	195
1. Le rapport au corps maternel dans la procréation assistée, des accoucheuses à la matrice mécanique.....	196
2. La liberté dans la fraternité technicisée.....	199
Bibliographie.....	203

Remerciements

L'accouchement de ce mémoire serait impossible sans l'accompagnement de plusieurs personnes clefs durant sa gestation. Je tiens vivement à signaler leur contribution.

Par-dessus tout, je dois mes plus sincères remerciements à ma directrice Céline Lafontaine pour la formation intellectuelle qu'elle m'a transmise, tant par son encadrement du mémoire que par les expériences d'assistantat de recherche et d'enseignement qu'elles m'a offertes. Au-delà de ses qualités professorales, je tiens à exprimer toute mon estime envers son esprit critique inspirant, le dynamisme qu'elle dégage, la curiosité intellectuelle qu'elle suscite, ainsi que l'humanité et le respect qu'elle témoigne à l'égard de ses étudiants. L'aboutissement de ma recherche lui doit beaucoup.

Le rôle qu'ont joué mes collègues sociologues à travers ce périple est incommensurable. Sans leur soutien et motivation, leurs réflexions et commentaires critiques, ce mémoire n'aurait peut-être pas abouti, ou du moins ne serait pas du tout le même. Je tiens à dire que les ressorts de nos soirées « parascolaires » sont beaucoup plus importants qu'on ne laisse croire. Un merci particulier va à Sébastien Richard pour sa révision attentive, ainsi qu'à Daphné Esquivel Sada pour son incitation à la persévérance.

Évidemment, je dois exprimer toute ma gratitude à ma famille et mes ami-e-s, dont l'appui et l'encouragement étaient constants et fructueux. Je suis notamment reconnaissante envers mon ancien patron et ami Gilles Jourdenais qui a, de maintes façons, grandement contribué à la réussite de mes études universitaires. Naturellement, je remercie mon amoureux Jules Laflamme pour son incroyable patience et son encouragement constant à travers les hauts et les bas de la rédaction. Si j'ai terminé c'est en grande partie grâce à lui.

Il me faut aussi souligner le soutien financier du CRSH (bourse d'études supérieures du Canada) et du Département de sociologie (bourses d'admission et de fin de rédaction) qui a considérablement contribué à la réussite de ce projet.

*À ma grand-mère Aline,
pour qui l'utérus artificiel demeure inconcevable :
« J'comprends pas ça. C'est comme si on levait une roche et qu'on trouvait un bébé en d'sous ».*

Introduction

If we so profoundly transform the way we “do it” – the way we make babies – we cannot help but transform who we are, and what we will become.
Gwynne Basen¹

[...] cultural analysis is always after the event. What is presented as the extrapolation into the future, then, is commentary on current practices.
Marilyn Strathern²

À l'heure où le ministère de la santé du Québec met sur pied un programme assurant la gratuité de la fécondation *in vitro*³, il n'est pas exagéré d'affirmer que les technologies de reproduction sont devenues de l'ordre de l'acquis et du sens commun. Souvent sans tambour ni trompette, les annonces médiatiques sur les recherches et percées biotechnologiques attestent pourtant d'une véritable mutation de la procréation dont la signification et la portée restent à mesurer. Lorsqu'on considère l'expansion du *baby business*⁴, le recours grandissant aux banques de sperme et d'ovules, les recherches visant à produire des gamètes à partir de cellules souches embryonnaires⁵, les millions d'enfants conçus *in vitro* dans le monde⁶, les « bébés-médicaments »⁷, les femmes pouvant léguer leurs ovules à leurs filles⁸, devenir mère sans ovaires⁹, porter l'enfant d'une inconnue ou accoucher à l'âge de la retraite¹⁰, force est de constater la profonde reconfiguration sociale et technoscientifique des paramètres de la procréation et de la famille. Comme l'a succinctement posé Patricia Spallone, biochimiste de formation devenue chercheuse

¹ Gwynne Basen, « Following Frankenstein: Women, Technology, and the Future of Procreation », dans Gwynne Basen *et al.* (dir.), *Misconceptions. The Social Construction of Choice and the New Reproductive and Genetic Technologies (vol. 1)*, Hull, Voyageur Publishing, 1993, p. 38.

² Marilyn Strathern, « Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press, 1995, p. 346.

³ Faisant fi des recommandations de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie du Québec, le gouvernement du Québec va de l'avant en implantant cette année le programme de gratuité pour la FIV. Voir Marco Bélair-Cirino, « Procréation assistée payée par l'État - La CEST réitère ses réticences », *Le Devoir*, 9 mars 2010.

⁴ « Il est né le divin enfant : L'essor du bébé-business », *Courrier international*, no.842-843, 21 décembre 2006, p. 42-51.

⁵ Pascal Riché, « Des spermatozoïdes et des ovules fabriqués en labo », *Québec89*, 1 novembre 2009; sur les gamètes artificiels, voir aussi Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté. La procréation. Quelles limites?*, Paris, Plon, 2008.

⁶ Jean-Yves Nau, « Trois millions d'enfants ont été conçus in vitro dans le monde », *Le Monde*, 23 juin 2006.

⁷ Agence France-Presse, « Espagne: le premier 'bébé-médicament' parvient à guérir son frère », 13 mars 2009. Sur la question des « designer babies », voir Sarah Franklin et Celia Roberts, *Born and Made. An Ethnography of Preimplantation Genetic Diagnosis*, Princeton and Oxford, Princeton University Press, Information Series, 2006.

⁸ Alexandre Shields, « Une Canadienne lègue des ovules à sa fille », *Le Devoir*, 4 juillet 2007, p. A4.

⁹ Louise-Maude Rioux Soucy, « Devenir mère sans ovaires », *Le Devoir*, 6 avril 2006, p. A1 et A10.

¹⁰ Agence France-Presse, « Une Albertaine accouche de jumeaux à 60 ans », 6 février 2009; La Presse canadienne, « Une sexagénaire américaine donne naissance à des jumeaux », 24 mai 2007; La Presse canadienne, « Une Espagnole de 67 ans accouche de jumeaux, devenant la jeune mère la plus âgée du monde », 30 décembre 2006.

en *Women and Science Studies* : « these technologies are about more than biological reproduction; they are about social relations »¹.

Dans la foulée de ces avancées aux allures miraculeuses, plusieurs chercheurs scientifiques œuvrent actuellement à la mise sur pied d'un utérus artificiel (UA) qui permettrait la gestation entière d'un embryon/fœtus en dehors du corps de la femme, de la conception à la naissance. Cette pratique est communément nommée « ectogenèse », néologisme créé par le biologiste prophétique John B. S. Haldane en 1923 à partir du terme grec *ektos* (en dehors) et du mot latin *genesis* (naissance, génération, création)². Suivant les pas tracés par plusieurs biotechnologies reproductives qui effectuent l'« ectogenèse partielle » en reproduisant certaines étapes de la reproduction à l'extérieur du corps maternel (ex. fécondation *in vitro*, incubateurs), l'« ectogenèse complète » semble actuellement en voie d'accomplissement dans plusieurs laboratoires des pays développés qui effectuent depuis les années 1950 divers essais d'utérus artificiel. Bien que cette matrice soit encore au stade expérimental, plusieurs prévoient sa mise en marché « inévitable » d'ici dix à cent ans.

Répondant à une myriade de problématiques socio-médicales telles l'infertilité, la stérilité, l'avortement, la prématurité, le clonage, les mères porteuses ou la « pénurie » d'organes, cette maternité machinique serait, selon plusieurs auteurs, révolutionnaire puisqu'elle permettrait, outre son vaste potentiel thérapeutique, de « libérer » les femmes des diverses contraintes liées à l'enfantement. En permettant la gestation *in vitro*³ et ainsi la mise au monde d'enfants sans grossesse ni accouchement⁴, l'UA engendrerait une rupture du lien causal entre maternité et grossesse⁵ – en plus de radicaliser la distinction sexualité/reproduction – et mettrait fin à la malédiction biblique « tu enfanteras dans la douleur »⁶ tout en réconciliant hypothétiquement « l'asymétrie immémoriale » entre les hommes et les femmes qui repose essentiellement sur le

¹ Patricia Spallone, *Beyond Conception. The New Politics of Reproduction*, Hampshire and London, MacMillan Education, Women in Society, 1989, p. 180.

² John B. S. Haldane, *Daedalus, or Science and the Future: a Paper Read to the Heretics*, London, Paul, French, Trubner, 1925.

³ Terme emprunté à Julien S. Murphy, « Is Pregnancy Necessary? Feminist Concerns About Ectogenesis », *Hypatia* 4, 1989, p. 66-84. Reproduit dans Scott Gelfand and John R. Shook (dir.), *Ectogenesis. Artificial Womb Technology and the Future of Human Reproduction*, Amsterdam & New York, Rodopi, 2006, p. 27-46.

⁴ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour. L'enfant de l'ectogenèse*, Paris, PUF, coll. Intervention philosophique, 2008, p.3.

⁵ Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, Paris, PUF, coll. Science, histoire et société, 2007, p. 138; Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté. La procréation. Quelles limites?*, Paris, Plon, 2008, p. 252.

⁶ Parmi tant d'autres, la féministe Shulamith Firestone avance dans *The Dialectic of Sex* (1970) que l'utérus artificiel est la solution optimale pour parvenir à l'égalité des sexes. Selon elle, « women could and should escape "Eve's curse" ». Citée par Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: In Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *Ectogenesis, op.cit.*, p. 64. Voir aussi Monique Canto-Sperber et René Frydman, « L'utérus artificiel », dans *Naissance et liberté, op.cit.*, p. 181-99.

corps et les rôles procréatifs¹. De surcroît, ce programme de recherche met en lumière la logique croissante du contrôle biomédical du processus procréatif qui, par le biais d'une dissociation grandissante entre corps maternel et biologie reproductive, remet sérieusement en cause le rôle et le pouvoir de la mère dans l'accomplissement du processus le plus vital.

La perspective de cette techno-maternité² échauffe les esprits et provoque de fortes réactions polysémiques, comme le philosophe Philippe Descamps l'a bien souligné : « l'ampleur des bouleversements comme l'hétérogénéité des interrogations que cette technologie suscitera inmanquablement lui confèrent un caractère proprement exclusif et inédit »³. Le projet de l'utérus artificiel trouble effectivement les sensibilités en braquant les projecteurs sur la métamorphose définitionnelle de la procréation, du corps, de l'individu, de la famille, de la filiation, de la parentalité, de la maternité, du rôle social des femmes et des relations entre les genres⁴, ainsi que des rapports nature/culture⁵, humain/machine et intériorité/extériorité⁶. En ce sens, la matrice artificielle s'avère une fertile « machine à penser, ou plus être plus précis, une machine à révéler les pensées »⁷. C'est sans doute pour ces raisons que ce projet technoscientifique suscite tant de passions et de controverses. Le débat effervescent autour de l'UA nous servira notamment de réverbère pour découvrir et éclairer les principaux enjeux sociologiques de ce programme technoscientifique.

Parmi toutes les problématiques que soulève cette machine à bébés, notre intérêt demeure focalisé sur la question névralgique qu'est l'évacuation du corps dans la mise au monde des enfants. En effet, la possibilité d'une maternité entièrement extracorporelle et machinique

¹ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, Paris, Seuil, coll. Bibliothèque du XXI^e siècle, 2005, p. 128. Voir aussi Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*

² Entre autres, nous empruntons le terme à Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*, New York & London, Routledge, 1998; Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*; Ronda Shaw, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *Feminist Theory*, 3 (2), 2002, p. 131-49.

³ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 11. Voir aussi Evelyn Fox Keller, « Feminism, Science, and Postmodernism », *Cultural Critique*, 13, automne 1989, p. 15-32.

⁴ Voir entre autres Luc Boltanski, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, NRF Essais, 2004; Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 or "Mommy, where do cyborgs come from anyway?" », dans Chris Hables Gray (dir.), *The Cyborg Handbook*, New York & London, Routledge, 1995, p. 139-155; Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; Faye Ginsburg et Rayna Rapp, *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*; Marilyn Strathern, *Reproducing the Future. Anthropology, Kinship, and the New Reproductive Technologies*, New York, Routledge, 1992.

⁵ Sur la remise en question de la distinction nature/culture, voir notamment Philippe Descola, *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard, 2005; Donna Haraway, *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*, New York, Routledge, 1991; Bruno Latour, *Nous n'avons jamais été modernes : essai d'anthropologie symétrique*, Paris, Éditions La Découverte, 1991; Sarah Franklin, « Making Miracles. Scientific Progress and the Facts of Life », dans Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction. Kinship, Power, and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1998.

⁶ Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique. Des machines à penser à la pensée machine*, Paris, Seuil, 2004.

⁷ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 66. Il réfère à Marcela Iacub, *L'Empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard, 2004.

représenterait sans doute une rupture anthropologique colossale, bouleversant le fait social total¹ et universel que *tous les enfants naissent d'un corps humain féminin*² et en sont ainsi dépendants³. Bien que radicale, cette rupture s'effectuerait dans la continuité des technologies reproductives actuelles, c'est-à-dire que l'ectogenèse complète ne représenterait qu'un pas de plus dans le processus d'artificialisation de l'enfantement, selon la philosophe Monique Canto-Sperber et le gynécologue René Frydman : « D'un point de vue technique, la conduite de la grossesse en dehors de l'utérus peut être considérée comme l'achèvement d'un mouvement commencé par la fécondation *in vitro* : le corps de la femme n'est plus le lieu nécessaire de la fécondation, et il ne sera bientôt plus le lieu nécessaire de la gestation »⁴. En effet, certaines étapes de la grossesse peuvent déjà être accomplies technoscientifiquement : soit à l'extérieur du corps (fécondation *in vitro* et incubateurs)⁵; soit par un autre corps que celui de la « mère génétique » ou la « mère sociale » (mères porteuses ou « gestation pour autrui »)⁶; sinon en « redémarrant la machine » hormonale des femmes ménopausées (grossesses tardives)⁷. L'engendrement peut ainsi s'effectuer en évacuant ou manipulant cette composante autrefois immuable et indispensable qu'est le corps, et donc voyager du corps au laboratoire, du laboratoire au corps, ou du corps d'une femme à l'utérus d'une autre. De la sorte, le développement du fœtus est de plus en plus considéré « indépendant »¹ de cette condition autrefois *sine qua non*, tel que les éthiciens Peter Singer et Deane Wells l'écrivaient en 1985 : « [...] the human fetus no longer needs to be in the human womb for anything like the normal nine months. Ectogenesis [...] is already a partial

¹ Selon l'expression de l'anthropologue Marcel Mauss.

² Luc Boltanski, *La condition fœtale*, *op.cit.*; Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 186; Maureen Sander-Staudt, « Of Machine Born? A Feminist Assessment of Ectogenesis and Artificial Wombs », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 109.

³ Anne-Marie de Vilaine, « De l'oubli du don maternel au refus de reconnaître la dette à la mère », dans Anne-Marie de Vilaine, Laurence Gavarini, Michèle Le Coadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science*, Presses universitaires de Grenoble & Editions St-Martin de Montréal, 1986, p. 208. Il faut dire que le cas très médiatisé de Thomas Beatie, un homme transgenre devenu « mère » en 2008, renverse la notion admise que seules les femmes (sexe et genre) peuvent devenir mères. Voir Agence France-Presse, « Un américain donne naissance à son deuxième enfant », *Cyberpresse*, 10 juin 2009, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/insolite/200906/10/01-874254-un-americain-donne-naissance-a-son-deuxieme-enfant.php> (consulté le 22 mars 2010).

⁴ Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 181-82.

⁵ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*; Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses. Implications for Reproduction and Abortion*, Aldershot, UK, Ashgate Pub Ltd, 2004; Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*; Scott Gelfand et John R. Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*

⁶ Du terme anglais « social mother », référant à celle qui élabore un projet parental et qui élèvera l'enfant. Pour une vue panoramique de la redéfinition technoscientifique de la parenté, voir Margrit Eichler, « The Construction of Technologically-Mediated Families », *Journal of Comparative Family Studies*, 27 (2), été 1996, p. 281-308; Marilyn Strathern, *Reproducing the Future*, *op.cit.*

⁷ Voir entre autres Ilana Löwy, « L'âge limite de la maternité : Corps, biomédecine et politique », *Mouvements*, 59, juillet-septembre 2009, p. 102-12. Voir aussi le documentaire « Procréer sans limites », de Angela Joschko et Bettina Oberhauser, Allemagne, Arte, 2008, en ligne : http://www.dailymotion.com/video/x9cuhf_naissances-artificielles_news?from=rss (consulté le 15 février 2010).

reality »². S'avérant partiellement « facultatif » dans l'accomplissement de l'enfantement face à des technologies de plus en plus « nécessaires », le corps maternel représente pour certains experts scientifiques « simplement un habile incubateur »³ alors qu'ils valorisent de plus en plus l'aspect génétique du lien de filiation⁴.

Notre visée est alors de creuser, de déterrer et de faire la lumière sur cette logique de dévaluation de l'aspect charnel de l'enfantement, de la réduction de la corporalité maternelle à son principal organe l'utérus, et de la conception de ce dernier comme simple véhicule ou couveuse, comme simple support limité qu'on ne tardera à remplacer et perfectionner artificiellement. Pourquoi et depuis quand tenons-nous si ardemment à nous débarrasser du corps maternel du scénario de l'engendrement? Qu'est-ce qui fonde et matérialise ce « désir ectogénétique »⁵, ce modèle de procréation sans corps? Par quel spirale sociohistorique la grossesse est-elle devenue « facultative », tant du point de vue de l'interventionnisme technoscientifique que de la désirabilité sociale? Surtout, quels sont les enjeux d'une société technicienne dans laquelle le corps maternel ne serait plus une figure de proue de la procréation, cet acte qui est, rappelons-le, au fondement du symbolique et du lien social? Le corps maternel ainsi vaqué de ces anciennes occupations, quel rôle social jouera-t-il?

1. Pour une sociologie de l'ectogénèse

1.1 Le corps maternel comme artefact socioculturel et objet sociologique

Des « techniques du corps » de Marcel Mauss aux « techniques de soi » de Michel Foucault, en passant par le « processus de civilisation » de Norbert Elias, la « mise en scène de la vie quotidienne » d'Erving Goffman et l'« habitus » de Pierre Bourdieu, on ne compte plus les théories sociales démontrant que les actions corporelles sont loin d'être seulement

¹ Certains, notamment Philippe Descamps, considèrent en quelque sorte l'embryon et le fœtus comme des entités « autonomes ». Voir son ouvrage déjà cité ainsi que le colloque « Le nouveau-né, un objet philosophique ? », *Calenda [Calendrier des sciences sociales]*, publié le 28 mai 2009, <http://calenda.revues.org/nouvelle12803.html> (consulté le 28 mars 2010).

² Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans *Making Babies: The New Science and Ethics of Conception*, New York, Scribner's, 1985, p. 116-34, reproduit dans Scott Gelfand and John R. Shook, *Ectogenesis, op.cit.*, p. 9.

³ « Just a clever incubator » selon Roger Gosden, *Designing Babies. The Brave New World of Reproductive Technology*, New York, W.H. Freeman and Company, 1999, p. 183.

⁴ Sur la génétisation de la filiation, voir Charis Thompson, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press, 2005.

⁵ Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *Body & Society*, 11 (3), 2005, p. 43-59.

physiologiques¹. À la frontière du naturel et du culturel, de l'individuel et du social, du brut et du raffiné, symbole simultanément de puissance et de faiblesse, le corps représente sans conteste un constant paradoxe. Modelé par une panoplie de significations, de catégories, de contradictions, de rapports et de relations, le corps est sans doute un des objets sociologiques les plus percutants, dans la mesure où il sert d'intéressante lorgnette pour véritablement saisir la *construction sociale de la réalité* dans une société donnée. En effet, la manière dont on conçoit et gère le corps a une portée significative pour mieux saisir le présent². Comme les sociologues Mary Kosut et Lisa Jean Moore l'ont bien formulé dans leur récent ouvrage collectif sur la lecture sociale du corps : « Clearly, the body is not neutral – it is the entry point into cultural and structural relationships, emotional and subjective experiences, and the biological realms of flesh and bone »³. S'exprimant différemment en fonction du contexte sociohistorique, de la structure idéologique, des rapports de classe, de genre, d'âge ou inter-ethniques, le corps est littéralement une incarnation de sa société⁴.

Adoptant cette perspective, nous partons du postulat que le corps maternel est un fait social total, au cœur du symbolisme social, un « miroir de la société » selon l'expression de l'anthropologue David Le Breton⁵. Au fondement de l'existence humaine et du vivre-ensemble, la procréation est une question éminemment sociale, politique, technique, économique, éthique et juridique, jamais uniquement considérée sous l'angle physiologique⁶. « Perhaps no flesh is more overdetermined with cultural meaning than the female reproductive body »⁷. Bien qu'elle représente pour plusieurs une question intime et biologique, il faut toutefois saisir que la manière d'enfanter est véritablement symptomatique de la société dans laquelle elle s'effectue, toujours structurée, normée, socialisée⁸. À l'instar de plusieurs auteurs, l'anthropologue Robbie Davis-

¹ Pour une intéressante relecture de la sociologie classique en fonction du corps, voir Mary Kosut et Lisa Jean Moore, « Introduction: Not Just the Reflexive Reflex. Flesh and Bone in the Social Sciences », dans Lisa Jean Moore and Mary Kosut (dir.), *The Body Reader. Essential Social and Cultural Readings*, New York & London, New York University Press, 2010, p. 1-26.

² David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF/Quadrige, 2003, [1990].

³ Mary Kosut et Lisa Jean Moore, « Introduction: Not Just the Reflexive Reflex. Flesh and Bone in the Social Sciences », *op.cit.*, p. 2.

⁴ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*, New York & London, Routledge, 1999.

⁵ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 8.

⁶ On fait référence au concept de « stratified reproduction » développé dans l'ouvrage collectif dirigé par Faye Ginsburg et Rayna Rapp (*Conceiving the New World Order*, *op.cit.*) et clairement défini comme suit : « pregnancies are not conceived, medically managed, or delivered on equal social terrains. Stratified reproduction is reproducing far more than individual babies: it is a lens through which we can see how representations of pregnancy and parenting, gender relations, socioeconomic futures and collective as well as familial aspirations for the next generation are also being reproduced ». Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 311.

⁷ Karen Newman, *Fetal Positions. Individualism, Science, Visibility*, Stanford (California), Stanford University Press, 1996, p. 5.

⁸ Plusieurs travaux en sciences sociales démontrent de maintes façons les racines et ramifications sociales de la naissance. On doit beaucoup aux travaux féministes qui ont, depuis les années 1970-80, largement déconstruit la biologisation, la naturalisation et la médicalisation de la maternité. Pour un bon aperçu, voir Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge*.

Floyd l'a bien indiqué : « Although a society's core value system is visible in many areas of cultural life, it is nowhere more evident than in the cultural treatment of the human body, most especially when that body is giving birth to the new social members that will ensure the future of the society into which they are born »¹. Produisant quatre nouveaux êtres sociaux à la fois (bébé, mère, père et famille)², symbolisant à la fois le passé, le présent et l'avenir, confrontant les traditions et le changement social³, la procréation est un théâtre sociopolitique par excellence où se mettent en scène et se négocient maintes idées et idéologies, discours et valeurs, individus et groupes. C'est en ce sens que l'anthropologue Paola Tabet affirme que « depuis l'organisation sociale du coït, la grossesse, jusqu'au sevrage de l'enfant, tout moment de la séquence reproductive [est] un terrain possible de décision, de gestion, de conflit »⁴. Ce n'est rien de moins que la vie sociale qui est organisée autour de cet événement singulier qu'est la naissance⁵.

1.2 L'UA comme incarnation radicale de la « procréation médicalement assistée »

Si le corps maternel et le mode de procréation sont des reflets de la société, le programme de l'UA visant leur substitution technoscientifique l'est tout autant⁶. À nos yeux, ce projet représente une pierre de touche de la société contemporaine, dans la mesure où il met en évidence et à l'épreuve certaines représentations, logiques et pratiques sociales propres à notre mode de « procréation postmoderne »⁷.

D'emblée et de manière éloquente, les technologies reproductives telles que les dons de gamètes cryopréservés, l'insémination artificielle, le diagnostic préimplantatoire, la fécondation *in vitro* ou les mères porteuses illustrent clairement que c'est davantage le corps biomédical que le corps maternel qui modélise et accomplit (*achieve*) la procréation, comme l'a mis en lumière

Cross-Cultural Perspectives, Berkeley, LA & London, University of California Press, 1997; Raymond DeVries, Sirpa Wrede, Edwin van Teijlingen et Cecilia Benoit (dir.), *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*, New York & London, Routledge, 2001; Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*; Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*

¹ Robbie Davis-Floyd, « The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression », *Social Science and Medicine*, 38 (8), 1994, p. 1125.

² *Idem*, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, LA & Oxford, University of California Press, 1992, p. 38.

³ Sarah Franklin et Helena Ragoné, « Introduction », dans *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 11.

⁴ Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan, Bibliothèque du féminisme, 1998, p. 78. Voir aussi Faye Ginsburg et Rayna Rapp, *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*

⁵ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago & London, University of Chicago Press, 1982, p. 21-22;

⁶ On s'appuie sur le travail anthropologique de Charis Thompson qui prend les NTR comme « lens through which to study some of these profound changes in the economy, in science, and in laws that regulate kinship in contemporary U.S. society ». Dans *Making Parents*, *op.cit.*, p. 11.

⁷ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation. A Cultural Account of Assisted Reproduction », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 323-45.

l'anthropologue Sarah Franklin¹, suivant les travaux de Marilyn Strathern². Créés sans sexualité, par-delà les limites du corps « pathologique », les embryons et fœtus sont conçus, manipulés et donc engendrés grâce aux exploits génétiques, pharmaceutiques, bioinformatiques, chirurgicaux. C'est en ce sens que l'anthropologue Charis Thompson démontre comment ces biotechnologies fabriquent non seulement des enfants, mais aussi des parents : « when body parts and instruments are mixed up to make a woman pregnant, the properties and processes of the instruments are annexed to the body parts in a way that makes a pregnancy become possible »³. Fusionnant ainsi humain et machine, nature et artifice, brouillant les anciens repères des « faits naturels de la vie » (*natural facts of life*)⁴ – ces données autrefois inébranlables tels que la reproduction sexuée (et hétérosexuelle), les rôles de parenté, l'âge de fécondité et la linéarité de la descendance (ex. mères léguant leurs ovules à leur fille ou portant l'enfant de leur fille)⁵ – les biotechnologies reproductives génèrent véritablement un mode d'engendrement cyborg⁶ dont les balises sociosymboliques, éthiques et juridiques sont continuellement à redéfinir⁷. L'utérus artificiel constituerait donc la suite logique, l'aboutissement de ces techniques, ne faisant que radicaliser la reconfiguration technoscientifique du corps déjà exercée actuellement, telle que résumée par la philosophe Mylène Botbol-Baum : « depuis quelques décennies, les découvertes et les espoirs nés de la possibilité d'isoler, voire de délocaliser l'embryon de l'utérus aux boîtes de Pétri, ont modifié la représentation de la reproduction », et l'utérus artificiel s'inscrit dans la synchronie des effets de cette délocalisation⁸.

Toutefois, lorsqu'on s'y penche de plus près, la techno-maternité est beaucoup plus partagée socialement que ne le supposent ces technologies somme toute exceptionnelles¹. Comme la littéraire féministe Susan Merrill Squier l'a si bien rappelé, les « nouvelles » technologies de reproduction sont souvent cantonnées dans l'hyper contemporain et comprises

¹ *Ibid.*; *Idem.*, « Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life », dans Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 102-17.

² Marilyn Strathern, *Reproducing the Future*, *op.cit.*

³ Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*, p. 9.

⁴ Marilyn Strathern, *Reproducing the Future*, *op.cit.*; Sarah Franklin, « Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life », dans Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*; Mary Kosut et Lisa Jean Moore, « Introduction: Not Just the Reflexive Reflex. Flesh and Bone in the Social Sciences », dans Lisa Jean Moore et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 6.

⁵ La sociologue Margrit Eichler (*loc.cit.*) a clairement mis en évidence la redéfinition technoscientifique de la famille et des parents en rappelant qu'un enfant peut avoir jusqu'à cinq parents différents si les parents sociaux/adoptifs ont eu recours à un donneur de sperme, une donneuse d'ovules et une mère porteuse tous à la fois.

⁶ Voir notre chapitre 4.

⁷ Voir Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*

⁸ Mylène Botbol-Baum, « Introduction. L'avenir de la reproduction et le statut de la maternité », dans Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 3.

comme « révolutionnaires », comme « nouveau monde prometteur » (*brave new world*)², ce qui a pour effet de négliger leur hérité socioculturelle et historique.

There is a modern history to our debate over reproductive technology, a history interweaving literature and science, a history profoundly gendered, a history of choices and struggles that we repress to our cost when we accept the contemporary construction of reproductive technology as a scientific breakthrough without a past³.

Dans la même veine, la sociologue Louise Vandelac a justement critiqué cette étiquette abusive de « nouveauté » en spécifiant que « cette technicisation de l'engendrement a d'ailleurs donné lieu à une telle mise en scène des prétendus “exploits scientifiques” en matière de fécondation humaine, que la genèse et les enjeux de ces technologies semblent disparaître derrière le caractère spectaculaire de l'évènement »⁴. Il est donc crucial, pour mieux les saisir dans toute leur spécificité, de s'éloigner du spectaculaire en les replaçant dans leur contexte socioculturel d'origine. Il ne s'agit pas de nier l'aspect impressionnant de ces avancées mais plutôt de peser le poids de leur bagage sociohistorique. Car, comme les anthropologues Faye Ginsburg et Rayna Rapp le rappellent : « no technology can be understood apart from culture, history, and power »⁵. Ce faisant, on s'aperçoit rapidement que les expressions « artificialisation de la naissance » ou « assistance médicale à la procréation » (renvoyant souvent seulement aux techniques susmentionnées) correspondent plus largement à l'approche typiquement occidentale de la procréation, socialement partagée. En effet, la conception du corps maternel comme une machine reproductive défailante ou défectueuse pouvant être réparée mécaniquement, rééquilibrée biochimiquement, ou bien « reformatée » – cette idée au cœur des technologies reproductives – remonte à bien plus loin que la production de bébés éprouvettes⁶.

Dans les sociétés occidentales *high tech*, la maternité est majoritairement vécue et mise en sens via le prisme biomédical, ou ritualisée de manière technocratique selon l'expression de

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'à travers le monde, environ 8 à 10% des couples en âge de procréer (50 à 80 millions de personnes) connaissent des problèmes d'infertilité. Dans Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*, p. 2.

² Ce titre du roman d'Aldous Huxley, *Brave New World* (*Le meilleur des mondes*), est amplement repris par divers auteurs traitant des technologies de reproduction. Voir par exemple Roger Gosden, *Designing Babies. The Brave New World of Reproductive Technology*, *op.cit.*

³ Susan Merrill Squier, *Babies in Bottles. Twentieth-Century Visions of Reproductive Technology*, New Brunswick (New Jersey), Rutgers University Press, 1994, p. 13.

⁴ Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation (tome 1)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris VII, Jussieu, 1988, p. 9.

⁵ Faye Ginsburg et Rayna Rapp, « So What's So New About the New Reproductive Technologies? », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 291.

⁶ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*; Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; Ann Oakley, *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford & New York, Basil Blackwell, 1984.

Robbie Davis-Floyd¹. Profondément enraciné dans la culture occidentale au point d'être naturalisé et rarement remis en question, le modèle biomédical de la naissance représente le paradigme hégémonique auquel recourent la majorité des parturientes contemporaines² (quoiqu'il ne soit pas tout à fait absolu³). C'est notamment ce que divulgue l'Agence de la Santé Publique du Canada dans un récent rapport sur l'expérience médicalisée de la maternité⁴. À l'instar d'autres nombreuses questions sociales devenues des problèmes biomédicaux⁵, la procréation est comprise comme un pur processus biologique (physiologique, génétique, hormonal), source constante de pathologies, de risques et de complications qui nécessitent le *regard médical*⁶ et ses traitements. Par conséquent, maints dispositifs de surveillance et d'intervention sont déployés afin de contrôler et d'optimiser le déroulement du processus, de la pré-conception à la petite enfance. Des tests hormonaux et sanguins aux courbes statistiques de prise de poids, en passant par l'échographie trimestrielle et l'amniocentèse, en n'oubliant pas la lecture de livres « self-help », la prise de vitamines et d'acide folique, l'exercice physique (mais pas trop), l'élimination de tabac et d'alcool, ainsi que les crèmes pour éviter les vergetures, le corps enceint est constamment contrôlé, médié, normé et géré par une troupe d'expertises biomédicales. L'accouchement, accompli pour la plupart à l'hôpital, est de plus en plus technicisé, qu'il s'agisse d'être provoquée par oxytocin ou amniotomie¹, anesthésiée par péridurale, ou « délivrée » par césarienne. « [These procedures] enact the underlying view that the female body-machine is

¹ Suivant le « technocratic model of birth » développé par Robbie Davis-Floyd (*Birth as an American Rite of Passage*, op.cit., p. 44-70) ainsi que le « biomedical mode of reproduction » élaboré par Charis Thompson (*Making Parents*, op.cit.).

² (Parturiente : femme qui accouche). Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, op.cit., p. 38; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Le Monde/PUF, coll. Partage du savoir, 2007; Barbara Katz Rothman, « Laboring On. Current Cultural Construction of Pregnancy, Birth, and Mothering », dans Lisa Jean Moore et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader*, op.cit.; Ann Oakley, *The Captured Womb*, op.cit.

³ Bien que dominant, le modèle biomédical recouvre des significations multiples et plurielles qui donnent lieu à des interprétations et actions diverses. Voir Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, op.cit., p. 79. **Il est à noter que nous n'incluons pas dans notre analyse le mouvement alternatif de naissance afin de nous concentrer exclusivement sur le modèle biomédical.** Voir les travaux déjà cités de Robbie Davis-Floyd pour une intéressante analyse comparative des deux paradigmes.

⁴ Les récents résultats du rapport de l'Agence de Santé Publique du Canada sont éloquentes à cet égard : la majorité des Canadiennes (92,3%) reçoivent leurs soins prénataux d'un obstétricien/gynécologue ou médecin de famille; presque tous les accouchements (97,9%) ont lieu à l'hôpital ou dans une clinique, assistées pour la plupart (88,9%) par un membre de l'équipe biomédicale (contre 4,3% par une sage-femme); près des deux tiers (65,0%) subissent diverses interventions pour déclencher et accélérer le travail; la majorité des femmes (90,8%) font part d'une utilisation du monitoring fœtal électronique; près d'un quart (26,3%) accouchent par césarienne; par-dessus-tout, 80% des femmes expriment une opinion très positive (53,8 %) ou assez positive (26,2 %) sur leur expérience globale du travail et de l'accouchement. Voir Agence de la Santé Publique du Canada, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, 2009, p. 12-16, en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php> (consulté en janvier 2010). Voir à ce sujet Malorie Beauchemin, « Des accouchements de moins en moins naturels », *La Presse*, 25 mars 2009; Marie-Claude Lortie, « Naissances pro-choix », *La Presse*, 25 mars 2009.

⁵ Par exemple, le tabagisme, l'embonpoint ou la dysfonction érectile. Voir Adele Clarke *et al.*, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, 68, avril 2003, p. 161-94; Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, 34 (1), 2007, p. 99-122.

⁶ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Quadrige/PUF, 1963.

inherently defective and generally incapable of producing perfect babies without technological assistance from professionals »². Scrutée sous toutes ses coutures, soupçonnée du début à la fin d'incapacités nécessitant une série d'interventions, la maternité est loin de se dérouler « naturellement ». Pour le commun des contemporains, l'enfantement constitue vraisemblablement une expérience hybride nature/artifice, humain/machine, technicisée de part en part³ et rarement remise en question. Comme la chercheuse en *Gender Studies* Kim Toffoletti en fait mention, force est de reconsidérer la notion d'accouchement dit naturel à une époque où l'implication des technologies médicales dans le processus d'enfantement est communément considérée normale ou banale (*commonplace*) : « [...] the state of nature contra the artificial is fast collapsing »⁴.

C'est donc dans ce contexte général d'enfantement *high tech* que nous situons l'émergence du projet d'UA, non pas seulement dans l'univers des technologies de reproduction. Pour comprendre le projet de maternité extracorporelle, encore faut-il saisir la gestion de la maternité corporelle : comment on la pense, interagit avec elle, intervient sur elle, et la transforme. Considérant que l'effacement du corps est déjà bien à l'œuvre dans les pratiques courantes, et que l'UA ne ferait que porter ce processus à son comble, notre objectif est de bien l'identifier en creusant ses fondements et en inspectant sa construction, afin de voir comment l'idée d'une maternité extracorporelle puisse concrètement s'ériger. Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser le processus de médicalisation de la procréation et le développement de l'obstétrique, parents légitimes de la technicisation de l'engendrement et de l'effacement du corps maternel, tel que suggéré par l'anthropologue Sarah Franklin : « The means of technological enablement have gradually moved from one end of pregnancy, parturition, to the other, conception. What is new about the field of assisted reproduction must therefore be situated in relation to what is not so new – in relation to how such interventions have been legitimated in the past »⁵. D'amont en aval, nous comptons démontrer que le projet de l'UA représente l'incarnation radicale de la pensée « mère-machine » solidement ancrée depuis quatre siècles, tel qu'avancé par la

¹ Oxytocin (mieux connu sous la marque Pitocin) : hormone synthétique utilisée pour provoquer les contractions utérines et ainsi accélérer le travail. Amniotomie : rupture artificielle des membranes amniotiques pour faire « perdre les eaux » et déclencher le travail.

² Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 58.

³ Pour un excellent aperçu de la question, voir Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*

⁴ Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls. Feminism, Popular Culture and the Posthuman Body*, London & NY, I.B. Tauris, 2007, p. 97.

⁵ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation. A Cultural Account of Assisted Reproduction », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 334-35.

cyberféministe Irina Aristarkhova¹. À travers le tout, notre souci est alors d'illustrer comment l'UA fait plus de sens qu'il en a l'air *a priori*. Ainsi, nous postulons que cet objet n'est pas de l'ordre de la science-fiction ou d'une « fiction d'ingénierie »², mais s'inscrit directement dans un terrain social fertile pour son implantation. Cette prémisse de base du mémoire s'appuie notamment sur les propos du sociologue William Ray Arney dans son analyse des dispositifs obstétricaux : « No technology will gain widespread acceptance and be the basis for reform of culture unless it is introduced into an ideologically fertile social field or unless such a field can be cultivated around it »³.

2. Questions de méthode

Le projet de l'utérus artificiel soulève inévitablement des interrogations sur l'avenir. Courants, des titres comme « les êtres humains naîtront-ils toujours du ventre d'une femme ? »⁴ ou « the future of reproduction »⁵ mènent à questionner l'UA du point de vue de ses impacts potentiels sur la parenté, le droit, les rapports hommes/femmes ou le statut de l'enfant à naître. Bien que ces réflexions soient évidemment pertinentes et qu'elles sont en partie considérées au cours du mémoire, il faut dire qu'elles ont généralement pour effet pervers de ne pas reconnaître la tangibilité actuelle et l'historicité du projet, en plus de « futuriser le présent »⁶. Constatant l'acception fréquemment admise qu'il s'agit d'un sujet futuriste ou fictionnel, il n'est pas surprenant qu'il ne soit pas considéré comme un objet digne d'investigation sociologique⁷. Pourtant, la solidité empirique actuelle de l'ectogenèse témoigne du contraire (chapitre 1). Ainsi, notre objectif n'est pas de nous avancer sur le terrain glissant des spéculations futurologiques à propos du destin de l'humain; il est impossible ou du moins risqué et délicat de prédire la

¹ Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*, p. 45. Nous développerons sur la pensée machine du corps maternel dans les chapitres 3 et 4.

² Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 111. Voir aussi Philippe Descamps qui caractérise l'utérus artificiel d'une « fiction utile », dans *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 66.

³ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 27. On s'inspire aussi de Rayna Rapp qui travaille depuis 1983 sur la question de l'amniocentèse, qui était à l'époque une pratique émergente : « I set out to map a terrain of an emerging technology ». Dans *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 5.

⁴ Mathieu-Robert Sauvé, « Les êtres humains naîtront-ils toujours du ventre d'une femme? », *Forum*, 5 octobre 2009, p. 7.

⁵ Scott Gelfand et John R. Shook (dir.), *Ectogenesis. Artificial Womb Technology and the Future of Human Reproduction*; Rita Arditti, Renate D. Klein, et Shelley Minden (dir.), *Test-Tube Women: What Future for Motherhood?*, London, Boston & Melbourne, Pandora Press (Routledge & Kegan Paul), 1984.

⁶ Cette expression développée entre autres par Ulrich Beck renvoie à cette logique qui tend à organiser la vie sociale présente en fonction d'éventualités possibles, de probabilités. Ceci a pour effet de déterminer l'action présente en fonction d'un futur hypothétique et ainsi de ne pas prendre le présent pour ce qu'il est concrètement.

⁷ Selon la littéraire Susan Merrill Squier, la majorité des discussions actuelles à propos de l'utérus artificiel portent soit sur la faisabilité technique du projet, ou bien sur ses conséquences éthiques et sociales, notamment du point de vue féministe. Dans *Babies in Bottles*, *op.cit.*, p. 64.

réaction populaire et les retombées effectives quant aux développements technoscientifiques¹. Comme « il est vain de pleurer sur les effets sans remonter aux causes »², nous porterons davantage notre attention sur l'historicité de la procréation médicalisée, soit ses fondements cognitifs et les moyens de son développement, qui sont à notre avis extrêmement révélateurs pour comprendre les assises de l'UA. La quasi inexistence d'études sociologiques portant exclusivement sur cet objet nous force à puiser dans l'abondante littérature issue des sciences sociales portant sur les technosciences, la biomédicalisation, le corps et les diverses technologies de reproduction – notamment dans le champ des *Cultural Studies*, plus spécifiquement des *Science and Technology Studies* et les *Gender Studies* – en vue de relever le défi considérable qu'est d'expliquer les mécanismes de pouvoir donnant lieu à l'apparition sociohistorique de l'UA. On s'inspire entre autres de l'anthropologue Rayna Rapp qui, dans son étude magistrale de l'amniocentèse aux États-Unis, parvient à surmonter la difficulté théorique et méthodologique d'étudier un phénomène social émergent en cartographiant l'intersection de multiples constituants. « [...] this problem of a new object and ever-expanding pools of research subjects marks an empirical terrain that is by its very nature open-ended and unbounded. [...] This study thus has no obvious theoretical or situational limits »³.

Empruntant de multiples avenues au fil de ce parcours sociohistorique, notre étude découle d'une perspective analytique désirant suivre de plus près les avancées biotechnologiques⁴ et se préparer à certaines éventualités afin de ne pas reproduire l'effet d'étonnement suscité, par exemple, lors de l'arrivée inattendue de la brebis clonée Dolly dans la sphère publique en 1997⁵.

¹ Frida Simonstein, « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9 (3), 2006, p. 363.

² Marcel Gauchet, « La redéfinition des âges de la vie », *Le Débat*, no.132, novembre-décembre 2004, p. 27-44

³ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 12.

⁴ Notamment en promouvant le « dialogue entre les sciences biomédicales et les sciences sociales », selon Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 2-3. Voir aussi Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 19; Sarah Franklin et Margaret Lock (dir.), *Remaking Life and Death. Toward an Anthropology of the Biosciences*, Santa Fe, School of American Research Press, 2001; Céline Lafontaine, *La société postmortelle. La mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Paris, Seuil, 2008.

⁵ Les bioéthiciens Scott Gelfand et John R. Shook expliquent qu'avant l'annonce de la naissance de la première brebis clonée, tous s'accordaient pour déclarer le clonage de mammifères irréalisable, ou du moins à des années lumières de se concrétiser pour cause d'obstacles techniques. Arrivant dans la sphère publique comme un cheveu sur la soupe, le clonage a suscité chez nombre d'acteurs (communauté scientifique, législateurs, politiciens, bailleurs de fonds et le public en général) un effet de surprise, de crainte et de confusion. La première réaction de plusieurs pays a été de légiférer contre cette pratique, non pas nécessairement parce qu'elle serait immorale, mais simplement parce qu'ils jugeaient avoir besoin de temps pour mesurer ses implications. Selon Gelfand et Shook, les raisons pour lesquelles les sciences humaines et sociales ne se sont pas penchées sur cette question avant son implantation demeurent mystérieuses, d'autant plus que le nombre de publications scientifiques et biomédicales sur le sujet était considérable à l'époque. Dans le cas de l'ectogenèse, il s'agit de notre devoir de tenter d'éviter l'effet d'étonnement en se questionnant dès maintenant sur les multiples dimensions sociales de l'UA, étant donné que ce projet se développe dans plusieurs pays depuis quelques décennies. « I do not claim that we will ever be completely secure in our reactions to developments of biotechnology, but I do believe that legislators and members of society can do a better job preparing for biotechnological advances than they did with cloning ». Dans *Ectogenesis*,

Plus spécifiquement, notre démarche s'inscrit dans la lignée des auteurs qui élaborent une « histoire du présent » ou une « cartographie du présent »¹. Cette méthode permet de déterrer les caractéristiques propres à un terrain social donné et de poser les jalons qui semblent les plus significatifs afin de voir sur quelles bases et avec quels matériaux certains phénomènes se construisent. Selon l'anthropologue Paul Rabinow, la visée d'une telle approche du contemporain est : « to inquire into what is taking place without deducing it beforehand. And that requires sustained research, patience, and new concepts, or modified old ones. The purpose is not destruction or deconstruction but a reevaluation; its goal is not reform or revolution but rather a type of remediation »². En fouillant l'archéologie du champ de l'*assistance médicale à la procréation* (au sens large), de l'obstétrique à la machinique, nous effectuerons une généalogie de l'effacement du corps maternel afin de mieux saisir les tenants et (certains) aboutissants du projet de l'UA³. Il s'agit de faire ressortir tant les continuités sociohistoriques que les ruptures importantes qui de concert rendent possible son émergence. Sans emprunter un chemin linéaire, nous cherchons plutôt à repérer certains éléments apparemment disparates mais fondamentalement reliés, ou dans les mots de Kim Toffoletti, « shared sensibilities and affiliations that can be made across time and place »⁴.

Comme l'a posé le sociologue Patrick Baudry, qui a travaillé sur des questions aussi épineuses que la pornographie et la mort, « pour le sociologue, l'enjeu compliqué est de trouver du sens dans des significations hautement contradictoires, paradoxales, ou “plus simplement” confuses »⁵. Traitant de la procréation en y croisant les questions du corps et de la sexualité, de la parentalité et de la famille, de l'idéologie politique et de la technologie médicale, des sages-femmes et du cyborg, du féminisme et des rapports de genre, du désir d'enfant et du statut du fœtus, à travers une multitude de textes, de pratiques sociales et de contextes⁶, c'est donc une

op.cit., p. 1-2. De la même manière, la juriste Amel Aghrani déclare « if the law is to effectively maintain the march of science, it is necessary to begin thinking about the impact of new technologies before they arrive ». Dans « The legal and ethical ramifications of ectogenesis », *Asian Journal for WTO & International Health Law and Policy*, 2 (1), mars 2007, p. 189-211. Dans le même sens, le philosophe Philippe Descamps estime que : « Si urgence il y a, c'est non en raison de l'imminence certaine de la mise au point des utérus artificiels, mais au contraire à cause du caractère très imprévisible de l'apparition de cette technique ». Dans *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 30.

¹ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 29; Céline Lafontaine, *La société postmortelle*, *op.cit.*; Paul Rabinow, *Marking Time. On the Anthropology of the Contemporary*, Princeton & Oxford, Princeton University Press, 2008; Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton (New Jersey), Princeton University Press, 2007; Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls*, *op.cit.*, p. 31.

² Paul Rabinow, *Marking Time*, *op.cit.*, p. 3.

³ Sur l'archéologie et la généalogie, voir les travaux de Michel Foucault.

⁴ Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls*, *op.cit.*, p. 13.

⁵ Patrick Baudry, *La place des morts. Enjeux et rites*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 191.

⁶ Sarah Franklin et Helena Ragoné, « Introduction », dans *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 7.

assignation simpliste que l'on récuse. Toutefois, pour éviter la confusion dans ce scénario complexe, il faut agir comme un « témoin modeste »¹, selon l'expression de Rabinow, en focalisant exclusivement sur notre filon conducteur qu'est la question de l'effacement du corps maternel. De la sorte, nous voulons offrir une sorte de « blue-print », un portrait-type de la construction sociale de l'ectogenèse, en fonction de cette structure de base fondamentale. En s'inspirant de la philosophe Hannah Arendt, ce que nous proposons est essentiellement « rien de plus que de penser ce que nous faisons »².

2.1 Point de départ de notre « cartographie du présent » : les discours actuels sur l'UA

La recherche ici entreprise implique donc le projet délibéré d'être à la fois historique et critique, dans la mesure où il s'agit, hors de toute intention prescriptive, de déterminer les conditions de possibilité de l'expérience médicale telle que l'époque moderne l'a connue. [...] Ici, comme ailleurs, *il s'agit d'une étude qui essaie de dégager dans l'épaisseur du discours les conditions de son histoire*. Ce qui compte dans les choses dites par les hommes, ce n'est pas tellement ce qu'ils auraient pensé en deçà ou au-delà d'elles, mais ce qui d'entrée de jeu les systématise, les rendant pour le reste du temps, indéfiniment accessibles à de nouveaux discours et ouvertes à la tâche de les transformer³.

Bien que notre analyse de discours soit présentée en fin de parcours (suivant la structure sociohistorique, chronologique du mémoire), il faut avouer qu'elle a servi comme point de départ de notre recherche. De toute évidence, pour répondre à notre question de recherche principale, rien de mieux que les discours promoteurs pour nous offrir un premier niveau de réponses. Du coup, cette analyse préliminaire nous dote forcément d'importants repères pour affronter un domaine aussi vaste que la médicalisation de l'engendrement. À l'instar de l'analyse foucauldienne de la « fermentation discursive »¹ sur la sexualité ou sur la médecine moderne, nous cherchons, parmi la multitude d'écrits provenant d'horizons différents, à bien cerner les contours et controverses de l'UA afin de faire ressortir les conditions de son apparition historique. La manière dont les acteurs parlent de cet objet constitue une mine d'or sociologique pour dénicher les idées, les représentations, les raisonnements et les pratiques qui ensemble construisent la logique sociale d'une maternité machinique. En prenant pour appui les travaux du sociologue Gilles Houle estimant que « l'idéologie est un mode de connaissance », lequel fait sens pour les

¹ « My inclination is more to show than to tell ». Paul Rabinow, *Marking Time*, *op.cit.*, p. 1.

² Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1983 [1961], p. 38.

³ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*, p. xv. C'est nous qui soulignons.

acteurs et donc qui est sociologiquement valable², nous cherchons à dégager les catégories cognitives qui organisent leurs pensées et discours, et qui ultimement fondent la construction des rapports sociaux³. Ceci rejoint indirectement les travaux de Serge Moscovici démontrant que les représentations sociales (fortement modelées par la science médiatisée) constituent des fonctions cognitives, des cadres d'interprétation qui structurent la pensée et orientent l'action, faisant ainsi le pont entre subjectivisme et objectivisme⁴. Communément nommée inductive, la méthode que nous adoptons requiert d'analyser les discours d'emblée, sans lecture théorique définie au préalable, afin de vraiment « laisser parler les discours »⁵ et en quelque sorte modeler empiriquement notre démarche théorique. À la manière de Gilles Houle et Roch Hurtubise, la recherche que nous proposons « découle non pas d'une grille d'analyse construite *a priori* mais de la cohérence même des matériaux, du découpage [...] que nous avons pu en tirer »⁶.

Deux principales catégories cognitives transparaissent vivement du débat sur l'ectogenèse. Au-delà de l'opposition stérile pour/contre, les pratiques discursives démontrent que les enjeux de la maternité gravitent autour des questions nodales de contrôle et de liberté. Plus particulièrement, la rhétorique des différents discours semble toujours circuler entre les idées de contrainte et de liberté, en passant par le contrôle technoscientifique. La gestation corporelle étant souvent comprise comme astreignante, symbole de servitude et de difficultés (physiologiques, psychologiques, sociopolitiques), l'hyper contrôle technoscientifique qu'incarne l'ectogenèse semble être pourvoyeur d'amélioration et d'émancipation de la condition humaine et féminine en éliminant l'obligation de la grossesse et en offrant un plus grand « choix » de méthodes reproductives, tout en offrant un « meilleur contrôle » du développement de la progéniture. Cependant, d'autres considèrent que la logique technoscientifique est synonyme d'asservissement, de domination et d'oppression, et que c'est en se libérant de cette emprise et en contrôlant individuellement son corps (par d'autres moyens que technoscientifiques) que l'expérience de la maternité corporelle peut véritablement devenir une source d'autonomie et d'« empowerment ». Alors que plusieurs auteurs interprètent la question de l'ectogenèse en

¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1976, p. 26-27.

² Gilles Houle, « L'idéologie comme mode de connaissance », *Sociologie et Sociétés*, 11 (1), 1979, p. 123-146.

³ *Ibid.*, Gilles Houle et Roch Hurtubise, « Parler de faire des enfants, une question vitale », *Recherches sociographiques*, 32(3), 1991, p. 385-414.

⁴ Voir Serge Moscovici, *La Psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1976.

⁵ On fait référence à la formulation employée par le professeur Gilles Houle dans ses divers cours du Département de sociologie de l'Université de Montréal.

⁶ Gilles Houle et Roch Hurtubise, « Parler de faire des enfants, une question vitale », *loc.cit.*, p. 388.

termes de liberté OU de contrôle¹, notre analyse discursive témoigne de part en part qu'il s'agit toujours des deux questions à la fois et de leur intime articulation. Ainsi, les répertoires idéels de contrôle et de liberté ne sont pas diamétralement opposés, mais plutôt imbriqués et indissociables, à la manière des deux côtés d'une même médaille, comme deux pôles d'une dialectique².

Sans entrer en détail pour l'instant, il faut simplement retenir que cette tension est tellement récurrente au fil des discours que nous l'identifions comme étant fondamentale dans notre considération de la question ectogénétique. Selon Kim Toffoletti, cette réflexivité est effectivement au cœur du rapport entre femmes et technosciences et mériterait davantage d'investigation : « even though the contradictions of technology as simultaneously a 'threat and promise' has [sic] been recognised within feminist studies of technoscience, the productive possibilities of such ambiguities for subject formation have remained considerably under-theorised »³. Ainsi, nous la prenons comme ligne de mire pour orienter notre parcours sociohistorique de la médicalisation de la maternité et de l'effacement du corps maternel. Loin de nous l'idée de réconcilier ou de résorber cette tension; il s'agit plutôt de saisir la logique propre de son fonctionnement, de détailler la chorégraphie de ses multiples facettes, à la manière de Charis Thompson⁴. En retour, nous revisitons l'analyse de discours en fin de parcours à la lumière de notre analyse sociohistorique.

2.2 Description du corpus littéraire et de la méthode d'analyse

Notre analyse littéraire se décline en deux temps. Tout d'abord, en vue de bien circonscrire l'objet d'analyse, nous avons repéré une série de textes portant spécifiquement sur la question de l'utérus artificiel et de l'ectogénèse. Les divers écrits peuvent être schématiquement regroupés en quatre principales catégories (qui ne sont ni exhaustives ni mutuellement

¹ « The absolute removal of pregnancy from women's uteruses to laboratories could either be liberating or oppressive ». Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*, p. 53. Tous les auteurs qui adressent la question de l'UA (mais aussi les NTR) constatent cette dualité. En ce sens, certains posent la question : « will ectogenesis enhance or diminish women's reproductive rights and/or economic opportunities? ». Scott Gelfand et John R Shook, « Introduction », dans *Ectogenesis, op.cit.*, p. 3. Également, « Would IVG [in vitro gestation] be a technique of liberation? This is at the center of the feminist debate over the new reproductive technologies ». Julien S. Murphy, « Is Pregnancy Necessary? Feminist Concerns About Ectogenesis », dans *Ectogenesis, ibid.*, p. 34. Ainsi, Henri Atlan consacre un de ses chapitres à la question « Mères dépossédées ou femmes libérées? » dans *L'utérus artificiel, op.cit.*, p. 125-141. À ce titre, Philippe Descamps résume : « il est possible de repérer deux tendances, frontalement opposées [...] : l'une estime que l'ectogénèse achèvera l'émancipation féminine, l'autre y voit l'ultime arme pour domestiquer ou annihiler la femme ». Dans *L'utérus, la technique et l'amour, op.cit.*, p. 116.

² Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls, op.cit.* ; Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, op.cit.*

³ Kim Toffoletti, *ibid.*, p. 6.

⁴ Charis Thompson, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies, op.cit.*

exclusives) : 1) textes d'experts technoscientifiques qui rapportent et expliquent les développements d'UA tels que constatés dans leur travail en milieu clinique et qui essaient de démontrer la valeur thérapeutique du projet; 2) écrits de bioéthiciens, philosophes et/ou juristes qui tentent de réfléchir aux aspects légitimes et légaux de ces pratiques ainsi qu'aux impacts possibles; 3) analyses de nature féministe qui s'intéressent aux répercussions sur les femmes et les rapports de genre; 4) textes journalistiques de vulgarisation qui sont informatifs à plusieurs niveaux mais qui génèrent souvent des analyses clichées de type manichéen (mal/bien, peur/espoir, technophobe/technophile). À travers tous ces écrits, nous tentons d'établir la constitution sociologique de l'ectogenèse, tant par les pratiques effectives que par les pratiques discursives.

À partir de cette analyse littéraire de nature plus empirique et actuelle, nous effectuons une étude théorique de nature sociohistorique. En puisant dans le champ des *Cultural Studies* (notamment les *Science and Technology Studies* ainsi que les *Gender Studies*), notre travail s'avère alors de caractère multidisciplinaire : on y retrouve des auteurs sociologues, historiens, anthropologues, féministes ou littéraires. S'ajoutent à ce corpus quelques documents institutionnels (Agence de la santé publique, Commission d'éthique) et journalistiques.

Enfin, précisons que l'analyse que nous privilégions est herméneutique, selon son acception contemporaine : il s'agit d'interpréter les textes en mettant l'« accent sur la nature historique et linguistique de notre expérience du monde »¹. De la sorte, on vise à dégager les principales manières dont la maternité est vécue, exprimée et comprise dans un contexte médicalisé et technicisé, et ainsi « rendre justice à la dimension langagière et historique de la compréhension humaine »² du corps maternel.

2.3 Synopsis du mémoire

Notre exposé débute par une synthèse des recherches actuelles sur l'ectogenèse afin de permettre au lecteur de minimalement connaître l'objet technique en question, ainsi que de mettre en évidence la problématique sociologique émergente (chapitre 1). S'attachant à

¹ Jean Grondin, *L'herméneutique*, Paris, PUF, coll. Que sais-je?, 2006, p. 5.

² *Ibid.*, p. 8.

comprendre le rapport au corps maternel dans l'approche médicale, nous attaquons la question en trois temps¹.

Le point de départ est l'approche pré-moderne de l'enfantement (chapitre 2), particulièrement la pratique des sages-femmes, qui témoigne d'une perspective communautaire, féminine et ordinaire de la grossesse, fondée sur l'accompagnement et transmise par « apprenticeship ». Il s'agira d'exposer la centralité de l'expérience corporelle dans ce métier, tout en montrant la banalité sociale de l'enfantement.

Le bref portrait de ce modèle sera ensuite contrasté avec la perspective de l'obstétrique (chapitre 3), cette « fille de la science médicale »² qui, à partir des XVII^e-XVIII^e siècles, s'intègre tranquillement aux couches en vue de les prendre en charge. Fidèlement aux idées de perfectibilité et de progrès chères aux Lumières, ainsi qu'aux postulats de la science moderne définissant les processus vitaux comme étant susceptibles de pathologies dignes d'observation, de gestion et d'amélioration, l'obstétrique moderne génère une forme de contrôle qui évacue le corps maternel « naturel » de la réalisation de l'enfantement, lequel acquiert une valeur sociale plus importante.

Le quatrième chapitre sera l'occasion d'observer qu'avec la mise en place, à partir des années 1950-60, d'une obstétrique de surveillance – propulsée par les développements technoscientifiques tels le génie génétique, la biologie moléculaire, la biomédecine reproductive et l'imagerie médicale, entre autres – s'exacerbe la logique de contrôle/liberté ainsi que les processus de technicisation de l'enfantement et d'oblitération du corps maternel. L'étendue de cette analyse théorique vise à illustrer, à l'instar de la sociologue Béatrice Jacques, que l'histoire occidentale de la grossesse et de l'accouchement raconte le passage « d'une définition où l'enfantement était culturellement qualifié comme un acte simple et naturel à un acte qui demande aujourd'hui un encadrement médical complexe et fortement normé »³. Du coup, on veut montrer pourquoi et comment le corps maternel, pourtant au cœur du processus d'enfantement, prend une place de plus en plus exigüe.

¹ La sociologue Béatrice Jacques (*Sociologie de l'accouchement, op.cit.*) découpe l'histoire de la grossesse en deux grandes périodes, soit avant et après le XVIII^e siècle, où les progrès médicaux semblent être le marqueur d'un changement de paradigme. À notre avis, il est important de nuancer ces deux grandes périodes un peu trop générales en trois, suivant les deux principales ruptures paradigmatiques que nous abordons dans ce mémoire, soit les Lumières et la cybernétique. Voir à ce sujet Pamela S. Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, Philadelphia, Temple University Press, 1986, p. 21-22.

² Jürgen Schlumbohm, « Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830 », *Actes de la recherche en sciences sociales* 3, no. 143, 2002, p. 18-30.

³ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement, op.cit.*, p. 4.

Lors du cinquième et dernier chapitre, nous confronterons ce portrait sociohistorique aux discours actuels sur l'UA afin de montrer à quel point leurs raisonnements collent aux représentations et pratiques historiquement et collectivement véhiculées. En disséquant les origines, le développement et la matérialisation de « la maternité biotechnique »¹, nous serons à même de poser, au terme de ce mémoire, un diagnostic intéressant sur le rapport contemporain entre corps et technosciences. Comment penser ce corps, qui demeure la condition première de notre rapport au monde et « la souche identitaire de l'homme »², tout en étant sans cesse oblitéré des fonctions les plus fondamentales de notre existence?

¹ Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 4.

² David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*

Chapitre I

L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel

Tout se passe comme si le ventre de la femme est voué à disparaître.

Henri Atlan¹

[...] an artificial uterus will render motherhood, as we recognize it, obsolete.

Paul G. McDonough²

1. L'état des recherches actuelles

1.1 En quoi consisterait l'utérus artificiel ?

Ce type d'incubateur perfectionné alimenterait le fœtus avec les éléments nécessaires en reproduisant artificiellement et en régulant par ordinateur les fonctions normales de l'organisme maternel (membranes et parois de l'utérus, placenta, alimentation, évacuation des déchets, température, liquide amniotique, battements cardiaques de la mère, etc.). Selon le biologiste Henri Atlan, auteur de l'essai *L'utérus artificiel* paru en 2005, la mise en oeuvre est compliquée, mais ces difficultés techniques n'ont apparemment rien de fondamental. Il ne s'agirait que de quelques embûches mécaniques franchissables, d'un « problème de tuyauterie très compliqué »³, et la concrétisation serait tout à fait possible. Le cahier de charges étant déjà en bonne partie établi⁴, plusieurs scientifiques voient les obstacles comme surmontables⁵ et présentent la réalisation du projet comme étant souhaitable, voire inévitable⁶. Quoiqu'ils soient plusieurs à reconnaître que ce projet suscite énormément de questions d'ordre éthique, politique, juridique,

¹ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 33.

² Paul G. McDonough, « Comment », *Fertility and Sterility*, 50 (6), juin 1988, p. 1001-1002. Cité dans Julien S. Murphy, « Is pregnancy necessary? », dans Scott Gelfand and John Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 28.

³ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 29. Selon Philippe Descamps, « c'est en particulier la question des matériaux à utiliser – ceux qui seront à même de présenter des propriétés analogues à celles de tissus vivants – qui risque de freiner longtemps le développement de la technique ». Dans *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 33.

⁴ Henri Atlan, *ibid.*, p. 40 et Philippe Descamps, *ibid.*, p. 38.

⁵ L'éthicien Stephen Coleman affirme : « While the scientific work seems to be somewhat stalemated, none of the problems appear to be insurmountable ». Dans *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*, p. 13. Dans la même lignée, la bioéthicienne Frida Simonstein soutient que « The history of science tells us that impenetrable barriers are only temporary. It is only a matter of time and research until someone, intentionally or by chance, finds a way to overcome these obstacles ». Dans « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *loc.cit.*, p. 363.

⁶ Comme bien d'autres spécialistes de ce domaine, le bioéthicien Arthur L. Caplan affirme que : « Sixty years down the line, the total artificial womb will be here. It's technologically inevitable ». Cité dans Perri Klass, « The Artificial Womb is Born », *New York Times*, 29 septembre 1996.

social et culturel, d'autres prévoient une mise en marché inévitable d'ici dix à cent ans. Cette « inévitabilité » repose entre autres sur le fait que la majorité des chercheurs travaillent en ce sens sans confrontation publique, mais aussi et surtout que son immense potentiel « thérapeutique » à plusieurs niveaux est généralement interprété positivement¹, fidèlement à la pensée occidentale qui cultive depuis plusieurs siècles la foi dans le progrès, le biopouvoir sur les corps et la médicalisation du social².

1.2 Deux voies principales de la recherche

Semblant sortir tout droit d'un roman de science-fiction, le projet de l'utérus artificiel entretient beaucoup d'efforts de recherche depuis les années 1950 dans plusieurs laboratoires asiatiques, américains et européens³, notamment dans les domaines de la reproduction assistée, de l'obstétrique/gynécologie, de l'embryologie, de la néonatalogie, de la bioinformatique et du *Projet Génome Humain*⁴. En fait, le projet de l'utérus artificiel se trouve à l'intersection de toutes ces avenues de la recherche biomédicale et technoscientifique⁵. S'il est réalisé, comme l'éthicien Stephen Coleman l'a expliqué, l'UA serait davantage le résultat de recherches indirectes plutôt que de recherches directes, c'est-à-dire uniquement consacrées à cet objet⁶. Parmi ces diverses branches, nous pouvons cerner deux voies principales concourant à l'aboutissement du projet ectogénétique⁷ : la grossesse est travaillée par les deux extrémités, c'est-à-dire que l'on tente de gagner du terrain sur le début et la fin de la grossesse⁸.

Avant de les aborder, rappelons que toutes ces expériences sont d'abord réalisées grâce à des modèles animaux, comme dans le cas de toutes les autres formes de procréation assistée, qui

¹ Comme nous le verrons plus tard, ce projet est généralement perçu comme une panacée pouvant mieux contrôler et ainsi améliorer la condition maternelle, fœtale, féminine et humaine.

² Sur l'inévitabilité du progrès scientifique « and the indefensability of standing in its way », voir Sarah Franklin, « Postmodern Procreation. Representing Reproductive Practice », *Science as Culture*, 3 (4-17), 1993, p. 526. Nous reviendrons en détail sur cet esprit dans le chapitre 3.

³ Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*; Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*; Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*; Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *The New Atlantis. A Journal of Technology and Society*, 67, automne 2003, p. 67-76.

⁴ Frida Simonstein, « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *loc.cit.*

⁵ *Ibid.*; Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*

⁶ « Direct research into an artificial uterus, and more importantly an artificial placenta, started in the 1950s, and continues in a few research establishments today. If ectogenesis is to be achieved, however, it seems more likely that the most important breakthroughs will come through indirect research ». Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*, p. 5.

⁷ Nous nous appuyons ici sur le découpage effectué par Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 34 et suivantes.

⁸ *Ibid.*, p. 38; Gena Corea, *The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York, Harper & Row Publishers, Coll. Perennial Library, 1985, p. 258. Voir aussi Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans Scott Gelfand et John R. Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 9-25.

n'auraient probablement jamais pu voir le jour sans l'expérimentation vétérinaire¹. Nous n'avons qu'à évoquer l'insémination artificielle pour se rappeler que les nombreuses expériences sur des vaches ont permis l'application à l'être humain², ce qui suppose une indifférenciation conceptuelle entre humain et animal, sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 4. Néanmoins, soulignons que depuis les années 1950³, de nombreuses tentatives de gestation artificielle sont effectuées non seulement sur des animaux, mais aussi sur des embryons humains, issus principalement d'avortements et de la production d'embryons surnuméraires servant à la fécondation *in vitro*⁴, ce qui ne va pas sans soulever de considérables questions symboliques et éthiques que nous ne pouvons inclure dans la présente analyse.

1.2.1 La biomédecine reproductive⁵

S'intéressant principalement aux stades pré-embryonnaires (du jour 0 au jour 14) et embryonnaires (du jour 15 à la 8^e semaine) de la vie, divers domaines de la biomédecine reproductive (embryologie, génétique, reproduction techniquement assistée) tentent de maîtriser et de reproduire ces processus dans le but de pallier aux diverses inaptitudes, imperfections ou défaillances du corps maternel. On vise à créer les conditions pour que des embryons puissent se développer efficacement en dehors de l'utérus maternel, dans le cas où celle-ci ne puisse y parvenir « naturellement » ou « correctement ». Cette première catégorie d'expertises technoscientifiques est essentiellement animée par une lutte *contre* l'infertilité et la stérilité – construites comme des pathologies ou dysfonctions « naturelles » sources de « désespoir » que la biomédecine se doit de surpasser⁶ – et *pour* une constante « amélioration » du développement

¹ Rita Arditti *et al.* (dir.), *Test-Tube Women. What Future for Motherhood?*, *op.cit.*; Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*; Jyotsna Agnihotri Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy. Freedom or Dependency?*, New Delhi, Thousand Oaks & London, Sage Publications, Indo-Dutch Studies on Development Alternatives—25, 2000; Patricia Spallone, *Beyond Conception*, *op.cit.*; Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, *op.cit.*

² Plusieurs travaux féministes ont notamment dénoncé cette longue histoire d'interventions médicales où la femme est cobaye. Voir parmi tant d'autres Gwynne Basen *et al.*, *Misconceptions*, *op.cit.*; Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*; Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*; Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, *op.cit.*

³ Voir entre autres Robert C. Goodlin, « An Improved Fetal Incubator », *Transactions of the American Society for Artificial Internal Organs*, 9, 1963, p. 348-350; Howard Taylor *et al.*, « Attempts to make an "artificial uterus" », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 77, 1959, p. 1295-1300.

⁴ Gregory Pence, « What's so good about natural motherhood? (In praise of unnatural gestation) », dans Scott Gelfand and John Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 77. Dans le même sens, plusieurs recherches sont effectuées sur les cellules souches « issues de fœtus avortés ou d'embryons surnuméraires dans les cliniques de fécondation *in vitro* ». Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 46. Voir aussi Gwynne Basen, « Following Frankenstein : Women, Technology and the Future of Procreation », dans Gwynne Basen *et al.* (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*, p. 27-38.

⁵ Pour mieux comprendre cette nouvelle spécialité biomédicale, voir le journal scientifique *Reproductive Biomedicine Online* <http://www.rbmonline.com> ou l'Agence de la Biomédecine <http://www.agence-biomedecine.fr> (consultés en mars 2009).

⁶ Pour une pertinente analyse critique de la construction sociale de l'infertilité et de la stérilité comme « maladies », voir Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, *op.cit.*; Nicole Athéa, « La stérilité : une entité mal définie », dans

fœtal¹. On constate dès lors que ces types de procédés témoignent déjà d'une forme d'ectogénèse partielle, en reproduisant une partie de la reproduction en laboratoire. Parmi ceux qui s'intéressent à cette première étape de la grossesse, on décèle deux principaux moments clefs faisant l'objet de reproduction artificielle: d'une part, la fécondation de l'ovule et d'autre part, son implantation dans l'utérus².

a) *La fécondation extracorporelle*

Les desseins et pratiques de fécondation extracorporelle ne datent pas d'hier, contrairement aux discours médiatiques qui souvent mettent l'accent sur l'aspect novateur tel que nous l'avons mentionné en introduction. Les premières tentatives de fécondation *in vitro* (FIV)³ d'embryons animaux remontent à 1878 et la première réussite date de 1934. En ce qui a trait aux embryons humains, la première fécondation artificielle réussie (mais qui a échoué lors de l'implantation) a été effectuée par John Rock en 1944 à l'Université Harvard, puis le flambeau fut repris par le Britannique Robert Edwards en 1969 qui a réussi à féconder un ovule en laboratoire⁴. La première grossesse accomplie par FIV s'est faite à Melbourne en 1973 (mais la grossesse n'a duré que 9 jours). Enfin, le moment des plus significatifs de l'histoire de la procréation assistée est bien la naissance des premiers « bébés éprouvettes », tels la Britannique Louise Brown en juillet 1978 et la Française Amandine en 1982, ce qui donne le coup d'envoi à la généralisation de cette pratique dans les pays industrialisés. Sans trop s'attarder à l'historique de la FIV, retenons simplement pour l'instant que la vie humaine peut depuis quelque temps déjà commencer en laboratoire.

Jacques Testart (dir.), *Le Magasin des enfants*, Paris, Gallimard, coll. Folio actuel, 1990, p. 47-95. Sur le « monopole du désespoir », voir le chapitre « Sex, Drugs, and Money: The Public, Privacy, and the Monopoly of Desperation », dans Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*, p. 207-243.

¹ On remarque que les soins pré-nataux ont tendance à intervenir en deçà des seuils anciennement établis. C'est le cas par exemple du diagnostic préimplantatoire, qui détermine la « qualité » génétique de l'embryon fécondé avant l'implantation. Cette logique s'exprime aussi par une série de prescriptions et proscriptions biomédicales visant à optimiser le développement du fœtus avant même qu'il ne soit conçu (ex. consommation d'acide folique un an avant de concevoir). Voir notre chapitre 4.

² Évidemment, il existe d'autres étapes qui peuvent être reproduits artificiellement, comme l'insémination artificielle. Par contre, nous ne considérons pas cette procédure comme une reproduction extracorporelle à part entière, puisque le processus reproductif est déclenché lors de la fécondation de l'ovule qui s'effectue à l'intérieur du corps maternel.

³ Faits tirés de Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*, p. 5-6.

⁴ Scott LaFee, « Spare Womb. Will Artificial Wombs Mean the End of Pregnancy? », *The San Diego Union Tribune*, 25 février 2004.

b) *La nidation¹ extracorporelle*

Le deuxième processus biologique que ce domaine tente de maîtriser davantage est celui de l'implantation d'un ovule fécondé *in vitro* dans une matrice artificielle. Bien que l'implantation utérine demeure une condition *sine qua non* de la reproduction humaine, il faut voir qu'à l'heure actuelle, certains chercheurs visent à surpasser cette limite à la fois biologique et éthique². La recherche la plus connue et citée est celle de la pionnière Dr Helen Hung-Ching Liu de l'Université Cornell à New York. Directrice de la *Reproductive Endocrine Laboratory (Center for Reproductive Medicine and Infertility)*, elle et son équipe ont tenté de reproduire l'implantation d'embryons humains dans une ébauche d'utérus artificiel³. Principalement, il s'agissait de prélever des cellules endométriales cultivées *in vitro*, produites grâce à un cocktail hormonal, et tenter de les implanter dans un artefact biodégradable de forme utérine (fait de collagène), ce qui a réussi. L'expérience a dû être interrompue après quelques jours conformément aux lois bioéthiques américaines alors en place⁴; plusieurs considèrent donc cet arrêt non pas comme un échec mais plutôt comme une première étape réussie qui mènera un jour – lors d'un éventuel assouplissement juridique – à l'accomplissement du projet. C'est notamment l'objectif explicite de la chercheuse Liu, qui affirmait sans ambages lors de la conférence de la *American Society for Reproductive Medicine* en 2001 : « That's my final goal. [...] I believe this can be achieved, we could possibly have an artificial uterus so then you could bring a baby to term »⁵.

¹ Nidation : implantation de l'ovule fécondé dans la muqueuse utérine.

² Henri Atlan, « Des gènes, des embryons, de l'espèce humaine et de l'humanité », dans Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 32. Il s'agit d'une limite éthique parce qu'elle implique la participation du corps d'une femme pour la poursuite de toutes sortes de recherches. Un utérus artificiel permettrait de « dépasser » ce problème éthique.

³ Citée dans les écrits déjà cités de Irina Aristarkhova, Henri Atlan, Stephen Coleman, Philippe Descamps, Scott Gelfand et John Shook, Christine Rosen, entre autres. Voir aussi Jonathan Knight, « An Out of Body Experience », *Nature*, 419, 12 septembre 2002, p. 106-07. Voir également la page web de H. H. Ching Liu sur le site Internet du *Center of Reproductive Medicine and Infertility* : <http://www.ivf.org/liu.html> (consulté en décembre 2009). L'autre expérience souvent mentionnée est celle des chercheurs italiens en 1988 qui ont tenté (en vain) de faire développer des embryons humains dans un utérus artificiel. Voir Carlo Bulletti et al., « Early Human Pregnancy *in vitro* Utilizing an Artificially Perfused Uterus », *Fertility and Sterility*, 49 (6), juin 1988, p. 991-996; Claire Chabot, « De la fécondation *in vitro* à l'utérus artificiel », *Québec Science*, Juillet/Août 1993, p. 14. Pour des recherches sur des embryons animaux visant à réaliser l'ectogenèse, voir entre autres les recherches de Denis New, de l'Université Cambridge (qui a tenté de mener à terme la croissance de fœtus de rats cultivés en éprouvette) ou encore celles de la biologiste australienne Lynne Selwood (qui a réussi à cultiver artificiellement des embryons de marsupiaux jusqu'à 10 jours, alors qu'une grossesse dure normalement 11 jours). Tous deux cités dans Roger Gosden, *Designing Babies*, *op.cit.*, p. 200-01.

⁴ De façon générale, les lois interdisent qu'un embryon soit développé en laboratoire plus de 14 jours. Voir Scott LaFee, « Spare Womb. Will Artificial Wombs Mean the End of Pregnancy? », *loc.cit.*

⁵ Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*, p. 70.

1.2.2 La néonatalogie

À l'autre extrémité de la grossesse, diverses recherches et pratiques biomédicales tentent de maîtriser tous les risques et complications liés à la gestation et à la naissance, notamment les naissances prématurées. C'est le cas de la néonatalogie, qui demeure un des champs les plus prometteurs pour la réussite du projet ectogénétique : d'emblée, la technique d'« incubation fœtale extra-utérine » – soit les incubateurs qui remplissent les unités de soins intensifs néonataux – représente de toute évidence une première forme d'utérus artificiel¹. Qui plus est, ce domaine parvient à continuellement repousser les seuils de viabilité des nouveaux-nés prématurés². On retrouve dans ce champ une série de recherches, dont celles portant sur le liquide amniotique et sur les possibilités de la ventilation liquide qui semble-t-il demeurent prioritaires³. Sont exemplaires à cet égard les recherches menées par le Dr Thomas Schaffer de l'Université Temple en Pennsylvanie qui tente de sauver la vie des enfants prématurés de plus en plus tôt en reproduisant *in vitro* le liquide pulmonal intra-utérin⁴.

Mais l'expérience la plus connue et médiatisée est sans doute celle menée par le Dr Yoshinori Kuwabara⁵, de l'Université Juntendo à Tokyo, qui a travaillé pendant plusieurs années

¹ Perri Klass, « The Artificial Womb is Born », *loc.cit.*

² Le seuil de viabilité est le point à partir duquel le fœtus est potentiellement capable de vivre à l'extérieur du ventre de sa mère. Ce seuil est passé de 28 à 24 semaines depuis les années 1970, et le record de survie d'un nouveau-né prématuré est actuellement situé à la 22^e semaine. Voir Matthieu Durand, « Grand prématuré : Amilia, 'bébé miracle' né à 22 semaines », TF1 (France), 20 février 2007, en ligne : http://tfl.lci.fr/infos/sciences/sante/0_3395892.00-amilia-bebe-miracle-semaines-.html (consulté le 13 octobre 2009). Cette réduction du seuil est possible grâce à l'amélioration des techniques qui imitent l'environnement utérin, sans lesquelles la survie du fœtus est impensable. À ce sujet, voir les ouvrages cités de Henri Atlan, Stephen Coleman (p. 6-9), Philippe Descamps (p. 35), Gelfand et Shook, Christine Rosen. Mais, il faut aussi noter que ce seuil de viabilité est très lié à la question de l'avortement. Une femme ne peut se faire avorter après 24 semaines (28 semaines en 1990), puisque les enfants nés à ce stade peuvent survivre. Plus le seuil de viabilité des bébés prématurés descend, plus la limite pour se faire avorter baisse. Voir Jonathan Knight, « An Out of Body Experience », *loc.cit.*, p. 107.

³ Le « besoin » d'une alternative pour leur respiration est lié aux problèmes résultant du passage prématuré d'un milieu liquide à un milieu aérien. Une des principales difficultés pour les bébés prématurés est la respiration d'oxygène via ventilation artificielle qui peut causer d'importants dommages aux poumons ou au cerveau. Car au stade de leur développement intra-utérin, les fœtus obtiennent de l'oxygène sans respirer, c'est-à-dire dans le liquide amniotique. Voir Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 37; Jonathan Knight, « An Out of Body Experience », *loc.cit.*, p. 106.

⁴ Amel Alghrani, « The legal and ethical ramifications of ectogenesis », *loc.cit.*, p. 193; Jonathan Knight, « An Out of Body Experience », *loc.cit.*, p. 106-07; Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*, p. 69. Notons également les recherches du Dr Robert C. Goodlin du Stanford University School of Medicine, qui a développé dans les années 1960 un utérus artificiel ayant la forme d'une chambre d'oxygène à haute pression « made of stainless steel with a small round peephole. [...] Human, spontaneously aborted fetuses of 8, 9 and 10 weeks' gestation were placed inside the chamber, immersed in a salt solution, and put under the very high pressure a sea diver would experience at 450 feet below the sea. At this pressure, the oxygen is forced through the fetuses' skin. Tubes feeding in and out of the womb carry nutrients and oxygen. The problem with Goodlin's womb is that while the fetus can breathe, there is no artificial placenta to remove its waste products ». Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*, p. 257.

⁵ Décédé en 2000; son équipe poursuit ses recherches dans le même sens. Pour en savoir plus, voir Nobuya Unno et al., « Development of an Artificial Placenta: Survival of Isolated Goat Fetuses for Three Weeks with Umbilical Arteriovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation », *Artificial Organs*, 17 (12), 1993, p. 996-1003; Peter Hadfield, « Japanese Pioneers Raise Kid in Rubber Womb », *The New Scientist*, 25 avril 1992, p. 5.

sur les placentas artificiels¹. La dernière recherche qu'il a dirigée consistait essentiellement à retirer un fœtus chèvre âgé de 17 semaines du ventre de sa mère afin de le transposer dans une matrice artificielle emplies de liquide amniotique, le fournissant de sang oxygéné via un cathéter implanté dans le cordon ombilical. La survie du fœtus pendant trois semaines représente un pas de géant dans le milieu de la néonatalogie. Et comme l'historienne des sciences Christine Rosen l'a bien soulevé, l'annonce très médiatisée en 1997 de cette avancée suppose que de nombreuses autres recherches sur ce procédé s'effectuent actuellement². Tel que le philosophe Philippe Descamps l'a bien signalé, ces procédés témoignent que nous sommes entrés « dans une autre ère de la néonatalogie dans la mesure où plutôt que d'aider les prématurés à survivre dans le monde extra-utérin, on tente aujourd'hui de restituer, en l'imitant, le milieu intra-utérin; ce qui peut tout à fait être considéré comme un pas supplémentaire vers l'ectogenèse »³. En ce sens, certains affirment que l'UA se réaliserait probablement dans le domaine de la néonatalogie, combiné aux avancées des technologies de reproduction : « If we continue to push back the age at which premature babies can be saved, we shall eventually reach the point at which the human embryo produced through IVF can be kept alive without ever putting it inside a human body »⁴.

Dans la même lignée de recherches qui tentent de contrôler/transformer les paramètres de la gestation, certains laboratoires travaillent à réaliser une gestation extramaternelle inter-espèce; il s'agit donc ici d'une gestation extramaternelle sans toutefois être machinique. C'est le cas des expériences composées de manipulations génétiques et de tentatives de gestation inter-espèces, menées par des chercheurs de la *Institute of Zoology of the Chinese Academy of Sciences*. En 2002, ils ont créé quelques 2300 embryons hybrides panda/lapin et ont essayé de les transplanter dans des utérus de lapines. Si aucune grossesse n'a résulté de cette expérience, la tentative d'implanter ces embryons hybrides dans des utérus de chattes a pourtant réussi, ce qui est considéré comme une avancée considérable pour le projet de l'UA. Car, comme Christine Rosen le souligne, le développement de ces techniques de gestation inter-espèces signale l'effacement

¹ Semble-t-il que le placenta est l'un des plus grands obstacles à la réalisation de l'utérus artificiel, notamment parce qu'il se développe précisément au moment où la reproductibilité technique est encore impossible, soit entre la 16^e et 20^e semaine. Il faut voir qu'il s'agit d'un des plus importants éléments de la reproduction et du développement fœtal ; c'est d'ailleurs un des plus gros enjeux des naissances prématurées, lesquelles causent une rupture anticipée du lien entre fœtus et placenta qui pourtant lui est encore nécessaire pour sa croissance et son développement. Voir les ouvrages déjà cités de Irina Aristarkhova, Gena Corea (p. 255), Philippe Descamps (p. 36) et Susan Squier (p. 96).

² Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*

³ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour, op.cit.*, p. 37.

⁴ Peter Singer and Deane Wells, « Ectogenesis », dans Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 22.

effectif des frontières entre animal, humain et machine, ce qui, du coup, rend plausible le développement d'un humain dans un utérus non-humain (qu'il soit animal ou machinique)¹.

Mentionnons en dernier lieu certains cas extraordinaires, tels que les recherches effectuées à la *Chinese Academy of Medical Sciences* qui visent à implanter des utérus artificiels dans des abdomens masculins², ou encore l'annonce médiatique des Raéliens en février 2003 quant à leur projet de créer la matrice artificielle « BABYTRON »³. Malgré la marginalité évidente de ces cas, on constate qu'ils s'ajoutent à une série d'autres recherches plus crédibles et moins farfelues. Ensemble, ces divers projets issus d'horizons complètement différents convergent vers le même but commun, soit la réalisation de l'UA.

1.3 La solidité empirique de l'ectogénèse

Le but de mentionner ces quelques exemples d'avancées effectives n'est pas tant d'entrer dans les dimensions éthiques que d'illustrer que la logique de développement dans les laboratoires est certainement tangible, alimentée de toutes parts. Comme Henri Atlan l'a bien formulé, il ne s'agit pas « de projections incantatoires et répétitives de formules issues des spéculations théoriques, mais de la recherche de nouveautés concrètes, parfois inattendues, que peut faire apparaître l'expérimentation bien conduite »⁴. L'utérus artificiel n'est donc pas de l'ordre de la science-fiction, mais plutôt un moteur de recherche biomédicale; un projet qui oriente présentement les actions, les recherches, les investissements et l'avenir.

Qui plus est, il faut comprendre que ces recherches représentent, sous une forme ou une autre, des pratiques ectogénétiques effectives et démontrent de manière évidente que la maternité extracorporelle s'effectue déjà actuellement, quoique partiellement. Les deux extrémités de la grossesse sont travaillées biotechnologiquement et le passage obligé de l'enfant à l'intérieur du ventre de la mère tend à s'estomper, puisque l'embryon ou le fœtus semble pouvoir se

¹ Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*, p. 68.

² Faits tirés d'un article paru dans *China Today*, rapporté par Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*, p. 70-71. David Le Breton mentionne également ce type de recherches dans *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 242. Et le chercheur Roger Gosden les considère sérieusement dans *Designing Babies*, *op.cit.* Partant des cas de grossesses ectopiques, donc extra-utérines, on poursuit des recherches dans ce sens pour voir jusqu'où la vie peut se développer sans utérus. Voir Petrus S. Steyn et Gabriël S. Gebhardt, « Advanced extra-uterine pregnancy – as case of fimbrial expulsion of the fetus with complete placental development in the fallopian tube », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 87 (2), décembre 1999, p. 167-68. Il faut mentionner que le terme « extra-utérine » renvoie aux cas de grossesses ectopiques mais aussi aux essais de grossesses extra-maternelles, notamment expérimentées chez les animaux. Voir parmi d'autres revues la *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*.

³ Christine Rosen, « Why Not Artificial Wombs? », *loc.cit.*, p. 70.

⁴ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 51.

développer de plus en plus à l'extérieur de l'utérus maternel. C'est ainsi que certains spécialistes considèrent la grossesse comme une donnée facultative dans l'accomplissement du processus reproductif, comme l'affirme un des pionniers de la fécondation *in vitro* Robert Edwards: « A considerable part of the intrauterine growth of fetuses can now take place outside the mother. [...] Almost one half of pregnancy is thus replaceable *ex vivo* [outside the female body] »¹. En comblant l'écart d'une vingtaine de semaines entre les deux extrémités du processus reproductif déjà reproductibles artificiellement, l'UA ne représenterait que le passage d'une ectogenèse « partielle » à « complète »². Comme l'économiste Jeremy Rifkin l'a évoqué dans un journal britannique, l'utérus artificiel semble logiquement être la prochaine étape d'un processus ayant graduellement retiré la reproduction de la maternité « traditionnelle » afin de la transposer en laboratoire³. En d'autres termes, l'UA constituerait l'aboutissement radical des pratiques ectogénétiques actuelles. Voilà pourquoi nous postulons que *l'ectogenèse constitue une réalité empirique* et que nous considérons l'UA comme pur prolongement, comme paroxysme de ces pratiques de reproduction extracorporelle.

Si le Canada est reconnu pour avoir prohibé toute expérimentation pouvant mener à l'ectogenèse⁴, il faut toutefois signaler l'illogisme et l'inadéquation de cette interdiction, à l'instar de la bioéthicienne Frida Simonstein : d'une part, le rapport de l'enquête ne semble pas tenir compte du fait que l'UA serait le résultat de recherches indirectes provenant d'avenues diverses, notamment des champs de la reproduction assistée et de la néonatalogie qui effectuent déjà une forme partielle d'ectogenèse; d'autre part, ce même rapport se contredit explicitement en appelant au perfectionnement et à l'amélioration des performances de fécondation *in vitro*, ce qui encourage certains développements pouvant précisément donner lieu à ce qu'ils interdisent⁵. Cela dit, la confusion à l'endroit de l'encadrement juridique et éthique de l'ectogenèse semble découler

¹ Cité dans Gena Corea, *The Mother Machine, op.cit.*, p. 258. Voir aussi Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 9. S'appuyant sur ces dires, l'éthicien Stephen Coleman affirme: « So it is clear that human life no longer needs to begin inside the human body. For half of the first week of life, the embryo can live just as well in a dish in the laboratory, as inside the mother's body ». Dans *The Ethics of Artificial Uteruses, op.cit.*, p. 6. Pour Roger Gosden, « In principle, conditions for healthy growth and development could be provided elsewhere – even outside the mother's body ». Dans *Designing Babies, op.cit.*, p. 184. À l'instar de Gosden, l'éthicienne Anna Smajdor énonce : « ectopic pregnancies show that the development and survival of a fetus outside the uterus is possible ». Dans « The Moral Imperative for Ectogenesis », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 16 (3), 2007 (série 'Dissecting Bioethics'), p. 338.

² Henri Atlan, *L'utérus artificiel, op.cit.*, p. 30-31; Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*

³ Jeremy Rifkin, « The end of pregnancy. Within a generation there will probably be mass use of artificial wombs to grow babies », *The Guardian*, 17 janvier 2002, en ligne: www.guardian.co.uk/world/2002/jan/17/gender.medicalscience (consulté en juin 2008).

⁴ Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Ottawa, 1993. Pour une critique du fonctionnement et des ressorts de la Commission, voir Gwynne Basen et al., *Misconceptions, op.cit.*, notamment la 3^e partie.

⁵ Frida Simonstein, « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *loc.cit.*, p. 360.

d'une incompréhension plus globale et partagée quant à ses tenants et aboutissants, d'où l'urgence de décortiquer sociologiquement cet objet technoscientifique.

2. Problématique : l'effacement du corps maternel

Tout se passe comme si la procréation sautait cette barrière autrefois insurmontable et sortait progressivement du corps (ou est-ce le corps qui quitte la procréation?). La reproduction peut passer du corps au laboratoire, du laboratoire au corps ou du corps d'une femme à l'utérus d'une autre (comme dans le cas des mères porteuses), en faisant fi bien sûr de la reproduction sexuée et de ses limites (comme dans le cas des grossesses tardives de mères ménopausées). C'est donc la « délocalisation de l'embryon de l'utérus aux boîtes de Pétri »¹, l'obsolescence du corps maternel et son remplacement artificiel dans la procréation qui constitue le nœud gordien de la présente analyse.

Nous sommes d'avis que la possibilité d'une maternité machinique, entièrement artificielle et acorporelle, mérite d'être problématisée. Force est de se demander quelles en seraient (ou seront) les implications sociales, culturelles, politiques, juridiques et éthiques, mais surtout quelle est sa spécificité et signification en tant qu'objet sociologique. Bien qu'il suive les pas tracés par les actuelles techniques de reproduction artificielle, l'UA se démarque de ces pratiques et constituerait, sans l'ombre d'un doute, une première historique et anthropologique pour deux principales raisons.

Au premier chef, la procréation ne serait plus *assistée* mais entièrement *substituée* artificiellement (sauf bien sûr la contribution biogénétique des gamètes mâles et femelles, encore essentielle à ce jour²). Or, selon l'anthropologue des sciences Sarah Franklin, le terme « procréation médicalement assistée » pose déjà problème à l'heure actuelle, car les technologies reproductives sont loin de simplement *assister*. Plutôt, elles *remplacent* le corps et *accomplissent* la reproduction :

[...] unprecedented forms of scientific “assistance” have been given to the process of reproduction and development. [...] No wonder they are called “miracle babies.” They embody the “helping hand” of science, which their coming into being makes manifest: they

¹ Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 3.

² Une équipe de recherche de l'Université Stanford en Californie, dirigée par Renee Reijo Pera, a récemment annoncé la création artificielle d'ovules et de spermatozoïdes à partir de cellules souches embryonnaires, quoiqu'il serait possible de poursuivre ces recherches à partir de cellules prises sur la peau. Voir Scott LaFee, « Spare Womb », *loc.cit.*; Pascal Riché, « Des ovules et des spermatozoïdes fabriqués en labo », *loc.cit.* Voir aussi les réflexions éthiques à ce sujet dans Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*

are born of medical assistance. Their assisted (embryo) genesis makes them the first generation of assisted ab-origin-als (*ab origine*, from the beginning). These “new conceptions” have required new ways of making sense of fundamental matters. [...] Conception is not only assisted, it is achieved¹.

Dans la continuité de cet accomplissement technoscientifique de la procréation, l’UA pousserait à son paroxysme la substitution du corps maternel qu’effectuent déjà les pratiques d’ectogenèse partielle, mais aussi la technicisation de l’engendrement devenue routine dans les unités obstétricales d’hôpitaux occidentaux. On peut supposer que l’avènement de l’UA constituerait une révolution dans le domaine de la procréation médicalement assistée (PMA).

En deuxième lieu, et surtout, l’UA remettrait fortement en cause le fait social total et universel que tous les enfants naissent d’un corps humain féminin, et en sont ainsi dépendants². Aussi banal que cette affirmation puisse paraître, il est important de soulever, en s’appuyant sur l’important ouvrage du sociologue Luc Boltanski *La condition fœtale*, que l’inscription dans le monde humain passe littéralement par chaque humain, et ce sous deux rapports : « en tant qu’il est humain *par la chair*, c’est-à-dire qu’il est issu du ventre d’une femme, fécondée par le moyen de relations sexuelles³, par un (ou dans certaines sociétés, plusieurs) homme(s), et en tant qu’il est humain *par la parole* »⁴. S’appuyant sur une vaste littérature d’anthropologie sociale, l’auteur démontre qu’à travers toutes les époques et les sociétés, la reconnaissance et la confirmation de l’« humanité des humains » s’accomplit par le biais de ces deux contraintes anthropologiques majeures; le corps et la parole déterminent leur insertion dans des communautés, dans un ensemble de rapports symboliques qui les rattachent à une pluralité de classes, tout en accordant une singularité à l’être. En ce sens, la venue au monde et la reconnaissance d’un être humain qui serait né d’une machine et non d’un corps humain suppose rien de moins qu’une rupture anthropologique colossale et une redéfinition de ce qu’est l’« humain ».

Ainsi, l’entrée en scène de l’UA et l’effacement total du corps dans la procréation bouleverserait non seulement le domaine de la PMA, mais plus largement celui de la culture humaine. Ces deux constats fondamentaux propulsent donc une série de questionnements quant

¹ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation. A Cultural Account of Assisted Reproduction », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 326-28.

² Anne-Marie de Vilaine, « De l’oubli du don maternel au refus de reconnaître la dette à la mère », dans Anne-Marie de Vilaine et al. (dir.), *Maternité en mouvement*, *op.cit.*, p. 208.

³ Notons que les technologies de reproduction marquent déjà une rupture anthropologique importante à cet égard : faisant suite à la contraception et l’avortement qui permettent la sexualité sans reproduction, les NTR complètent la distinction reproduction/sexualité en permettant la reproduction sans sexualité. Voir nos chapitres 3 et 4.

⁴ Luc Boltanski, *La condition fœtale*, *op.cit.*, p. 63. En italique dans le texte.

à la redéfinition technoscientifique du corps maternel, du statut de l'enfant à naître, ou encore des rôles sociaux de genre et de parenté. Le lecteur aura donc compris que c'est le *remplacement technoscientifique du corps maternel* qui attire notre attention et qui constitue à nos yeux l'enjeu sociologique principal. Véritable nerf de la guerre, l'effacement du corps est d'autant plus crucial qu'il se trouve au cœur de tous les discours et débats qui portent sur l'UA, tel que nous l'analyserons plus loin et tel que la théoricienne cyberféministe Irina Aristarkhova l'a remarqué¹. C'est à partir de ces premiers constats que nous considérons l'effacement du corps comme une véritable pierre angulaire permettant de mieux comprendre la spécificité de l'UA.

2.1 L'effacement du corps maternel, un fait social et culturel

L'ectogenèse, de par sa définition, entretient une liaison intime avec le corps maternel, qui s'exprime notamment par cette ardente volonté de s'en défaire qu'Irina Aristarkhova nomme le *désir ectogénétique*². Expression contemporaine puisant sa source dans l'imaginaire occidental, cette envie d'effacement du corps maternel matérialisée par l'ectogenèse correspond plus largement à un fait social et culturel, qui se manifeste à travers diverses représentations, pratiques et structures sociales contemporaines sociohistoriquement ancrées. Il suffit de mentionner les mythes du chou et de la cigogne, ou encore l'idéalisation de la vierge Marie, pour comprendre dans quelle mesure l'idée d'une genèse issue d'ailleurs que du corps maternel est transhistoriquement véhiculée. En effet, on peut retracer le désir ectogénétique à travers un vaste corpus de textes scientifiques, philosophiques et littéraires (notamment de la science-fiction³) qui, en cultivant le désir de l'auto-crédation, expriment une sorte d'angoisse de la maternité (*anxiety with/of the maternal*)⁴. L'intérêt soutenu envers d'autres formes de mise au monde que celle qui nous conditionne tous a pour principal effet de fédérer un déni du corps maternel et de son importance dans la génération. La constante sociohistorique et culturelle qu'est le « birth envy », selon l'expression de l'écrivaine féministe Gena Corea, symbolise clairement un profond désir de

¹ Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*

² *Ibid.*, p. 43.

³ Mentionnons notamment les romans *Le Meilleur des Mondes* ou *Frankenstein*, sinon les films comme *Matrix* et *Alien*. Pour une intéressante analyse de la science-fiction comme fait social total, comme corpus mythologique éclairant l'idéologie contemporaine quant à la reproduction, voir Marika Moisseff, « La procréation dans les mythes contemporains. Une histoire de science-fiction », *Anthropologie et Sociétés*, 29 (2), 2005, p. 69-94.

⁴ Dans son article « Ectogenesis and Mother as Machine » (*loc.cit.*), Irina Aristarkhova s'appuie notamment sur le travail de Michelle Boulous Walker, *Philosophy and the maternal body*, London & New York, Routledge, 1998.

dissocier le processus inouï de la naissance du corps maternel continuellement dénigré¹. Selon Aristarkhova et Corea, l'ectogenèse ne serait qu'une réponse technoscientifique à cette envie profondément intégrée dans l'imaginaire occidental, à cette longue histoire d'effacement de la mère (*erasure of the mother*)².

2.2 Le paradoxe du corps présent/absent

Il peut paraître au premier abord saugrenu ou du moins paradoxal de proclamer que le corps maternel est en voie de disparition, alors que ce dernier semble au contraire s'exalter sur la place publique. Effectivement, le culte contemporain du ventre rond – exprimé entre autres par les médias et l'actuelle mode de vêtements maternels ajustés – suggère que la femme grosse, symbole de bonheur et d'épanouissement³, est très loin de l'extinction mais semble plutôt bien se porter. D'autant plus que nous assistions actuellement à une recrudescence de la natalité, un « boom des naissances des années 2000 »⁴. Mais il faut savoir que cette omniprésence du corps maternel fascinant s'accompagne simultanément de sa mise en absence, de sa dévalorisation, exprimée notamment par les regroupements de femmes qui dénoncent « le mythe ou l'arnaque de la grossesse épanouissante » et militent « pour une réduction du temps de grossesse »⁵. Le statut du corps maternel dans la trame sociale contemporaine est effectivement représenté de deux principales manières, qui ne sont pas contradictoires mais plutôt complémentaires tel les deux faces de Janus : le corps consacré s'accompagne du corps condamné, le corps extrême du

¹ « The notion that a man might create a human being by himself, without a woman, is an ancient one embodied in both the legend of the golem of medieval Jewish mysticism (a clay creature that had been given life,) and the homunculus or diminutive man alchemists attempted to create. Boys' urine, blood and sperm were along the ingredients alchemists prescribed for the creation of a little man ». Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*, p. 260.

² Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*, p. 44; Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*, p. 283. Toutefois, il ne s'agit pas toujours, selon nous, d'effacer la mère, mais plutôt son corps. La présence maternelle s'exprime sous d'autres formes (définition génétique du lien maternel, désir d'enfant, projet parental, éducation de l'enfant, etc.).

³ « La femme enceinte, devenue icône du bonheur et de la plénitude dans les médias, prend plaisir à mettre en scène son gros ventre. [...] Les femmes montrent un certain empressement à pourvoir "exhiber un gros ventre". Certaines usent même de stratégies pour que l'on puisse voir très tôt en elles de "futures mères". [...] Les femmes cherchent ici la reconnaissance d'autrui à travers le changement du corps, elles attendent dans le regard de l'autre une légitimation de leur état ». Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 2 et 23. Voir aussi Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.* Pour un exemple probant de la grossesse miraculeuse comme événement heureux et épanouissant « permettant aux parents de voir la vie en rose », voir « Neuf mois pour venir au monde. 30 questions sur la plus belle aventure de la vie », *Science & Vie hors-série*, no 234, mars 2006, p. 22.

⁴ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, p. 2.

⁵ Cécile Denayrouse, « La grossesse serait-elle une publicité mensongère? Des femmes enceintes remettent en cause ce qu'on leur a raconté durant des années », *Tribune de Genève*, 3 juillet 2009 ; voir aussi Johanne Perreault, « La face cachée de la maternité », *Le Soleil*, 4 juin 2009. Dans le même sens, la littéraire Carol A. Stable rapporte le tollé qu'a causé la photo de la comédienne Demi Moore, enceinte et nue, sur la couverture de la revue *Vanity Fair* (août 1991). « What repelled and shocked viewers obviously was the vast expanse of white, pregnant belly. Why, in an era of infinitely representable nudity, did such a comparatively modest photograph elicit such a response? ». Dans « Shooting the Mother: Fetal Photography and the Politics of Disappearance », *Camera Obscura*, 10 (1-28), 1992, « Imaging Technologies, Inscribing Science », p. 190.

corps chétif. Cette double représentation du corps limité/libéré renvoie spécifiquement à ce que l'anthropologue David Le Breton dénomme le « paradoxe du corps présent-absent »¹.

D'une part s'exhibe le culte occidental du corps : régimes d'amaigrissement, culturisme, chirurgie esthétique, sports extrêmes, corps « plastinés » de *Body Worlds*², hypersexualisation des jeunes et moins jeunes, industries cosmétique et pornographique florissantes, en plus des nombreuses séries télévisées hyperréalistes dévoilant « sous tous les angles des flots de sang, des corps en bouillie, des têtes ou des poitrines qui explosent, des membres coupés à la tronçonneuse »³. Ces différents exemples semblent tous azimuts indiquer que le corps est plus que jamais une figure à l'avant-scène socioculturelle.

Mais d'autre part, de façon peut-être plus subtile, le corps est socialement effacé, nié, évité, refoulé. Retraçant la longue histoire occidentale d'occultation du corps, David Le Breton démontre aisément la conception du corps pesant et importun, notamment en soulevant les nombreux malaises qui émergent des interactions sociales et manifestations corporelles. Dans la mesure où l'homme occidental démontre « implicitement sa volonté de ne pas ressentir son corps, de l'oublier autant que possible »⁴, l'importance du corps dans l'expérience subjective tend à s'estomper. En effet, le corps ne semble se manifester que lors d'un malaise, d'une crise ou d'un excès (douleur, fatigue, blessure, sexualité, règles, gestation, etc.)⁵. En tient pour preuves la réticence communément partagée à toucher – ou d'être touché par – un inconnu (entraînant immédiatement des excuses), ou bien le malaise vécu lors d'une expression corporelle « incivilisée » et gênante (bruit, odeur, éclat de sanglots). Ne sachant jamais très bien comment aborder le corps, vivant inévitablement un embarras lorsque le corps (le sien ou celui d'autrui) est imprévisiblement mis en évidence, les individus occidentaux contemporains⁶ vivent donc généralement un rapport incommode et effacé à leur corps mystérieux et insaisissable¹.

La science et la technique modernes sont épistémologiquement fondées sur cette absence du corps, tel que rappelé par les sociologues Mary Kosut et Lisa Jean Moore : « the

¹ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, op.cit.

² L'exposition controversée *Body Worlds/Le monde du corps*, de l'anatomiste Gunther von Hagens, a fait le tour du monde en exhibant l'anatomie de corps « plastinés » et découpés. Voir <http://www.bodyworlds.com/en.html> (consulté en mai 2007).

³ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, op.cit., p. 205.

⁴ *Ibid.*, p. 127.

⁵ *Ibid.*, p. 128. Dans le même sens, Robbie Davis-Floyd rapporte que : « America is a "noncontact culture" with low rates of touch as compared to "contact cultures" such as those around the Mediterranean. Although touch rates for retrieving or punishing were the same in all cultures (Greece, USSR, US), touch rates for soothing, holding, and play were significantly lower in the US ». Dans *Birth as an American Rite of Passage*, op.cit., p. 148.

⁶ Évidemment, ce terme est pris au sens large, sans toutefois nier toutes les nuances et variantes du rapport au corps en fonction du milieu social (rapports de genre, de classe, d'ethnicité, etc.).

“scientific revolution” of modernity was predicated on the denial of embodiment »². C’est-à-dire que la conception embarrassante du corps est à la source de la différenciation moderne corps/esprit, nature/culture, objet/sujet, où l’esprit rationnel détache le corps de l’individu qui l’incarne et tente de civiliser³, de culturaliser cet objet naturalisé afin de saisir l’insaisissable. Du fait de cet espace vacant, de ce vide symbolique à propos du corps, la science et la technique opèrent un pouvoir central dans sa construction symbolique et propagent ce savoir désincarné. Conçu comme un support accessoire, secondaire à l’être, le corps est pris pour objet central d’analyse scientifique qui le voit comme puissant mais défaillant, à la manière d’une machine. La science et la technique occupent donc une place cruciale dans ce portrait du corps-machine imparfait, en tentant sans cesse d’intervenir sur lui, de le perfectionner, voire le surpasser. Ce faisant, elles radicalisent l’effacement du corps déjà existant en le rendant davantage étranger au sujet.

Médicalisé de la conception à la mort (et même de la pré-conception au stade *post mortem*⁴), le corps humain est constamment défini et interprété selon ces paramètres scientifiques, et ainsi rendu sujet à intervention technoscientifique, qui pour sa part occupe une place sans cesse grandissante dans l’accomplissement de la vie subjective. « De la conception *in vitro* au prélèvement d’organes, la médecine et la biotechnologie relaient les processus organiques, elles les orientent selon leur volonté. Loin de seulement les étudier et les accompagner, elles les modélisent »⁵. On n’a qu’à penser aux technologies de reproduction, ou encore à la chirurgie plastique et au Viagra®, pour comprendre dans quelle mesure la technoscience construit – au sens figuré et au sens propre – le corps contemporain, ainsi que l’identité et le lien social. Modifiable au gré du sujet, le corps est vécu dans sa dimension objective, c’est-à-dire comme objet différencié du sujet, non pas dans sa relation intrinsèque à l’être comme dans d’autres cultures¹. *Grosso modo*, c’est davantage l’attitude « j’ai un corps » que « je suis un corps » qui prime dans notre société. Et cette objectivation du corps a pour effet d’en faire un *alter ego* objet d’obsession et d’amélioration. Par la même occasion, le corps devient facultatif, constitutif du

¹ David Le Breton, *ibid.*, p. 130.

² Mary Kosut et Lisa Jean Moore, « Introduction: Not Just the Reflexive Reflex. Flesh and Bone in the Social Sciences », dans Lisa Jean Moore et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 4.

³ C’est-à-dire de soumettre le corps au processus de civilisation afin de contrôler et « humaniser » les manifestations du corps « naturel », animal ou pulsionnel. Voir Norbert Elias, *La Civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

⁴ Notamment dans les cas de « mort cérébrale » où le corps est maintenu en vie afin d’entretenir ses organes et ainsi pouvoir les greffer dans un autre corps. Voir Sarah Franklin et Margaret Lock (dir.), *Remaking Life and Death*, *op.cit.*; Céline Lafontaine, *La société postmortelle*, *op.cit.*

⁵ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 241.

sujet seulement lorsque celui-ci choisit d'en faire une priorité individuelle. Dans ce contexte, le corps n'est donc plus nécessairement une figure de proue des interactions sociales.

Or, soyons clair : en affirmant l'effacement du corps, il ne s'agit pas de dire que le corps est transparent, sans profondeur ni secret; le corps demeure inévitablement présent puisqu'il est une immanquable modalité de l'existence, la condition première de notre rapport au monde. Toutefois, il est constamment mis en absence, écarté de l'être qui l'incarne, devenant contrôlable, optionnel et remaniable. En témoigne à plusieurs égards la pensée occidentale moderne qui génère des conceptions unidimensionnelles du corps, tel que souligné par la chercheuse en *Cultural Studies* Jyotsna Agnihotri Gupta :

In different discourses the human body has been perceived differently and rather narrowly, as for instance, by Marx as the economic body, by Freud as the sexual body, in scientific and medical discourse as the mechanical body, by modern day reproductive scientists and biologists as the hormonal body, in population discourse as the fertile body and so on, rather than the body as a whole, constituting an individual².

C'est en ce sens que Le Breton définit le « paradoxe du corps présent-absent » et affirme que notre société repose sur une « anthropologie résiduelle »³ qui exprime un « adieu au corps »⁴. Et c'est seulement dans un tel contexte qu'on peut penser, voire créer, une maternité sans corps maternel.

2.3 Effacement du corps maternel : fragmentation, neutralisation, extériorisation

Cet « effacement ritualisé des manifestations corporelles »⁵ forge de toutes parts la conception du corps et les interactions sociales, et le corps enceinte est un cas de figure intéressant qui le met évidemment à l'épreuve. Considérée aujourd'hui comme un moment exceptionnel dans la vie d'une femme – alors qu'autrefois il s'agissait d'un événement courant et ordinaire¹ – la grossesse met clairement en lumière ce paradoxe du corps présent/absent. En mettant le corps exceptionnellement en évidence et dans tous ses états, la grossesse suscite depuis plusieurs siècles un effort constant d'accroître sa maîtrise et d'atténuer ses expressions désobligeantes. Enraciné ontologiquement et historiquement, le dessein de démystifier et de maîtriser les épreuves que sont la gestation et l'accouchement s'exprime à travers la « littérature

¹ *Ibid.*

² Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 32-33.

³ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 187.

⁴ Voir David Le Breton, *L'adieu au corps*, Paris, Métailié, 1999.

⁵ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 132.

abondante, depuis l'Antiquité jusqu'à Freud, sur le caractère menaçant du "continent noir" du sexe féminin et de cette machine obscure où se forme l'embryon, à l'abri de tout regard, de tout contrôle »². En simplifiant à l'extrême, on peut résumer l'histoire du rapport au corps maternel, toutes sociétés et époques confondues, à un constant effort de culturaliser ou d'humaniser cette condition imposée par la nature ou par Dieu, de démystifier et maîtriser ce processus énigmatique – tant par l'utilisation de drogues que de rites spirituels – et ainsi tenter de surpasser cette épreuve, et possiblement d'obtenir pour les femmes un état différent de celui qui les confine aux aléas de la nature, voire de l'animalité.

Au fur et à mesure que se développe l'approche médicale de la naissance, la maternité est de moins en moins vécue dans sa corporalité et davantage accomplie via le prisme biomédical. Comme Le Breton l'explique si bien :

Le soupçon qui touche le corps n'épargne pas la fécondation; après la gestation et l'accouchement qui ont cessé d'être tout à fait de l'ordre du corps pour être médicalisés, les biotechnologies ont bouleversé également le cycle de la reproduction. Au hasard de la conception et de la gestation, on oppose alors une médecine du désir, des interventions sur les gènes, sur les embryons, voire sur le fœtus, on dissocie les différents temps de la maternité en séquences manipulables dont on cherche la maîtrise³.

Selon notre analyse sociohistorique allant du Moyen-Âge à la postmodernité, la médicalisation de la grossesse efface le corps maternel de trois principales manières : *fragmentation, neutralisation et extériorisation*.

En premier lieu, la maternité est construite comme une trajectoire biologique ponctuée de séquences organiques successives bien distinctes, qui sont en soi des mini processus (la fécondation est comprise comme un « périple semé d'embûches », où s'enchaînent les étapes de la morphogenèse du fœtus : cellule-œuf, zygote, blastocyste, embryon, fœtus⁴). Cette conception fragmentée et molécularisée de la gestation, où peuvent s'agencer techniquement diverses pièces et fonctions⁵, ouvre éventuellement la voie au transfert de « phases » d'un corps d'une femme à l'utérus d'une autre ou au laboratoire, comme dans le cas des mères porteuses, de la fécondation *in vitro* ou des incubateurs. « Corps objet, morcelé selon un schéma mécaniste et reconstruit à travers un projet de maîtrise qui ne prend en compte à aucun moment la dimension symbolique

¹ Voir notre chapitre 2 sur l'approche pré-moderne de la procréation.

² Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 149. Voir aussi les références déjà citées de Irina Aristarkhova, Gena Corea, Scott Gelfand et John Shook.

³ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 241.

⁴ Voir *Science & Vie*, « Neuf mois pour venir au monde. 30 questions sur la plus belle aventure de la vie », *loc.cit.*

⁵ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 245.

de la parentalité et du désir d'enfant et n'interroge la stérilité que sur son versant organique : le corps obstacle, défaillant »¹.

Dans un deuxième temps, le corps est effacé par de multiples pratiques de neutralisation, qui visent à atténuer les expressions du « corps en crise », soit les divers types de douleurs et risques liés à la grossesse et l'accouchement. De la péridurale à la césarienne, en passant par le décubitus dorsal (position couchée) et l'oxytocin², on constate aisément que les rythmes, expressions et besoins corporels de l'enfantement sont fréquemment balayés au profit d'une plus grande instrumentalité et opérationnalité scientifique³. Par ailleurs, se généralise également des pratiques comme l'amniocentèse dans l'optique de contrôler ou d'éviter certains risques biologiques ou génétiques (ex. trisomie 21), alors qu'on sait pertinemment que cette technique constitue un considérable risque pour le corps et la grossesse de par sa capacité à provoquer un « avortement spontané » (fausse couche)⁴. Bien sûr, l'expérience de l'enfantement passe encore par le corps, mais il s'agit d'un corps de plus en plus obsolète, médicalisé et technicisé. Ainsi neutralisé, le corps tel quel joue un rôle partiel dans l'accomplissement de la procréation.

En troisième lieu, l'effacement du corps s'exprime par la constante extériorisation de la procréation (soit que la reproduction quitte le corps, ou que le corps quitte la reproduction). Le savoir sur la grossesse, qui autrefois s'élaborait en fonction de l'expérience corporelle de la femme enceinte et des sages-femmes, est de plus en plus externe au corps-qui-enfante, objectivé par l'expertise scientifique et son arsenal technique. Avec le développement de l'anatomie et de la médecine moderne, on voit continûment s'extérioriser l'intérieur féminin et, conséquemment, l'expérience de l'enfantement. Cette logique prend actuellement de l'ampleur, notamment avec les technologies reproductives, où les diverses parcelles de la grossesse sont de plus en plus susceptibles d'être reproduites à l'extérieur du corps maternel. Plus généralement, les pratiques devenues routine telles l'échographie et le monitoring fœtal électronique sont éloquentes à l'égard de l'extériorisation et la technicisation de l'expérience maternelle et du rapport à l'enfant(ement). Force est alors d'admettre que ces diverses techniques remettent véritablement en question le sens de l'expression « accouchement naturel »⁵.

¹ *Ibid.*, p. 244.

² Oxytocin (mieux connu sous le nom de marque Pitocin) : hormone synthétique utilisée pour provoquer les contractions utérines et ainsi accélérer le travail.

³ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

⁴ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*

⁵ Voir le rapport déjà cité de l'Agence de Santé Publique du Canada (2009) stipulant trop d'interventions durant la grossesse et l'accouchement. À ce titre, voir Malorie Beauchemin, « Des accouchements de moins en moins naturels », *loc.cit.*

2.4 L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel : de l'obstétrique à la machinique

Cette élimination croissante des femmes de la scène de la reproduction¹ atteindrait sans doute son paroxysme avec le projet de l'UA qui vise à entièrement remplacer le corps maternel dans la procréation. En d'autres termes, l'UA serait l'héritier de cette lignée d'effacement du corps, mais aussi porteur de son intensification :

Mechanization of the maternal body in philosophy and the life sciences has both derived from and served the *devaluation of its participation* in genesis and the birth process, as well as the *disconnection of the fetus from the uterus*. Ectogenesis is a workable concept only if one assumes that the embryo and the mother are two separate and therefore separable entities. Such devaluation of maternal participation in the process of human development was first achieved through privileging man as the site of soul and life force, while woman continued to be viewed as 'clever incubator'².

À nos yeux, le projet de l'utérus artificiel s'inscrit indéniablement dans cette mouvance, mais la radicalise en proposant une procréation totalement technoscientifique et un corps absent de la mise au monde. Alors que certains perçoivent cette évacuation du corps comme signe d'asservissement, d'autres louangent ces avancées et luttent en faveur du projet de l'UA, reprenant cette idée que la dimension corporelle de la maternité n'est pas essentielle et devrait être strictement optionnelle, pour faire en sorte qu'elle s'inscrive alors dans la « liberté de choix »³.

Semblant sortir tout droit d'un roman de science-fiction, l'UA s'inscrit pourtant légitimement, à notre avis, dans un terrain social fertile pour son implantation. Telle est l'hypothèse première de notre analyse : l'UA constituerait l'extension radicale de représentations et pratiques sociales existantes ayant trait au corps maternel. Comme le suggère la féministe Rosemarie Tong : « Given all the developments and promised developments in reproductive technology, it is not unreasonable to envision ectogenesis [...] as the culmination of reproductive technology »⁴. À travers les prochains chapitres, nous visons à repérer le cheminement de cette radicalisation. Ainsi, nous prenons l'utérus artificiel pour objet d'étude de cas reflétant la socialité occidentale décorporalisée et le processus social de biomédicalisation croissante des phases de la

¹ « increasing elimination of women from the scene of reproduction » dans Ingrid Zechmeister, « Fœtal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom », *Health Care Analysis*, 9, 2001, p. 396.

² Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*, p. 51. Elle réfère à Roger Gosden, *Designing Babies, op.cit.* C'est nous qui soulignons.

³ Voir notre chapitre 5 où sont exposés les différents argumentaires au sujet de l'UA.

⁴ Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: In Whose Best Interests? », dans Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 60.

vie¹, particulièrement de la grossesse et de la naissance. C'est ce qui nous permet de stipuler que l'UA est l'enfant légitime d'une société technocratique² et postmoderne³ animée par une culture de la vie en soi (*life itself*)⁴.

¹ Adele Clarke et al., « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *loc.cit.*; Peter Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007; Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*

² On s'appuie essentiellement sur les travaux déjà cités de Robbie Davis-Floyd et de Charis Thompson. Voir aussi l'ouvrage clef de Jacques Ellul, *Le système technicien*, Paris, Le Cherche Midi, 2004.

³ On emploie le terme tel qu'entendu par Céline Lafontaine, à l'instar de Michel Freitag : « la postmodernité prise au sens large d'un nouveau mode de régulation sociétale axé sur la gestion informationnelle et l'opérationnalité technoscientifique ». Dans *La société postmortelle*, *op.cit.*, p. 14. Voir aussi son ouvrage *L'empire cybernétique*, *op.cit.*

⁴ Karin Knorr Cetina, « The rise of a culture of life », *EMBO reports [European Molecular Biology Organization]* 6, special issue, 2005, S1, S76-S80; Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*

Chapitre II

L'approche pré-moderne du corps et de la procréation

Birth was simply part of the moral order of the universe.
William Ray Arney¹

1. La réalité sociale de l'enfantement : difficulté, banalité, féminité

Les anciens adages tels « femme grosse a un pied dans la fosse »² ou « maternité est synonyme d'éternité »³ symbolisent clairement la réalité précaire que constituait autrefois l'enfantement. Jusqu'à tout récemment, le constat d'une grossesse sonnait possiblement le glas de la mère ou de l'enfant à venir, avant que ne reculent les taux de mortalité infantile et maternelle⁴. Lorsqu'on rappelle les conditions ardues et souvent fatales de l'accouchement – que les contemporains peinent à saisir dans toute leur ampleur – il n'est pas surprenant que chaque accouchement « réussi » fût souvent caractérisé de miracle⁵. On relate en ce sens l'existence d'importantes coutumes d'offrandes, venant de nouvelles mères reconnaissantes d'avoir survécu aux « douleurs de l'enfer et au piège de la mort » et d'avoir été délivrée du « Grand Danger de la naissance »⁶. Ces angoisses et conditions laborieuses sont notamment au fondement de l'idéalisation de la virginité au fil des époques, comme en témoigne le récit mythologique de la déesse grecque Artemis qui, terrifiée par la souffrance de sa mère lors de sa propre naissance, demanda à son père Zeus de lui accorder l'éternelle virginité⁷. Dans la culture médiévale et renaissante, la vierge symbolisait pour les femmes, selon l'historienne Renate Blumenfeld-Kosinski, «freedom from the burden of frequent childbearing and nursing in an age in which these natural processes were highly dangerous. Idealizing virginity may thus have helped women to master the “brutish” aspect of their biologically determined lives »⁸.

¹ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 23.

² Adage gascon cité par Paul Yonnet, *Le recul de la mort. Tome I : L'avènement de l'individu contemporain*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des Sciences Humaines, 2006, p. 117.

³ Traduction libre du dicton britannique « maternity is another word for eternity », cité par Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 62.

⁴ La crainte de la mort en couches est bien présente à travers les populations, comme le démontrent plusieurs travaux ethnologiques rapportés par Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op.cit.*, p. 79-80. Voir aussi Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 21-46; Paul Yonnet, *Le recul de la mort*, *op.cit.*

⁵ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born. Representations of Caesarean Birth in Medieval and Renaissance Culture*, Ithaca & London, Cornell University Press, 1990; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men. A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights*, New York, Schocken Books, 1977. On caractérise parfois encore aujourd'hui la naissance de miracle, mais en accordant le statut d'exploit à l'expertise technoscientifique plutôt qu'à la volonté divine. Nous reviendrons sur cette question plus loin.

⁶ Traduction libre des expressions « pains of hell and the snares of death » et « Great Danger of Childbirth », dans Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*, p. 13; voir aussi Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*

⁷ Tina Cassidy, *Birth. The Surprising History of How We Are Born*, New York, Grove Press, 2006, p. 77.

⁸ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 11. Elle reprend les dires de Margaret Miles, *Image as Insight*, 1985.

Ainsi, la douleur de l'enfantement représente, outre un véritable fardeau physiologique, un fait social total, selon l'expression de Marcel Mauss : ontologiquement enracinée, traversant toutes les sociétés et époques, cette réalité est socialement structurée et organisée par diverses croyances et normes, représentations et pratiques. Le désir de maîtriser et d'éliminer la souffrance de l'enfantement (la « malédiction d'Ève », selon les Chrétiens) s'exprime dans toutes les sociétés et cultures, qui ont tour à tour tenté de soulager ou remédier à ce fardeau, tant par l'utilisation de drogues qu'avec des rites superstitieux¹. Autant que la souffrance de la parturition est une constante anthropologique, le désir de surpasser et de maîtriser ces conditions constitue une constante sociohistorique, comme le rapporte la journaliste Tina Cassidy de son enquête sur l'histoire de l'enfantement : « The only thing as consistent as birth pain has been the search to eradicate it »².

Malgré les rudes défis de l'enfantement et l'aspect miraculeux de sa réussite, il faut rappeler qu'autrefois, la grossesse et l'enfantement n'attiraient pas beaucoup d'attention, si ce n'est qu'une attitude généralement péjorative ou du moins indifférente. Courant, l'enfantement était considéré ordinaire, sans condition particulière, faisant partie de l'ordre habituel des choses. Dans un contexte où les tâches de la reproduction de l'espèce organisaient de part en part la vie des femmes, et où les grossesses répétées pesaient sur leur existence³, il n'est pas surprenant que la famille, la maternité et l'enfance ne furent pas spécialement valorisés. Le sociologue Paul Yonnet rappelle à ce titre :

Quand une femme n'est pas enceinte, elle allaite, ou elle aide d'autres femmes, enceintes, en couches. Il y a des enfants malades, dont il faut s'occuper, et des enfants qui meurent : la moitié d'entre eux seront décédés à dix ans. La société des femmes est organisée par la fonction de leur sexe : donner la vie, reproduire l'espèce. Ce monde grouille de vie et de mort⁴.

L'historienne Renate Blumenfeld-Kosinski démontre en ce sens qu'au Moyen-Âge et à la Renaissance, la maternité n'était pas d'intérêt public, pas plus que le statut de l'enfant⁵. En fait, tout semble indiquer que la réalité familiale était socialement banalisée, ce pourquoi on n'en trouve peu de traces dans l'art ou la poésie de l'époque et qu'on repère davantage de textes sur

¹ « 5000 years ago, Egyptians and Indians made use of opium, from which we later derive morphine. Greeks chewed willow bark, the predecessor to aspirin. The people of the Andes had their coca leaves, the basis for cocaine. Wise men brought myrrh to help Mary ease her pain. Women have drunk wine and poppy juice, eaten mandrake and hemp [...] ». Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 77.

² *Ibid.*, p. 83.

³ Paul Yonnet, *Le Recul de la mort*, *op.cit.*, p. 106.

⁴ *Ibid.*, p. 116.

⁵ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.* Voir à ce sujet Philippe Ariès, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Seuil, 1973; Yvonne Kniebielher et Catherine Fouquet, *Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Montalba, 1980.

les obligations des épouses que des mères¹, ce qui indique une plus grande valeur sociale accordée au mariage qu'à la maternité. Quoique l'absence d'enfant pouvait causer de considérables conséquences pour les familles nobles, « the general spiritual climate of the age did not favour ideas on childbearing as an important social function. In the hierarchy of medieval values, procreation and sex ranked extremely low »². Dans ce contexte, le corps maternel est à la fois très présent, de par la condition laborieuse qu'il représente, tout en étant absent par l'indifférence qu'il suscite.

Moment ardu mais banalisé, l'enfantement relevait jusqu'à tout récemment d'un univers presque exclusivement féminin, tel qu'il a été mis en évidence par plusieurs auteurs³. C'est notamment la conscience de la douleur et la crainte de l'accouchement qui provoquent la majorité des parturientes – à l'exception de quelques cultures⁴, et contrairement aux espèces animales qui s'isolent pour mettre bas – à trouver de l'aide et de l'accompagnement de pairs⁵. Puisque l'enfantement était compris comme un événement courant et quotidien ne méritant pas d'attention sociale particulière, il demeurait confiné à la sphère féminine. Bien que certains hommes tels Hippocrate et Aristote se soient intéressés à l'anatomie féminine et à l'enfantement, et qu'on dénote certains cas de présence masculine lors d'accouchements difficiles dans la tradition médicale arabe, antique ou médiévale, il demeure que les hommes et médecins n'osaient généralement pas pénétrer cet univers féminin et mystérieux que représentait la naissance⁶.

In the ancient [premodern] world childbirth was regarded as a female 'mystery' of which women alone had special knowledge and understanding, and which was presided over by female deities, like Isis, Juno Lucina, and Diana, to whom pregnant women prayed for safe deliverance in their travail. Hence, until comparatively recent times, the work of attending childbirth remained women's business. Moreover, in accordance with the old principal that experience is the best teacher, tradition required that only women who had themselves borne children should perform this office¹.

Ainsi, on retrouve dans presque toutes les cultures et sociétés une forme d'organisation communautaire de femmes, habituellement informelle, comprenant plusieurs membres féminins

¹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 12-13.

² *Ibid.*, p. 12.

³ *Ibid.*; Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*; Jane Lewis, *The Politics of Motherhood. Child and Maternal Welfare in England, 1900-1939*, London & Montréal, Croom Helm & McGill-Queen's University Press, 1980; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*

⁴ C'est le cas de la communauté des Kalahari Ju/'hoansi du Botswana et de la Namibie, qui idéalisent l'accouchement solitaire, généralement accompli à partir du deuxième enfant. Voir Megan Biesele, « An Ideal of Unassisted Birth. Hunting, Healing, and Transformation among the Kalahari Ju/'hoansi », dans Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge*, *op.cit.*, p. 474-492.

⁵ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 10-11; Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge*, *op.cit.*

⁶ « In the Hippocratic writings a male physician is mentioned as helping during a protracted birth as well as performing a gynecological exam by inserting a finger into the patient's vagina ». Dans Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 94. Voir aussi Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*

de la famille et du voisinage qui accompagnent l'accouchement². Ces rassemblements avaient pour fonction non seulement de supporter moralement et physiquement la femme en couches, mais aussi d'assurer la présence de témoins de la naissance (ou du décès de la mère ou de l'enfant)³ et de faire l'apprentissage aux jeunes femmes et novices. Le moment de l'accouchement constituait alors un important lieu de socialisation⁴, d'échange, d'éducation et d'apprentissage, à un point tel que : « In Europe and early America, there would be so much chattering and sharing information during labor that these “God-sibs”, or sisters-in-God, would become the basis for the word *gossip* »⁵.

Évidemment, les sages-femmes étaient des figures de proue des communautés féminines. Le terme anglais « midwife », qui signifie étymologiquement « with woman », décrit justement leur travail d'accompagnatrice la vie durant⁶. Leur rôle ne se limitait pas à l'accouchement, mais consistait plus largement à guider et aider lors des diverses épreuves de la vie familiale. De l'avortement aux obsèques, en passant par le baptême *in utero*, le soin des malades et même des animaux domestiques, les matrones escortaient les femmes, du début à la fin de vie⁷. Légué de mère en fille ou au « next of kin », ce métier (*craft*) était corporellement transmis, soit oralement ou bien par apprentissage pratique (*apprenticeship*)⁸. Bien que leur métier n'était pas considéré à juste titre comme une profession mais plutôt comme une « activité », et ce jusqu'au XV^e siècle environ⁹, il faut néanmoins spécifier que les accoucheuses étaient tout de même remarquées et respectées¹⁰, tel qu'en témoigne l'encyclopédiste du XIII^e siècle Bartholomeus Anglicus : « The midwife is a woman who possesses the art of helping a woman in childbirth so that the birth goes easier and the infant is not endangered »¹¹.

Il va sans dire que leur travail était davantage reconnu et valorisé au sein même des communautés féminines. D'une importance fondamentale, les savoirs et pratiques des sages-femmes étaient prisés et respectés; surtout, l'expérience même de la grossesse et de

¹ Jean Donnison, *ibid.*, p. 1.

² William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 21; Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 27; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 74 et suivantes.

³ Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op.cit.*, p. 107.

⁴ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*, p. 3, Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 25.

⁵ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 51.

⁶ *Ibid.*, p. 29; William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 23.

⁷ Tina Cassidy, *ibid.*, p. 27; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 74 et suivantes.

⁸ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 49-51.

⁹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 15.

¹⁰ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 26.

¹¹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 18.

l'accouchement était considérée comme un pré-requis pour pratiquer ce métier, du moins jusqu'au XVII^e siècle approximativement¹. Ceci est lié au fait que l'expérience de la parturiente était considérée importante pour élaborer un savoir sur l'enfantement. Malgré la banalisation sociale de l'enfantement à cette époque, les yeux des contemporains considèrent que ce domaine sortait véritablement de l'ordinaire, dans la mesure où il s'agissait d'un domaine de travail féminin relativement autonome, où l'expérience des femmes (en tant qu'accoucheuses ou parturientes) constituait la forme ultime de connaissance qu'aucun homme ne pouvait appréhender. Dans un contexte de domination masculine généralisée, l'enfantement représentait un des seuls lieux d'exercice de savoir et de pouvoir féminin.

The birth chamber was considered the exclusive domain of women, at least up to the eighteenth century. Lyings-in were thus exempt from the male control that extended over almost all other aspects of a woman's life. [...] Women for centuries had been in control of obstetrics and gynaecology and thus of their own bodies².

Néanmoins, il faut rappeler que même si les sages-femmes avaient un rôle considérable dans l'organisation de la naissance, elles ne croyaient pas détenir une réelle emprise sur ce processus périlleux. Ainsi, la réussite d'un accouchement reposait véritablement entre les mains de Dieu (et plus tard de la Nature), non pas les mains humaines³. Comme le sociologue William Ray Arney l'indique, la conception de la naissance qui sous-tend la pratique de sage-femme est celle d'un phénomène naturel et normal (« part of the moral order of the universe »)⁴. Bien qu'on la caractérisait comme une épreuve ardue, la naissance ne nécessitait pas qu'on intervienne – à moins de cas de force majeure – mais plutôt qu'on l'accompagne. En fait, selon Arney, la naissance représentait une « crise » morale dans la mesure où le comportement de la femme en couches révélait sa vertu, sa force morale. Il fallait donc laisser la femme traverser cette épreuve, comprise comme une manifestation de sa relation avec Dieu. Un déroulement particulièrement difficile ou fatal pouvait donc être interprété comme une malédiction divine due à certains péchés (ex. infidélité) ou à son statut inférieur. Avec autant de force symbolique accordée au déroulement de l'accouchement – épreuve faisant partie de l'ordre naturel de la vie –, on comprend mieux l'approche non-interventionniste des sages-femmes et l'absence de méthode

¹ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*, p. 3; Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 57.

² Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 91 et 96.

³ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 24. Voir notre chapitre 3.

⁴ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 23

spécifique ou catégorique d'accouchement¹. Certes, il faut toutefois rappeler qu'il arrivait dans certains cas que les sages-femmes interviennent.

2. La césarienne : porte d'entrée de la médicalisation de la grossesse

2.1 D'une intervention religieuse à médicale

De la Mésopotamie 2000 ans avant JC à l'Europe du XIV^e siècle, on retrouve maintes traces littéraires, juridiques et iconographiques qui témoignent de naissances par césarienne qui ne sont pas encadrées par la médecine mais plutôt par les communautés féminines². Jusqu'au XIV^e-XV^e siècles en Europe, cet acte désespéré consistait à opérer la mère *post mortem* afin de sortir l'enfant : d'abord parce qu'il était mal vu et parfois illégal d'enterrer une femme avant que ne soit sorti l'enfant³, mais aussi parce qu'il fallait baptiser *in extremis* le nouveau-né avant qu'il ne meure⁴. Émergeant du corps de sa mère morte en couches, l'enfant était considéré comme n'étant pas véritablement né d'une femme à part entière, ou simplement non-né :

At a time when a Caesarean was performed only if the mother died during labor, the child could indeed be considered as "not of woman born", or even "unborn" [...]. Cut out of the womb, or "untimely ripp'd" as Shakespeare put it in *Macbeth*, the newborn was the child not of a living woman but of a corpse⁵.

Le statut nébuleux et la survie improbable de l'enfant signalaient l'urgence du baptême, puisqu'il fallait tenter de le sauver d'une quelconque façon. « It was part of Christian doctrine that the soul of a baby which died unbaptized would lose its chance of salvation; hence it was the midwife's duty to baptize any child thought likely to die before it could be taken to the priest. Moreover, it was vital that this be done according to the approved form [by the Church] »⁶.

On comprend donc que la césarienne était à cette époque d'une nature religieuse plutôt que médicale. Cette opération relevait davantage du champ de l'obstétrique (du latin *obstetrix*, « sage-femme »⁷), qui était alors distinct de la médecine et de la chirurgie cléricales¹. Par conséquent, cette lourde tâche était reléguée aux mains des sages-femmes déjà familières avec le

¹ *Ibid.*

² Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born, op.cit.*

³ *Ibid.*, p. 21.

⁴ *Ibid.*, p. 47.

⁵ *Ibid.*, p. 1.

⁶ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men, op.cit.*, p. 4.

⁷ Notons que le terme français employé avant « sage-femme » était « obstétrice » et « ventrière » au XIII^e siècle. Voir Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born, op.cit.* William Ray Arney précise que le terme obstétrique vient du latin *obstare*, « to stand before ». Dans *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 21.

corps de la femme et les nouveaux-nés. Elles semblaient toutes désignées pour se charger de la césarienne et ensuite du baptême – qu’il fallait effectuer en bonne et due forme, sous peine de sanction de l’Église². De plus, puisque la césarienne présupposait le décès de la mère et la mort quasi certaine du bébé³, cette opération *post mortem* n’était pas de l’ordre de la médecine, qui s’occupait seulement des corps vivants, avant que ne se développent la dissection et l’anatomie⁴. La médecine cléricale envisageait donc la césarienne comme une « dangereuse affaire mondaine »⁵ et préférait s’en abstenir. C’est principalement pour ces raisons que cette opération est absente des écrits médicaux jusqu’au XIV^e siècle⁶.

C’est à partir de ce moment qu’on dénote l’appropriation médicale de la césarienne, propulsée par quatre principaux facteurs sociohistoriques : 1) la laïcisation de la chirurgie et de la médecine; 2) la professionnalisation et la différenciation de ces deux champs de compétence; 3) le resserrement des normes et démarches à suivre de la part de conseils religieux et médicaux envers les sages-femmes; et 4) le développement à partir du XIII^e siècle d’autopsies et de dissections⁷. Liés au développement des universités et facultés de médecine à partir des XIII^e-XIV^e siècles, la professionnalisation de la médecine et le développement d’associations médicales comme celle des chirurgiens-barbiers auront d’importantes conséquences sur le métier des sages-femmes et l’approche de la naissance⁸. Avec le développement des dissections, des autopsies et de l’anatomie se brise le tabou d’ouverture des cadavres et se transforme le rapport au corps⁹; se multiplie alors le nombre de chirurgiens présents lors de décès qui s’intéressent à découper et observer les corps *post mortem*. L’intérêt pour la césarienne et la femme morte en couches devient ainsi plus pertinent, donnant le coup d’envoi à la masculinisation et à la médicalisation de cette procédure, et plus largement de l’accouchement. Renate Blumenfeld-Kosinski résume bien :

The period of the [gaining] of male control in certain areas of medicine coincided with efforts to establish medicine as a profession, with all the exclusionary measures this entailed. But more than a temporal coincidence is involved here since the professionalization of medicine also led to a new self-definition of physicians, surgeons, and barbers and to a new competitiveness regarding areas of permitted activities and fields of competency. Midwives

¹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *ibid.*, p. 24-25.

² *Ibid.*; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*

³ Diana Scully, « From Natural to Surgical Event », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 51.

⁴ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 24-25.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*, p. 46.

⁷ *Ibid.*, p. 24. L’auteure rappelle que jusqu’à la fin du XIII^e siècle, les dissections étaient seulement pratiquées sur les animaux (voir p. 30).

⁸ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*

⁹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 31; Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*; David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*; Benjamin A. Rifkin et Michael J. Ackerman, *Human Anatomy. From the Renaissance to the Digital Age*, New York, Henry N. Abrams, 2006. Voir notre chapitre 3.

as well as female physicians and surgeons were the losers in this battle for prerogatives, and their disappearance from images of caesarean section marks the beginning of the long struggle on the part of male doctors and the authorities to banish women from the realm of medicine¹.

2.2 D'une pratique féminine à masculine

C'est donc par la porte de la césarienne que l'homme est entré dans la chambre de naissance et que les médecins ont pénétré le domaine de l'obstétrique, anciennement peu prisé par la médecine. De plus en plus entreprise par des hommes tant laïcs que religieux, davantage sanctionnée par les associations médicales et cléricales, cette procédure se déféminise tranquillement. En est pour preuve l'analyse iconographique de l'art médiéval et renaissant, qui dévoile la lente disparition et marginalisation des praticiennes de la césarienne à partir du XV^e siècle, tandis qu'elles étaient omniprésentes au XIV^e². Ainsi, l'incursion graduelle des hommes chirurgiens en obstétrique via la césarienne donne le coup d'envoi au processus de médicalisation de la naissance³ et, du même coup, à l'élimination progressive des praticiennes « rivales »⁴. C'est notamment à partir de cette même époque qu'on remarque que les hommes commencent à se charger d'examens qui furent longtemps du ressort des femmes⁵. Motivés par de nouveaux intérêts scientifiques et professionnels, les chirurgiens masculins s'approprient graduellement cette procédure et, par la même occasion, ce domaine. C'est notamment vers 1600 qu'on retrace l'apparition du terme « man-midwife » (accoucheur) dans le vocabulaire anglais⁶. Toutefois, il est important de mentionner, par souci de clarté, qu'il s'agit d'un long processus s'étalant sur plusieurs siècles, variant bien sûr selon les régions et les classes sociales. Les sages-femmes sont demeurées très présentes jusqu'aux XVIII^e-XIX^e siècles environ (dans certains cas jusqu'au XX^e), mais leurs rôles et pratiques se sont graduellement effrités de par la surveillance médicale et l'exclusion croissante⁷.

Avec le processus de masculinisation de l'obstétrique s'entame un autre important processus, soit celui de la *technicisation de l'accouchement*. Car les médecins entrent d'emblée en scène

¹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *ibid.*, p. 96-97.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 90.

⁴ Pamela Eakins, « Introduction », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 18; Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans *ibid.*, p. 37; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men, op.cit.*, p. 5.

⁵ « It is not until the fifteenth century that a male physician, Anthonius Guainerius, alludes "to the possibility of a doctor conducting a pelvic examination on a female patient" ». Dans Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born, op.cit.*, p. 96.

⁶ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men, op.cit.*, p. 10-11.

⁷ Andrea Henderson, « Doll-machines and butcher-shop meat: models of childbirth in the early stages of industrial capitalism », dans *Romantic Identities: Varieties of Subjectivity 1774-1830*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 13.

en se focalisant sur les complications de la naissance et arrivent dotés d'un lot d'instruments et de techniques afin d'agir d'abord sur les césariennes, puis sur l'accouchement en général¹.

Male surgeons entered obstetrics via the Caesarean operation; thus the emphasis in the first deliveries performed by men was on a surgical procedure. As a consequence of this early preoccupation with surgical delivery on the part of physicians, surgical intervention became more and more a standardized option in childbirth².

Comparativement à la pratique des sages-femmes, dont les connaissances sont fondées sur l'expérience corporelle (parturiente et accoucheuse) et sur la notion d'accompagnement – respectant le déroulement naturel des événements et la volonté de Dieu, et n'intervenant qu'en cas de force majeure –, les hommes médecins développent une approche interventionniste qui découle de leur rapport extérieur au phénomène de l'enfantement ; toujours physiquement exclus de la grossesse et de l'accouchement, ils utilisent outils et instruments pour entrer dans le corps, le maîtriser, intervenir sur lui³. Le propre de l'obstétrique médicale réside alors dans cette approche technique et instrumentale, laquelle se développera exponentiellement au cours des siècles subséquents⁴, et sera considérée comme symbole de la supériorité masculine dans la maîtrise et le contrôle d'une naissance difficile⁵. À ce titre, la littéraire Andrea Henderson précise :

This “professionalization” of midwifery contributed to the association of childbirth with other, scientifically supervised forms of production, and it is significant that men-midwives initially distinguished themselves by their use of instruments to assist in the delivery or extraction of the fetus. Gradually, the professional man-midwife with his instruments came to dominate the practice of midwifery⁶.

Avec la progressive *professionnalisation, masculinisation et technicisation* de la naissance croissent bien sûr les mesures normatives et restrictives envers les accoucheuses. Instituant de nouvelles prescriptions et proscriptions, l'ordre professionnel des chirurgiens-barbiers normalisait et encadrait davantage le rôle du chirurgien; par ricochet, il différenciait et restreignait la pratique des accoucheuses. Tandis qu'on accordait aux chirurgiens le droit exclusif d'utiliser des instruments chirurgicaux, on retirait tranquillement ce droit aux sages-femmes en appliquant

¹ Pamela Eakins, « Introduction », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 18; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 48 et suivantes.

² Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 104.

³ Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op.cit.*

⁴ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*; Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

⁵ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 119; Barbara Duden, *Disembodying Women. Perspectives on pregnancy and the unborn*, Cambridge (Massachusetts) & London, Harvard University Press, 1993.

⁶ Andrea Henderson, « Doll-machines and butcher-shop meat », *op.cit.*, p. 13.

plusieurs mesures restrictives telles l'interdiction d'utiliser le forceps¹ ou bien l'exigence d'obtenir une licence spécifique pour pratiquer, qui n'était évidemment pas facile à acquérir. Dans un souci d'améliorer les techniques d'opération de ces « profanes »², l'expertise chirurgicale en vient à questionner et critiquer de plus en plus leur connaissance, à prescrire davantage d'ordonnances régulatrices, et d'obliger que leur travail soit effectué en « alliance » avec – ou strictement supervisé par – des chirurgiens³. Graduellement, le chirurgien est devenu la personne ressource lorsqu'un accouchement naturel s'avérait impossible et nécessitait une intervention⁴. Force est donc de constater la tendance progressive et générale à limiter l'autonomie des sages-femmes.

As the evidence shows, midwives were systematically excluded from the caesarean operation starting about the beginning of the fifteenth century. This exclusion was but the first step in a long series of exclusionary and controlling measures aimed at women in medicine. The marginalization of midwives must be seen in the wider context of misogynistic attitudes in the medieval medical profession and in society at large. The removal of women from positions of relative autonomy to positions under the control of male medical faculties and city administrations becomes especially clear in the fields of obstetrics and gynecology⁵.

With the elimination of midwifery, all women – not just those of the upper class – fell under the biological hegemony of the medical profession. In the same stroke, women lost their autonomous role as healers. The only roles left for women in the medical system were as employees, customers or 'material'⁶.

En plus d'écoper des mesures d'exclusion de la profession médicale, les sages-femmes étaient les cibles de chasses aux sorcières. La forte association symbolique entre le savoir-faire des sages-femmes et les pouvoirs magiques des sorcières repose d'abord sur la ressemblance de leurs habiletés et connaissances diversifiées en termes de santé, de maladie et de guérison, et de leur pouvoir mystique sur la vie et la mort. Cette association est d'autant plus forte que l'époque historique des chasses aux sorcières coïncide avec la période des premières ordonnances et régulations imposées aux sages-femmes⁷. C'est notamment à cette même époque (vers les XVI^e-XVII^e siècles) qu'on retrace les accusations de sorcellerie, de charlatanisme ou de pratique illégale envers les accoucheuses⁸. La méfiance, la médisance et la marginalisation du travail des sages-

¹ Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op.cit.*, p. 109.

² Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 35.

³ Par exemple, à partir du XVI^e siècle, les sages-femmes françaises ne pouvaient plus accoucher les parturientes sans l'assistance d'un médecin ou d'un chirurgien. Voir Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 99.

⁴ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*, p. 2.

⁵ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 91.

⁶ Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*, Garden City NY, Anchor Press, 1978. Cité dans Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 58.

⁷ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*, p. 109.

⁸ *Ibid.*; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*

femmes – tant de la part de l'establishment médical que des chasseurs de sorcières – ouvre grandement la voie aux hommes médicaux pour la prise en charge exclusive de la naissance.

C'est dans ce cadre que s'instaure la distinction « curing/caring », ou « nature/nurture », et que s'organise la division du travail obstétrical : « Thus emerged a clear-cut dichotomy between curing and caring, with doctors as practitioners of scientific medicine, and women (who were considered as not possessing those intellectual capacities) as nurses, as they were supposed to possess nurturing and mothering capacities. Doctor and nurse thus emerged as complementary (though unequal) roles »¹. Les sages-femmes étant théoriquement associées aux naissances normales, alors que les hommes sont assignés aux naissances anormales, nous verrons que la ligne entre normal et anormal deviendra moins claire au fur et à mesure que se peaufinent les techniques d'intervention. Autrefois ordinaire, la naissance devient un phénomène extraordinaire, perçu différemment, objectivement, à l'extérieur du corps qui enfante. Ainsi, « “normal” births disappeared along with the female midwife, and all births became potentially pathological »².

2.3 Césarienne et enfantement, de véritables enjeux de pouvoir

De manière fondamentale, le processus de médicalisation de la naissance est, dès ses débuts, animé par une importante logique de pouvoir et de contrôle. Car il faut se rappeler que les sages-femmes et soignantes détenaient un grand pouvoir d'action sur la sexualité et la procréation, notamment la contraception, l'avortement et l'infanticide, dont les méthodes constituaient des moyens pour les femmes de contrôler leur fertilité, leur corps, la taille de leur famille, et leur vie. De plus, les sages-femmes avaient pour devoir de travailler avec les autorités (cléricales, municipales, etc.) pour assurer que tout se déroulait dans les règles, ce qui leur conférait un pouvoir supplémentaire³. Dans un contexte de société patriarcale médiévale et renaissante, leurs position sociale et rôle de pouvoir étaient bien sûr remarquables, mais puisque leur travail relevait pendant longtemps d'un phénomène banal et féminin qui n'attirait que très peu d'attention, ce n'est qu'avec la masculinisation de l'obstétrique que le pouvoir des sages-femmes est devenu problématique.

To have control over sexual performance meant also to have control over procreation. While impotence and sterility were feared by men as limiting their power, contraception

¹ Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 59.

² William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 8.

³ Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*

could be seen by women as increasing their power. [...] Midwives, then, are condemned because they are women and as such ready to submit sexually to the devil; but they also possess the sexual expertise that allows them to control men and other women. They assume control not only over their own reproductive functions but also over those of their victims. And it is exactly this control that municipal ordinances on midwifery are designed to wrest away from women. [...] This supposed position of power contributed to the midwives' downfall¹.

La naissance et la croissance de l'attention masculine portée à l'univers de l'enfantement – longtemps considéré d'aucun intérêt – mènent à la découverte du réel potentiel d'action que détenaient les sages-femmes. Se déclenchent alors une série de luttes de pouvoirs² en vue de résorber ce qu'on nommait « the midwife problem »³ et d'obtenir davantage de contrôle sur la naissance. Sans détailler cette histoire que maints auteurs ont révélée⁴, retenons que ce vaste processus de normalisation et de surveillance croissante des pratiques féminines (sages-femmes et soignantes) démontre la préoccupation principale de contrôler l'activité des femmes (qu'il s'agisse de prescrire leur pratique ou de proscrire celles qui ne s'y conforment pas), tout en s'appropriant leur travail. On constate d'ailleurs à partir des XV^e-XVI^e siècles la disparition de remèdes et de pratiques qui furent longtemps effectuées. Sous contrôle de l'Église, puis de l'État, les sages-femmes perdent progressivement leur autonomie et passent sous la tutelle médicale⁵.

Ces luttes de pouvoir et le changement d'acteurs présents autour de la femme enceinte révèlent d'importantes transformations sociologiques dans l'histoire et l'expérience de la naissance. Avec la disparition graduelle des sages-femmes du champ de l'obstétrique (d'abord des lieux de césarienne, puis des scènes d'accouchement) s'efface également la forme sociale et communautaire de la naissance, progressivement remplacée par un modèle plus individualiste, où la « gestion » de la naissance s'accomplira essentiellement entre mère et médecin⁶. En plus de bouleverser la représentation de la mise au monde comme moment exclusivement féminin et d'engendrer de nouveaux rapports de genre, l'entrée des hommes médecins dans la chambre de naissance et dans le corps féminin signale une profonde modification du statut du savoir (légitimation croissante de l'expertise scientifique)⁷. Qui plus est, notons l'expression

¹ Renate Blumenfeld-Kosinski, *ibid.*, p. 112 et 116-117.

² Barbara Katz Rothman, « The Social Construction of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 104.

³ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*; Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born*, *op.cit.*; Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 40; Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*; Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*; Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*

⁴ Voir notamment Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *For Her Own Good*, *op.cit.*; Barbara Katz Rothman, *In Labor : Women and Power in the Birthplace*, New York, Norton, 1982; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*; Richard Wertz et Dorothy Wertz, *Lying-in : a History of Childbirth in America*, New York, Free Press, 1977.

⁵ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 5.

⁶ Pamela Eakins, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 18.

⁷ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 4-5.

d'importants rapports de classe dans le remplacement des sages-femmes, lesquelles étaient souvent considérées par les hommes savants comme des « ignorantes issues des classes inférieures »¹ notamment à cause de leur haut taux d'analphabétisme². La substitution des accoucheuses marque aussi le passage d'une perspective plutôt holiste – où la connaissance est basée sur l'expérience corporelle, le respect de la physiologie et la notion d'accompagnement – à une vision rationnelle et instrumentale qui fractionne la réalité en catégories et ainsi différencie le corps en objet d'analyse sujet à intervention³.

Nous verrons ci-après que la perspective médicale de la naissance qui se développe avec la modernité octroie un rôle de moins en moins important au corps maternel dans l'accomplissement de la naissance et accorde beaucoup plus de poids au contrôle médical et technique. Plus spécifiquement, il sera question de démontrer dans quelle mesure l'entrée progressive de la médecine dans le domaine de l'enfantement correspond d'une part à l'exclusion graduelle des femmes, soulignée par plusieurs auteurs tels l'historienne Barbara Duden : « [...] the inclusion of pregnancy in the domain of professional management goes hand in hand with the exclusion of women from its control »⁴. D'autre part, la passation des pouvoirs des sages-femmes aux obstétriciens correspond au passage d'une approche centrée sur le corps et l'expérience féminine à un modèle médical qui tend à les nier, les effacer. En ce sens, nous examinerons comment la médicalisation opère une disqualification du corps maternel qui contribue à progressivement l'oblitérer de l'expérience procréative. Le chapitre 4 sera l'occasion d'observer comment le modèle biomédical actuellement dominant radicalise ce processus d'effacement du corps maternel et ainsi prépare le terrain pour l'éclosion du projet de l'UA.

¹ Jürgen Schlumbohm, « Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'Université de Göttingen, 1751-1830 », *loc.cit.*

² Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 29.

³ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement, op.cit.*, p. 6.

⁴ Barbara Duden, *Disembodying Women, op.cit.*, p. 60. Voir aussi Patricia Spallone, *Beyond Conception, op.cit.*, p. 181.

Chapitre III

L'approche moderne du corps et de la procréation

Obstetrics is wider and broader than pure medicine. It has to do with the whole of life, the way you look at life, making objective discussion difficult. You are almost unable to split the problem off into pure science; always your outlook on life is involved.

Gerrit-Jan Kloosterman, obstétricien-gynécologue¹

1. L'esprit scientifique des Lumières et l'ère du biopouvoir

C'est sous l'éclairage scientifique des Lumières que se développe la rationalité médicale qui fondera l'obstétrique telle que nous la connaissons aujourd'hui. Bâties sur des conceptions dualistes (nature/culture, sujet/objet, corps/esprit, homme/femme, etc.) et portées par des idéaux de raison et d'autonomie, de perfectibilité² et de progrès, la science et la médecine positives qui s'instituent au XVIII^e siècle établiront des procédures de savoir-pouvoir sur la vie dans l'optique de mieux les contrôler et d'améliorer les conditions d'existence³. Comme Michel Foucault l'a judicieusement démontré dans *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, les notions émancipatrices centrales à la modernité occidentale s'accompagnent d'une multitude de mécanismes de contrôle qui s'exercent sur la vie, laquelle entre dans les préoccupations politiques et devient « enjeu de vérité » par le biais de divers dispositifs de *savoir-pouvoir* qui s'organisent en deux principaux pôles.

D'une part se développent les *disciplines anatomo-politiques* (médecine, biologie) qui, depuis le XVII^e siècle, établissent des *procédures de pouvoir* sur le *corps conçu comme une machine* : « son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des systèmes de contrôle efficaces et

¹ Cité dans Raymond DeVries et al., *Birth by Design, op.cit.*, p. xi.

² Prérégative de l'humain, la perfectibilité est cette capacité de s'émanciper des limites naturelles et de se perfectionner qui est au cœur de l'esprit des Lumières et de la distinction avec la condition animale, subordonnée à la nature. Voir Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne, op.cit.* Pour une intéressante analyse sociohistorique de la perfectibilité dans la pensée occidentale, voir la thèse en cours de Nicolas Le Dévédec ainsi que son article « De l'humanisme au post-humanisme : les mutations de la perfectibilité humaine », *Revue du MAUSS permanente*, 21 décembre 2008, en ligne :

<http://www.journaldumauss.net/spip.php?article444> (consulté en mars 2010).

³ Cet esprit s'illustre bien avec l'affirmation de l'administrateur français J. Necker, qui s'est penché au cours des années 1780 sur les moyens « pour féconder l'un des plus beaux desseins dont nous ayons connoissance, la multiplication des hommes sur la terre, l'accroissement de leur bonheur, et la perfection de leurs lumières ». Cité dans Jacqueline Hecht, « Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants », *Population*, 6, 1992, p. 1597.

économiques [...] »¹. De par leur savoir spécifique, la médecine et la biologie modernes cherchent à mieux contrôler ces corps-machines afin de les « perfectionner », de les rendre plus utiles et performants et ainsi contribuer à limiter la souffrance humaine². D'autre part, les *disciplines du corps et de la population* (sciences humaines, dont la démographie) ont conçu le *corps comme espèce* traversé « par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier; leur prise en charge s'opère par toute un série d'interventions et de *contrôles régulateurs : une bio-politique de la population* »³.

Ces deux conceptions modernes du corps s'enchevêtrent et construisent une *volonté de savoir* et une *technologie de pouvoir*, lesquels prennent en charge la vie : son analyse, sa gestion, son perfectionnement, sa prolongation. « La mise en place au cours de l'âge classique de cette grande technologie à double face – anatomique et biologique, individualisante et spécifiante, tournée vers les performances du corps et regardant vers les processus de la vie – caractérise un pouvoir dont la plus haute fonction [est] désormais d'investir la vie de part en part »⁴. C'est par le biais du savoir disciplinaire et de la pensée classificatrice que le contrôle de la vie s'opère, car le fait d'examiner les corps à la loupe permet de les catégoriser puis de fixer une série d'interventions visant à perfectionner les corps individuels, et du même coup le corps social. Ceci témoigne clairement que le corps humain constitue, outre qu'un objet d'étude scientifique, un objet culturel, toujours déjà investi de sens socialement construit, produit de contingences historiques, politiques, institutionnelles, épistémologiques⁵.

Pour les buts de notre analyse, il est nécessaire d'approfondir la représentation du corps-machine, d'abord parce que cette métaphore machinique occupe une place fondamentale à l'aube de l'ère industrielle dans laquelle se développe la pensée médicale⁶. Comme l'historienne Ruth Oldenziel l'a bien souligné :

In this new productionist paradigm of technology, machines became the metaphor, model, and microcosm of technology – and, in this disguise, of male Western power, too. To be sure, the focus on, fascination with, and fetishization of commodities were part of a certain

¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, *op.cit.*, p. 183.

² Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*, p. viii. Dans le même sens, le médecin Richard L. O'Brien affirme : « The medical paradigm is a societal construct informed by medical science. But its roots are much deeper, deriving from human striving to avoid and alleviate pain and suffering ». Dans « Medical Paradigm: Construction, Deconstruction, Reconstruction », *Theoretical Medicine and Bioethics*, 22, no. 6, 2001, p. 584.

³ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, *op.cit.*, p. 183. En italique dans le texte.

⁴ *Ibid.*

⁵ Thomas Laqueur, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1990; Lisa Jean Moore et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

⁶ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 8.

stage of industrial capitalism, in which machines were both embodiments of products as well as producers. Thus, machines became the true fetishes of modernity¹.

Cette métaphore est d'autant plus cruciale qu'elle s'exprime encore aujourd'hui, portée (quoique transformée) par le paradigme cybernétique et le développement des technosciences, comme nous l'explorerons au chapitre suivant. Le lecteur aura donc compris qu'il faut bien saisir le rapport au corps-machine – représentation centrale de la pensée biologique et médicale – afin de mieux comprendre les liens de filiation avec l'actuel projet de la matrice artificielle.

1.1 Le corps morcelé et secondaire

La représentation du corps-machine qui sous-tend la pratique médicale moderne (et le processus de médicalisation) est celle qui disjoint le sujet de lui-même, qui le met dans une position duelle face à soi². Suivant la pensée dualiste, le principe d'existence subjective est relégué à l'esprit rationnel (*cogito*, philosophie cartésienne) et le corps humain, considéré sous l'angle mécanique, devient secondaire et du coup objet d'étude et d'intervention (anatomie)³. La pensée moderne est ainsi bâtie sur cette vision qui, en distinguant le sujet de l'objet, tend à valoriser la faculté rationnelle et soupçonner les facultés du corps. Ainsi mis au rancart, le corps mécanique devient « surnuméraire », selon l'expression de l'anthropologue David Le Breton.

Écarté par la philosophie occidentale, le corps devient la cible de curiosité scientifique et médicale. Contrairement aux traditions orientales par exemple, la médecine moderne est celle du corps, non pas de l'homme; elle soigne moins un malade qu'une maladie⁴. En ne considérant que le corps-machine, le mécanisme corporel détaché de toute subjectivité, la médecine repose, selon David Le Breton, sur une « anthropologie résiduelle », c'est-à-dire une physique de l'homme qui considère l'anatomie et les mouvements physiologiques comme des fonctions et pièces d'une machine sophistiquée, distincte du sujet. La maladie est vue comme une dysfonction de la mécanique; il suffit de bien la circonscrire pour la combattre. Dans le cadre de cette vision

¹ Ruth Oldenziel, « Man the Maker, Woman the Consumer : The Consumption Junction Revisited », dans Angela N. H. Creager, Elizabeth Lunbeck et Londa Schiebinger (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, Chicago & London, University of Chicago Press, coll. Women in Culture and Society, 2001, p. 130.

² D'un point de vue sociohistorique, il faut bien reconnaître que cette distinction n'est pas universelle mais culturellement située; nombreuses sont les cultures qui témoignent d'une conception holiste du corps faisant partie intégrante du cosmos, de la nature ou de la communauté. Reprenant entre autres les travaux de Maurice Leenhardt sur la société canaque, David Le Breton démontre que les représentations mélanésiennes du corps empruntent au règne végétal, faisant en sorte que le corps n'est pas isolé du monde mais plutôt « participe de son entier d'une nature qui à la fois l'assimile et le baigne. La liaison avec le végétal n'est pas une métaphore, mais bien une identité de substance ». Dans *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 17.

³ *Ibid.*; Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 155.

⁴ David Le Breton, *ibid.*, p. 10-11.

éclatée et instrumentale du corps, le malade n'est qu'un épiphénomène de la maladie qui advient dans son corps.

Le langage des malades (« c'est le cœur qui commence à s'user », « c'est mon cholestérol », etc.) ou celui parfois de la routine de certains services à l'hôpital (« le poumon du 12 », « l'escarre du 34 ») enregistrent bien ce dualisme qui distingue l'homme de son corps, et sur lequel la médecine a établi des procédures et sa recherche d'efficacité, en même temps que ses limites¹.

Réceptacle de la maladie, le malade n'est pas appelé à participer à sa guérison ou à s'interroger sur le sens de son malaise; sa collaboration se limite généralement à suivre les directives de son médecin et d'attendre patiemment les résultats, d'où le terme *patient*². Ainsi, « le savoir anatomique et physiologique sur lequel repose la médecine consacre l'autonomie du corps et l'indifférence du sujet qu'il incarne. Il fait de l'homme le propriétaire plus ou moins heureux d'un corps qui suit ses biologiques propres »³. Dans la même veine, le sociologue du corps Arthur Frank met en évidence comment la médecine moderne tend à discréditer le savoir incarné du patient par rapport au savoir objectif rationnel, notamment en citant un praticien :

“You don't have to examine a patient. The numbers, I feel, they are more reliable”. Such physicians then teach their patients that with respect to how they feel, the numbers, or diagnostic images, or cardiac tracings, are more reliable. Most of us, sooner or later, go to the doctor to find out how we feel, our distrust of subjective feelings being a form of dissociation⁴.

Selon cette perspective, le corps n'est pas le représentant du sujet, mais une « collection d'organes, un avoir, une sorte de véhicule dont se sert l'homme et dont les pièces sont interchangeables avec d'autres de même nature, moyennant une condition de possibilité entre tissus »⁵. Tant dans l'usage traditionnel des facultés de médecine (dissections) que dans la recherche biomédicale contemporaine (génétique, cellules souches, greffes d'organes), on retrouve ce corps détaché en pièces et substances interchangeables. Bâtie sur la représentation découpée du corps, la médecine propage, en se développant, cet esprit qui continuellement « repousse la sphère proprement corporelle de la condition humaine »⁶. En effet, au fur et à mesure qu'avancent la science et la technique, se généralise l'objectivation du corps dans la praxis sociale, faisant du corps un membre surnuméraire de l'homme. « L'éparpillement du corps traduit aussi celui du symbolique. Assimilé à un ensemble de pièces et d'opérations substituables,

¹ *Ibid.*, p. 187-88.

² *Ibid.*, p. 188.

³ *Ibid.*, p. 187.

⁴ Arthur Frank, « The Body's Problems with Illness », dans Lisa Jean Moore et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader, op.cit.*, p. 35.

⁵ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité, op.cit.*, p. 234.

⁶ *Ibid.*, p. 230.

le corps ne fait plus sens, il fonctionne. Ou bien, il témoigne d'une panne, il fait obstacle »¹. Ainsi, c'est le corps dans sa dimension subjective qui semble reculer et s'effacer davantage; pourtant, malgré toutes nos distinctions cognitives, le corps demeure toujours essentiellement constitutif du sujet qui l'incarne puisqu'il est, après tout, la condition première de notre existence.

Le Breton caractérise cette logique occidentale de « paradoxe du corps présent-absent », où le corps-toujours-là constitue l'axe focal du regard médical, mais uniquement considéré sous l'angle de la pathologie, de la dysfonction. Ainsi persiste une pratique médicale qui tente incessamment de le contourner, de s'en débarrasser, tout en l'adulant et le dupliquant à sa façon².

La science entretient effectivement une relation ambivalente avec le corps :

La science et la technique, fidèles à leur projet de maîtrise sur le monde, tentent dans le même mouvement paradoxal à la fois d'éliminer le corps et de l'imiter. D'une part, dépasser ses limites, le reconstruire, interférer sur ces processus. [...] D'autre part, simultanément, le corps paradigme d'une médecine fascinée par les processus organiques, à telle enseigne que ses pâles imitations (conception *in vitro*, etc.) sont considérées comme des événements remarquables et suscitent une rivalité sans exemple entre les laboratoires de recherche ou les services hospitaliers en vue de la « première »³.

C'est ainsi que se dessine plus clairement le processus d'effacement du corps dans l'esprit médical. Détachant le corps de la personne, faisant du corps-résidu un objet d'analyse, le corps fait de moins en moins figure de constituant essentiel de la personne, malgré toutes les pratiques sociales qui, en exaltant le corps, laissent présager le contraire⁴. L'hyperspécialisation de la médecine actuelle autour de certaines fonctions ou organes, recourant à des méthodes toujours plus technicisées, exprime une logique qui radicalise la découpe du corps, qui le « morcelle à l'extrême »⁵. Examinons alors le processus de médicalisation qui, en se développant, accentue cette logique scindée du corps.

1.2 Liberté et contrôle au cœur du biopouvoir

Parmi les principales opérations du pouvoir analysées par Foucault¹ se trouve celle des « spirales perpétuelles », soit les « présences constantes » de notions qui s'alimentent continûment et agissent comme moteur du régime de biopouvoir. Il met en lumière, parmi d'autres choses, la spirale de la médicalisation, qui est « à la fois l'effet et l'instrument » : c'est parce que la vie

¹ *Ibid.*, p. 244-45.

² *Ibid.*, p. 80-81.

³ *Ibid.*, p. 11-12.

⁴ Prenons en exemple la chirurgie esthétique qui illustre aisément la manière dont le corps est placé à l'avant-plan de l'identité subjective. Voir David Le Breton, *ibid.*

⁵ *Ibid.*, p. 187.

devient une préoccupation politique que les corps sont pris en charge médicalement, redéfinis en termes scientifiques de *normal* et de *pathologique*², ce qui légitime par la même occasion l'intervention médicale sur les corps. Par conséquent, on constate que le processus de médicalisation n'est pas linéaire, mais se propage plutôt à la manière d'une spirale, orientée par deux principaux axes : on assiste d'une part à un « accroissement des efficacités et à une extension du domaine contrôlé » et d'autre part à une « sensualisation du pouvoir et bénéfice de plaisir ». Les deux pôles orientent un double mouvement à la manière d'une boucle :

Le pouvoir fonctionne comme un mécanisme d'appel, il attire, il extrait ces étrangetés sur lesquelles il veille. Le plaisir diffuse sur le pouvoir qui le traque; le pouvoir ancre le plaisir qu'il vient de débusquer. L'examen médical, l'investigation psychiatrique, [...] fonctionnent comme des mécanismes à double impulsion : plaisir et pouvoir, [...] captation et séduction; affrontement et renforcement réciproque [...]. Ces appels, ces esquives, ces incitations circulaires ont aménagé autour des sexes et des corps, non pas des frontières à ne pas franchir, mais les *spirales perpétuelles* du pouvoir et du plaisir³.

Foucault met ainsi en évidence que l'ère du biopouvoir qui s'instaure à partir du XVII^e siècle est façonnée par une dialectique contrôle/liberté, un « régime de pouvoir-savoir-plaisir »⁴ qui organise les corps et gère la vie. Pendant que les désirs d'émancipation et de perfectibilité nourrissent les développements techniques et scientifiques, le contrôle scientifique devient la condition de possibilité de l'émancipation des limites naturelles : c'est par le contrôle de la vie et des corps qu'on peut les améliorer. Renvoyant toujours de l'un à l'autre, les concepts de contrôle et de liberté sont indissociables et agissent de concert comme une « grande technologie à double face » : « plaisir et pouvoir ne s'annulent pas; ils ne se retournent pas l'un contre l'autre; ils se poursuivent, se chevauchent et se relancent. Ils s'enchaînent selon des mécanismes complexes et positifs d'excitation et d'incitation »⁵. Ainsi prolifèrent simultanément et conjointement les notions de liberté (plaisir) et de contrôle (pouvoir), *a priori* contradictoires mais en réalité indissociables.

Il sera question, au cours des prochaines pages, d'illustrer dans quelle mesure ces idées nodales s'articulent dans l'imaginaire technoscientifique – surtout en ce qui a trait au corps maternel – et comment cette dialectique s'intensifie au fur et à mesure que se développent la médicalisation et la technicisation.

¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, *op.cit.*, p. 57 et suivantes.

² « Health was based on the notion of body equilibrium, and illness was seen as a disequilibrium that could be treated by affecting the symptoms ». Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 86. À ce sujet, voir notamment les travaux de Foucault.

³ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, *op.cit.*, p. 61-62. En italique dans le texte.

⁴ *Ibid.*, p. 19.

⁵ *Ibid.*, p. 66-67.

1.3 La médicalisation, ou la propagation du regard médical

En elle [l'expérience quotidienne], l'espace médical peut coïncider avec l'espace social ou plutôt le traverser et le pénétrer entièrement. On commence à concevoir une présence généralisée des médecins dont les regards croisés forment réseau et exercent en tout point de l'espace, en tout moment du temps, une surveillance constante, mobile, différenciée. [...] Devenue activité publique, désintéressée et contrôlée, la médecine pourra se perfectionner indéfiniment; elle rejoindra, dans le soulagement des misères physiques, la vieille vocation spirituelle de l'Église, dont elle formera comme le décalque laïque. Et à l'armée de prêtres qui veillent sur le salut des âmes, correspondra celle des médecins qui se préoccupent de la santé des corps. [...] Il y a donc un phénomène de convergence entre les exigences de l'idéologie politique et celles de la technologie médicale¹.

Cet extrait de *Naissance de la clinique* résume à lui seul l'essence du processus de médicalisation. À partir du XVIII^e siècle, les thèmes idéologiques de la « souveraine liberté du vrai »² et de l'utilité sociale³ développent une telle efficacité symbolique qu'elles stimulent en toute légitimité une série d'enquêtes médicales (ex. épidémies, fièvres, hygiène) qui posent leur regard scrutateur et « décryptent » jusque dans les moindres détails tout aspect des corps vivants et morts, mais surtout les signes et symptômes de la maladie⁴. La rationalité classificatrice domine ainsi la pensée médicale de la théorie jusqu'à la pratique dans le but avoué de rendre « l'invisible visible », suivant l'optique que « voir égale savoir » et que ce savoir médical est fondateur d'une vie meilleure⁵.

Prenant sans cesse de l'expansion par le biais de sa spécialisation et de son institutionnalisation⁶, la médecine atteint le statut social légitime qui lui octroie l'autorité⁷ de définir certains comportements et états, d'intervenir sur eux et de les normaliser⁸. Ces fonctions accordent à l'institution médicale un pouvoir de contrôle social inédit dont l'extension dans maints domaines de la vie sociale caractérise le processus de médicalisation. Initialement, sont devenus sujets à la médecine les cas déviants, moralement problématiques, qui avaient des effets tant sur les corps individuels que sur le corps sociopolitique. En ce sens, l'alcoolisme,

¹ Michel Foucault, *Naissance de la clinique, op.cit.*, p. 30-31, 33 et 37. En italique dans le texte.

² *Ibid.*, p. 38.

³ *Ibid.*, p. 47.

⁴ *Ibid.*, p. 89. Selon Foucault, « [...] il s'agit non d'un examen mais d'un *décryptement* » (p. 60).

⁵ Voir notamment les chapitres 7 « Voir, savoir » et 9 « L'invisible visible ». Sur l'épistémologie de la visibilité et la survalorisation de la vision par rapport aux autres sens perceptifs, voir Karen Newman, *Fetal Positions, op.cit.*, p. 62.

⁶ Plusieurs facteurs sociaux ont spécialement encouragé le développement de la médicalisation, selon le sociologue Peter Conrad : « the diminution of religion; an abiding faith in science, rationality, and progress; the increased prestige and power of medical profession; the American penchant for individual and technological solutions to problems; and a general humanitarian trend in western societies ». Dans *The Medicalization of Society, op.cit.*, p. 8.

⁷ Nous faisons référence au concept de « authoritative knowledge » développé par Brigitte Jordan et appliqué dans Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge, op.cit.*

⁸ Adele Clarke et al., « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *loc.cit.*, p. 163; Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », dans Chris Hables Gray (dir.), *The Cyborg*

l'homosexualité, l'avortement, la folie et l'onanisme, autrefois régis par le droit ou le clergé, sont entrés sous juridiction de la médecine et sont alors passés de la déviance à la maladie, ou dans les termes des sociologues Peter Conrad et Joseph Schneider, « from badness to sickness »¹. La médicalisation correspond donc à cette vaste entreprise médicale et scientifique – mais aussi économique et socioculturelle – qui prend en charge des problématiques sociales, les déconstruit et reconstruit comme étant des questions d'ordre biologique, naturel et médical afin de normaliser l'anormal². Ainsi encadrés et définis, ces problèmes viennent à être compris en termes scientifiques de maladie, de pathologie; s'érigent alors une série de nouvelles catégories qui englobent ces nouveaux états et requièrent *ipso facto* un traitement médical³. C'est dans ce contexte que naît la santé publique tout comme la culture du risque, tel que le rappelle la sociologue Johanne Collin :

C'est à la faveur d'un élargissement du regard médical, allant du chevet du malade à la sphère publique et de la clinique à la surveillance des populations normales que serait née la santé publique dans la seconde moitié du XIX^e siècle. [...] [C]et élargissement du champ de la visibilité et d'action de la médecine implique alors progressivement la reconfiguration de l'espace et de la maladie en une redéfinition de la relation entre symptômes et pathologies⁴.

Les enquêtes sanitaires menées au XIX^e par les médecins hygiénistes se systématiseront et animeront le développement subséquent de l'épidémiologie. Les semences jetées avec la Renaissance et les Lumières, le processus social de la médicalisation, moteur du paradigme biopolitique, se développera à un point tel qu'on le considère comme l'une des plus importantes transformations sociales des XIX^e-XX^e siècles⁵.

1.4 La mécanisation et médicalisation de la maternité

Interest in the practice and management of obstetrics – in « scientific midwifery » – expanded in the late seventeenth and eighteenth centuries as political economy became linked to population through theories of mercantilism. State power and expansion, economic prosperity, and military security were all considered to be dependant on demographic growth. These doctrines and their consequent policies fostered new discourses of public health that led to hospital expansion, the regulation of midwifery, and the professionalization of obstetrics⁶.

Handbook, *op.cit.*, p. 139-55; Peter Conrad, *The Medicalization of Society*, *op.cit.*, p. 8-9; Barbara Katz Rothman, « The Social Construction of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 104-118.

¹ Peter Conrad et Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia, Temple University Press, 1992. Cité dans Peter Conrad, *The Medicalization of Society*, *op.cit.*

² Peter Conrad, *The Medicalization of Society*, *op.cit.*; Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*; Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*; Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*

³ Peter Conrad, *ibid.*; Michel Foucault, *ibid.*

⁴ Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *loc.cit.*, p. 101.

⁵ Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*; Peter Conrad, *The Medicalization of Society*, *op.cit.*

⁶ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 49.

Des éloges de Jean-Jacques Rousseau en faveur de l'allaitement maternel aux politiques natalistes de Jean-Baptiste Colbert à l'époque de la Nouvelle-France, en passant par l'aphorisme connu de Napoléon Bonaparte « l'avenir d'un enfant est l'œuvre de sa mère », la maternité devient véritablement un enjeu politique d'intérêt national en Occident au cours des XVII^e-XIX^e siècles¹. Elle sera par conséquent définie et normalisée en fonction des valeurs de la société moderne ainsi que des besoins économiques et politiques. Car les nations industrialisées font de la famille un pilier de l'édifice social² et démontrent une préoccupation croissante à l'égard de la mortalité infantile et maternelle qui, en plus de constituer de véritables souffrances et pertes humaines, menace la préservation du système économique et le renouvellement d'une force de travail productive³.

Le souci grandissant envers la santé publique donne naissance à des discours qui auront tendance à blâmer les femmes pour les hauts taux de mortalité materno-infantiles : soit qu'ils condamnent les sages-femmes pour leurs pratiques profanes et leur manque de connaissances scientifiques⁴, soit qu'ils critiquent continuellement les comportements des mères et leur moralité⁵, comme l'exprimait le médecin Gaspard Guillard de Beaurieu (1728-1795) : « Que de sujets, nés ou à naître, la France perd à tous les jours... par la faute de leurs mères, dont la dureté, l'ignorance de la tendresse les fait périr! »⁶. Dans le même sens, la *Gynaecological Society* aux États-Unis accusait les valeurs morales des femmes (notamment les pauvres et/ou célibataires) pour la propagation de fièvre puerpérale⁷. Par conséquent, on accorde aux spécialistes de la naissance une place prépondérante dans la gestion des corps sexués et de la reproduction, laquelle est considérée comme la « matrice non seulement des vivants, mais de la vie »⁸. Pensée autrefois comme un « don de Dieu », la procréation devient comprise comme un « don de la

¹ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2004, p. 18-19; Jacqueline Hecht, « Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants », *loc.cit.*

² Noëlle Lenoir, « La contraception dans les pays développés : une pratique sociale devenue liberté fondamentale », dans Étienne-Émile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, Paris, Odile Jacob, coll. Travaux du Collège de France, 1999, p. 124.

³ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants, op.cit.*, p. 19; Pamela Eakins (dir.), *American Way of Birth, op.cit.*; Jacqueline Hecht, « Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants », *loc.cit.*; Paul Yonnet, *Le recul de la mort, op.cit.*

⁴ Selon les dires d'un certain Dr Edgar dans un journal médical en 1911, les sages-femmes sont « hopelessly dirty, ignorant and incompetent, relics of a barbaric past ». Cité dans Diana Scully, « From Natural to Surgical Event », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 56; cité aussi dans Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy, op.cit.*, p. 58. Voir aussi Karen Newman, *Fetal Positions, op.cit.* p. 51.

⁵ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants, op.cit.*

⁶ Jacqueline Hecht, « Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants », *loc.cit.*, p. 1595.

⁷ La fièvre puerpérale était alors considérée comme une maladie, non pas comme une infection bactériologique. Voir Tina Cassidy, *Birth, op.cit.*, p. 59. Mais nous savons maintenant que la fièvre puerpérale était fortement reliée à l'hospitalisation de la naissance et la croissante intervention médicale, avant que s'implantent les mesures antiseptiques. Voir Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », et Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 36 et 92-94. Voir aussi William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 44.

⁸ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir, op.cit.*, p. 103.

nature »¹, et de plus en plus comme un phénomène contrôlable et perfectible par le biais des sciences et des techniques. L'anthropologue des sciences Adele Clarke indique notamment que la spécificité de l'approche moderne de la procréation est bien cette volonté d'obtenir et d'augmenter le contrôle du corps maternel et de ses processus, tant d'un point de vue physique, politique, économique ou social². S'exerce alors une rationalisation des corps maternels dans une optique d'efficacité, de spécialisation, de progrès, d'autonomisation. Clarke démontre à ce propos l'application de la logique industrielle et mécaniste à la maternité, illustrée par la distribution à grande échelle de services et soins familiaux (ex. examens gynécologiques, éducation sexuelle, family-planning), ou des biens de consommation de masse (ex. produits hygiéniques et de protection périodique, méthodes contraceptives, médicaments et analgésiques, etc.)³.

1.4.1 La scientificisation du corps féminin, ou la construction du féminin comme fait scientifique

Bien que la fusion d'un spermatozoïde et d'un ovule soit vue par les yeux des contemporains comme un fait universel et évident de la génération humaine, il faut bien comprendre que cette vision de la procréation en termes biologiques est une construction sociohistorique récente, culturellement située⁴. Le sociologue Thomas Laqueur et l'historienne des sciences Londa Schiebinger ont respectivement démontré comment l'histoire naturelle (*natural history*) ou la nouvelle biologie (*new biology*) qui se développent au XVIII^e siècle, suivant le développement de l'anatomie⁵, cultivent le mythe du corps naturel et de la science amoral (*value-neutral*). De façon générale, cette perspective vise à expliquer le social par le biologique, ou plutôt à légitimer les hiérarchies sociales par des lois dites naturelles et universelles afin d'atténuer la grogne sociale à l'égard des inégalités et injustices sociales¹. Ce dessein suscite la scrutation de tous les aspects de la nature, notamment chez l'humain. Plus particulièrement, elle cherche à

¹ Gilles Houle et Roch Hurtubise, « Parler de faire des enfants, une question vitale », *loc.cit.*

² Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », dans Chris Hables Gray (dir.), *The Cyborg Handbook*, *op.cit.*, p. 139-155.

³ *Ibid.*, p. 143.

⁴ Sarah Franklin, « Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life », dans Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 102-03. Rappelons que dans les sociétés « traditionnelles » ou pré-industrielles, la grossesse était souvent considérée comme le fruit d'une volonté supérieure, soit d'une divinité (dans la religion chrétienne, l'Immaculée Conception de la Vierge Marie par le Saint Esprit), ou bien d'un phénomène « naturel » mystérieux comme l'ingestion d'aliments particuliers ou l'habitation dans lieu spécifique. Voir Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 337.

⁵ « The body qua body is what matters [...]. Anatomists have the power to open the temple of the soul and reveal its inner mysteries. [...] The art and rhetoric of Renaissance anatomies thus proclaim the authority of seeing and the power of dissection. [...] Seeing is believing, and believing is seeing ». Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 74-77-79.

découvrir et expliquer les distinctions biologiques qui déterminent fondamentalement les sexes². C'est dans ce contexte qu'on voit croître les dissections anatomiques de cadavres féminins, différenciés des corps masculins.

Rappelons l'importante rupture paradigmatique que cette nouvelle biologie exprime. Des Grecs anciens jusqu'aux XVII^e-XVIII^e siècles, la description médicale des corps féminins et masculins était principalement indifférenciée, considérant que les hommes et femmes avaient des organes génitaux à peu près similaires, à la seule différence que les organes féminins étaient intérieurs et ceux des hommes, extérieurs³. Loin d'être égalitaire, cette approche « unisexuelle » considérait le corps féminin comme « a male turned inside herself, not as a different sex but as a lesser version of the male body »⁴. À cette hiérarchie verticale, inversée des sexes, s'oppose le cadre moderne d'interprétation des corps, qui définit homme et femme dans une perspective horizontale et dichotomique qui les divise diamétralement, à la manière des autres catégories dualistes⁵. Ce passage du « one-sex model » au « two-sex model » marque la redéfinition des genres sur la base d'organes sexuels différenciés, et ainsi la construction du « sexe » comme fondement de l'identité⁶. Cette transition révèle aussi que le corps, ainsi scientifié, est bien un artefact produit par des contingences socioculturelles⁷ : « [...] the naturalistic reality of bodies is created by scientists rather than being rooted in nature »⁸.

Le corps féminin devient conséquemment un objet médical par excellence dans cette quête des caractéristiques naturelles et essentielles des humains. Bien qu'on dissèque les deux types de corps⁹, le choix des organes à décortiquer et le sens symbolique qui s'y rattache diffèrent clairement en fonction du sexe. Tandis que le corps masculin est analysé dans toute sa splendeur (système respiratoire, digestif, muscles, etc.), l'anatomie féminine est strictement considérée en fonction de ses organes sexuels et reproductifs. Comme la littéraire Karen Newman l'a justement remarqué, « Female anatomy, it seems, can only be represented synecdochically in its

¹ Donna J. Haraway, *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*, New York, Routledge, 1991; Thomas Laqueur, *Making Sex, op.cit.*; Londa Schiebinger, *Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science*, New Brunswick & New Jersey, Rutgers University Press, 2006.

² Thomas Laqueur, *Making Sex, op.cit.*, p. 5; Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy, op.cit.*, p. 31.

³ Charles W. Bodemer, « Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri », dans Richard J. Blandau and Kamran Moghissi (dir.), *The Biology of the Cervix*, Chicago & London, University of Chicago Press, 1973, p. 1-11.

⁴ Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology and Medicine, op.cit.*, p. 202. Voir aussi Thomas Laqueur, *Making Sex, op.cit.*

⁵ Thomas Laqueur, *ibid.*, p. 10.

⁶ *Ibid.*; voir aussi Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, op.cit.*

⁷ Thomas Laqueur, *ibid.*, p. 164.

⁸ Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology and Medicine, op.cit.*, p. 204.

⁹ D'ailleurs, Laqueur mentionne que cette classification dualiste écarte l'existence d'hermaphrodites. Voir *Making Sex, op.cit.*

sexual/reproductive specificity »¹. Ainsi, tout le savoir biologique qui se constitue à l'égard de la gente féminine s'élabore en fonction de ses organes reproducteurs, et on juge que ces « faits » peuvent être généralisés jusqu'aux tréfonds de son squelette :

In the late eighteenth century, anatomists for the first time produced detailed illustrations of an explicitly female skeleton to document the fact that sexual difference was more than skin deep. Where before there had been only one basic structure, now there were two².

En d'autres termes, le regard naturalisant réduit la femme (tant son corps que son esprit) à son principal organe, l'utérus³, considéré comme le siège de la féminité⁴. La philosophe des sciences et techniques Nelly Oudshoorn rapporte en ce sens : « By the late nineteenth century, medical scientists had extended this sexualization to every imaginable part of the body: bones, blood vessels, cells, hair, and brains. Only the eye seems to have had no sex »⁵. Dans la même veine, le sociologue Thomas Laqueur relate, dans son ouvrage majeur *Making Sex*, que : « Women's bodies in their corporeal, scientifically accessible concreteness, in the very nature of their bones, nerves, and, most important, reproductive organs, came to bear an enormous new weight of meaning »⁶. La représentation naturalisée du corps féminin et maternel le place à l'avant-plan, devenant source d'obsession analytique, tout en le dénigrant et le réduisant à un simple organisme passif digne d'intervention. Avant de creuser cette conception du corps maternel présent/absent dans l'obstétrique/gynécologie, examinons d'abord comment s'effectue l'expansion de ce domaine.

1.4.2 La scientificisation et technicisation de la gestation et de l'accouchement

Fidèle à l'optique moderne de la maîtrise de la nature et au développement des modèles anatomiste, biologique et naturaliste, la procréation est dans ce contexte définie comme un

¹ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 69.

² Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 157.

³ Selon un médecin du XVIII^e siècle, « women owe their manner of being to their organs of generation, and especially to the uterus ». Cité dans Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 152. Laqueur précise : « the womb, which had been a sort of negative phallus, became the uterus – an organ whose fibers, nerves, and vasculature provided a naturalistic explanation and justification for the social status of women. [...] the context was politics [...] whatever the issue, the body became decisive ». (p. 149-52).

⁴ Vers le début du XX^e siècle, l'attention se déplace de l'utérus aux ovaires, considérés comme le centre de reproduction chimique des hormones sexuels. Comme Nelly Oudshoorn l'explique, « Essentialist views are used to argue that nature dictates the type of technologies we can make. We have 13 new female contraceptive methods, all developed after World War II, and no new male contraceptives in the course of a hundred years, because of the perception of a different nature in male and female bodies ». « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, *op.cit.*, p. 208.

⁵ *Ibid.*, p. 203.

⁶ Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 150.

processus naturel et biologique, déconstruite en une série d'étapes physiologiques¹ chacune potentiellement pathologique². L'obstétrique, fille de la science médicale³, prend pour objet spécifique les maladies féminines (*diseases of women as its body of knowledge*)⁴. Toujours perçus comme incertains et précaires, la grossesse et l'accouchement sont alors scrutés en fonction des anomalies et situations pathogènes. L'obstétricien américain Joseph B. DeLee en fait une esquisse dramatique :

[...] only a small minority of women escape damage during labor, while 4% of the babies are killed and a large indeterminable number are more or less injured by the direct action of the natural process itself. *So frequent are these bad effects that I have often wondered whether nature did not deliberately intend women should be used up in the process of reproduction, in a manner analogous to that of the salmon, which dies after spawning?*⁵

Au-delà de la misogynie évidente de ses propos, il faut voir que le risque pathologique suppose conséquemment le besoin d'un regard attentif, toujours prêt à agir, maîtriser, contrôler la situation⁶. Ainsi, le propre de la philosophie obstétricale est bien son approche instrumentale sur ce corps vu comme instable⁷.

Suivant le mouvement de la rationalisation obstétricale/gynécologique ainsi que de l'hospitalisation de la naissance qui s'entame⁸, les femmes enceintes sont de moins en moins accompagnées par les sages-femmes et de plus en plus prises en charge par des hommes médicaux qui examinent les corps féminins⁹ en vue de rendre visible l'invisible. La tâche du praticien devient celle d'entrer dans les corps maternels en vue de littéralement *découvrir* la

¹ L'idée de grossesse comme « processus » rompt avec l'ancienne conception qui considère les neuf mois de grossesse en tant qu'« époque » spéciale, une période à vague durée, qui ne correspondait pas à un temps calculé où se succèdent les stades définis d'un processus. Voir Charles W. Bodemer, « Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri », loc.cit.; Barbara Duden, *Disembodying Women*, op.cit., p. 97.

² Pamela Eakins, « Introduction », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit., p. 7.

³ On emprunte l'expression à Jürgen Schlumbohm, « Comment l'obstétrique est devenue une science », loc.cit. Notons que dans le monde anglo-saxon, on utilisait encore le terme « midwifery » (en ajoutant le qualificatif « scientifique ») plutôt que « obstetrics ». Ce champ a longuement été dévalorisé par les acteurs d'autres champs de la médecine et n'a été vraiment reconnu qu'au cours du XX^e siècle (aux États-Unis). Voir Tina Cassidy, *Birth*, op.cit., p. 139.

⁴ Pamela S. Summey, « Cesarean Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit., p. 178.

⁵ DeLee cité par Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit., p. 39-40. C'est nous qui soulignons.

⁶ DeLee affirmait : « The fundamental reason why obstetrics is on such a low place in the opinion of the profession [...] is just because pregnancy and labor are considered normal, and therefore anybody, a medical student, a midwife, or even a neighbor, knows enough to take care of such a function. [...] Once we can convince the profession and the laity that labor has a pathologic dignity, we will be able to draw to this specialty the best minds in the profession ». Cité dans Tina Cassidy, *Birth*, op.cit., p. 143-44.

⁷ « The most marked feature of present-day obstetrics is the fact that there is a distinct spirit of activity, of being ever alert to do something to relieve the patient and to safeguard her and her baby from the dangers which are ever associated with labor, as against the older policy so often expressed of letting nature take its course ». Arthur H. Bill, « The Newer Obstetrics », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 23, 1932, p. 155-62. Cité par Pamela S. Summey, « Cesarean Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit., p. 176-79.

⁸ Voir Raymond DeVries et al. (dir.), *Birth by Design*, op.cit.; Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit.; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, op.cit.

⁹ il faut spécifier que les femmes pauvres des régions urbaines ainsi que les femmes esclaves ont énormément servi de matériel d'expérimentation pour les praticiens de cette branche montante de la médecine. Voir Tina Cassidy, *Birth*, op.cit., ainsi que les chapitres déjà cités de Nancy Schrom Dye et Diana Scully dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit.

grossesse, selon les dires de Wilhelm Gottfried von Ploucquet (1744-1814), expert médico-légal allemand : « [we shall] feel or see what no man has ever before attempted to feel or see, the movement of the fruit »¹. Lieu central de gestion des maladies aiguës (*management of the acutely ill*)², l'hôpital des XVIII^e-XIX^e siècles devient de plus en plus considéré approprié pour gérer les parturientes normales, notamment pour des raisons professionnelles. Selon l'historienne Ann Oakley : « It facilitated the restrictions of competition from female midwives, established the principle of doctor control over client preferences, enabled clinical expertise to be taught to others, and set the stage for the later depiction of childbirth as potentially pathological »³.

Le déploiement du savoir obstétrique repose, selon l'historienne Nancy Schrom Dye, sur deux pierres angulaires, soit scientifique et technique. Avec la dissection anatomique de femmes mortes enceintes ou en couches – ayant permis la visualisation de l'utérus gravide et les diverses positions du fœtus – et le développement de la pelvimétrie – c'est-à-dire la mesure des diamètres du bassin de la femme enceinte – se sont cartographiées les processus de l'enfantement et développées les connaissances scientifiques ayant trait au corps maternel, mais aussi fœtal⁴. « With their instruments of description rather than intervention, [they] set the stage for a “rational” or “scientific” approach to childbirth »⁵. La construction de la gestation en trajectoire biologique entraîne sa déconstruction en phases successives, qui sont en soi des minis processus. Michel Foucault en donne un bon exemple dans *Naissance de la clinique* :

la certitude de la grossesse chez une femme peut se diviser en huit degrés : la disparition des règles; les nausées et le vomissement au premier mois; au second, l'augmentation du volume de la matrice; augmentation plus considérable encore au 3^e mois; puis apparition de la matrice au-dessus des os du pubis; le 6^e degré, c'est, au 5^e mois, la saillie de toute la région hypogastrique; le 7^e, c'est le mouvement spontané du fœtus, qui frappe la surface interne de la matrice; enfin, le 8^e degré de certitude est constitué, au début du dernier mois, par les mouvements de ballotement et de déplacement. Chacun des signes porte donc en lui-même 1/8 de certitude⁶.

Ce type de décomposition permet d'élaborer la science de la reproduction, plus particulièrement la catégorisation normal/pathologique, ce qui interpelle un besoin d'intervention pour réparer la « mécanique », pour « normaliser » la pathologie¹. Comme le sociologue William Ray Arney l'a bien illustré dans son ouvrage sur l'obstétrique, chaque partie du corps représentait une machine

¹ Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*, p. 95-96.

² Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 29.

³ *Ibid.*

⁴ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.* Voir aussi Tina Cassidy, *Birth*. Sur le fœtus comme patient, voir notre chapitre 4.

⁵ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 24.

⁶ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*, p. 103-04.

en soi qui faisait partie d'une plus grande machinerie. La tâche du scientifique était d'en assurer le bon fonctionnement et de le rendre plus efficient². « All births, like all machines, carried in them the potential for pathology, the potential for breaking down. Technology controlled and dominated the forces of birth, just as one dominated and controlled the forces of a machine [...]»³.

La construction de la grossesse comme une maladie⁴, comme un évènement médical/chirurgical⁵, nourrit forcément la technicisation de l'obstétrique⁶, soit le développement d'une kyrielle d'outils et de méthodes qui se généraliseront dans la pratique obstétricale à partir des XVIII^e-XIX^e siècles et qui permettront d'assurer le contrôle à plusieurs niveaux, de la conception à la naissance. Au nom de la santé publique et du progrès⁷, dans l'optique d'éliminer les dangers et souffrances, on vise à éradiquer la douleur de l'accouchement et ses effets mortels, quoiqu'ils soient souvent accrus iatrogéniquement, c'est-à-dire de par les actions médicales⁸.

[DeLee] believed that pain was dangerous to anyone who experienced it. [...] [He] said that giving birth felt like falling on a pitchfork; and birth for the baby was so painful and harmful that delivery was akin to its head being crushed in a door. In an effort to reduce trauma and pain for mother and child, DeLee devised the "prophylactic forceps operation", which involved giving the mother a large episiotomy, or cut to widen the mouth of the birth canal, inserting the equipment, and pulling out the baby. The procedure popularized forceps use in the US for decades and likely caused more pain and trauma to mother and child than anything else⁹.

Sans entamer une description des divers instruments obstétricaux, rappelons les outils plus importants, développés au XVIII^e et devenus aujourd'hui coutume¹⁰: le spéculum (servant à explorer les cavités et conduits de l'organisme féminin, muni d'un dispositif permettant de les élargir en vue d'en faciliter l'examen); le pelvimètre (mesurant le diamètre du bassin); le forceps

¹ Pamela Eakins, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 18.

² William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 24.

³ *Ibid.*, p. 8.

⁴ « In this culture, pregnancy is defined as a 'transitional' sickness, a status that temporarily excuses a sick person from social obligations [...], a deviation of their normal condition [...]. As a patient, the pregnant woman turns the management of her pregnancy over to medical professionals, and decision making passes from her private sphere into the sphere of medical jurisdiction ». Pamela Eakins, « Introduction », dans *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 10. Voir aussi William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 44.

⁵ Diana Scully, « From Natural to Surgical Event », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 47.

⁶ Karen Newman, *Fetal Positions, op.cit.*, p. 51; Pamela Eakins, « The Medicalization of Birth », dans *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 18-19.

⁷ Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 85.

⁸ Rappelons que leur connaissance générale de la parturition est longtemps demeurée limitée – puisqu'ils n'intervenient que sur les cas extrêmes – entraînant de lourdes conséquences sur la santé et mortalité materno-infantiles. « [There was a] growing tendency in the male practice of obstetrics of too-frequent surgical interventions and the over-use of instruments. Not for nothing was the man midwife of the eighteenth century referred to as the "Angel of Death" ». Dans Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born, op.cit.*, p. 104. Voir aussi Tina Cassidy, *Birth, op.cit.*, p. 40, ainsi que Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*

⁹ Tina Cassidy, *ibid.*, p. 79.

¹⁰ Pour des photos et explications détaillées des instruments, voir Tina Cassidy, *ibid.* Il est intéressant de noter la forme phallique que représentent plusieurs de ces outils, comme il est démontré dans le livre de Karen Newman, *Fetal Positions, op.cit.*, p. 61.

(pour saisir la tête du bébé et faciliter l'expulsion)¹; la ventouse (pour aspirer le fœtus). Conjointement au développement d'instruments se déploient maintes techniques d'intervention pour « faciliter » (ou mieux contrôler) le déroulement de la gestation et la naissance : l'épisiotomie (incision du périnée, de la vulve à l'anus, afin d'« éviter » les déchirures)², la pelviotomie ou symphysiotomie (coupure de la symphyse pubienne, le cartilage qui attache les deux moitiés du bassin, pour faciliter la sortie du fœtus)³, évidemment la césarienne (dans l'optique de sauver mère *et* enfant)⁴, et plus tard au XX^e siècle les rayons X⁵, l'induction/provocation⁶ et l'échographie.

Dans la même lignée, on assiste à la diffusion et routinisation de techniques médicales d'accouchement, comme la méthode podalique (consistant à entrer les mains ou instruments dans l'utérus, tourner le fœtus pour qu'il soit placé pieds-premiers, et tirer ses pieds pour accélérer l'accouchement en éliminant le deuxième stade du travail⁷). Notons surtout la position couchée, généralisée au XIX^e siècle, allant clairement à contre-courant du fait transhistorique et transculturel que les positions assise, accroupie ou agenouillée étaient plus confortables et sûres pour la parturiente et efficaces pour le travail⁸. Comme William Ray Arney l'a mis en lumière : « To the first obstetricians, women seemed like savages; they had to bring some discipline to childbirth in order to do their work »⁹. Considérant les positions d'accouchement employées chez divers peuples dits « primitifs » comme relevant de l'instinct animal, les obstétriciens encourageaient la position dorsale (*litotomy*), laquelle n'était pas naturelle mais bien proprement culturelle et civilisée¹⁰. Au surplus, cette position permettait au médecin « to stand before » la patiente afin de guetter la venue potentielle d'une pathologie et en l'occurrence faciliter l'intervention¹¹. En plus de répondre à des normes culturelles de l'époque victorienne qui

¹ Cet outil iconique a permis à la discipline d'acquérir davantage de notoriété parce qu'il évitait la mutilation du fœtus qu'entraînait l'utilisation d'autres outils. Voir Tina Cassidy, *ibid.*; Pamela Eakins (dir.), *op.cit.*; Karen Newman, *ibid.*

² Pour une pertinente critique de cette pratique, voir William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 69 et suivantes; Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

³ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 106; Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 36.

⁴ Pamela S. Summey, « Cesarean Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 175-95.

⁵ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 20.

⁶ *Ibid.*, p. 172-174; Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 29.

⁷ Nancy Schrom Dye, *ibid.*, p. 37.

⁸ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 183. « In supine or side-lying positions, genitals are more easily, and thus, very likely more often, exposed than when women move around at will and deliver standing, squatting, or reclining in a chair ». Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 85.

⁹ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 62.

¹⁰ *Ibid.*, p. 62-63.

¹¹ *Ibid.*, p. 64.

vilipendaient « unflattering positions »¹, la position couchée s'est généralisée, suite à la position latérale², en vue de faciliter les tâches du médecin plutôt que la parturiente³.

The recumbent position and its associated technology made obstetrical intervention in birth easier. The lithotomy position created a clearer operative field than other positions. Not only was the obstetricians' job simplified by the recumbent position, but beds could be built which made the nurses' lives easier as well⁴.

Suivant le même mouvement de neutralisation du corps, une panoplie de produits pharmaceutiques s'est générée. Outre les antibiotiques et antiseptiques qui visaient à limiter les infections et la mortalité, se généralise l'anesthésie⁵ afin de soulager les femmes des douleurs, mais aussi pour faciliter le travail des médecins, tout en répondant à l'idée socialement partagée que les cris et hurlements durant les couches laborieuses était bestiaux et non civilisés⁶. Enfin, il faut aussi mentionner l'importante complémentarité des techniques, dans la mesure où l'utilisation des instruments se développe conjointement au perfectionnement d'autres techniques (positions, médicaments, etc.) : « Forceps use was given a boost in 1847 when anesthesia came into use. Chloroform and ether made this painful intervention possible in cases in which, before anesthesia, anticipated pain would have counseled caution and instruments would have been used only under the gravest conditions »⁷.

Déjà, avec ce bref portrait technique, on saisit comment la pratique obstétricale oblitère le corps maternel, c'est-à-dire l'expérience corporelle de la maternité, en priorisant l'instrumentalité – qui deviendra exponentiellement indispensable, mais aussi de plus en plus agressive et interventionniste⁸. À propos de l'anesthésie, le sociologue William Ray Arney remarque justement : « it also eliminated the mother from effective participation in delivery and made necessary attendance by a person skilled in the use of instruments »⁹. Tandis qu'on

¹ Tina Cassidy, *Birth, op.cit.*, p. 82.

² « A delivery position was used in which the woman was placed on her side so that the man-midwife, working from behind, could avoid eye contact. Some men-midwives covered themselves and the patient with a sheet, their work apparently not hindered by the dark, and one man-midwife is reported to have disguised himself as a woman by wearing a ruffled nightcap and gown ». Diana Scully, « From Natural to Surgical Event », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 48-49. Voir aussi Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage, op.cit.*, p. 86.

³ « In obstetrics, many birth rituals serve to keep the patient in her place and the doctor in control ». Pamela Summey, « Cesarean Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 181. Voir aussi Robbie Davis-Floyd, *ibid.*, p. 86.

⁴ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 66.

⁵ L'utilisation de l'éther pour soulager l'accouchement remonte au XIII^e siècle, quoique cette mesure fût fortement condamnée par l'Église suivant la commande biblique « tu enfanteras dans la douleur ». Évidemment, ce tabou tombe au fur et à mesure que se bâtit la médecine. L'anesthésie se développe au XIX^e et surtout au XX^e siècles, notamment auprès des classes aisées (chloroforme, twilight sleep). Voir Tina Cassidy, *Birth, op.cit.*; Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*

⁶ Tina Cassidy, *ibid.*; Pamela Eakins, *ibid.*

⁷ Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 90.

⁸ « To look upon the knife not as the least weapon, but as the first ». Diana Scully, « From Natural to Surgical Event », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 56. Voir aussi Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », *ibid.*, p. 60-98.

⁹ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 44.

valorisait autrefois le témoignage et l'expérience maternels pour élaborer un savoir de l'enfantement, on assiste de plus en plus à une scientificisation et une technicisation de l'engendrement qui dénigrent le récit « profane », tel que l'historienne Barbara Duden l'a bien posé : « [...] pregnancy was once a publicly recognized, haptic state of woman known essentially through her own testimony. This has changed radically [...] [and thus] contributed decisively to *making her reality into a phantom* »¹. Selon la perspective obstétricale, la maîtrise et la connaissance de la génération ne passent donc plus par l'expérience empirique de la parturiente, mais uniquement à travers son corps pris pour vaisseau, pour objet exclusif d'analyse rationnelle. Afin de bien saisir la portée de cette conception du corps maternel effacé, nous creuserons trois représentations idéaltypiques exprimées par la théorie obstétricale modelée par l'idéologie politique de l'époque : mère-machine, mère-nature et fœtus-sujet.

1.4.3 Représentations obstétricales

a) *La mère-machine et la mécanisation de l'enfantement*

L'approche obstétricale, façonnée par l'industrialisation et le libéralisme, adopte une vision mécanique de l'engendrement qui le rapproche des modes économiques de production, ce qui stimule la formation de la métaphore qui compare la mère à une machine et l'enfant à un produit ou une marchandise (*commodity*)². Dans l'imaginaire collectif du XVIII^e siècle, le mode hospitalier et la rationalité obstétricale qui s'instituent paraissent rigides et agressifs, comparativement à l'ancienne méthode d'accouchement à domicile³, au point que se développe l'analogie dépréciative entre l'hôpital et l'usine de production⁴.

Représentant idéaltypique de la pensée obstétricale du XVIII^e siècle, l'Écossais William Smellie (1697-1765) développe une explication mécanique de la naissance, focalisant non pas sur l'énergique utérus musculaire, tel que le concevait l'anatomiste Andreas Vesalius⁵, mais plutôt sur la structure solide et figée du bassin maternel⁶. Dans son ouvrage classique *Set of Anatomical Tables* (1754), on retrouve une série de gravures de pelvis en tant que :

¹ Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*, p. 83. C'est nous qui soulignons.

² Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 13.

³ Rappelons que dans plusieurs régions des pays industrialisés, notamment en milieu rural, les naissances à la maison demeurent la méthode d'accouchement la plus populaire jusqu'au XX^e siècle lorsque se généralise l'hospitalisation de la naissance. Voir Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*; Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge*, *op.cit.*; Raymond DeVries et al. (dir.), *Birth by Design*, *op.cit.*; Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*

⁴ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*

⁵ Charles W. Bodemer, « Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri », *op.cit.*, p. 6.

⁶ Smellie est reconnu pour avoir élaboré des cours pratiques sur une maquette maternelle (« a "mock mother" with real bones mounted with artificial ligaments and muscles and stuffed with "an agreeable soft substance"»), en plus d'avoir développé certains

rigid, mechanical objects that are discussed primarily in terms of the negative, obstructive role they tend to play in the delivery process. [...] These pelvises, these fleshless bones tend to assume an abstract, curiously commodified quality. [...] Denuded of their original “owners,” the pelvises now serve as the purified possessions and even professional badges of their doctor owners¹.

Selon l'analyse de Andrea Henderson, l'accent est ici placé sur la structure rigide du corps maternel, à la manière de l'agencement mécanique d'une machine. Une fonction importante est alors accordée à l'accoucheur mécanicien/ingénieur² et au forceps – extension technique de la main médicale – qui aident à libérer, à délivrer (*deliver*) la mère de l'enfant, ou plutôt l'enfant de la matrice inactive et obstructive. Ainsi, on définit le labeur (*labor*) comme obéissant à des lois mécaniques, le corps maternel comme une machine productive³, et l'enfant comme un produit. Selon le Dr John Burton, contemporain de Smellie : « the art of delivering a woman of her child [...] is entirely a mechanical operation, whether it be done by turning the child in the womb, to extract it by the feet, or by assistance of instruments, so the mechanical laws or rules are to be our general guide »⁴.

Bien que la mère soit considérée comme une machine productive, ce n'est pas tant son corps ou sa personne qui produisent l'enfant, mais plutôt les lois mécaniques. Une telle philosophie a donc tendance à masquer le rôle de la femme enceinte. « She appears not as a laborer but only as a machine – an oddly inactive and poorly constructed one at that »⁵. De la sorte, Henderson attire l'attention sur cette oblitération du corps maternel dans la théorie de Smellie, laquelle prend le corps maternel pour un simple contenant et l'enfant comme le contenu. « Significantly, the overall effect of Smellie's model is precisely to *efface the image of maternal labor*. [...] Neither the uterus nor the woman as a whole tends to figure as a laborer in Smellie's

modèles de forceps (en bois, en acier). Focalisant sur l'instrumentalité plutôt que de laisser libre cours à la nature, ses enseignements et pratiques suscitaient la controverse. Les femmes étaient d'ailleurs souvent réticentes à l'interventionnisme instrumental; Smellie gardait alors certaines pratiques secrètes et encourageait ses étudiants à porter des robes lors d'accouchement pour non seulement ressembler aux femmes mais aussi pour cacher les instruments. Dans Tina Cassidy, *Birth, op.cit.*, p. 133-35. Voir aussi William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 27-28.

¹ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 15-16.

² L'obstétricien/gynécologue est parfois décrit comme un « architect of the vagina ». Voir Diana Scully, « Cesarean Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth, op.cit.*, p. 56.

³ Selon Karen Newman, ce cadre analytique conçoit le corps en tant que « engine or robot of assembled, isolatable moving parts and systems ». Dans *Fetal Positions, op.cit.*, p. 94. La réduction des femmes à des machines (re)productives peut aussi être repérée dans des représentations de femmes « patriotiques et vertueuses » qui n'ont jamais leurs règles puisqu'elles sont constamment occupées par les grossesses et les allaitements. L'absence de grossesse ou de période anovulaire est dans ce cas considérée comme « un temps mort », une « panne ». Ainsi se taylorise la reproduction : autrefois le cycle reproductif englobait la période allant du coït au sevrage de l'enfant; de plus en plus, la gestation est séparée de l'allaitement pouvant être délégué à une tierce personne. Voir Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes, op.cit.*, p. 93 et 121-28.

⁴ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 16.

⁵ *Ibid.*

account»¹. D'une part, l'obstétricien ne présente jamais entièrement les corps des mères mais seulement des représentations graphiques de parties découpées, des fragments détachés de toute subjectivité, menant ainsi le corps-objet-morcelé à son paroxysme. Sinon, les rares fois où Smellie traite de mères « complètes », elles sont décrites dans une relation passive à l'accouchement, où le labeur est mené soit par l'accoucheur, soit par les lois mécaniques. « Maternal fatigue is contrasted not with maternal industry but with passivity. Even maternal weakness is effaced: "the forceps and fillet were contrived with a view to save the child...when nature was exhausted" »².

Faisant écho à l'imaginaire de l'époque, la théorie de Smellie ne sera pas sans critique. Vers la fin du XVIII^e siècle, cette analogie productive des mères et enfants dérange l'imaginaire collectif qui idéalise des valeurs humanistes, tel qu'exprimées dans la poésie romantique de l'époque; se développe par conséquent une pensée moins mécanique et plus naturaliste au sein du paradigme obstétrique³. Toutefois, il faut rappeler que la portée du modèle mécanique et industriel de l'enfantement persiste toujours, dans la mesure où les fonctions reproductives des femmes (menstruations, enfantement, ménopause) sont encore aujourd'hui métaphoriquement comparées à une machine de production, tel que l'anthropologue Emily Martin l'a bien démontré⁴.

b) *La mère-nature et la naturalisation de la procréation*

En 1774, William Hunter, élève de Smellie, publie *The Anatomy of the Human Gravid Uterus* qui deviendra une des références classiques de son époque, notamment parce que cet atlas atténuait les images dérangeantes du modèle mécanique en proposant un cadre moins interventionniste⁵. Hunter développe un modèle qui observe le corps maternel sous l'angle de la chair plutôt que des os; ainsi, la nature change de visage avec cette définition charnelle plutôt que mécanique.

While both men [Smellie and Hunter] claim to follow "nature," nature is for Hunter an order so amorphous and even wild that it almost seems to stand in opposition to hard and fast mechanical laws. Hunter's is an early form of the nature of Romanticism, a nature

¹ *Ibid.*, p. 14. C'est nous qui soulignons.

² William Smellie cité par Andrea Henderson, *ibid.*, p. 14. En italique dans le texte.

³ *Ibid.*

⁴ Emily Martin, « The Egg and the Sperm : How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 16 (3), 1991, p. 485-501; *Idem.*, « The Fetus as Intruder. Mother's Bodeis and Medical Metaphors », dans Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 125. Voir aussi son ouvrage *The Woman in the Body*, Boston, Beacon Press, 1987.

⁵ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.* Voir William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 28.

characterized by freedom rather than regularity, a difference that surfaces here as the difference between flesh and bone¹.

S'érige une conception charnelle de l'enfantement qui suit la volonté de la « wild nature », libre des strictes lois mécaniques. Cette perspective matérielle du corps maternel le rapproche ainsi de l'animalité, de la bestialité, voire de la viande².

Quoique différemment de Smellie, l'approche de Hunter efface tout autant le sujet maternel. Suivant la foi dans les pouvoirs de la nature, les prouesses du labeur sont reléguées à cette figure mythique de la Nature qui travaille à son rythme à travers la mère; ainsi le rôle de l'accoucheur est minimisé, mais surtout celui du corps maternel qui n'est qu'un lieu passif où se jouent les puissantes capacités naturelles³. En faisant briller les mystères de la nature, cette perspective éclipse évidemment le rôle de la femme enceinte. À l'instar du modèle mécanique, le modèle naturel conçoit le corps maternel comme un contenant, un véhicule passif, non pas un acteur du processus d'accouchement. Selon Henderson, c'est notamment à partir de cette époque que se dilue l'intérêt médical pour la parturition et que l'attention se concentre sur la conception, le comble de la puissante et mystérieuse nature⁴. En effaçant le corps maternel, le développement de la perspective obstétricale a suscité l'intérêt pour le fœtus, et par conséquent la constitution du fœtus comme individu autonome : « [...] birth was prevented from appearing to be a form of production controlled by women (the mother and her female assistants) because it was figured instead as the work of a mysterious nature and a willful fetus »⁵.

La vision contemplative de la nature, dégagée par la théorie de Hunter, sera éventuellement contrebalancée par une conception hasardeuse de la nature, exprimée entre autres par l'obstétricien de renom Joseph B. DeLee au début du XX^e siècle. À son avis, la nature est trop « capricieuse et cruelle » pour n'être que « passivement » observée et abandonnée à ses propres moyens. Afin de minimiser les peines et dégâts que la nature insoumise entraîne, il prône un interventionnisme radical à tous les niveaux de la parturition puisque : « it was better to rely on carefully managed and predictable surgical intervention to counteract what was in essence a

¹ Andrea Henderson, *ibid.*, p. 20-23.

² D'où le titre du chapitre d'Henderson. Voir aussi Karen Newman : « Hunter's engravings display a kind of *folie de détail*, not only in the commonsense of "detail," but also in an etymological sense: the french *détailler* means to cut in pieces ». Dans *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 98 et 101.

³ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 19 et 25.

⁴ *Ibid.*, p. 30. Dans le même sens, Thomas Laqueur explique: « Indeed, the term "generation" itself, which suggested the quotidian repetition of God's act of creation [...] gave way to the term "reproduction", which had less miraculous, more mechanistic connotations even if it did not quite capture the virtuosity of nature ». Dans *Making Sex*, *op.cit.*, p. 155.

⁵ Andrea Henderson, *ibid.*, p. 37.

destructive natural process »¹. Le corps maternel et l'accouchement seront dans ce contexte contrôlés instrumentalement jusqu'au moindre détail afin d'atténuer les effets nocifs et parfois mortels de la natalité. Forcément, une telle perspective dénigre sans réserve le corps maternel, représentant charnel de la violente Nature, et valorise l'action instrumentale, interventionniste et salvatrice. Alors qu'autrefois on priorisait presque exclusivement la survie de la mère, on privilégie de plus en plus la survie de la mère *et* du nouveau patient qu'est le fœtus². Ainsi se constate l'extension du domaine contrôlé : l'obstétrique, après avoir construit la grossesse comme pathologie et la mère comme porteuse de risques, en vient à découvrir et construire un deuxième patient, le fœtus.

c) La construction du fœtus comme sujet autonome et nouveau patient

Écartant ainsi le corps maternel, le regard obstétrical mire le nouveau patient qu'est le fœtus, emblème ultime de l'invisible à rendre visible. Analysant les représentations du fœtus dans les sculptures et dessins anatomiques depuis la Renaissance, la littéraire Karen Newman démontre globalement que la pensée médicale s'est depuis longtemps intéressée à la figure mystérieuse du fœtus. Au fil des images, on constate simultanément la croissante humanisation des représentations fœtales et la déshumanisation du corps maternel, dépeint soit comme un véhicule machinique, soit comme de la chair animale.

Avec Leonardo da Vinci (1452-1519), par exemple, on témoigne des premiers dessins de la position fœtale, où l'utérus est une boîte sphérique qui, en s'ouvrant, dévoile le trésor caché qu'est le bébé recroquevillé³. Jusqu'au XVIII^e siècle environ, on retrouve fréquemment le schéma qui présente l'utérus en forme de bocal (*jar*) ou de vase⁴, sans lien apparent au reste du corps maternel⁵. En effet, le corps maternel est depuis Aristote considéré comme un simple véhicule ou enveloppe, tel que le rappelle Françoise Héritier⁶. Au fur et à mesure que s'étend le savoir

¹ Propos de l'obstétricien Joseph DeLee rapportés par Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 40. En ce sens, William Ray Arney affirme : « DeLee argued that "parturition, viewed with modern eyes, is no longer a normal function but it has imposing pathological dignity" ». Dans *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 47.

² Janet Carlisle Bogdan, « Aggressive Intervention and Mortality », dans Pamela Eakins (dir.), *ibid.*, p. 89.

³ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 42.

⁴ Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 131.

⁵ Karen Newman, *op.cit.*, p. 27.

⁶ « La matrice est un pot, une marmite, le lieu d'une cuisson, un terreau, un sillon. Dans cette dépossession [du féminin], on trouve l'idée que seul le sperme apporte l'animation, la vie, la forme. [...] l'essentiel vient des hommes et non des femmes dans la procréation. Ces idées-là ne sont pas définitivement absentes de notre système de représentations ». Françoise Héritier, « Vers un nouveau rapport des catégories du féminin et du masculin ». Dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 45-46. Aristote affirmait : « For the female is, as it were, a mutilated male, and the catamenia [female secretions] are semen,

obstétrical, se multiplient les dessins d'utérus décorporalisés (*disembodied wombs*), illustrant ainsi le corps maternel comme vaisseau (*vessel*), comme réceptacle passif – ce qui est notamment relié à la conception genrée de la sexualité passive des femmes¹. De plus, on remarque la croissante « folie du détail » dans les illustrations utérines de femmes disséquées, dont les corps sont continuellement démontrés de manière sexuelle, romantique ou enceinte, de façon à focaliser sur les spécificités de leur genre².

The female body is appropriated into a series of gendered narratives – mythological, biblical, classical humanist, anthropological (woman as nature/flower) – codes that discipline the cultural threat posed by her reproductive body and assure the self-evidence of sexual difference. The woman-as-reproductive-body, as mother, cannot be allowed to encroach upon or trouble the identificatory relay between observing subject and fetal body³.

Quoique les corps maternels soient matériellement présents dans ces dessins, on voit dans quelle mesure la subjectivité maternelle est sacrifiée, honorant le fœtus qui est pour sa part présenté comme un sujet autonome⁴. En effet, l'hyper précision des images concrétise le fœtus : « The addition of minutiae in fetal representation works to render the fetus as “lifelike” and “human”, an autonomous individual. Such representations were one of the many discursive modes that contributed to the Enlightenment conception of individualism⁵. Prenant la forme d'une personne (ex. mini homme ou chérubin), le fœtus est construit comme un être humain et acquiert un statut subjectif, autonome du lien maternel. « The fetus is the same little man [...] plump and cherubic, jumping, dancing, diving, tumbling in unfettered freedom in a uterus represented diagrammatically [...] like an urn or, anachronistically, a lightbulb »⁶.

En l'occurrence, l'idée continuellement transmise est celle d'un corps maternel-toujours-passif et d'un corps fœtal-toujours-actif (souvent dépeint comme masculin)⁷. En tient pour preuve l'expression « being born » qui accorde à l'être naissant un pouvoir d'action important dans sa venue au monde⁸. Selon cette perspective, la naissance est déclenchée en fonction de la

only not pure; for there is only one thing they have not in them, the principle of soul ». Cité dans Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 50.

¹ Hegel affirmait : « Men are like animals, active and combative; women, by contrast, are like plants, essentially placid ». Cité dans Londa Schiebinger, *Nature's Body*, *op.cit.*, p. 2. Voir aussi l'ouvrage déjà cité de Thomas Laqueur.

² Karen Newman, *op.cit.*, p. 88.

³ *Ibid.*, p. 82.

⁴ *Ibid.*, p. 27 et 88.

⁵ *Ibid.*, p. 44.

⁶ *Ibid.*, p. 28-29.

⁷ *Ibid.*, p. 33. On peut faire le parallèle aujourd'hui avec la conception genrée de l'ovule passif « qui est fécondé » par le spermatozoïde actif « qui féconde », laquelle est clairement exprimée dans un récent numéro de *Science & Vie* intitulé « Neuf mois pour venir au monde », *loc.cit.* Cette logique est mise en lumière par Emily Martin, « The Egg and the Sperm : How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », *loc.cit.*, p. 89.

⁸ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 37.

motivation du fœtus, non pas des contractions utérines¹: « birth [took] place thanks to the autonomous efforts of the fetus, conceived of as a small hero breaking his chains, overcoming the bonds and restrictive or oppressive forces of his womb-world »². Ce modèle d'enfantement a donc tendance à représenter le rapport mère-enfant comme antagoniste³, et l'enfant comme un sujet autonome qui tente de s'émanciper des barrières maternelles. Dans un tel univers, le rôle du médecin est évidemment d'aider ce petit être à sortir de l'enceinte⁴.

The composition of obstetrical images – a complete, undissected fetal body and a schematic, or even invisible, uterus that conceals fetal dependence on the female body, serving instead as mere setting – constructs a narrative of reproduction in which the *fetal figure is central, its context marginal*. “From the beginning such photographs have represented the fetus as primary and autonomous, the woman as absent and peripheral”. *This isolation of the uterus from the female body, it is claimed, emphasizes fetal personhood and erases the already fully human status of the woman giving birth*⁵.

Le travail de Karen Newman met clairement en évidence que le fœtus constitue le symbole par excellence du sujet de droit propre à l'économie politique de l'humanisme⁶. Dans le même ordre d'idées, Andrea Henderson démontre qu'au tournant des XVIII^e-XIX^e siècles, « the child must resist a strong connection to its mother in order to establish itself as a self-made subject, one that is capable of the limitless self-improvement valorizing and valorized by an 'open' society and a 'free' economy »⁷. La figuration du fœtus comme acteur d'avant-scène, comme individu autonome, relègue la mère aux coulisses, puisque son rôle dans l'accomplissement de la naissance est considérée secondaire. D'ailleurs, cette image fait écho à l'idée socialement partagée à l'époque que les femmes n'étaient pas tout à fait dignes du statut d'individu (du latin *individuum*, « corps indivisible »), puisqu'elles pouvaient se scinder en deux personnes : « Women's failed singularity – her reproductive body – justified the refusal to extend to women the rights claimed for universal 'man' and thereby helped to deflect the threat to gender hierarchies posed by Enlightenment liberalism »⁸.

¹ Charles W. Bodemer, “Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri”, *op.cit.*, p. 5-6.

² Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 33.

³ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 12.

⁴ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, *op.cit.*, p. 11. Notons qu'étymologiquement, « enceinte » vient du verbe « encendre » et signifie « ce qui entoure un espace à la manière d'une clôture et qui en défend l'accès ».

⁵ Ron Petcheszy, *Foetal Images*, cité par Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 67-68. C'est nous qui soulignons.

⁶ *Ibid.*, p. 66-67.

⁷ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 37.

⁸ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 65.

2. Premiers constats : intensification des tensions dialectiques

Ces trois modèles théoriques exposent nettement l'intensification du processus socio-médical d'effacement du corps maternel (ou du paradoxe présent/absent), tout comme l'accentuation de la réflexivité liberté/contrôle. Le contrôle obstétrical, alimenté par les valeurs humanistes, efface le corps maternel et rend visible le fœtus, qualifié de sujet autonome cherchant à s'émanciper de l'enceinte maternelle. En retour, l'émergence de ce nouvel individu digne de subjectivité provoque l'extension du contrôle materno-fœtal, au point où se développera au XX^e siècle un champ distinct de l'obstétrique consacré à l'étude exclusive du fœtus (médecine fœtale)¹. Détaillons un peu ces deux dynamiques, puisqu'elles forment de concert le socle sur lequel s'érigera le projet de l'UA.

2.1 Corps maternel davantage présent/absent, de la médecine au politique

Sculpté et décortiqué, le corps maternel semble en effet devenir omniprésent et prioritaire. Mais pendant qu'on l'élève sur un piédestal à la vue de tous, on l'abaisse et le dénigre simultanément : considéré sous l'angle de l'objet, de sa structure, de ses matériaux, de ses imperfections, comme incarnation matérielle de méta lois universelles, on le détache symboliquement de toute relation à la femme qui le personnifie, et l'expérience subjective de l'enfantement est clairement discréditée². Par ricochet, la passivation de la mère fait davantage place à l'activité médicale; c'est le cas par exemple de la technicisation accrue de l'accouchement (forceps, vacuum, césarienne) lorsque la femme est neutralisée, voire anéantie par les procédures ou douleurs (ex. attachée au lit; insensibilité corporelle; perte de conscience due aux douleurs iatrogéniques, i.e. issues des interventions ou des effets de drogues; etc.)³.

Ce paradoxe du corps présent/absent, qui transperce l'univers obstétrical, traverse également l'imaginaire collectif au cours des XIX^e-XX^e siècles, où le corps maternel devient à la fois très public et très privé. D'une part, on se l'approprie et le transforme en forum public : le rassemblement et la transmission des savoirs sur le corps maternel – via un réseau sans cesse

¹ Voir Monica J. Casper, *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*, New Brunswick NJ, Rutgers University Press, 1998.

² Brigitte Jordan, « Authoritative Knowledge and Its Construction », dans Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth as Authoritative Knowledge*, *op.cit.*, p. 55.

³ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*; Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*; Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

grandissant (littérature, sociétés médicales, facultés universitaires)¹ – a pour effet de le centraliser comme matrice de la vie biologique et sociale. Ainsi, les faits scientifiques exhibent publiquement la femme grosse et fondent une série de discours politiques qui tenteront de régir et d’optimiser les corps maternels ainsi que leur progéniture (réformateurs sexuels, malthusianisme, maternalisme, eugénisme)². De par la convergence de la technologie médicale et de l’idéologie politique³, se forme un véritable projet social d’encadrement de la maternité qui insistera lourdement sur les responsabilités sociales et nationales des mères et dictera leur conduite jusqu’au moindre geste⁴. C’est notamment dans ce cadre, conjointement à la subjectivation du fœtus, que s’intensifie la criminalisation à l’égard de l’infanticide et de l’avortement⁵. De la sorte, l’utérus et la chair maternels s’extériorisent en forum public, en « showcase »⁶, ainsi politisant l’intériorité féminine. En l’occurrence, le corps maternel semble effectivement omniprésent.

Néanmoins, pendant que le corps maternel est exhibé sur la place publique, il est discursivement et tangiblement confiné à l’intimité. Découlant de la naturalisation/biologisation des processus vitaux, la reproduction se voit naturalisée, déterminée biologiquement en termes darwiniens, est ainsi discursivement séparée de la socialité, des rapports sociaux, de la sphère culturelle⁷. Tout comme ses fonctions reproductives auxquelles elle est réduite, la femme est naturalisée et biologisée : ses comportements féminins et fonctions maternelles sont vus comme instinctifs, innés, biologiquement ancrés. Fidèlement à la pensée dualiste, la femme – « faite » pour la procréation, et dont le sexe est la seule et vraie richesse⁸ – est à cette époque ramenée essentiellement à la nature et la sphère privée, ainsi différenciée des hommes qui sont pour leur part relégués à la supérieure sphère publique, culturelle, politique (citoyenne) et économique⁹. Immobilisé dans le ménage, le corps maternel occupe effectivement une place effacée.

¹ Cette vaste structure organisationnelle est notamment pour cause dans l’élimination des sages-femmes qui n’avaient pas autant de pouvoir de diffusion. Voir Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 29.

² *Ibid.*, p. 39; Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d’enfants*, *op.cit.*; Susan Squier, *Babies in Bottles*, *op.cit.*

³ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*

⁴ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d’enfants*, *op.cit.*, p. 19; Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 55.

⁵ Luc Boltanski, *La condition fœtale*, *op.cit.*; Noëlle Lenoir, « La contraception dans les pays développés : une pratique sociale devenue liberté fondamentale », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 124.

⁶ Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*

⁷ Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*; Londa Schiebinger, *Nature’s Body*, *op.cit.*; Paola Tabet, *La construction sociale de l’inégalité des sexes*, *op.cit.*

⁸ Paola Tabet, *ibid.*, p. 96.

⁹ Andrea Henderson, « Doll-machines and Butcher-Shop Meat », *op.cit.*, p. 25. Voir aussi Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women’s Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 80; Ruth Oldenziel, « Man the Maker, Woman the Consumer: The Consumption Junction Revisited », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology and Medicine*, *op.cit.*, p. 130; Londa Schiebinger, *Nature’s Body*, *op.cit.*; Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls*, *op.cit.*, p. 19.

Tout se passe comme si la maternité et les corps féminins sont politisés sans les sujets qui les incarnent (faut-il rappeler que les femmes n'avaient pas le statut de citoyenne à cette époque?). Autrement dit, la maternité s'objective et se décorpore (*disembodied*), se détachant de plus en plus du corps-qui-enfante. Paradoxalement, la maternité se privatise simultanément, ce qui a pour effet d'effacer son importance au sein de la socialité en cantonnant son corps au foyer privé. À ce titre, les propos de l'historienne Barbara Duden résument bien la situation :

[...] female innards and interiority became medically, administratively, and judicially public while, at the same time, the female exterior is privatized ideologically and culturally. These opposed but linked tendencies are both characteristic moments in the social construction of "woman" as a scientific fact, as well as in the creation of the citizen in industrial society. On the one hand, the newly discovered "naturalness" of domesticity and motherhood, domestic work and familial sociability, the need for protection and marital dependency place women in the "private realm" in law, education and ethics. But at the same time, science discovers and professionals control and mediate her womb as a public space. [...] Her actual body experience becomes her own private affair, while the scientific fact that a fertilized egg has unleashed a hormonal reaction assumes a momentous social function¹.

Par voie de conséquence, on constate l'extension du paradoxe du corps présent/absent jusqu'aux sciences sociales. Au fondement de ces disciplines, les notions classiques de reproduction, de filiation, de généalogie et d'hérédité ont maintes fois fait l'objet d'études démontrant leur importance sociale, politique, historique et culturelle². De Malinowski à Lévi-Strauss, en passant par Freud, Mead et Godelier, on ne compte plus les études portant sur les systèmes de parenté et de filiation, ou sur les pratiques sexuelles et procréatives. En contrepartie, dû au cloisonnement de la reproduction en catégorie féminine et naturelle séparée de la socialité, on constate que certaines dimensions de l'enfantement sont longtemps demeurées sous-théorisées, notamment celles liées au corps et à la subjectivité, comme l'expérience vécue de la maternité ou la diversité des pratiques d'accouchement³. Ainsi, la question de l'engendrement est à la fois centrale et marginale : centrale par le fait qu'elle fonde les disciplines des sciences humaines; marginalisée et banalisée puisqu'il s'agit d'une question féminine⁴. En somme, il est aisé de constater que le corps maternel est davantage présent/absent de part et d'autre de la société occidentale, tant en médecine, qu'en politique, qu'en sciences sociales.

¹ Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*, p. 95.

² Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*; Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*

³ Sarah Franklin et Helena Ragoné, « Introduction », dans Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *ibid.*, p. 2.

⁴ Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge*, *op.cit.*; Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *ibid.*

2.2 Accentuation de la dialectique contrôle/liberté, de la médicalisation à la biomédicalisation

Jusqu'à présent, nous avons bien démontré le développement du contrôle socio-médical de la maternité et l'effacement du corps maternel qui en découle. Mais rappelons, à l'instar de Foucault, que le contrôle coexiste avec la liberté, à la manière d'un vieux couple inséparable. En effet, l'histoire de la médicalisation illustre bien cette indissociabilité entre la logique de savoir/pouvoir et les notions libertaires (perfectibilité, progrès, autonomie, émancipation) qui se stimulent mutuellement et qui agissent conjointement à la manière d'un moteur, repoussant les limites autrefois infranchissables et pavant de nouvelles conditions sociales. L'accroissement de la capacité d'action et du domaine contrôlé suscite émoi et plaisir de par les bénéfices qui en découlent; ainsi, l'impulsion est donnée au pouvoir par son exercice même, par ses effets positifs¹. Incrusté, incorporé dans et par les sujets qui se l'approprient et le revendiquent, le biopouvoir est effectivement partout à la fois; il est autant individuel que collectif, tant structurel qu'idéal, tant libertaire que contrôlant. Une des plus fortes expressions de ce mouvement est bien la transition démographique, qui témoigne clairement de l'articulation serrée entre les notions contrôle/liberté et de leur effet propulseur tant du développement scientifique que de l'effacement du corps maternel dans la procréation.

2.2.1 Le recul de la mort : fruit et moteur du développement scientifique et technique

Constituant la toile de fond des sociétés occidentales contemporaines, la transition démographique (passant d'un régime de forte mortalité/forte fécondité à celui de basse mortalité/basse fécondité) est profondément conditionnée par l'avancement du savoir/pouvoir médical et des techniques d'intervention. Comme le sociologue Paul Yonnet l'exprime, les multiples mesures scientifiques et sociosanitaires (instauration de programmes de santé publique, amélioration de l'hygiène, assainissement des eaux, aseptisation, vaccins, maîtrise de la fièvre puerpérale²) contribuent considérablement à une réduction des taux de mortalité infantile et

¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, *op.cit.*, p. 62. En ce sens, Karen Newman précise : « The conventions for inscribing obstetrical knowledge, then, allow for a double identificatory pleasure: identification with the immaculate, impenetrable human individual, and the power/knowledge that comes of knowing the body as an object of study. And that double pleasure is profoundly a gendered pleasure ». Dans *Fetal Positions*, *op.cit.*, p. 97.

² Rappelons que les mesures antiseptiques appliqués aux instruments chirurgicaux et obstétricaux ont considérablement fait chuter les effets mortels des opérations, ce qui corrolairement donne le coup d'envoi à l'hospitalisation de la naissance qui demeurerait freinée par

maternelle ainsi qu'à l'allongement de l'espérance de vie, bref à l'amélioration globale et tangible des conditions sociales d'existence¹. En effet, à partir du milieu du XVIII^e siècle jusqu'à aujourd'hui, la mortalité maternelle a été divisée par 131, et la mortalité infantile par 69². La suppression progressive de la mortalité aux âges jeunes fait en sorte que les mères et leurs nourrissons sont quasiment assurés de vivre, et la mort devient presque exclusivement l'affaire des aînés³. Force est de reconnaître les vertus transformatives du contrôle scientifique sur les conditions matérielles d'existence, permettant le déploiement de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance.

En retour, ces avancées animent la foi en l'action humaine et le progrès médical⁴, et échauffent l'idée selon laquelle les femmes peuvent s'émanciper des contraintes imposées par la Nature ou par Dieu⁵. Au tournant des XIX^e-XX^e siècles, on assiste à une publication croissante de littérature féminine qui pousse les femmes à renverser leur approche « laisser-faire » : « [...] abandon the moth-eaten tradition that bringing little children into the world is a “natural process” and therefore in the hands of God »⁶. On les invite à adopter davantage – voire exiger – les interventions médicales, gages d'une survie plus sûre et donc d'une vie meilleure pour toute la famille. Au fil des innovations, les femmes intériorisent la conception pathologique de la grossesse qui les touche directement et réclament certaines interventions afin d'améliorer leur sort, mais aussi pour répondre aux normes et conditions sociales nouvellement instituées. Comme l'historienne Denyse Baillargeon l'a bien remarqué, « les femmes ne sont pas tant “contrôlées” par les médecins, comme on l'a déjà supposé, qu'exposées à des pratiques discursives et institutionnelles qu'elles sont enclines à intégrer et à adopter du fait que ces pratiques les assurent, en contrepartie, de bénéficier de l'approbation sociale »⁷. Avec l'élimination graduelle de la mortalité en couches et la survie croissante de nouveaux-nés, les femmes semblent moins craindre les douleurs et risques de l'accouchement et faire de plus en plus confiance à l'expertise médicale⁸ et à l'hôpital comme lieu de naissance¹. Plus

la fièvre puerpérale. À ce sujet, voir les chapitres déjà cités de Nancy Schrom Dye et Janet Carlisle Bogdan dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit. Voir aussi Tina Cassidy, *Birth*, op.cit., p. 55-60 et Thomas Laqueur, *Making Sex*, op.cit., p. 176.

¹ Paul Yonnet, *Le recul de la mort*, op.cit.

² *Ibid.*, quatrième de couverture.

³ *Ibid.*, p. 95 et 137. Sur la configuration contemporaine de la vieillesse et de la mort en Occident, voir Céline Lafontaine, *La société postmortelle*, op.cit.

⁴ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit., p. 28.

⁵ Un certain Dr Hugh Hodge affirmait en 1838 : « If females can be induced to believe that their sufferings will be diminished, or shortened, and their lives and those of their offspring, be safer in the hands of the profession, there will be no difficulty in establishing the universal practice of obstetrics ». Cité dans William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, op.cit., p. 43.

⁶ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, op.cit., p. 41.

⁷ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants*, op.cit., p. 23.

⁸ Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, op.cit., p. 196.

particulièrement, ce sont les femmes issues des classes aisées et des régions urbaines qui délaissent tranquillement les sages-femmes et l'accouchement à domicile pour des accoucheurs plus « éduqués » en milieu hospitalier, dans un contexte où l'éducation scientifique fait florès et où l'hôpital est considéré comme un gage de sûreté dans les régions urbaines, foyers de maladies et d'infections². « Women increasingly understood that the tools could ease a difficult birth [...]. Eventually, the hands of steel became a sign of prestige, and women expected doctors to use them regardless of need »³.

De cette manière, les femmes participent activement à la médicalisation et technicisation de l'accouchement et ainsi nourrissent la dynamique contrôle/liberté : récoltant les fruits du contrôle scientifique, ingérant les discours médico-politiques, les femmes viennent à requérir et alimenter davantage d'allègement pharmaceutique et d'interventions scientifiques. L'historienne Ruth Schwartz Cowan emploie judicieusement l'expression « agents de diffusion » pour décrire le rôle crucial des femmes qui contribuent activement au processus de développement technologique et scientifique⁴. À ce titre, on peut prendre l'exemple de l'anesthésique Twilight Sleep, une formule combinant scopolamine et morphine pouvant mettre dans un état semi conscient les parturientes, lesquelles se réveillaient plusieurs heures plus tard avec un enfant dans les bras sans avoir aucun souvenir de sa venue au monde. Effaçant le souvenir de l'accouchement, ce médicament n'éliminait toutefois pas les douleurs et les cris : « Once she was under the spell of twilight sleep, the doctor would bandage her eyes and stuff oil-soaked wads of cotton in her ears, so her own screaming would not wake her up. Her arms would be strapped down with leather thongs »⁵. Loin d'être unanimement recommandé par les médecins pour cause des multiples risques encourus, cette forme de naissance amnésique (*oblivious style of childbirth*)⁶ devient l'objet d'ardentes revendications de la part de femmes enceintes qui souhaitent absolument se défaire des douleurs de l'enfantement.

When Twilight Sleep was introduced in Germany in the 1930s, it seemed to offer the possibility of relief from many of these fears [pain, danger, and loss of modesty and control]. Wealthy American women began to go to Europe to have their babies, eventually forming societies that actively sought to induce physicians to offer scopolamine in the US. By the 1940s, such groups, in alliance with physicians, began to convince the general public

¹ Autrefois symbole d'épidémie et de pauvreté, l'hôpital devient au XX^e siècle le symbole de propreté aseptisée et de sûreté. Voir Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 41.

² *Ibid.*; William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 48; Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 138.

³ Tina Cassidy, *ibid.*, p. 168.

⁴ Ruth Schwartz Cowan, « Medicine, Technology, and Gender in the History of Prenatal Diagnosis », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, *op.cit.*, p. 186-96.

⁵ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 91.

⁶ *Ibid.*, p. 92.

that the progressive, 'modern' way of giving birth was to divorce oneself from outdated servitude to biology by giving birth in the hospital under total anesthesia¹.

Frances X. Carmody, la première Américaine à s'être déplacée en Allemagne dans les années 1910 pour obtenir le traitement, a sans ambages vanté les mérites du sédatif et grandement milité en sa faveur : « The twilight sleep is wonderful, but if you want it you will have to fight for it, for the mass of doctors are opposed to it »². Exigeant l'anesthésie, considérée comme une grande bénédiction (*the greatest blessing of the age*)³, les femmes se rassemblent en grand nombre autour de cette nouvelle cause sociale qu'est l'allégement, ou l'effacement des fardeaux corporels de l'enfantement. Leur action politique sera considérable puisqu'elle fondera une association (*National Twilight Sleep Association*) ainsi que l'ouverture de cliniques spécialisées (*Twilight Sleep Facilities*) notamment à New York, Chicago et Boston, et fera en sorte que la procédure devienne routine⁴.

Même si cette mesure fut éventuellement abolie, ce qu'il faut retenir c'est que les femmes décrient de plus en plus la réalité corporelle de la procréation – comprise uniquement en termes péjoratifs de pathologies et de souffrances⁵ – et demandent diverses interventions, voire les exigent. L'enjeu principal est donc de contrôler artificiellement de part en part les composantes naturelles du corps qui enfante, comprises comme de misérables contraintes liberticides dont il faut se débarrasser. Dans la mesure où la culture (ici la maîtrise technique) est comprise comme supérieure à la nature, la neutralisation de l'expérience corporelle est synonyme de libération, puisque le détachement du corps-fardeau naturel rapproche les femmes d'un statut culturel, politique : « Women [...] had begun equating the elimination of birth pain with their political liberation and right to vote »⁶. Cantonnée à la sphère domestique féminine, la question de la reproduction devient le porte étendard des mouvements féministes, qui réclament plus de contrôle sur leur corps, lequel passe inévitablement par le contrôle scientifique et le remplacement artificiel de leurs fonctions, tel l'allaitement délaissé pour la bouteille de lait en poudre⁷. « Under the camouflage of domesticity, the early generation of home economists in

¹ Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent, « Introduction », dans Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth as Authoritative Knowledge*, *op.cit.*, p. 9.

² Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, p. 93. À ce sujet, voir l'intéressant article « Doctors Disagree on Twilight Sleep; Death of First American Patient Renews Discussion of Painless Childbirth », *The New York Times*, mardi 24 août 1915, p. 7. En ligne : <http://query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=9A0DE0DB1138E633A25757C2A96E9C946496D6CF> (consulté 7 mars 2009).

³ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 29.

⁴ Tina Cassidy, *Birth*, *op.cit.*, 91-94.

⁵ Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 42.

⁶ Tina Cassidy *Birth*, *op.cit.*, p. 92.

⁷ Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent, « Introduction », dans Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth as Authoritative Knowledge*, *op.cit.*, p. 9; voir aussi Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op.cit.*

particular reinscribed the discourse of the home as a mechanism of female empowerment »¹. Ainsi, la cause politique de l'émancipation des femmes se construit en tandem avec la médicalisation de la procréation, et les femmes participent activement à l'effacement du corps maternel dans l'accomplissement de la naissance en accordant plus de place aux interventions scientifico-techniques². Comme l'historienne Ruth Oldenziel l'a clairement résumé, « ideologies, structures, identities of gender formation and technological development have shaped each other throughout the nineteenth and twentieth centuries »³.

On constate donc aisément comment les deux pôles de la dialectique s'attirent, s'attisent et propulsent conjointement la médicalisation ainsi que l'effacement du corps maternel. On s'aperçoit également que ce sont tant les scientifiques que les femmes qui apprécient et stimulent cette spirale contrôle/liberté. Sans pour autant nier l'existence d'importants rapports de pouvoir et de domination entre femmes et médecins, il est toutefois important de reconnaître cette alliance médicale et féminine dans la médicalisation de la naissance ainsi que dans le processus d'effacement du corps maternel. L'ouvrage collectif des historiennes des sciences Angela Creager, Elizabeth Lunbeck et Londa Schiebinger démontre en ce sens l'impact considérable du féminisme au sein des développements scientifiques, technologiques et médicaux du XX^e siècle⁴. Bien que les femmes furent discursivement construites comme étant passives, on reconnaît aujourd'hui qu'elles agissaient somme toute comme d'actives agentes sociales, comme co-productrices du développement scientifique et technique⁵. « Women have had profound effects as consumers and on the reshaping of technological artifacts, particularly those reaching the domestic sphere »⁶.

¹ Ruth Oldenziel, « Man the Maker, Woman the Consumer : The Consumption Junction Revisited », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, op.cit., p. 139.

² Robbie Davis-Floyd précise : « Early feminists eagerly sought technological hospital birth, in the hope that it would constitute a positive step toward true equality of the sexes through removing the cultural stereotypes of women as weak and dependant slaves to nature. Many of these early feminists went to great lengths to achieve anesthetized births ». Dans *Birth as an American Rite of Passage*, op.cit., p. 71-72.

³ Ruth Oldenziel, « Man the Maker, Woman the Consumer : The Consumption Junction Revisited », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, op.cit., p. 143.

⁴ Angela Creager et al. (dir.), *ibid.* Voir aussi Geneviève Fraisse, « L'habeas corpus des femmes : une double révolution? », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, op.cit., p. 57.

⁵ On peut citer en exemple les albums vinyles, le téléphone, la bicyclette, l'automobile et les électroménagers, qui sont devenus plus populaires à partir du moment où les femmes avaient un poids dans la configuration du design. Voir Ruth Oldenziel, « Man the Maker, Woman the Consumer : The Consumption Junction Revisited », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, op.cit., p. 128-48. Sur le potentiel émancipateur de la photographie, le cinéma et d'autres formes de médias pour les femmes, voir Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls*, op.cit.

⁶ Angela Creager et al., « Introduction », dans *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, op.cit., p. 3.

2.2.2 Du recul de la mort au recul de la fécondité

Appropriée et relancée de toutes parts, la spirale de la médicalisation repousse ainsi les limites autrefois immuables de l'existence, et ce vaste mouvement a le mérite de faire chuter la mortalité et rendre plus sûre la mise au monde des enfants. Au cœur de cette transition démographique – quelque part entre l'ancien régime de haute mortalité/haute fécondité et l'actuel cadre de faible mortalité/faible fécondité – on retrouve une période tampon où la mortalité materno-infantile a diminué mais la fécondité demeure élevée, telle que mise en lumière par Paul Yonnet.

[...] la mortalité baisse et la fécondité finit par s'adapter à ces nouvelles conditions d'équilibre démographique, mais avec un temps de retard assez long. C'est durant cette période d'adaptation, où l'on enregistre une mortalité sensiblement affaiblie et une fécondité encore haute, et même favorisée par les progrès scientifiques et médicaux, que l'on enregistre une spectaculaire progression de la population¹.

Les répercussions sociales d'un tel baby boom nourrissent forcément la volonté de maîtriser davantage la procréation, plus spécifiquement la haute fécondité, laquelle change de statut social et symbolique avec le recul de la mortalité. La nouvelle donne démographique modifie l'échelle des âges de la vie et le sens qu'on leur accorde², et cette reconfiguration structurelle – ainsi que les implications matérielles et morales qui en découlent – crée un besoin individuel et collectif de réduire le nombre moyen d'enfants mis au monde, suscitant alors un vaste mouvement de régulation des naissances³. Car les couples « ne se résignent plus à la mort de leurs enfants en bas âge, mais ne se résignent pas non plus à la multiplication des naissances, et veulent à toute force limiter leur progéniture »⁴. Ainsi, il est important de comprendre que la révolution sexuelle et contraceptive qui s'ensuit s'inscrit d'abord et avant tout dans une stratégie sociétale de contrôle des naissances, de « planning familial », comme le soulignent respectivement le sociologue Paul Yonnet, le démographe Henri Leridon et la sociologue Jyotsna Gupta :

On ne peut rien comprendre à l'émergence de la société moderne, à la solidarité profonde qu'entretiennent les transformations conjointes du destin de la femme et du destin de l'enfant avec ces surgissements, si l'on ne saisit pas que celui-ci commence avec l'éloignement de la mortalité en couches et de la mortalité infantile, qui asservissaient l'une

¹ Paul Yonnet, *Le Recul de la mort*, *op.cit.*, p. 138.

² *Ibid.*; Marcel Gauchet, « La redéfinition des âges de la vie », *loc.cit.*; Henri Leridon, « Une révolution démographique encore mal comprise », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 65-78.

³ Étienne-Émile Baulieu et Henri Leridon, « Introduction », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *ibid.*, p. 10. Sur les idées malthusiennes reprises au XXe siècle, voir le chapitre de Noëlle Lenoir dans le même ouvrage, p. 125. Il est intéressant de mentionner que le Dr Étienne-Émile Baulieu a contribué à la création de la pilule RU486, communément nommée 'pilule du lendemain'. Jyotsna Gupta rapporte ses propos sur cette pilule décrite comme une double chance pour les femmes : "to help women preserve their health and shape their families and to help humanity on a wider scale, in addressing a demographic crisis that threatens to overwhelm us all on a planet approaching 6 billion". Dans *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 289.

⁴ Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *Le Débat*, 132, novembre/décembre 2004, p. 100. Voir aussi Jyotsna Gupta, *ibid.*, p. 188.

et l'autre à la mort et à l'angoisse de la mort avant que la mise au monde ne devienne, par le retournement d'une tragédie millénaire, une promesse de vie largement affranchie de ces craintes¹.

La liberté de la contraception ne peut pas être réduite à une simple composante d'un mouvement plus large de « libéralisation des mœurs » et d'autonomisation croissante des décisions individuelles; c'est la conséquence nécessaire du bouleversement démographique sans précédent dans l'histoire de l'humanité [...]².

Contraceptives were not invented by reproductive scientists to provide women with more autonomy over their bodies or their lives. [...] Priorities in contraceptive research have been dominated and directed by the population control-oriented framework³.

Selon Leridon, cette mutation s'est effectuée en deux principales vagues : on assiste d'emblée à une *première révolution contraceptive* au tournant des XIX^e-XX^e siècles, où les couples élaborent eux-mêmes, face à cette nouvelle conjoncture, les moyens de limiter leur descendance après avoir eu quelques enfants (en pratiquant massivement la méthode du calendrier et le coït interrompu, par exemple⁴). Malgré ces efforts, la contraception demeure en quelque sorte taboue et clandestine⁵ et la fécondité reste élevée pendant un certain laps de temps dans plusieurs pays occidentaux, ce qui motive l'alliance des femmes et du corps médical ayant pour but commun le développement de nouvelles techniques de contrôle⁶. On vise essentiellement à franchir cette contrainte démographique fraîchement construite et acquérir plus de maîtrise (et de liberté) sur le processus procréatif en entier.

C'est à partir de là que se déploie au cours des années 1950-60 la *deuxième révolution contraceptive*, soit la libéralisation/généralisation des méthodes médico-scientifiques de contraception et d'avortement, marquant la transition d'une « *régulation globale et imparfaite* à une

¹ Paul Yonnet, *Le recul de la mort*, *op.cit.*, p. 115.

² Henri Leridon, « Une révolution démographique encore mal comprise », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 69.

³ Jyotsna Agnihotri Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 236 et 331.

⁴ Ces pratiques se constatent notamment par la chute de la natalité et de la croissance démographique dans les dernières générations du 19^e siècle en France, lesquelles engendraient tout juste deux enfants en moyenne. Leridon rappelle que ces méthodes étaient déjà pratiquées depuis longtemps, comme dans le cas des relations prénuptiales qui devaient absolument rester infécondes, mais on constate un effort marqué à cette époque. Voir « Une révolution démographique encore mal comprise », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 68. Signalons du même coup que l'avortement était aussi pratiqué depuis longtemps, ne soulevant pas de problèmes moraux puisque la vie humaine avant la naissance n'avait pas de valeur en soi. Voir Luc Boltanski, *La condition fœtale*, *op.cit.*; Noëlle Lenoir, « La contraception dans les pays développés : une pratique sociale devenue liberté fondamentale », dans Étienne-Émile Baulieu et al., *ibid.*, p. 127; Peter Schneider et Jane Schneider, « Coitus Interruptus and Family Respectability in Catholic Europe: a Sicilian Case Study », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 177-94.

⁵ Marceau Long, « Libertés, laisser-faire, incitations, contraintes », dans Étienne-Émile Baulieu et al., *ibid.*, p. 24.

⁶ Signalons une fois de plus l'étroite collaboration entre le mouvement féministe et le développement scientifique, comme Baulieu le rapporte : « En 1950, Margaret Sanger, la féministe, persuade Gregory Pincus, le savant, de mettre sa science au service de la condition des femmes. Au cours de années qui suivent, la crainte de l'explosion démographique motive un véritable effort scientifique, politique et financier pour la recherche et la diffusion des méthodes contraceptives [...] ». Dans « Contraception : des besoins insatisfaits, une recherche insuffisante », dans Étienne-Émile Baulieu et al., *ibid.*, p. 102.

régulation individuelle et fine»¹. Ce mouvement signale ainsi le passage d'un contrôle subjectif et intime du corps et de la fécondité – opéré par la femme ou plus largement le couple – à un contrôle davantage externe, scientifique et technique du corps. Alors que les traditionnelles méthodes contraceptives limitaient la descendance *a posteriori* (après quelques enfants), la méthode scientifique sert à limiter les naissances non-souhaitées *a priori*, à la source, en empêchant la grossesse (contraception) ou bien la naissance (avortement).

Force est donc de constater l'extension du domaine contrôlé : suite à la médicalisation de l'accouchement puis de la grossesse, la logique de contrôle s'étend jusqu'à la conception, voire la pré-conception (soit la planification idéale de l'enfant, qui précède de loin l'acte procréatif). Dans la conscience collective, cette croissance du contrôle reproductif est synonyme d'émancipation, de plaisir et de liberté – tant procréative que sexuelle, tant individuelle que collective. Car cette « rupture avec la nature [...] garantit la dissociation de la relation sexuelle de la reproduction : la liberté du désir est donc rendue possible. *Révolution*, la contraception permet enfin aux femmes, détachées de la référence à la nature, de devenir sujet de leur liberté »².

La médicalisation de la contraception est donc porteuse d'une importante logique de « programmation de la fécondité », où le couple gère activement son « calendrier de procréation » – en fonction de ses valeurs, de ses aspirations, de ses intérêts, de ses moyens³ – afin d'éviter les grossesses non-désirées, et de surcroît d'obtenir une grossesse souhaitée à un moment précis⁴. Un tel contrôle de la contraception stimule l'idée qu'on puisse plus largement diriger complètement la fécondité : en pouvant refuser un enfant potentiel, l'enfant du hasard, on stimule le « rêve de l'enfant possible » qui arriverait au « bon moment »⁵. Ainsi, la chute impressionnante des naissances suivant le baby boom (alors que les conditions matérielles d'existence de l'après-guerre sont on ne peut plus favorables) correspond à cette unique logique du *refus* et du *désir d'enfant*, deux revers d'une seule et même médaille qui reflète l'élaboration d'un nouveau statut socio-symbolique accordé à la famille, la maternité et l'enfant⁶. Ceux-ci

¹ Henri Leridon, « Une révolution démographique encore mal comprise », dans Étienne-Émile Baulieu et *al.*, *ibid.*, p. 68. En italique dans le texte.

² Étienne-Émile Baulieu et Henri Leridon, « Introduction », *ibid.*, p. 9-10. En italique dans le texte.

³ Marceau Long, « Libertés, laisser-faire, incitations, contraintes », *ibid.*, p. 21.

⁴ Henri Leridon, « Une révolution démographique encore mal comprise », *ibid.*, p. 76.

⁵ « Tout se passe désormais comme si un enfant devait être obligatoirement désiré pour être bien parti dans la vie ; et à l'inverse, comme si, non désiré, ou mal désiré, ou tombant à un mauvais moment, il valait mieux différer une grossesse en cours, c'est-à-dire avorter de ce projet parental ». Geneviève Delaisi de Parseval, « Un nouveau défi pour les couples : choisir le bon moment », *ibid.*, p. 243. Voir aussi *Idem*, *L'enfant à tout prix. Essai sur la médicalisation du lien de filiation*, Paris, Seuil, 1983.

⁶ Luc Boltanski, *La condition fœtale*, *op.cit.*; Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*; Paul Yonnet, *Le recul de la mort*, *op.cit.*

s'inscrivent désormais dans l'optique de la procréation « consciente »¹, du « choix contrôlé » ou du « contrôle libertaire », qu'il s'agisse d'éviter la conception, de la provoquer au moment prévu, ou d'interrompre *volontairement* la grossesse. Il n'est sans doute pas anodin de souligner à cet égard ce que Freud écrivait en 1898 :

Ce serait théoriquement l'un des plus grands triomphes de l'humanité, l'une des libérations les plus tangibles à l'égard de la contrainte naturelle à laquelle est soumise notre espèce, si l'on pouvait élever l'acte de la procréation au rang d'une action volontaire et intentionnelle, et le dégager de son intrication avec la satisfaction nécessaire d'un besoin naturel².

C'est donc grâce à l'extension du biopouvoir et de la maîtrise artificielle des conditions naturelles de la reproduction qu'émerge la notion de choix et de liberté dans la procréation, et que disparaît tranquillement le risque de la procréation non-désirée³. En tient pour preuve le slogan du mouvement féministe des années 1970 « nous aurons les enfants que nous voulons »⁴, dont l'« avoir » et le « vouloir » reposent presque entièrement sur le potentiel de contrôle qu'offrent les moyens scientifiques et techniques de contraception. Ces derniers ont définitivement « apporté à l'émancipation féminine son levier le plus tangible » et sont rapidement devenus des biens de masse fondateurs de droits civiques dans les pays industrialisés, transposés ensuite dans d'autres pays⁵. La philosophe et historienne Geneviève Fraisse résume bien à ce titre :

Car si, pendant des siècles, la loi de l'espèce, ou loi de la reproduction, fut le point de référence et d'autorité, la contraception offre désormais une loi propre au sujet humain, celle de sa liberté. [...] Double révolution : la reproduction de l'espèce n'est plus le centre à partir duquel la maternité se pense; la libre maternité donne à l'être humain les moyens de son affranchissement⁶.

Évidemment, la liberté en question renvoie au sujet féminin et maternel⁷, qui est, rappelons-le, détaché du son corps compris comme fardeau naturel dont il implore de contrôler à sa guise. De là découle les droits fondamentaux des femmes contemporaines de « librement disposer de leur corps ». Ainsi vise-t-on à entièrement contrôler les dimensions corporelles de la maternité prises uniquement dans leur naturalité, dans leur objectivité, non pas dans leur rôle constitutif du sujet.

¹ Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 105.

² Sigmund Freud, « La sexualité dans l'étiologie des névroses », *Résultats, idées, problèmes I, 1890-1920*, Paris, PUF, 1984, p. 89. Cité dans Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 15; Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*, p. 98.

³ Marceau Long, « Liberté, laisser-faire, incitations, contraintes », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *Contraception: contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 29.

⁴ Geneviève Delaisi de Parseval « Un nouveau défi pour les couples : choisir le bon moment », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.), *ibid.*, p. 243; Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, *op.cit.*

⁵ Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*, p. 101; Noëlle Lenoir, « La contraception dans les pays développés : une pratique sociale devenue liberté fondamentale », dans Étienne-Émile Baulieu, *ibid.*, p. 119-162.

⁶ Geneviève Fraisse, « L'habeas corpus des femmes : une double révolution? », *ibid.*, p. 54.

⁷ *Ibid.*, p. 58.

La prise de distance avec la nature et la totale médicalisation du corps maternel (de la conception à la naissance) sont alors synonymes d'affranchissement : « Ainsi, d'une certaine manière, la contraception entre les mains des femmes est leur nouveau pouvoir et leur moyen de progresser »¹.

Paradoxalement pourtant, la liberté de choix en rapport au corps et à l'enfantement est entièrement conditionnée par les moyens scientifiques et techniques. Il devient donc de plus en plus difficile de comprendre la maternité contemporaine sans passer par l'intime liaison contrôle/liberté, dont l'indissociabilité s'intensifie au fur et à mesure que ces notions repoussent conjointement les limites sociales de la procréation. « En d'autres termes, les pouvoirs accrus et les responsabilités nouvelles appellent, avec plus de liberté et d'autonomie, d'autres exigences [...] »². S'exprime une fois de plus le perpétuel mouvement réflexif entre liberté et contrôle :

Chacun sent confusément la dialectique liberté/contrainte, placée en exergue de notre débat : les deux termes sont présents en même temps, la contraception étant un moyen de liberté et de libération, en comportant dans sa mise en œuvre des contraintes ressenties selon les cas comme inconfortables ou même dissuasives. Y a-t-il des libertés et des droits sans contrainte?³

2.2.3 Le désir d'enfant : produit et producteur de la médicalisation

Aussi naturel qu'il puisse paraître – souvent compris sous forme d'« instinct maternel » ou d'« horloge biologique » – le désir d'enfant n'est concevable que dans ce cadre social qui permet de *choisir* d'avoir des enfants et de se projeter dans l'avenir. Car dans un contexte où les femmes meurent en couches et que la mortalité des enfants en bas âge demeure élevée, l'idée du désir d'enfant ne fait strictement aucun sens. Cette aspiration est donc « la résultante structurelle du changement de régime de la reproduction humaine »⁴. C'est-à-dire que l'importante « reconfiguration de la psychologie sociale »⁵ découlant des mutations démographiques donne un véritable coup d'envoi au déploiement de l'individualisme contemporain, faisant place à un nouveau rapport à l'enfant. Car l'emprise technique sur la vie (qui éloigne la mort sur l'échelle des âges et crée la vie au moment opportun) se répercute forcément sur les représentations

¹ Françoise Héritier, « Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin », *ibid.*, p. 50.

² Marceau Long, « Liberté, laisser-faire, incitations, contraintes », *ibid.*, p. 21-22.

³ *Ibid.*, p. 20. Dans le même sens, Jyotsna Gupta remarque : « It is interesting to see how in recent years the language of family planning propaganda has taken on the vocabulary of women's health and women's rights advocates, particularly the use of the words 'choice', 'freedom', 'autonomy', [...] while the ultimate goal is population control ». Dans *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 230.

⁴ Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*, p. 110.

⁵ Paul Yonnet, *Le recul de la mort*, *op.cit.*

sociales de la vie, de la mort, de la santé, de la maladie, de la famille et de l'enfant¹. La contrainte et le contrôle liés à la fécondité prennent donc plusieurs visages au fil des développements scientifiques : on assiste au passage sociohistorique d'une période de fécondité *subie* à fécondité *maîtrisée*, pour finalement laisser place à une fécondité *désirée* et *voulue*².

Depuis quelques décennies, le désir d'enfant semble en effet agir comme « pilotage de projet »³ dans les ménages : en attendant le moment parfait pour avoir le nombre idéal d'enfants, ou pour concorder avec la volonté de s'abstenir de la parentalité, « près de 100% des couples en âge de procréer contrôlent leur procréation dans les pays développés et 50% de ces couples contracepteurs utilisent des méthodes modernes », notamment la pilule, le stérilet ou la stérilisation⁴. Du coup, la plupart des jeunes individus qui peuplent la société contemporaine sont des « enfants du désir », nés dûment souhaités, recherchés, programmés. C'est notamment ce que soulève l'historien et philosophe Marcel Gauchet dans un percutant article sur les tenants et les aboutissants du désir d'enfant, expression sociale d'un nouveau cadre paradigmatique où la procréation relève désormais de l'action délibérée et maîtrisée⁵. Dans le même esprit que Yonnet, Gauchet signale que les retombées sociales d'un tel changement sont multiples et profondes, quoiqu'elles tardent à être prises en compte.

Mais c'est, aussi bien, l'articulation de l'humanité sur l'animalité en général qui est transformée par la maîtrise de la fécondité. Comment penser que pareille victoire de la culture sur la nature pourrait rester sans suites sur la représentation [...] de la « nature humaine »? Culturellement parlant, toujours, ce saut hors de la nécessité représente une étape capitale dans l'histoire de l'individualisme : pour la première fois dans l'aventure humaine, les nouveaux venus sont conçus, dans tous les sens du terme, en tant qu'individus⁶.

L'individualisation du rapport à l'enfant(ement) prend tout son sens dans ce « siècle de l'enfant »⁷ qui voit naître le bébé comme personne⁸, l'adolescence comme nouvelle catégorie d'âge⁹, la famille nucléaire comme modèle conjugal, et la floraison de la pédiatrie comme spécialité

¹ *Ibid.*, p. 24.

² « Le recul de la mortalité infanto-juvénile libère peu à peu la femme de l'asservissement aux grossesses répétées, autant que dangereuses, pour assurer la survie des groupes, au point que les nécessités de la reproduction disparaissent de l'horizon pour laisser la place à des naissances, rares, choisies, voulues – l'arsenal scientifique s'étant adapté et ayant fourni les méthodes capables de satisfaire ces buts ». *Ibid.*, p. 236. Voir aussi les articles déjà cités de Marcel Gauchet. Spécifions toutefois que nous n'incluons pas dans ce portrait la problématique de la « fécondité forcée » ou de la stérilisation forcée. À ce sujet, voir Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*; Paola Tabet; *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op.cit.*

³ Marceau Long, « Liberté, laisser-faire, incitations, contraintes », dans Étienne-Émile Baulieu et al. (dir.) *Contraception : contrainte ou liberté?*, *op.cit.*, p. 31.

⁴ Françoise Héritier, « Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin », *ibid.*, p. 37.

⁵ Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*, p. 98.

⁶ *Ibid.*, p. 98-99.

⁷ Titre de l'ouvrage de la pédagogue féministe Ellen Key, cité dans *ibid.*, p. 100.

⁸ Voir les travaux de Terry Brazelton ou Françoise Dolto, cités dans *ibid.*, p. 108.

⁹ Voir les travaux de Stanley Hall (début 20^e siècle), cité dans *ibid.*, p. 100.

médicale¹. En effet, cette individualisation du lien de parenté se marie à la désinstitutionnalisation de la famille – laquelle devient un *choix* ou un *droit* et non plus un *devoir* collectif. La procréation « devient consciente » : en dissociant l'intrication millénaire de sexualité et reproduction, la génération humaine peut devenir un pur projet d'épanouissement personnel, tout comme la sexualité détachée de l'obligation reproductive². La manière dont Gauchet l'exprime est éloquente :

Ainsi l'enfant est-il deux fois l'enfant du désir. Il l'est socialement, de par le statut qui lui est attribué, et il l'est techniquement, de par les conditions dans lesquelles il est conçu. D'une part, il n'est plus le fruit de la contrainte reproductive structurant le mécanisme collectif; il est le produit privé du vœu de ses géniteurs – il est l'enfant de ses parents, dans une acception hautement inédite. D'autre part, il n'est plus le fruit aléatoire de la sexualité dont le mariage définit le cadre licite d'exercice; il est le résultat d'un désir exprès, différencié du désir sexuel et sciemment dirigé vers l'engendrement d'un être, indépendamment de quelque cadre légal que ce soit – on ne se contente plus d'avoir un enfant, on fait un enfant, et il n'y a que des enfants légitimes, puisqu'ils sont légitimés par le désir de les faire. C'est la conjonction des deux séries de facteurs qui est détonante. Il y a simultanément *privatisation de la perpétuation de l'espèce* et *appropriation subjective du processus vivant*³.

En effaçant tout devoir, tout lien naturel à la vie, en s'appropriant techniquement et subjectivement le pouvoir et le choix de donner la vie, on en vient à complètement individualiser le lien de filiation, et par conséquent le lien social. Non seulement individualise-t-on le choix de procréer, mais aussi individualise-t-on le regard jeté sur le nouveau venu⁴ : l'enfant acquiert un statut subjectif avant même qu'il ne soit conçu, il est humanisé avant même qu'il se joigne tangiblement à la communauté humaine. Pour illustrer, pensons aux discours « pro-vie »⁵ et aux organisations militantes comme la *National Association for the Advancement of Preborn Children*⁶, qui réclament une plus stricte juridiction à l'égard de l'arrivée de ces futurs citoyens déjà subjectivés. Plus généralement, soulignons la pratique d'échographie – devenue routinière pour la majorité de femmes enceintes des pays industrialisés – qui permet de visualiser et ainsi rencontrer l'enfant à naître, voire même de rapporter à la maison une première série de photos pour entamer l'album du bébé avant sa venue au monde⁷. Ces exemples témoignent clairement de l'individualisation du

¹ *Ibid.*

² *Ibid.*, p. 101; Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*

³ Marcel Gauchet, *ibid.*, p. 102.

⁴ *Ibid.*, p. 103.

⁵ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

⁶ Carol Stable, « Shooting the Mother: Fetal Photography and the Politics of Disappearance », *loc.cit.*, p. 182.

⁷ Ingrid Zechmeister, « Fœtal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom », *loc.cit.* Nous revenons sur cette question dans le chapitre suivant.

rapport à l'enfant(ement), lequel entraîne sans doute d'importantes répercussions sur le rapport de l'engendré à ses géniteurs qui l'ont tant attendu¹.

Paradoxalement, une telle individualisation et technicisation de la parenté génère l'idée d'une plus grande humanisation ou socialisation de l'enfantement. C'est-à-dire que la dénaturalisation du processus donne l'impression d'une plus grande culturalisation, d'un rapprochement plus profond avec ce nouvel être. « La procréation n'est donc plus ce processus de la vie traversant les humains et leur imposant sa nécessité aveugle [...]. Ce qui compte, ce n'est plus le mécanisme de la reproduction, mais le désir qui l'actionne, le dessein des personnes qui le mettent en œuvre »². Mais si la procréation se déroule de plus en plus dans l'élément de la culture³, il faut toutefois souligner que c'est presque exclusivement la dimension technique et scientifique de la culture qui prédomine dans l'organisation contemporaine de l'enfantement. Comme l'anthropologue Robbie Davis-Floyd l'a bien indiqué dans ses divers travaux, l'approche culturelle de l'enfantement en Occident est désymbolisée et presque entièrement réduite à sa dimension médicale, dans le cadre du « paradigme technocratique de la naissance »⁴. Paradoxalement, en visant sans cesse à se défaire d'une dépendance à la nature, on en vient à construire une profonde dépendance à la science et la technique. La réalisation du projet parental et l'existence de l'enfant sont alors complètement forgées par les moyens de contrôle technoscientifique, faisant en sorte qu'un enfant né d'un « accident naturel » devient une espèce en voie de disparition. Cet esprit de contrôle et de programmation est d'ailleurs bien amené par la thèse de Jyotsna Agnihotri Gupta, qui démontre que la majorité des femmes occidentales contemporaines recourent à au moins deux des trois principaux types de « technologies de reproduction » (au sens large): 1) contrôle préventif de la conception et grossesse (contraception, stérilisation, avortement); 2) contrôle pourvoyeur de reproduction (insémination artificielle, fécondation *in vitro*, etc.); 3) contrôle de la « qualité » du développement de la progéniture (échographie, diagnostics pré-natal et pré-implantatoire)¹.

Sans vouloir accentuer l'effet vertigineux de l'incessante spirale de la médicalisation, il faut voir que ce désir d'enfant – construction résultante des avancées biomédicales – sera à son tour le moteur de futurs développements biomédicaux, notamment les « nouvelles » technologies de reproduction. En effet, le désir d'enfant est au cœur des requêtes d'assistance médicale à la

¹ Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*, p. 102.

² *Ibid.*, p. 108.

³ *Ibid.*

⁴ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 38.

procréation²; car l'absence d'enfant désiré est considérée comme injuste dans un contexte où « la bataille pour la contraception a véhiculé le fantasme d'une parfaite maîtrise de la conception »³. Ainsi, des souffrances inédites sont vécues chez des couples ou des individus « infertiles » ou « stériles » qui ne peuvent accomplir leur projet parental naturellement, mais qui – puisqu'il est possible de s'en délivrer – recourent légitimement à l'expertise biomédicale⁴. Sans pour autant négliger les difficultés psychologiques et douleurs physiques attachées aux laborieux procédés de fécondation *in vitro* et d'autres technologies de reproduction, il faut voir que c'est la logique du corps perfectible (émancipation des contraintes naturelles par biais de contrôle scientifique) qui sous-tend l'imaginaire technoscientifique⁵. L'anthropologue des sciences Sarah Franklin l'a bien dit :

Whereas infertility, sterility, or serial reproductive failure may be seen to impose a physical, biological, or “natural” limit to procreative choice, ARTs' [assisted reproductive technologies] aim is to overcome or transcend such limitations. The whole point of ARTs, of assistance of conception, is to gain greater *control* over the reproductive process and by doing so to increase reproductive *choice*⁶.

Cette volonté de transcender les limites « imposées par la nature » – mais qui sont pourtant socialement construites – traverse donc clairement l'univers de l'assistance médicale à la procréation, de l'obstétrique à la machinique. Et elle continue à ce jour d'animer une série de revendications de choix et de droits ayant trait au contrôle subjectif et technoscientifique du corps : « Le droit d'enfanter à tout prix malgré des *impossibilités naturelles* peut être considéré comme faisant partie du *droit à la santé* et donc impliquer un *devoir de la société* pour permettre de l'exercer »¹. Droit à la maternité choisie ou consentie, droit à l'enfant, droit de ne pas en avoir, droit à l'épanouissement individuel des parents et enfants; la réponse technoscientifique à ces « démarches désirantes » alimente une rigoureuse passion de l'enfant qui a pour effet de complètement instrumentaliser le lien de parenté : « l'enfant est d'autant plus désiré qu'il est

¹ Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, op.cit.

² Renée B. Dandurand et al., *Le désir d'enfant. Du projet à la réalisation*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994; Geneviève Delaisi de Parseval, *L'enfant à tout prix*, op.cit.; Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », loc.cit.; Suzanne Philips-Nootens, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égare », dans Françoise-Romaine Ouellette, Renée Joyal et Roch Hurtubise (dir.), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Presses de l'Université Laval, Coll. Culture et Société, p. 177-191; Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, op.cit. Voir aussi Gilles Houle et Roch Hurtubise, « Parler de faire des enfants, une question vitale », loc.cit.; Henri Leridon, *Les enfants du désir*, Paris, Julliard, 1995.

³ Geneviève Delaisi de Parseval, « Un nouveau défi pour les couples : choisir le bon moment », dans Étienne-Émile Bauileu et al. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, op.cit., p. 246.

⁴ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, op.cit., p. 245; Suzanne Philips-Nootens, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égare », op.cit.; Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, op.cit.

⁵ Sur la question de la perfectibilité et des technosciences, voir Nicolas Le Dévédec, « De l'humanisme au post-humanisme : les mutations de la perfectibilité humaine », loc.cit.

⁶ Sarah Franklin, « Making Miracles. Scientific Progress and the Facts of Life », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, op.cit., p. 108. C'est nous qui soulignons.

moins l'enfant de la nature. Plus il est le fruit de l'artifice, quel que soit celui-ci, plus il est ce qu'il doit être, c'est-à-dire l'enfant de ses parents (ou de son parent) »². Ainsi, on commence à saisir l'ampleur de la reconfiguration technoscientifique de l'enfantement, qui forge un univers où la parenté, la filiation, la maternité et la naissance de l'enfant sont détachées du corps et accomplies technoscientifiquement, toujours selon une optique émancipatrice.

L'enfant est dissocié de la sexualité, dissocié du désir du couple (le désir est devenu volonté), dissocié du corps de la femme (devenue plutôt le véhicule plus ou moins réticent de la venue au monde de l'enfant). [...] L'enfant devient chose, marchandise. La parentalité explose, elle est instrumentalisée. [...] L'affiliation symbolique de l'enfant [...] est elle aussi fragmentée, brouillés les repères essentiels de son identité personnelle dans une trame généalogique. Comme si la question de l'origine était sans importance pour la constitution de l'identité humaine. On passe outre un risque anthropologique dont nul ne peut évaluer la portée puisqu'il est enrobé dans l'imprévisible d'une histoire personnelle³.

Ces propos rejoignent directement ceux de Monique Canto-Sperber et René Frydman qui mettent en évidence comment le désir d'enfant est détaché du corps procréatif et de ses limites réelles, et davantage rattaché aux potentialités biomédicales : « le désir d'enfant peut donc se développer pour lui-même en dehors de tout contexte conjugal, familial, amoureux, chez une personne seule ou chez une personne homosexuelle »⁴. À ce titre, la juriste Suzanne Philips-Nootens critique ardemment la logique du projet parental « sur mesure » et de la « médecine de désirs » qui l'accompagne, toutes deux comprises comme étant de l'ordre de droits individuels constitutionnellement garantis⁵. Le problème qu'elle signale dans cette « filiation programmée » – notamment instituée par le code civil du Québec et ses nouvelles règles de déssexualisation de la filiation vues comme un « hymne à l'égalité » – est son narcissisme : elle ampute la procréation de toute relation et devoir à autrui, notamment à l'égard de l'intérêt de l'enfant et de son droit d'accès à ses origines⁶. Pour Canto-Sperber et Frydman, l'enjeu principal du désir d'enfant est qu'il est très difficile à limiter ou encadrer, vu qu'il ressort du droit individuel, et devient très exigeant voire impérieux, « obstinément rappelé par les parents qui ne peuvent procréer », et c'est précisément cet « aiguillon invisible qui fait que la recherche biomédicale dans le domaine des techniques de procréation se développe sans répit. [...] la force du désir d'enfant rend

¹ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 90. C'est nous qui soulignons.

² Marcel Gauchet, « L'enfant du désir », *loc.cit.*, p. 110.

³ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 244.

⁴ Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 33;

⁵ Suzanne Philips-Nootens, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égare », *op.cit.*

⁶ La *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation*, entrée en vigueur en juin 2002, « permet aux femmes de former, à deux ou mêmes seules, un projet parental, et de recourir aux forces génétiques d'un tiers, sans qu'aucun lien de filiation puisse jamais intervenir entre ce tiers et l'enfant qui en est issu. [...] l'enfant de notre loi nouvelle est, dès sa conception, privé de tout espoir d'établir jamais une filiation masculine, quelle qu'elle soit ». *Ibid.*, p. 180-81.

aujourd'hui particulièrement instables les limites de ce qu'il est possible de faire en matière de procréation humaine »¹.

2.3 De la « construction sociale de la réalité » à la « construction biomédicale de la réalité »² : traces d'un changement de paradigme

Ayant démontré la construction sociale de la médicalisation de l'enfantement, nous constatons à quel point ce processus, en retour, construit de toutes pièces le rapport au corps, à la maternité et à la génération. Le défi au cours des prochaines pages sera d'illustrer dans quelle mesure les prescriptions et proscriptions biomédicales parviennent à forger, voire fabriquer de part en part l'ensemble du processus d'enfantement, tant dans les manières de procréer que dans les nouvelles identités parentales. Surtout, il sera question de démontrer la radicalisation du corps oblitéré, fragmenté, facultatif ; l'importance de la corporalité maternelle semble effectivement se dissoudre dans le processus d'engendrement technicisé.

Du diagnostic préimplantatoire à la césarienne, en passant par la fécondation *in vitro*, l'échographie, l'amniocentèse, la péridurale et le moniteur fœtal électronique, les nouveaux modes procréatifs décèlent clairement l'hégémonie technoscientifique dans notre rapport à l'enfant(ement), tel que les néologismes « cyborg babies », « cyborg children », « techno-birth » et « techno-moms » le suggèrent³. Ceci renvoie notamment à ce que l'anthropologue Charis Thompson nomme la biomédicalisation de la parentalité (découlant du « biomedical mode of reproduction »), où les diverses technologies qui *reproduisent la reproduction*⁴ ne fabriquent pas seulement des enfants, mais surtout des parents, d'où le titre judicieux de son ouvrage *Making Parents*⁵. La production biomédicale et technoscientifique de la famille est d'autant plus perceptible lorsqu'on rappelle qu'une femme peut être la mère génétique de son/sa neveu/nièce (si cette mère donne ses ovules à sa sœur), qu'un enfant peut avoir jusqu'à cinq parents différents (si les parents sociaux/adoptifs ont eu recours à un donneur de sperme, une donneuse d'ovules et une mère porteuse tous à la fois), et qu'une grand-mère peut porter les enfants génétiques de

¹ Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 37.

² Pour forger ce terme, on s'inspire de Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats. Electronic Fetal Monitoring and Biomedically Constructed Birth », dans Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 240-54.

³ Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*; Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; Sarah Franklin et Celia Roberts, *Born and Made*, *op.cit.*; Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 216; Rhonda Shaw, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *loc.cit.*

⁴ On emprunte le titre de l'ouvrage de Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*

⁵ Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*

sa fille, devenant dès lors la mère porteuse de ses petits-enfants génétiques¹. Ces nouvelles caractéristiques sociologiques de la reproduction et de la famille signalent le brouillage et le renversement des frontières anciennement établies dans le paradigme moderne, tel que remarqué par maints auteurs dont Sarah Franklin : « the much-remarked upon implosion of natural facts and technological assistance blurs the boundary between “natural” and “assisted” conception »².

Il sera donc question d’approfondir notre connaissance du développement technoscientifique et biomédical, lequel opère ce brouillage des paramètres modernes de la procréation et donne lieu à une forte représentation technicisée du corps maternel qui le détache complètement des sujets maternel et fœtal, qui l’oblitére complètement du processus d’engendrement. Plus spécifiquement, il faudra examiner la révolution cybernétique ainsi que la convergence technoscientifique de l’après-guerre qui s’ensuit pour saisir comment s’opère le passage d’une approche moderne de la procréation – qui vise à acquérir et augmenter le contrôle de ces processus – à une approche postmoderne – laquelle cherche à « redesigner », transformer ou « reformater » les paramètres de la procréation humaine³. C’est en détaillant le paradigme contemporain de la naissance, suite à l’élaboration des cadres prémoderne et moderne, que nous serons réellement en mesure de comprendre l’héritage sociohistorique de l’utérus artificiel.

¹ Margrit Eichler, « The Construction of Technologically-Mediated Families », *loc.cit.*

² Sarah Franklin, « Making Miracles. Scientific Progress and the Facts of Life », dans Sarah Franklin et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction, op.cit.*, p. 104.

³ Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.* Quoique cette auteure caractérise très bien le passage d’un modèle à l’autre, il faut toutefois spécifier qu’elle n’aborde pas, du moins dans cet article, le point de rupture qui les démarque. Ce pourquoi nous désirons entrer en détail dans la révolution paradigmatique que constitue la cybernétique, fondement de la convergence technoscientifique dont la biomédecine reproductive est issue.

Chapitre IV

L'approche postmoderne du corps et de la procréation

Given the rate of technology, one hundred years from now no one will be giving birth. We'll make children up from artificially conceived fetuses, all done technologically. What people don't realize today is the explosive advancement of technology that can override evolution. We override evolution to make better tomatoes. There's no reason we can't override evolution to make better humans.

Owen Lovejoy¹

For our generation, modern technology holds the twin promises of our actual creation of life and our actual transcendence of both death and the planetary bounds of nature. Cryogenic suspension, test-tube conception, and space travel are physiological realities today, whispering the promise of ultimate transcendence through technology tomorrow. Our increasing cultural faith in this promise holds special significance for birth. As the process that perpetuates society through generating new members and transmitting key cultural values, birth must intensively reflect those values. Thus, as this technocratic model continues to evolve, the technocratic treatment of birth will continue to intensify. [...] only out of such a core value matrix could artificial wombs – even in imagination – emerge.

Robbie Davis-Floyd²

Father and mother are gone, but their disappearance, far from widening an aleatory freedom for the subject, instead leaves the way clear for a matrix known as a code. No more mother, no more father : just a matrix. And it is this matrix, this genetic code, which is destined to 'give birth', from now till eternity, in an operational mode from which all chance sexual elements have been expunged.

Jean Baudrillard³

Animé par la constante quête de perfectibilité et de contrôle de la nature, le processus de médicalisation hérité de la modernité mène, en s'intensifiant, à l'effritement des anciens repères normatifs, au repoussement constant des limites du possible. En ce qui a trait à l'enfantement, ce sont notamment les frontières du corps maternel qui sont continuellement revues et corrigées, tout comme les définitions de la maternité, du lien materno-fœtal, de la parenté, de la filiation. Force est de constater les formes contemporaines inédites d'assistance à la reproduction (tant humaine qu'animale ou végétale) qui témoignent d'une véritable redéfinition sociale, symbolique, culturelle, économique et politique de la procréation, laquelle n'est plus subie ou donnée mais plutôt malléable et « enterprised up »⁴. Dans les mots du biologiste Jacques Testart et du philosophe Christian Godin, « il ne s'agit plus seulement de connaître ce qui existe mais de faire

¹ Professeur d'anthropologie biologique à l'Université Kent State (Ohio) et professeur d'anatomie humaine au Northeastern Ohio Universities College of Medicine. Cité dans Tina Cassidy, *Birth, op.cit.*, p. 26.

² Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage, op.cit.*, p. 59 et p. 289.

³ Jean Baudrillard (traduit par James Benedict), cité dans Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls, op.cit.*, p. 153.

⁴ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation. A Cultural Account of Assisted Reproduction », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, op.cit.*, p. 326. Revenant l'expression de Marilyn Strathern, *Reproducing the Future, op.cit.*, p. 212.

ce qui n'existe pas encore »¹. Dans la même lignée, les travaux des anthropologues Marilyn Strathern et Sarah Franklin mettent en évidence que l'adage « assistance médicale à la procréation » mérite sérieusement d'être reconsidéré, puisqu'il ne s'agit pas simplement d'*assister* médicalement mais plutôt d'*entreprendre*, de *construire* et d'*accomplir* médicalement la mise au monde des enfants², tel que nous l'avons abordé précédemment avec la transition démographique et le désir d'enfant. Ce « changing landscape of reproductive politics » engendre en effet des façons inédites de concevoir des enfants – tant idéellement que matériellement –, et ainsi de nouvelles manières de penser et de vivre les « facts of life » liés à l'engendrement, à la filiation, au lien social, aux rapports entre les genres et les générations, ainsi que le rapport à l'institution biomédicale³. Reste à découvrir la signification sociologique de ce terrain changeant de la « procréation postmoderne »⁴, et voir quels chemins peuvent être tracés.

L'objectif de ce dernier chapitre théorique est donc d'achever notre parcours sociohistorique de la technoscientification de l'enfantement et du corps maternel. Dans un premier temps, nous analyserons le changement paradigmatique plus global qui s'opère dans les sociétés occidentales vers le mi-XX^e siècle, et plus spécifiquement le passage de la médicalisation à la biomédicalisation, suivant les récents travaux d'Adele Clarke et ses collègues¹. Il sera ensuite question d'établir les liens de filiation entre ce glissement paradigmatique et la technoscientification croissante de l'obstétrique, de l'enfantement et du corps maternel. Ceci nous dotera d'outils pour comprendre spécifiquement la construction de ce que l'anthropologue Robbie Davis-Floyd dénomme le « modèle technocratique de la naissance », lequel s'érige et se développe des années 1950 à aujourd'hui et qui constitue le cadre dominant de l'expérience contemporaine de l'enfantement. De la sorte, nous cherchons à identifier les éléments marquants de la structure sociale contemporaine de l'enfantement, lequel est fortement normé et standardisé, aménagé par un lourd complexe technoscientifique et biomédical. Le repérage des principaux éléments structurants de cet univers social nous permettra enfin d'aborder l'univers des technologies de reproduction et leurs liens de parenté avec l'UA. Au bout du compte, on vise à mieux comprendre ce qui opère le déplacement de l'embryon du corps maternel au laboratoire – ou dans les termes de Sarah Franklin, « the removal of conception from the dark continent of

¹ Jacques Testart et Christian Godin, *Au bazar du vivant. Biologie, médecine et bioéthique sous la coupe libérale*, Paris, Seuil, 2001, p. 8.

² Sarah Franklin, « Postmodern Procreation. A Cultural Account of Assisted Reproduction », dans Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, op.cit.*; Marilyn Strathern, *Reproducing the Future, op.cit.*

³ Sarah Franklin, *ibid.*, p. 325-26.

⁴ *Ibid.*

the woman's body into the transparent Petri dish »² – et éventuellement, possiblement, à son implantation dans une matrice artificielle. Ce faisant, nous serons alors en mesure de saisir ce qui légitimerait socialement l'évacuation complète du corps maternel dans l'accomplissement de la procréation.

1. La médicalisation est à la modernité ce que la biomédicalisation est à la postmodernité³

Véritable moment charnière, le milieu du XX^e siècle signale, selon plusieurs auteurs, un changement majeur dans l'administration des processus vitaux et des corps qui les supportent. À l'heure où la santé devient l'impératif éthique de la biopolitique contemporaine⁴, on assiste à la radicalisation de l'esprit de *contrôle* des processus biologiques, qui se métamorphose en logique de *manipulation* et de *transformation* de ces processus⁵. Ceci correspond au mouvement plus global d'une intensification de la médicalisation dans les sociétés occidentales au tournant de la Seconde Guerre mondiale. Les anthropologues Adele Clarke et ses collègues ont ardemment détaillé le passage de la médicalisation à la biomédicalisation, lequel est caractérisé par diverses transformations technoscientifiques, économiques et politiques qui viennent bousculer, complexifier et transformer tant le domaine médico-industriel que la structure sociale. Selon leur analyse, la biomédicalisation renvoie aux :

increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine. [...] [M]edicalization is intensifying, but in new and complex, usually technoscientifically enmeshed ways⁶.

Plus spécifiquement, la biomédicalisation se trouve à la croisée des chemins de cinq processus : 1) la constitution d'un complexe économique biomédical; 2) la focalisation sur la santé et l'élaboration d'une surveillance biomédicale des risques; 3) la transformation de la production, de la distribution et de la consommation du savoir biomédical; 4) la technoscientificisation de la

¹ Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*; Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*

² Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 327.

³ Traduction libre de : « It can be argued that medicalization was co-constitutive of modernity, while biomedicalization is also co-constitutive of postmodernity ». Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*, p. 164.

⁴ Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*, p. 23.

⁵ « Modern approaches to reproductive bodies and processes were and remained centered on *achieving and/or enhancing control* over those bodies and processes. In contrast, postmodern approaches are centered on *re/de/sign and transformation* of reproductive bodies and processes to achieve a variety of goals ». Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*, p. 140-141; Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*, p. 165.

⁶ *Ibid.*, p. 162.

biomédecine et 5) la transformation des corps et des identités¹. Reconnaisant le rôle vectoriel que jouent les innovations technoscientifiques dans ce changement de paradigme, les auteures jugent crucial d'utiliser le préfixe *bio* pour signaler les incommensurables transformations d'ordre biologique – tant chez les êtres humains que non humains – générées par les avancées en biologie moléculaire, en génie génétique, en biotechnologies, en nanotechnologies, en médecine de transplantation, ainsi que par d'autres formes de technologies comme l'imagerie médicale. Baptisé « Biomedical TechnoService Complex, Inc. »², ce nouvel ordre social³ se constate dans toutes les sphères de la vie sociale, tant au niveau macro que méso et micro⁴. « In the current technoscientific revolution, “big science” and “big technology” can sit on your desk, reside in a pillbox, or inside your body »⁵.

Premier processus vital, la reproduction se trouve à l'avant-plan de cette entreprise sociale de redesign de la vie. Prenons en exemple les biotechnologies telles les OGM, le clonage, la fécondation *in vitro* ou l'utérus artificiel qui, faisant souvent la une médiatique, nourrissent l'espoir d'un contrôle totalement indépendant des aléas de la nature. Sarah Franklin résume bien l'importance de la reproduction dans le paysage biopolitique contemporain : « The control, enhancement, and harnessing of reproductive and genetic processes are the basis for the emergent industry of biotechnology, in which the politics of fertility extend from soil to star wars »⁶. Mais avant d'aborder l'entreprise biomédicale de la procréation, observons d'abord les particularités du champ biomédical.

1.1 Expansion du champ biomédical et molécularisation de la vie

Alors qu'avec l'industrialisation et la médicalisation modernes on visait à contrôler la nature externe (ex. matières premières, facteurs environnementaux de la maladie tels l'hygiène), de nos jours il s'agit plutôt d'une intériorisation et molécularisation du biopouvoir⁷ qui vise l'intervention à l'échelle microscopique ou nanométrique (10⁻⁹m) du vivant⁸. La transition de l'observation clinique (moderne) à la surveillance moléculaire (postmoderne) repose donc sur

¹ *Ibid.*, p. 163.

² *Ibid.*, p. 162.

³ Donna Haraway, *Simians, Cyborgs and Women*, *op.cit.*; Faye Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*

⁴ Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*, p. 165.

⁵ *Ibid.*, p. 164.

⁶ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 326.

⁷ Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*

⁸ Sur la pratique du « bottom up » en nanotechnologies, consistant à manipuler la matière atome par atome et de créer des matériaux inédits, voir Daphné Esquivel Sada, *Le « nanomonde » et le renversement de la distinction entre nature et technique : entre l'artificialisation de la*

l'augmentation du contrôle de la vie sous toutes ses coutures. Qu'il s'agisse de modifier l'ADN, de créer des êtres hybrides inédits, de colmater pharmaceutiquement à des « défaillances » corporelles (Viagra, Prozac, Botox), d'opérer un changement de sexe, d'appliquer des cellules souches aux zones du corps atteintes de maladies dégénératives, de vouloir renverser le processus de vieillissement¹ ou bien de permettre à une femme ménopausée d'enfanter², on constate plusieurs manifestations d'une nouvelle forme de biopouvoir, de gouvernance des corps et de la vie en soi (*life itself*)³. Il ne s'agit plus aujourd'hui de simplement comprendre et maîtriser les processus vitaux, mais plutôt d'intervenir sur eux, de les manipuler au niveau micro (cellulaire, moléculaire, génétique, nanométrique) dans l'optique de les refaçonner, de les re-designer⁴, ou selon l'expression de Marilyn Strathern, « to enterprise up ». Selon Clarke et ses collègues, le passage de la médicalisation à la biomédicalisation correspond à : « a shift from enhanced control over external nature (i.e. the world around us) to the harnessing and transformation of internal nature (i.e. biological processes of human and nonhuman life forms), often transforming "life itself" »⁵. Grâce à un lourd arsenal technologique sophistiqué né de l'informatique, on peut contrôler et intervenir sur ces micro processus afin de « réingénier » ou re-designer leur développement subséquent, de littéralement (re)construire leur déploiement. C'est dans cette optique que les anthropologues Sarah Franklin et Margaret Lock déclarent : « We are witnessing a transformation of biology from the scientific study of being into a technology of doing, building, and engineering »⁶.

L'augmentation de l'opérationnalité biomédicale se constate également au niveau méso par la réorganisation transversale des infrastructures de ce champ (« not only from the top down or the bottom up but *from the inside out* »)⁷. Cette restructuration est orientée par deux facteurs majeurs : d'une part, fidèlement à la primauté de la santé dans les sociétés occidentales, s'accroissent massivement les investissements tant privés que publics en médecine à partir du milieu du XX^e siècle (notamment aux États-Unis)¹. D'autre part, l'intégration de l'ordinateur et des systèmes informatiques à partir des années 1970-80 joue un rôle capital dans la

nature et naturalisation de la technique, mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal, 2009; Céline Lafontaine, *Nanotechnologies et société. Enjeux et perspectives : entretiens avec des chercheurs*, Montréal, Boréal, 2010.

¹ Voir Céline Lafontaine, *La société postmortelle*, *op.cit.*

² Voir les références citées au début de notre introduction.

³ Karin Knorr Cetina, « The rise of a culture of life », *loc.cit.*; Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*

⁴ Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*, p. 142.

⁵ Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*, p. 164.

⁶ Sarah Franklin et Margaret Lock, « Animation and Cessation. The Remaking of Life and Death », dans Sarah Franklin et Margaret Lock (dir.), *Remaking Life and Death*, *op.cit.*, p. 14.

⁷ Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*, p. 162. En italique dans le texte.

réorganisation transversale de ce champ². Outre l'informatique, il faut rappeler le perfectionnement technique d'outils et de méthodes d'analyse dans la première moitié du XX^e siècle, notamment en biologie (ex. perfectionnement de l'analyse microscopique, naissance de la biologie moléculaire et du génie génétique). Cette double impulsion économique et technique propulse l'opérationnalité tant théorique que pratique dans le champ biomédical, et ainsi l'extension du pouvoir de contrôle et d'intervention (gestion clinique, recherche, base de données, administration des dossiers). La place grandissante qu'occupe le savoir technoscientifique et biomédical dans nos sociétés correspond, selon le sociologue Jean-François Lyotard, à une « mutation globale du statut du savoir rendue possible par le développement de l'informatique et des sciences de la communication »³.

Le constat d'une réorganisation transversale du champ médical tant dans la théorie que la pratique signale un renversement paradigmatique tel que défini par Thomas Kuhn dans *La structure des révolutions scientifiques*⁴. Au cœur de ces importantes transformations structurelles se loge une reconfiguration épistémologique fondamentale, sans laquelle nous ne pouvons réellement saisir l'univers biomédical contemporain. Avant de plonger dans les particularités de la biomédicalisation et technicisation croissante du corps et de l'enfantement, nous devons déterrer les sources du glissement paradigmatique qui s'opère au milieu du XX^e siècle. En identifiant ainsi les particularités de la rupture, nous serons en mesure de mieux comprendre les paramètres du développement de la biomédicalisation et de l'approche postmoderne de la procréation, et ainsi mieux situer la manifestation du projet de l'utérus artificiel.

1.2 La Deuxième Guerre mondiale comme rupture

Bien que plusieurs auteurs signalent la Seconde Guerre mondiale comme point tournant majeur dans l'histoire de la médicalisation¹, rares sont ceux qui précisent les éléments épistémologiques déclencheurs d'un tel basculement. En quoi cette guerre provoque-t-elle une mutation scientifique? Comment s'exprime-t-elle comme « crise » scientifique et comment s'opère le changement de perspective? Qu'est-ce qui donne un nouveau souffle à la technologisation? Comment sommes-nous passés d'une logique d'amélioration et de

¹ Selon Adele Clarke et al. (*ibid.*, p. 163), « the health sector has tripled in size ».

² *Ibid.*, p. 163.

³ Jean-François Lyotard, *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*, Paris, Éditions de Minuit, 1979, p. 11.

⁴ Thomas S. Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 1962.

normalisation des corps et des processus vitaux à une logique de transcendance et de redesign du corps, lequel est aujourd'hui compris comme hyper risqué, obsolète, remodelable? Et dans le cas qui nous occupe, qu'est-ce qui motive l'intérêt d'augmenter le contrôle des sujets maternels, de leurs corps, du processus procréatif?

1.3 De la révolution cybernétique à la matrice cybernétique

[...] la méconnaissance aujourd'hui affichée à son endroit n'a d'égale que l'influence déterminante qu'elle exerce sur notre monde depuis les années cinquante. Cette amnésie historique à l'égard de la cybernétique et de ses heures de gloire constitue, de manière paradoxale, l'indice d'une assimilation culturelle si parfaite que tout renvoi à son mouvement initial semble désormais superflu. [...] L'amplitude du séisme philosophique et épistémologique qu'elle a provoqué au cœur de la culture occidentale autorise qu'on assimile métaphoriquement la cybernétique à une seconde Renaissance².

Au fondement même de la biomédecine et des technosciences contemporaines, la cybernétique constitue un passage obligé pour réellement mesurer les racines et ramifications sociales du contexte postmoderne³, berceau de l'utérus artificiel. D'emblée, les liens de filiation peuvent être rapidement dessinés en rappelant que le projet de la cybernétique, au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, était de « suppléer aux faiblesses humaines en créant une machine capable de contrôler, de prévoir et de gouverner »⁴. Ne s'agit-il pas d'une connexion directe avec le projet de l'UA qui vise à contourner l'obstacle qu'est le corps maternel « risqué » et « défaillant » en le remplaçant par une machine plus transparente capable d'opérer, par ordinateur, les fonctions gestationnelles et ainsi contrôler toutes les étapes et les risques?⁵ On peut par ailleurs insister sur la proximité entre cybernétique et UA en rappelant qu'Henri Atlan, auteur de l'ouvrage clef *L'utérus artificiel*, est connu non seulement pour avoir lancé le débat sur l'ectogenèse dans la francophonie, mais surtout pour ses travaux sur l'auto-organisation, les systèmes ouverts et la seconde cybernétique⁶. La visée ici sera d'identifier l'héritage cybernétique dans la conception technoscientifique et biomédicale des corps, pour ensuite explorer comment elle est véhiculée

¹ Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*; Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*; Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *loc.cit.*; Peter Conrad, *The Medicalization of Society*, *op.cit.*; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*

² Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 22-23.

³ En effet, ce n'est pas un hasard si *La condition postmoderne* de Jean-François Lyotard réfère dès la première page à Norbert Wiener, fondateur de la cybernétique. À ce titre, voir Céline Lafontaine, *ibid.*, p. 144.

⁴ *Ibid.*, p. 40-41.

⁵ Voir notre analyse de discours (chapitre 5) pour comprendre en détail ce raisonnement.

⁶ « C'est l'homme système fermé, qui a disparu; des systèmes cybernétiques ouverts, auto-organiseurs, sont candidats à sa succession ». Henri Atlan cité dans Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 117 (voir aussi p. 123 et 129). Voir également Henri Atlan, « Des gènes, des embryons, de l'espèce humaine et de l'humanité », dans Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 8-9.

dans le domaine de l'obstétrique et de la biomédecine reproductive. Pour ce faire, un retour à la naissance et au développement de la pensée cybernétique s'impose.

Née du complexe militaro-industriel états-unien, la cybernétique correspond, selon la sociologue Céline Lafontaine, à un « projet de connaissance axé sur le contrôle opérationnel plutôt que sur la recherche fondamentale destinée à mieux comprendre un phénomène donné »¹, ce qui a pour principal effet de propulser l'interventionnisme scientifique et technique. Le climat politique pessimiste de l'après-guerre, marqué par les désastres de la Shoah et du projet Manhattan, stimule un idéal de transparence et de contrôle qui se matérialisera par une riposte scientifique positiviste. La nouvelle « science du contrôle et de la communication » représente un vaste projet d'intégration des savoirs, où fusionnent science et technique ainsi que sciences naturelles et sociales, tous sous un même toit interdisciplinaire qui vise la recherche de lois générales de communication et leurs applications techniques. Le but ultime est de créer une machine intelligente capable de lutter contre l'entropie par voie de prévision scientifique² en vue d'améliorer globalement la condition humaine³. En d'autres termes, cette science vise l'accentuation du contrôle technique, toujours dans une optique perfectible, libératrice et améliorative.

La vision du monde qu'une telle science syncrétique suppose rassemble dans un même cadre explicatif tous les organismes, qu'ils soient vivants ou non-vivants, humains, animaux ou mécaniques, à l'échelle de la cellule ou de la société⁴. Autrement dit, la cybernétique rejette les distinctions humanistes anciennement établies entre vivant et non-vivant, entre nature et artifice, entre intériorité et extériorité, entre humain et animal et entre humain et machine. Le seul dénominateur commun est la communication – définie en termes informationnels – en vue de simplifier, d'ordonner, de quantifier, de mieux contrôler les comportements (humains, animaux, machines). Ce monisme informationnel témoigne clairement d'une rupture profonde avec le modèle dualiste de la science moderne, lequel n'est strictement plus opératoire dans le cadre du projet cybernétique.

Sans trop entrer dans les détails de cette révolution technoscientifique, retenons que c'est dans le haut degré d'abstraction de la théorie cybernétique que réside sa force de frappe inédite qui marquera au fer rouge les sociétés occidentales contemporaines. De par son caractère

¹ Céline Lafontaine, *ibid.*, p. 27.

² *Ibid.*, p. 45.

³ *Ibid.*, p. 29-31.

⁴ *Ibid.*, p. 26 et 38.

pragmatique et opérationnel, la cybernétique ouvre la voie au perfectionnement inouï des outils scientifiques, à l'accélération de l'automatisation, ainsi qu'à l'intervention technique à plusieurs niveaux et dans différents domaines. Le potentiel de contrôle qu'offrent l'ordinateur et l'informatique conduit à la généralisation de ces techniques qui s'intègrent dans toutes les sphères, notamment en médecine. C'est à partir de l'après-guerre qu'on remarque la convergence de multiples domaines, dont la fusion de la science et de la technique qui désormais agissent de concert comme force productive principale des sociétés capitalistes avancées¹. Si la cybernétique a disparu en tant que discipline, elle demeure néanmoins omniprésente de par son influence remarquée dans plusieurs champs, tant dans les sciences du vivant que dans les sciences cognitives et les sciences sociales.

1.3.1 La représentation cybernétique du corps

Fondée sur les notions clefs d'entropie, d'information et de rétroaction, la cybernétique engendre une nouvelle vision du monde qui ramène la vie entière au principe d'information et aux échanges communicationnels. « De l'ADN aux systèmes sociaux, une même structure explicative : celle des transferts informationnels »². *Grosso modo*, cette perspective systémique conçoit le fonctionnement du vivant en termes de input et de output : « être vivant, c'est participer à un courant continu d'influences venant du monde extérieur »³. La différenciation conceptuelle entre organismes humains, animaux et machiniques est abolie au profit d'une attention exclusivement centrée sur le « contenu » interprété en termes informationnels⁴. Ainsi, la nature ou le sens du message n'ont pas d'importance, tout comme la consistance matérielle ou l'enveloppe corporelle des interlocuteurs⁵. S'appliquant indifféremment aux êtres et aux choses, le modèle informationnel s'intéresse donc à « l'intelligence sans corps »⁶ : que la communication s'exprime à partir d'un être à enveloppe métallique ou charnelle importe peu. La stricte priorité est que l'information soit transmise et la complexité réduite, peu importe le medium. Ainsi déracinée d'un fondement proprement humain et valorisé, l'individualité subjective sera conçue comme le résultat d'un processus communicationnel transférable aux machines, ce qui suppose

¹ Jürgen Habermas, *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Denoël/Gonthier, Bibliothèque Médiations, 1978.

² Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 115.

³ *Ibid.*, p. 47.

⁴ « Du point de vue de la théorie de l'information, une série de lettres prises au hasard et un sonnet shakespearien ont la même valeur ». *Ibid.*, p. 45.

⁵ Comme l'explique le cas du jeu de l'imitation du mathématicien Alan Turing. *Ibid.*, p. 213.

⁶ *Ibid.*, p. 164.

un renversement complet du rapport intériorité/extériorité¹. Dans ce contexte, le corps n'est évidemment pas considéré comme une composante importante du sujet, mais plutôt comme une entrave à la pleine progression informationnelle². Ainsi se déploie l'idée de mieux contrôler par ordinateur les comportements afin de combattre « la faiblesse humaine, l'imperfection et l'irrationalité »³. Une telle vision du monde engendre par conséquent une conception dématérialisée, désincarnée et dépolitisée de la communication et du lien social.

Cette conception humano-mécanique de la société favorise non seulement une plus grande maîtrise mais surtout une modification technique du corps, une hybridation humain-machine en vue de créer une nouvelle espèce cyborg (fusionnant *cybernétique* et *organisme*), ce qui rompt définitivement avec la pensée humaniste⁴. Comme le père de la cybernétique Norbert Wiener l'a si bien formulé : « nous avons modifié si radicalement notre milieu que nous devons nous modifier nous-mêmes pour vivre à l'échelle de ce nouvel environnement »⁵. Face aux humains biologiquement et affectivement « inaptes », les machines intelligentes sont appelées à devenir des membres à part entière de l'organisation sociale afin de combler l'erreur humaine et ainsi combattre plus efficacement l'entropie⁶. La théorie cybernétique suppose donc que tous les êtres informationnels, qu'ils soient artificiels ou naturels, puissent avoir la même valeur existentielle ou sociale. Si on peut reproduire techniquement la fonction rationnelle de l'humain, prisée dans l'hierarchie cybernétique par rapport à d'autres fonctions, on comprend aisément que la reproduction biologique, définie comme processus informationnel d'ordre secondaire, puisse être transférée d'un organisme à un autre nonobstant sa nature ou sa corporalité. Comme l'historienne Barbara Duden l'a si bien résumé, « flesh is reduced to data »⁷. Selon cette vision réductrice, la reproduction technique d'une fonction corporelle, comme la gestation par exemple, est totalement envisageable.

1.3.2 Le désir ectogénétique et la filiation cybernétique

De cette façon, la cybernétique propulse l'opérationnalisation du vieux dessein fantasmatique qu'est l'ectogenèse⁸. À l'instar du sociologue Philippe Breton, Céline Lafontaine

¹ *Ibid.*, p. 53-54.

² *Ibid.*, p. 56 et 208.

³ *Ibid.*, p. 35.

⁴ *Ibid.*, p. 165-66.

⁵ *Ibid.*, p. 58.

⁶ *Ibid.*, p. 44.

⁷ Barbara Duden, *Disembodying women, op.cit.*, p. 25.

⁸ Revoir notre chapitre 1.

rappelle que le projet cybernétique concrétise un vieux désir auto-génétique, soit celui de permettre à l'homme d'imiter la femme en créant de toutes pièces un être intelligent : « le projet de créer une machine intelligente se rattache à une longue tradition mythologique d'engendrement artificiel d'un être à l'image de l'Homme »¹. Démontrant souvent des sentiments paternels envers leurs nouveaux-nés que sont ces créatures artificielles, les premiers informaticiens témoignent clairement d'une abolition des distinctions dualistes en faisant fi de l'altérité première qu'est la différence des sexes et la division du travail procréatif. En effet, la reproduction de la machine intelligente se fait d'une part en unissant homme/machine, et d'autre part en excluant de cette sphère les femmes et leurs matrices biologiques². De manière frappante, cette « androgynie informationnelle » signale la création par la matrice cybernétique d'une nouvelle forme de filiation propice à la reproduction acorporelle d'êtres intelligents³. Autrement dit, le rôle du corps est complètement nié et évacué de la scène de la reproduction au profit d'une génération cybernétique d'êtres informationnels.

Ce rejet symbolique de la figure maternelle, qui mène inévitablement à la négation de l'altérité paternelle, ne se restreint pas au monde de l'informatique. Si l'on suit la logique de l'androgynie informationnel jusqu'au bout, on s'aperçoit qu'entre la production de machines intelligentes et la reproduction d'êtres humains il n'y a qu'un pas. Et c'est précisément celui que tentent désormais de franchir les biotechnologies⁴.

Nous verrons plus loin dans ce chapitre que ce désir d'outrepasser la barrière corporelle constitue le lieu commun des technologies de reproduction, comme en témoignent les femmes qui accouchent de jumeaux conçus *in vitro* après la ménopause. En fait, la reproduction corporelle telle qu'elle fonctionne « naturellement » devient une façon parmi tant d'autres d'avoir un enfant, comme l'exprime la cyberféministe Donna Haraway suivant le mouvement de dénaturalisation et dé-essentialisation de la femme : « sexual reproduction is one kind of reproductive strategy among many [...] »¹. Sans entrer dans cet univers pour l'instant, on veut attirer l'attention sur cette cybernétisation ou technoscientificisation de la maternité, processus fondateur des technologies de reproduction qui interviennent de la conception à l'accouchement (fécondation *in vitro*, mères porteuses, échographie, diagnostic pré-natal, moniteur électronique fœtal). En l'occurrence, l'utérus artificiel amalgamerait en quelque sorte toutes ces procédures en

¹ Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 213. En italique dans le texte, référant à Philippe Breton, *À l'image de l'Homme. Du Golem aux créatures virtuelles*, Paris, Seuil, coll. Science ouverte, 1995. Sur le désir ectogénétique, voir Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*

² « Le déni du corps propre au monde informatique explique en partie pourquoi les femmes sont moins enclines à investir les hautes sphères de la programmation ». Philippe Breton cité dans Céline Lafontaine, *ibid.*, p. 214.

³ *Ibid.*, p. 213.

⁴ *Ibid.*, p. 215.

une seule. Mais dans l'immédiat, notre objectif est de bien saisir l'influence cybernétique sur le processus de biomédicalisation, avant de se pencher sur le domaine de l'enfantement technicisé, et ainsi mieux comprendre la représentation contemporaine du corps maternel.

1.3.3 La matrice cybernétique : évacuation du corps et foisonnement des technosciences

Comme David Le Breton l'a bien énoncé, « devant la machine le corps humain n'est que faiblesse »². Ainsi se radicalise l'effacement ritualisé du corps dans la praxis sociale, en escamotant davantage sa présence au profit d'un plus grand contrôle technoscientifique qui vise à le transcender et nous propulser vers une nouvelle espèce améliorée. « En se développant la technoscience n'a cessé de repousser la sphère proprement corporelle de la condition humaine »³, ce qui a contribué à généraliser l'objectivation du corps et à en faire un membre surnuméraire de l'homme, en plus de le morceler à l'extrême. En abolissant toute frontière symbolique entre humains/animaux/machines, entre vivant/non-vivant, entre intériorité/extériorité, la cybernétique ouvre notamment la voie à l'échange d'organes ou de fluides entre humains (dons d'organes, de sang, de gamètes), entre humains et animaux (xénogreffes d'organes porcins ou bovins dans l'humain)⁴, et l'intégration de dispositifs techniques à l'intérieur du corps (ex. pacemakers, puces, nanorobots, etc.). « Le corps, dans cette perspective, n'est plus tout à fait le visage de l'identité humaine, mais une collection d'organes, un avoir, une sorte de véhicule dont se sert l'homme et dont les pièces sont interchangeables avec d'autres de même nature, moyennant une condition de possibilité entre tissus »⁵. Cette abolition de la distinction humain/machine, additionnée d'une perspective morcelée et moléculaire des processus biologiques, forgent l'imaginaire dont découle le projet d'utérus artificiel, qui ne suppose aucune distinction qualitative entre enfantement corporel et reproduction machinique.

Tel que mis en lumière par l'historienne des sciences Evelyn Fox Keller, les sciences du vivant adoptent dès l'après-guerre cette reconfiguration cybernétique du monde sans frontière, donnant le coup d'envoi à la convergence de nombreuses sciences et techniques. La formation de la biologie moléculaire dès les années 1950 découle notamment d'une volonté d'appliquer la

¹ Donna Haraway, *Simians, Cyborgs, and Women*, *op.cit.*, p. 162.

² David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 230.

³ *Ibid.*

⁴ Bien que les xénogreffes se pratiquaient avant l'arrivée de la cybernétique, il demeure que cette science en a propulsé le développement. Voir David Le Breton, *ibid.*

⁵ *Ibid.*, p. 234.

rigueur de la physique nucléaire et sa puissance de contrôle aux sciences de la vie. C'est donc l'adoption de l'interdisciplinarité cybernétique et son abolition des barrières vivant/non-vivant qui permet le transfert de la physique à la biologie¹. Mais c'est aussi l'intérêt prononcé de la cybernétique pour les comportements téléologiques, c'est-à-dire orientés par un but et régulés par rétroaction, qui résonne lourdement en biologie². La définition du monde en termes d'entropie et de complexité croissantes forgera les assises théoriques du *risque* qui pourra, selon cette logique, être réduit grâce aux machines intelligentes et à l'échange informationnel sans frontière. C'est à partir de cette époque que se définit l'hérédité en termes d'information, de messages, de codes et de gènes, et à partir des années 1970 que s'érige le génie génétique, soit l'application pratique des présupposés théoriques de la biologie moléculaire³. Il est important de comprendre que la génétique moléculaire et ses présupposés cybernétiques sont au fondement des technologies de reproduction telles la fécondation *in vitro* et le diagnostic pré-implantatoire⁴.

La diffusion du modèle de l'information-sans-corps se propage alors dans les sciences du vivant : on le constate avec la biologie moléculaire et la génétique qui étudient le vivant en dehors des questions liées à l'organisme et à la corporalité⁵, ainsi qu'avec l'informatique, la robotique et les sciences cognitives qui tentent de reproduire artificiellement les organismes vivants⁶, ce qui a pour corollaire de matérialiser concrètement l'indifférenciation entre les êtres et les choses. On constate dès lors la dévaluation tangible du corps humain, lequel occupe désormais un rôle parmi tant d'autres au sein du réseau informationnel, comme Evelyn Fox Keller l'a si bien formulé : « Le corps de la biologie moderne, tout comme la molécule d'ADN, et comme le corps politique ou le corps de l'entreprise, n'est plus qu'un segment d'un réseau informationnel, tantôt machine, tantôt message, toujours prêt à passer de l'un à l'autre »⁷. En affichant sans ambages le dessein d'améliorer l'espèce en dépassant ou modifiant le corps conçu comme déficient, voire désuet, les cybersciences procèdent à la radicalisation de l'effacement du corps en lui retirant toute importance subjective, symbolique et sociale. Comme Céline Lafontaine l'affirme, « cet acharnement dans le contrôle et l'amélioration du corps peut être vu comme le signe de sa

¹ Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 197-99.

² *Ibid.*, p. 32.

³ *Ibid.*, p. 204-207.

⁴ Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*, p. 78; Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*, p. 246.

⁵ Kim Toffoletti l'exprime bien: « The gene [is] a kind of fetish object; a 'thing unto itself' that is free of context, history or place. Temporal and spatial boundaries are erased as the body becomes cellular information. [...] molecular biological discourse works by producing an invisibility of the body, whose object is no longer the living organism ». Dans *Cyborgs and Barbie Dolls*, *op.cit.*, p. 145.

⁶ Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 207.

⁷ Evelyn Fox Keller, *Le rôle des métaphores dans le progrès de la biologie*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999. Cité dans Céline Lafontaine, *ibid.*, p. 195.

disparition en tant que support symbolique de l'individualité »¹. En faisant du combat contre l'entropie la lutte sociopolitique principale, en réduisant le corps à de purs processus informationnels qui ne lui sont pas exclusifs, on parvient à complètement évacuer le fondement corporel de toute existence. « Le réductionnisme informationnel revient à nier que les êtres vivants sont d'abord et avant tout des unités synthétiques, indivisibles et indécomposables en segments codés et que c'est en tant qu'êtres synthétiques qu'il s'inscrivent dans le monde et s'intègrent à leur environnement »².

Il convient maintenant d'explorer comment s'incarne la pensée cybernétique acorporelle dans la pratique biomédicale. Plus spécifiquement, on verra comment les notions d'information, de rétroaction, d'entropie, de réseau et d'hybridation se transposent à l'approche de la santé et des maladies, et de ce fait participent à la radicalisation de la logique de contrôle des corps (toujours selon un esprit mélioratif et libertaire). D'ailleurs, la culture du risque qui se développe dès l'après-guerre prend racine dans cette définition entropique, complexe et systémique des phénomènes. De plus en plus considérés comme défaillants, inadaptés et problématiques dans un monde se complexifiant sans cesse, les corps deviennent sujets à davantage d'intervention technoscientifique en vue de les adapter, surpasser, re-designer.

1.4 La redéfinition biomédicale des corps et des pathologies

1.4.1 Abolition du dualisme santé/maladie au profit d'une logique d'hybridation

À partir du milieu du XX^e siècle, l'accroissement des enquêtes sanitaires et épidémiologiques (nourries par des efforts économiques, politiques et techniques) accompagne un important changement de perspective dans l'approche médicale, soit le passage d'une perspective clinique fondée sur la dichotomie santé/maladie à une approche épidémiologique fondée sur une distribution de variables continues³. Selon la sociologue Johanne Collin, la médecine et la santé publique se sont alors réorganisées autour de cette transformation épistémologique majeure :

passant d'entités discrètes à des variables continues, les deux composantes du couple santé/maladie se voient désormais disposées sur un continuum borné, d'un côté, par le noyau dur de la maladie avérée et de l'autre, par sa valeur antinomique qu'incarne l'objectif de la santé parfaite. Entre ces deux pôles, l'identification de facteurs et de niveaux de risque

¹ *Ibid.*, p. 208.

² *Ibid.*

³ Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *loc.cit.*

constitue le principal dispositif à partir duquel se redessinent les contours de la maladie et se reconfigure la notion de prévention¹.

L'ancienne dichotomie est alors réorganisée de manière à se rapprocher, voire à fusionner : alors qu'on distinguait auparavant le normal du pathologique ou la santé de la maladie, ces deux entités voient leurs contours devenir plus perméables et leurs définitions devenir plus souples et englobantes. Pour sa part, la maladie est vue comme latente ou présente à divers degrés et doit ainsi être combattue tant par les experts que les sujets eux-mêmes. La santé, quant à elle, n'est plus comprise comme un objectif précis à atteindre mais plutôt comme une véritable norme à adopter quotidiennement, tant individuellement que collectivement². Ainsi, les deux notions autrefois clairement opposées apprennent à coexister :

The techniques of health promotion recognise that health no longer exists in a strict binary relationship to illness, rather health and illness belong to an ordinal scale in which the healthy can become healthier, and health can co-exist with illness; there is nothing incongruous in having cancer yet believing oneself to be essentially healthy³.

Ce nouvel espace où se côtoient intimement santé et maladie donne lieu à un double mouvement : d'une part, un processus de pathologisation croissante, c'est-à-dire que la maladie se fait omniprésente sous diverses formes et à divers degrés; d'autre part, un processus de « santéisation » (*healthicization*) croissante, où la santé devient un véritable impératif de la biopolitique contemporaine⁴. Pendant que plusieurs aspects de la vie se transforment en maladies ou en troubles (loisirs, alimentation, comportements, etc.), se propage simultanément le culte ou l'idéologie de la santé parfaite, exprimée par les idéaux de « bonne santé » ou du « mieux que bien », faisant de la santé une vertu morale de l'existence tant individuelle qu'institutionnelle ou collective⁵. Il ne s'agit plus de maladie ou de santé, mais d'un état situé toujours à la croisée des deux. Ainsi brouillée, la définition élargie de la pathologie suscite conséquemment l'extension de l'intervention thérapeutique, déterminée relativement selon plusieurs échelons. Johanne Collin l'exprime judicieusement :

Entre le dysfonctionnement (sexuel, comportemental, cardiovasculaire), la performance *normale* (ou attendue selon les groupes d'âge) et *supranormale* (jusqu'à la limite ultime que permet d'atteindre le médicament), s'établit un continuum allant de la *réparation* au rehaussement des potentialités. Le recours au même médicament change alors de signification ou de finalité (réparation ou rehaussement) en fonction du contexte dans lequel

¹ *Ibid.*, p. 100.

² *Ibid.*

³ David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health & Illness*, 17 (3), 1995, p. 400. Citant M. Kagawa-Singer, « Redefining Health: Living with Cancer », *Social Science & Medicine*, 40 (3), 1993, p. 295-304.

⁴ Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*; Karin Knorr Cetina, « The Rise of Culture of Life », *loc.cit.*

⁵ Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *loc.cit.*; Peter Conrad, *The Medicalization of Society*, *op.cit.*; Nikolas Rose, *ibid.* Voir aussi Lucien Sfez, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 1995.

il s'inscrit. En effet, lorsque l'on passe d'un objectif de réparation (de guérison ou de retour à la normale) à un objectif d'amélioration et que ce second objectif devient la cible, on fait de ce qui, jadis, était de l'ordre de l'accroissement facultatif des potentialités, une nécessité pour rester dans la norme¹.

Cette reconfiguration relative du couple santé/maladie en termes de continuum anime donc la culture du risque biomédical propre à la « société du risque » telle que théorisée par Ulrich Beck et Anthony Giddens².

1.4.2 Entropie, complexité, réseau : culture du risque et médecine de surveillance

Selon le médecin David Armstrong, cette approche inédite du rapport santé/maladie correspond spécifiquement à une nouvelle forme de médecine qui se forge dans la première moitié du XX^e siècle et s'intensifie après la Deuxième Guerre mondiale : la *médecine de surveillance*³. Adoptant la logique technoscientifique d'entropie et de complexité croissantes, la biomédecine d'après-guerre conçoit la maladie non plus comme une condition distincte issue de signes et symptômes particuliers, mais plutôt comme un état toujours potentiel et latent, continuellement à risque de se manifester, de se développer, de causer la mort. C'est à la manière d'un système ouvert, influencé voire menacé par de multiples facteurs, qu'est définie la pathologie : « newly emerging mobile threats [...] insinuated throughout the community, constantly reforming into new dangers »⁴. Outre l'influence notable de l'imaginaire militaire inhérent à la cybernétique⁵, ce qu'il faut voir c'est l'application d'une logique systémique ou réseautique dans l'appréhension du corps et de la maladie.

And whereas symptoms, signs and diseases were located in the body, the risk factor encompasses any state or event from which a probability of illness can be calculated. This means that Surveillance Medicine turns increasingly to an *extracorporeal space* – often represented by the notion of 'lifestyle' – to identify the precursors of future illness. [...] each illness is simply a nodal point in a *network of health status monitoring*. The problem is less illness per se but the semi-pathological pre-illness at-risk state. [...] The risk factor, however, has no fixed nor necessary relationship with future illness, it simply opens up a

¹ Johanne Collin, *ibid.*, p. 114. Sur cette question, voir Peter Conrad et Deborah Potter, « Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement », *Sociology of Health and Illness*, 26 (2), 2004, p. 184-215.

² Ulrich Beck, *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 2003; Anthony Giddens, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994.

³ Suivant la typologie de l'historien médical E. Ackerknecht (*Medicine at the Paris Hospital 1774-1848*, Baltimore, Johns Hopkins, 1967), qui catégorise la médecine en trois principaux types ('Library Medicine', 'Bedside Medicine' et 'Hospital Medicine'), David Armstrong suggère l'émergence d'un quatrième type propre au contexte contemporain, soit la 'Surveillance Medicine'. Voir son article « The Rise of Surveillance Medicine », *loc.cit.*

⁴ *Ibid.*, p. 399.

⁵ Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique, op.cit.* À ce sujet, voir Peter Galison, « The Ontology of the Enemy : Norbert Wiener and the Cybernetics Vision », *Critical Inquiry*, 21, 1994, p. 228-66.

*space of possibility. Moreover, the risk factor exists in a mobile relationship with other risks, appearing and disappearing, aggregating and disaggregating, crossing spaces within and without the corporal body*¹.

La conception systémique du corps à risque qui prend son envol dans l'après-guerre prendra toute sa mesure avec le développement de l'immunologie, laquelle ramène le corps en entier et presque toutes ses « dysfonctions » au système immunitaire. L'historienne des sciences Donna Haraway ainsi que l'anthropologue Emily Martin ont bien montré chacune à leur manière comment cette approche devient au cours des années 1980-90 la principale métaphore de la santé contemporaine².

Clairement à l'œuvre, la logique de feedback évacue l'approche curative (guérison), puisqu'elle redéfinit la maladie comme étant toujours potentiellement rétroactive (ex. rémission): les signes et symptômes d'une maladie sont alors réinterprétés comme des risques potentiels d'une maladie ultérieure³. C'est dans ce contexte qu'on voit déferler une chaîne infinie de risques, et par conséquent une chaîne successive et illimitée de découvertes cliniques⁴. Ainsi s'élargit le champ de visibilité et d'action, de plus en plus orienté par la prévention de risque potentiel, comme l'exprimait déjà en 1920 l'obstétricien Charles B. Reed : « Medical practice is tending ideally toward prophylaxis. We strive to foresee and prevent pathology rather than await its onset »⁵. Cet élargissement de la conception thérapeutique suscite évidemment le développement de techniques sophistiquées, car si l'on veut prévenir les risques de pathologie avant qu'ils ne s'expriment, encore faut-il être capable de les repérer. Cette logique réflexive, ou plutôt rétroactive, est éloquente dans le résumé qu'en fait l'anthropologue Paul Rabinow :

The more science we do, the more knowledge we make, the more technological intervention becomes possible, the more choices are posed, the more risk there is, the more the imperative to act or not to act imposes itself. And that point must be the beginning of seeing what difference today makes with respect to yesterday: vigilance and intervention *même combat* ⁶.

Par-dessus tout, il est important de souligner la dématérialisation, la décorporalisation (*disembodiment*) de la maladie qui s'opère. Autrefois comprise essentiellement au sein du corps,

¹ David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *loc.cit.*, p. 400-401. C'est nous qui soulignons.

² En effet, la santé est communément comprise en fonction du système immunitaire, suivant la redéfinition de plusieurs maladies en termes d'immuno-déficience (allergies, sclérose en plaques, cancer, arthrite, diabète, fatigue et bien entendu le SIDA). Dans la même veine, la grossesse est souvent abordée comme un problème immunologique et le fœtus comme parasite ou tumeur. Voir la percutante analyse de l'anthropologue Emily Martin, « The Fetus as Intruder. Mother's Bodies and Medical Metaphors », dans Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 125-42. Voir aussi Donna Haraway, « The Biopolitics of Postmodern Bodies : Constitutions of Self in Immune System Discourse », dans *Simians, Cyborgs and Women*, *op.cit.*, p. 203-30.

³ Par exemple, l'hypertension est vue comme un signe potentiel de maladie cardiovasculaire. Voir Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *loc.cit.*

⁴ David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *loc.cit.*, p. 401.

⁵ Charles B. Reed, cité dans William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 51.

⁶ Paul Rabinow, *Marking Time*, *op.cit.*, p. 28. En italique dans le texte.

comme une lésion ou modification précise suite à une affection particulière¹, la pathologie est désormais comprise au-delà de la distinction intériorité/extériorité, selon une perspective écosystémique. Pouvant surgir n'importe où, n'importe quand, selon plusieurs facteurs, elle s'étend et agit en réseau, suivant la logique informationnelle et rétroactive. Cet éclatement de l'espace de la maladie traduit, selon Armstrong, comment elle s'évade des confins du corps : « Not only is the relationship between sign, symptom and illness redrawn but the very nature of illness is reconstrued. And *illness begins to leave the three-dimensional confine of the volume of the human body to inhabit a novel extracorporeal space* »². Se délogeant de son enracinement anatomique, la maladie prend une forme plus flexible, multidimensionnelle, communautaire. Le corps fait encore partie du paysage de la maladie, mais perd son statut central en étant compartimenté en mille et une dimensions, et en ne représentant qu'un lieu parmi tant d'autres au sein du réseau. À l'instar de la fragmentation et molécularisation du corps (compris selon les gènes, cellules, etc.), se développe aussi la molécularisation du risque qui, à la manière de la fission atomique, se dissémine en une multitude d'« éléments discrets » à travers l'environnement individuel et social. Chaque facteur de risque, si petit soit-il, peut indiquer, sans nécessairement produire, une maladie potentielle ou éventuelle³. Même s'il est décentralisé et morcelé, le soupçon à l'égard du corps ne s'atténue pas pour autant, au contraire : puisque le risque de la maladie est perpétuellement en devenir (*perpetual becoming*), le corps acquiert désormais un statut toujours précaire.

Cette « spatialisation des facteurs de risque » révèle alors trois principales transformations structurelles. D'abord, on passe d'une approche qui agit sur la maladie *effective* à une approche qui considère la maladie comme *contingente*, latente, omniprésente⁴. Ensuite, la maladie perd son inscription individuelle pour devenir davantage multidimensionnelle et communautaire, c'est-à-dire que le risque est réparti collectivement⁵, ce pourquoi on commence à s'intéresser aux conditions qui affectent la majorité⁶. Enfin, se dégage une « futurisation de la

¹ David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *loc.cit.*, p. 395.

² *Ibid.*, p. 395. C'est nous qui soulignons. Notons que les trois dimensions de la maladie auxquelles il réfère sont les signes, les symptômes et la pathologie.

³ *Ibid.*, p. 400.

⁴ *Ibid.*

⁵ Ulrich Beck, *La société du risque, op.cit.*

⁶ « Self and community begin to lose their separateness ». Par exemple, le regard psychiatrique s'éloigne du dualisme raison/folie (sanity/insanity) pour se concentrer sur les névroses qui sont des problèmes généraux affectant un plus grand nombre de personnes. Voir David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *loc.cit.*, p. 401-03.

maladie »¹ : alors qu'auparavant le regard médical portait sur un état présent et tangible, la perspective biomédicale allonge son terrain d'observation en se tournant vers le futur et l'éventualité, mais aussi en remontant dans le temps et en examinant l'historique (*life history*) de la maladie en fonction de multiples facteurs de risque au fil du temps. Ces trois mouvements témoignent d'un véritable élargissement de la maladie qui désormais se glisse dans un espace/temps plus vaste et flou.

Cette définition méfiante et pandémique de la maladie interpelle forcément une « dissémination de l'intervention », soit le déploiement d'un vaste dispositif de surveillance de la maladie à tous les niveaux. Dans un tel scénario de risque croissant, l'institution biomédicale se doit d'être aux aguets, de surveiller et d'anticiper les dangers dans l'optique de réduire l'entropie et la complexité. On voit donc s'agrandir le champ d'intervention biomédicale, tel qu'indiqué par cette définition de l'approche systémique ou écologique : « Ecological medicine is more than comprehensive medicine or a psychological medicine because its tasks are recognizing, evaluating, preventing, and treating all the physical, psychological, socioeconomic, and cultural variables which are an integral part of the disease process in the order of relative importance »². Comparant judicieusement la médecine de surveillance à une machinerie d'observation propre au modèle panoptique³, Armstrong démontre comment le champ d'action biomédical devient littéralement plus englobant et illimité. Veillant non seulement sur les sujets atteints de pathologies, la biomédecine développe un soupçon envers les apparences normales; c'est en « problématisant le normal » qu'elle ciblera la population entière⁴. Selon Armstrong, la métaphore de l'iceberg sert de ligne de foi dans l'imaginaire biomédical : la santé apparente est comprise

¹ On réfère ici à la notion de de « futurisation du présent » élaboré par Ulrich Beck, qui consiste à déterminer le présent en fonction du futur, ce qui repose sur des probabilités et de la spéculation. Voir *La société du risque*, *op.cit.*

² *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology, Third International Congress, London, 1971*, Basel, Karger, 1972, p. 68-69. Cité dans William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 88.

³ Le panoptique est un modèle architectural développé par Jeremy Bentham dont Michel Foucault reprend dans son ouvrage majeur *Surveiller et Punir* (Paris, Gallimard, 1975). Dans un espace disciplinaire donné, cette structure de pouvoir matérialise l'idéologie de transparence en permettant d'observer des objets/sujets dispersés sans être vu. Sachant qu'il est visible en permanence, l'acteur intériorise la surveillance et s'assujettit aux normes de contrôle.

⁴ David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *loc.cit.*, p. 395. Bien qu'entamées autour de la Première Guerre mondiale, c'est à partir de la Deuxième que les stratégies de promotion de la santé et les techniques de monitoring (*extensive screening programs*) prennent vigoureusement de l'expansion. Le sondage socio-médical fait cas de figure à cet égard. Puisque l'intervention ne doit plus simplement focaliser sur le corps du patient clinique, mais doit sortir de l'hôpital et pénétrer la population générale, on vise à mesurer la morbidité variable de la population via sa propre perception. « The survey classified bodies on a continuum: there were no inherent distinctions between a body at one end and one at the other, their only differences were the spaces that separated them. [...] Surveillance Medicine fixed on these gaps between people to establish that everyone was normal yet no-one was truly healthy » (*ibid.*, p. 397). Ce type de technique révèle l'ubiquité de la maladie, ou plutôt la constante précarisation de la santé. C'est donc dans ce contexte que s'affine la logique prédictive, préventive, et améliorative (*enhancement*) face à un état de santé toujours précaire et suspect. Ceci permet de mieux comprendre le développement d'une volonté politique visant à gérer par anticipation toutes sortes de problèmes qui pourraient potentiellement se développer ou s'aggraver, en fonction de multiples échelons de risque statistiquement élaborés (la récente gestion de la « pandémie » de grippe A (H1N1) au Québec est un bon exemple).

comme la pointe de l'iceberg, dont la maladie sous-jacente et cachée demeure le point focal d'intérêt biomédical, toujours à découvrir et à contourner¹. Gravitant autour des notions de pathologisation et de vigilance, les tactiques de surveillance biomédicale font tourner la mire vers la notion de mode de vie (*lifestyle*), évoquant un souci aigu envers l'alimentation, l'exercice, le tabac, le stress, la sexualité, etc.² Dans la mesure où ces pratiques peuvent indiquer des éléments précurseurs de maladie, les individus sont incités à se surveiller eux-mêmes dans leurs habitudes quotidiennes et ainsi se responsabiliser face à leur santé. Armstrong caractérise cette volonté politique ainsi : « a new public health dream of surveillance in which everyone is brought into the vision of the benevolent eye of medicine through the medicalization of everyday life »³. Tous sont impliqués dans le même combat pour la santé.

Pour résumer, la médecine de surveillance se caractérise par deux principaux processus, qui finalement n'en forment qu'un seul. Pendant que se perfectionnent les techniques de diagnostic et de dépistage, on voit d'une part se relativiser et s'agrandir les notions de maladie, de santé et d'intervention; d'autre part, on constate le rapetissement, la parcellisation et la molécularisation (génétisation) de ces mêmes notions. Cette redéfinition des paramètres de la pathologie permet la création de toutes pièces de nouveaux problèmes biomédicaux autrefois absents des registres⁴. L'apparition de « lifestyle drugs » (Viagra, Prozac, Botox) traitant des « troubles chroniques » – comparativement aux vaccins ou antibiotiques qui n'interviennent que ponctuellement – s'inscrit dans ce mouvement d'élargissement de la maladie la vie durant⁵. Peu importe sa nature (pharmaceutique, chirurgicale, etc.), l'intervention biomédicale est par conséquent toujours déjà justifiée et légitimée, et devient de plus en plus nécessaire devant cet « horizon thérapeutique »⁶.

¹ *Ibid.*, p. 397.

² *Ibid.*, p. 400.

³ *Ibid.*, p. 399.

⁴ Par exemple, la dysfonction sexuelle, le déficit d'attention, l'hypertension, la dépression, ou dans le cas de l'enfantement, le diabète de grossesse et la dépression post-partum.

⁵ Voir à ce sujet Tim Atkinson, « Lifestyle drug market booming », *Nature Medicine*, 8 (9), septembre 2002, p. 909. En ligne : <http://www.nature.com/nm/journal/v8/n9/full/nm0902-909.html> (consulté le 4 février 2010).

⁶ On emprunte l'expression à Alain Ehrenberg. Voir sa trilogie *L'individu incertain*, *La fatigue d'être soi* et *Le culte de la performance*. Voir aussi le numéro sur « Risque et Santé » de la revue *Sociologie et Sociétés*, 34 (1), printemps 2007.

2. La surveillance biomédicale de la procréation

Dans le sillage de la transition médicalisation/biomédicalisation, on note une considérable transformation dans l'approche de l'enfantement à partir de la Deuxième Guerre mondiale¹. L'historienne des sciences Ann Oakley a bien décelé ce changement en fonction des définitions de la grossesse dans le discours médical, qu'on peut distinguer en deux temps: 1) au cours des XVII^e-XVIII^e siècles, la grossesse était la plupart du temps comprise comme un état « naturel » et normal; 2) au cours des XIX^e-XX^e siècles, mais surtout à partir des années 1950, la reproduction est toujours et davantage problématisée en termes de pathologie, de maladie, de risque constant². Auparavant basée sur la logique curative, suivant la distinction normal/pathologique, l'approche médicale de la grossesse visait à repérer l'anomalie dans le corps et la normaliser, c'est-à-dire d'ajuster les fonctions reproductives pour qu'elles deviennent plus balancées, ordonnées, contrôlées³. Dit autrement, les corps étaient évalués en fonction d'une perspective universelle de type « one size fits all »⁴. Dans le cadre de surveillance biomédicale, le transfert de la culture du risque à l'enfantement en fait un état pathologique contingent, fluide et constant, ce qui a pour principal effet d'attirer l'attention sur toutes ses particularités et par conséquent de diversifier et d'intensifier la technologisation du processus en entier. Adele Clarke l'a bien formulé : « In postmodernity, pregnancy is the focus of an increasingly wide array of new surveillance technologies, including fetal surveillances related to potential surgical interventions *in utero* »⁵. On comprend rapidement que le corps maternel ainsi que celui du fœtus deviennent tant et plus objets de surveillance, d'entreprise et de redesign biomédical.

¹ Les historiennes Ann Oakley et Jane Lewis démontrent respectivement que la guerre a toujours eu, spécialement au cours des deux derniers siècles, un effet impétueux sur l'administration des corps et de la santé publique. De toute évidence, l'intérêt des autorités envers l'enfantement s'accroît en temps de guerre, ne serait-ce que du point de vue du renouvellement populationnel. Mais la Guerre 1939-45 s'avère plus que capitale quant aux politiques publiques en matière de santé familiale. À l'apogée de cette guerre, les autorités du Royaume-Uni ne considèrent plus les familles comme étant auto-suffisantes pour subvenir à tous leurs besoins, provoquant la mise en place de programmes de services à domicile, des dépôts de lait, ou des cliniques de soins familiaux offerts à un grand nombre de mères et enfants. Ces politiques témoignent d'une véritable révision de la responsabilité politique et médicale à l'égard du bien-être (*welfare*) de la population, notamment des mères et enfants. C'est donc dans le mouvement « warfare led to welfare » (Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 117) que s'élaborent de nouvelles stratégies de prise en charge médicale et politique afin de mitiger les effets désastreux de la guerre sur la famille, d'assurer leur survie et ainsi la santé publique. Celle-ci devient en soi un nouveau terrain de combat qui implique davantage les individus : « War for health was synonymous with civilization (everyone fights in this war) » (*ibid.*, p. 128). Voir Jane Lewis, *The Politics of Motherhood*, *op.cit.*

² Ann Oakley, *ibid.*, p. 12.

³ *Ibid.*, p. 16.

⁴ Adele Clarke précise, suivant Nelly Oudshoorn, que « in the 'one size fits all' approach to making scientific contraceptives such as the Pill and IUD [...] diversities among women from weight, height, and nutritional condition to social situation and access to health care were and are largely erased. They are replaced by disembodied universalizing abstractions such as "women-years of use" and "woman-cycles". "One size fits all" is viewed as requisite for mass distribution ». Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*, p. 143.

⁵ *Ibid.*, p. 146.

Comme Sarah Franklin nous le rappelle, « the idea that female reproductive capacity is badly designed and in need of medical and technological assistance is as old as the use of forceps »¹. Certes, l'idée stipulant que « la nature a besoin de notre aide »² prend tout son sens dans le paradigme cybernétique qui conçoit les corps comme étant de simples supports biologiques faillibles et désuets, méritant d'être corrigés technoscientifiquement. Nous allons donc explorer la redéfinition systémique de la reproduction qui s'opère dès l'après-guerre, et comment elle carbure le développement d'une panoplie de dispositifs techniques qui évacuent intensément la présence du corps maternel en convoitant un plus grand potentiel de manipulation/transformation de chacune des étapes pathogènes du processus procréatif. Au fur et à mesure que le savoir biomédical se molécularise, que les techniques se sophistiquent et que le potentiel d'intervention s'accroît, on se rend compte que la procréation « naturelle » ou corporelle ne semble plus être capable de s'accomplir sans aucune médiation technoscientifique. « Successful reproduction comes to resemble an obstacle course. It is for this reason it needs to be assisted or achieved because it is so prone to error “by itself”. [...] It is a miracle anyone ever manages to reproduce at all »³. De par cette conception défailante du corps, les subjectivités et corporalités maternelles semblent disparaître de l'univers biomédical (discours, théorie et pratique) pour faire plus de place à l'opérationnalité technoscientifique, comme Nelly Oudshoorn l'a bien montré⁴. C'est sur ce point focal que nous allons concentrer nos énergies, soit sur la question du repoussement constant des limites du corps impulsé par la matrice technoscientifique. Au bout du compte, sera brossé le portrait sociohistorique d'un nouveau paradigme de maternité, soit la techno-maternité, où la procréation (et ultimement la famille) s'accomplit non plus nécessairement par le corps (devenant facultatif), mais définitivement par le biais des technosciences, constamment alimentés par la logique du contrôle libertaire.

2.1 La redéfinition cybernétique de l'obstétrique et du corps maternel

D'après le sociologue William Ray Arney, la profession obstétricale subit au cours des années 1950 une vigoureuse reconfiguration dont la portée est sans doute comparable à celle de la première révolution médicale de la procréation. Son analyse assidue de la littérature obstétricale révèle, outre l'expansion quantitative et accélérée des technologies, une mutation

¹ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, op.cit.*, p. 334.

² *Ibid.*, p. 330.

³ *Ibid.*, p. 331-32.

d'ordre qualitatif dans son mode de contrôle social de la grossesse, de l'accouchement et des mères. « The historical record indicates that all aspects of obstetrics – its mode of inquiry, its field of interest, its underlying metaphor, its social organization, its technology – changed around World War II »².

D'emblée, c'est la métaphore du corps-machine sous-jacente à la pratique obstétricale qui subit une première opération, la faisant muter d'une conception mécaniste à une conception systémique ou écologique : « The body was no longer looked upon as a machine which was made of other machines; instead, it became a system composed of systems articulated at many points and levels. Furthermore, the body existed as a single component in other, higher-level, systems »³. Alors que la représentation mécaniste suppose qu'on puisse seulement comprendre la grossesse qu'au sein du corps grâce au regard médical, la représentation écosystémique conçoit plutôt la reproduction en termes de systèmes fonctionnant à l'intérieur d'un vaste organisme informationnel qui dépasse les bornes corporelles. « In the ecological metaphor, the body is not a machine, but it's "an open system of communication interacting with the exoteric cosmos and its ecological processes »⁴. Visiblement désincarnée, la procréation n'est plus circonscrite anatomiquement, temporellement et géographiquement⁵, mais revue et corrigée en fonction de cette logique informationnelle qui focalise l'attention sur l'interaction complexe et rétroactive entre les systèmes génétique, cellulaire, enzymatique ou hormonal, et plus largement psychologique, environnemental, social, économique, etc. En se penchant sur une série de nouveaux facteurs autrefois non considérés, le savoir obstétrical se désintéresse davantage de l'expérience subjective et corporelle de la maternité.

Une telle vision réseautique de la grossesse – définie comme système ouvert – force à considérer une myriade de nouveaux éléments pouvant s'immiscer et affecter son déroulement. Les risques liés à l'engendrement deviennent plus « volatiles »⁶, se propageant à travers un vaste espace/temps. Forcément, tout fait ou évènement directement ou indirectement lié à la vie d'une femme enceinte recouvre des informations pertinentes pour l'obstétrique.

Pregnancy and birth were only one set of processes experienced by a woman, *a system of systems within systems*, and *everything has to be considered* in assessing a woman's trajectory through pregnancy and birth and in designing management schemes to optimize each birth.

¹ Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, op.cit., p. 204.

² William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, op.cit., p. 15.

³ *Ibid.*, p. 8.

⁴ *Ibid.*, p. 88.

⁵ *Ibid.*, p. 8.

⁶ *Ibid.*, p. 82.

Monitoring and surveillance of every aspect of birth and every aspect of the environment surrounding birth replaced classic, dramatic interventions in pregnancy. A new order of obstetrical control had appeared¹.

On serait porté à croire que la conception de pathologie se dédramatise puisqu'elle devient morcelée, relative et fluide. En effet, le nouvel ordre obstétrical qui se met en place s'affiche comme étant plus léger, plus rapide, plus efficace². Toutefois, il faut voir au contraire que cet éclatement du concept de pathologie ne fait qu'accentuer le soupçon à l'égard de la procréation et accroître la volonté de surveillance pointue³. « The threat of each delivery crossing that fine line from normalcy demands “watchful and armed expectancy” »⁴. Adoptant clairement une métaphore militaire⁵, l'obstétrique met en place un vaste réseau flexible de gestion et d'intervention en vue de contrôler et d'optimiser les moindres paramètres, aiguisant ainsi la détermination de rendre *visible l'invisible*. « Absolutely everything must be made visible to medicine, be subject to observation, and recorded »⁶. Selon cette optique, le rôle de l'obstétricien devient celui d'assurer l'ordre social, d'éviter le chaos. « In an ecological metaphor the medical space expands and the physician must reorient his work to effect or maintain harmony in the larger space, the ecology. The *space* in which the “machines” operate, not just the machines themselves, must be ordered now »⁷. L'adoption des notions de système, de rétroaction et d'entropie démontre donc l'influence flagrante de la cybernétique sur l'obstétrique⁸.

Mais l'obstétricien ne peut assurer seul le contrôle d'un si vaste système; d'où l'adoption en obstétrique du modèle panoptique, qui, selon Foucault, constitue le symbole par excellence de la forme contemporaine de contrôle social. Assujettis à une visibilité et un contrôle constants, les

¹ *Ibid.*, p. 94. C'est nous qui soulignons.

² *Ibid.*, p. 139. « The change is characterized [...] by a lightening of the heavy medicalizing hand of obstetrics and an extension of the analytic, programmatic, “helping hand”. Monitoring is a structure of control – of which the physician is but a single, somewhat remote component – that allowed the extension of the obstetrical vision to all births while simultaneously permitting the withdrawal of punitive, negative characterizations of birth, and of the practices such characterizations fostered, on which obstetrical control of birth had previously been based ». *Ibid.*, p. 122-23.

³ *Ibid.*, p. 89.

⁴ *Ibid.*, p. 56.

⁵ Selon Ann Oakley, la métaphore militaire apparaît en médecine (en Europe) d'abord vers les années 1880, reflétant la préoccupation sociale de l'époque pour la guerre, mais aussi le fait que ceux pratiquant la médecine étaient masculins. Toutefois, on note une accentuation marquée de la métaphore militaire vers la Deuxième Guerre mondiale. Voir *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 107.

⁶ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 90

⁷ *Ibid.*, p. 91. En italique dans le texte.

⁸ Sans toutefois la nommer, Arney réfère à l'influence cybernétique en obstétrique : « Once obstetrics had conceptualized pregnancy as a process, once it had done away with its discontinuities or expressed them in a calculus of accelerations and decelerations, and once obstetrics knew the course of pregnancy in minute detail, pregnancy could become the subject of *integrated systems of control* that would not only monitor the process but would either institute corrective action or signal the need for it should the course of a given labor deviate too far from its “natural” course. In the words of one text, “the automatic control of labor by ‘closing the loop’ is theoretically possible”. Servocontrol mechanisms to normalize deviations rather than to direct interventions in pathologies insure that a modern pregnancy and childbirth will be “natural”». James Walker, Ian MacGillivray et Malcolm Macnaughton, *Combined Textbook of Obstetrics and Gynecology*, 9th edition, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1976, p. 313. Cité par William Ray Arney, *ibid.*, p. 147.

mères sont appelées à s'auto-surveiller et à être proactives dans la lutte pour leur santé et celle de leurs bambins¹.

2.2 Le modèle du monitoring : forme radicalisée du contrôle social de la naissance

Les déclarations suivantes, chacune tirée d'ouvrages biomédicaux réputés, symbolisent avec force l'extension du contrôle technoscientifique qui se met en place au cours des Trente Glorieuses :

Effective care of the female to accomplish *optimal reproductive efficiency* during the adult years *should logically begin during childhood, pubescence, and adolescence, before medical difficulties, dietary indiscretions, endocrine dysfunctions, emotional maladjustments, and poor social habits are entrenched.* Ideally, patients at risk whose reproductive capacity is judged to be suboptimal *should be identified early* in the course of routine periodic checkups, premarital examinations, and preconceptional evaluations to permit workup, specific treatment, and appropriate family planning in context with the health and emotional status of the individuals so designated. *If this supervision and continuity of care are neglected, proper screening should commence with the initial prenatal visit².*

Obstetrics is the branch of medicine that deals with parturition, its antecedents, and its sequels. It is concerned principally, therefore, with the phenomena and management of pregnancy, labor, and the puerperium, in both normal and abnormal circumstances. In a broader sense, obstetrics is concerned with the reproduction of a society³.

It is evident that the newborn outcome is controlled by events of multiple origins which take place even before conception [...]: genetic background, health, socioeconomic status of mother during childhood and adolescence. These factors can be controlled in part by parents, the government, and state or private agencies. Society certainly has a responsibility to develop programs in the community that can achieve this goal⁴.

À mille lieues d'une simple « assistance » médicale à la procréation, on voit à quel point l'hypercontrôle à tous les niveaux est le nœud gordien de l'approche obstétricale. Ce nouvel ordre social qu'Arney caractérise de monitoring s'avère d'autant plus tentaculaire qu'il requiert que tous participent à la surveillance, tant les experts que les profanes, et impose d'observer non pas seulement celles aux prises avec des pathologies, mais *toutes* les femmes enceintes (toujours à risque). Qui plus est, il vise l'extension du contrôle dans toutes les directions, jusqu'aux tréfonds des antécédents familiaux de la femme enceinte, jusqu'à la période post-natale où se tissent les

¹ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 89 (voir aussi p. 150).

² Robert Nesbitt et Richard H Aubry, « High-Risk Obstetrics II. Value of a semiobjective grading system in identifying the vulnerable group », *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 103, 1969, p. 972. Cité dans William Ray Arney, *ibid.*, p. 142. C'est nous qui soulignons.

³ *Williams Obstetrics* (1989), cité dans Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage, op.cit.*, p. 45.

⁴ Jacques F. Roux, Michael R. Newman et Robert C. Goodlin, « Monitoring of Intrapartum Phenomena », *CRC Critical Reviews in Bioengineering*, 2, 1975, p. 120. Cités dans William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics, op.cit.*, p. 133.

liens mère-enfant (*bonding*), voire jusqu'à l'éducation durant la petite enfance¹. Dans ce régime d'observation intensifiée, la distinction entre grossesse normale et anormale est abolie, l'attention étant maintenant rivée sur toutes les grossesses du système étalées sur un continuum de risques². Comme les sociologues Madeleine Akrich et Bernike Pasveer en font mention, « en France, toute grossesse ou tout accouchement sont considérés comme potentiellement risqués et il n'y a aucun moyen permettant d'éliminer de façon radicale le risque »³. De cette manière, la normalité devient « résiduelle », selon l'expression d'Arney, c'est-à-dire qu'elle est considérée comme apparente mais indigne de confiance, comme une pointe d'iceberg; ainsi elle se dissout en s'intégrant dans le projet obstétrical.

What it is that must be treated is quite unclear under the ecological metaphor, for there is no longer any decidedly abnormal behaviour or event nor any decidedly normal behaviour or event. [...] deviations themselves are not 'abnormal'; they are just closer or farther from the norm on normalizing distributions⁴.

Ce projet de talonnement du risque omniprésent et polymorphe (diffusé en réseau) exige que l'observation médicale de la maternité sorte elle aussi des confins de la clinique pour se disperser dans son réseau social⁵. L'hôpital demeure central, notamment en ce qui a trait à la gestion de l'accouchement; considéré de plus en plus comme un évènement « violent », à très haut risque sur le continuum, il est ainsi presque entièrement transféré en milieu hospitalier⁶. En effet, s'érige un système qui a l'hôpital pour centre et l'équipe complémentaire en périphérie, à travers la communauté⁷. On développe alors tout un dispositif de soins continus (*continuity of care*) tant en milieu clinique qu'à l'extérieur. C'est dans ce contexte que se déploient et se perfectionnent les soins et services pré-nataux – cliniques pour examiner régulièrement (*regular checkups*) mères et bébés, distribution massive de lait, d'aliments et de vitamines, assistance économique, etc. – considérés comme une remède universel pour combattre la mortalité materno-infantile¹, mais aussi pour améliorer tant le déroulement de la grossesse que le développement de l'enfant à naître. Acquéran une valeur sociale importante, la supervision biomédicale anténatale est de plus en plus encouragée à tous les niveaux de la vie sociale, toutes

¹ *Ibid.*, p. 154.

² *Ibid.*, p. 85; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 56.

³ Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1996, p. 32. Citées dans Béatrice Jacques, *ibid.*, p. 55.

⁴ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 90.

⁵ *Ibid.*, p. 88.

⁶ Raymond Devries et al. (dir.), *Birth by Design*, *op.cit.*, p. 8.

⁷ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 123.

classes confondues, afin d'assurer un investissement systématique dans le monitoring des comportements maternels².

Dans la même optique, les enquêtes médicales et épidémiologiques se multiplient à partir des années 1950-60, visant à mieux identifier et encadrer le processus de la naissance et ainsi élaborer une cartographie de l'enfantement (*map of childbirth*)³ afin d'éventuellement générer une maternité de qualité supérieure (*an A1 motherhood*)⁴. On aiguise alors les connaissances, tant en milieu hospitalier grâce aux archives médicales, qu'à l'extérieur de l'hôpital grâce à la collecte statistique⁵. Telle que rappelée par Béatrice Jacques, la constitution de telles normes statistiques et de mesures de classement des individus dans des groupes selon des niveaux de risque permet de gérer le risque, mais du même coup, ne fait que justifier davantage l'extension de surveillance jusqu'aux moindres détails de la grossesse, mais aussi de la vie privée et de son historique⁶. En scrutant tous les recoins, dès que le déroulement du processus d'enfantement s'écarte de la norme statistiquement établie, on interprète cet écart comme un signe de risque potentiel, requérant l'intervention afin d'éviter cette complication hypothétique. « The task of analysis is not to stabilize a situation but to make its every movement and twist known immediately so that the programmatic intervention can be redeployed as necessary »⁷. Ambitieux, un tel projet de surveillance éparse exige que d'autres mercenaires se joignent aux médecins, au-delà du domaine obstétrical. Le contrôle s'étend alors grâce à une équipe d'intervention élargie : ce ne sont pas seulement les professionnels qui sont responsables mais les individus eux-mêmes, tant les mères que leurs proches, appelés à observer, à s'informer, à gérer efficacement la grossesse et recourir à l'aide professionnelle dès le moindre soupçon. « Obstetrics organized itself as a continuously hierarchical, ubiquitously present team which included patients as team members and on which doctors were not necessarily team leaders, but just team members »⁸.

Le paradoxe du corps maternel présent/absent s'exacerbe une fois de plus. D'emblée, l'extension du champ de visibilité saute clairement aux yeux. De la période pré-natale à post-natale (catégories relatives et flexibles), la vie maternelle, ainsi que son milieu environnemental et

¹ Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 86. On misait notamment sur l'alimentation (distribution de lait, vitamines, jus d'orange, huile de foie de morue, etc.) ainsi que l'assistance économique et l'éducation sexuelle. Voir William Ray Arney, *ibid.*, p. 131-32; Jane Lewis, *The Politics of Motherhood*, *op.cit.*, p. 14 et suivantes; Ann Oakley, *ibid.*, p. 122-24.

² Ann Oakley, *ibid.*, p. 42.

³ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*

⁴ Jane Lewis, *The Politics of Motherhood*, *op.cit.*, p. 36.

⁵ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.* p. 126 (voir aussi p. 89).

⁶ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, p. 143; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 56.

⁷ William Ray Arney, *ibid.*, p. 132.

⁸ *Ibid.*, p. 8-9 (voir aussi p. 151).

communautaire, deviennent dignes d'observation et s'intègrent dans la mire obstétricale. Préoccupation politique dès l'aube de la médecine moderne, la maternité est, de nos jours, l'objet de curiosité davantage pointue, partagée socialement. Rappelons, à l'instar de l'anthropologue Robbie Davis-Floyd, que la femme enceinte était autrefois confinée à la sphère privée et qu'ainsi sa présentation en public était considérée impropre : « When in public their pregnancy was to be disguised »¹. Au cours du XX^e siècle et surtout dans la deuxième moitié, on remarque que le corps maternel devient davantage l'objet de curiosité commune²; c'est ce qui explique qu'aujourd'hui, des inconnus se permettent aisément de conseiller ou de moraliser les futures ou nouvelles mères (notamment celles qui consomment tabac ou alcool), voire toucher leur ventre sans permission de la parturiente³, mais aussi pourquoi les femmes enceintes montrent fièrement leur ventre rond en portant des vêtements ajustés⁴. Le corps maternel devient effectivement de plus en plus présent et d'intérêt public. Mais en même temps, le paradigme de surveillance obstétricale esquivé sans cesse, et de manière croissante, le rôle effectif du corps/sujet maternel dans l'accomplissement de la procréation.

2.2.1 Pathologisation, technoscientificisation et décorporalisation de la maternité

Si on simplifie ce scénario complexe, le régime de monitoring se déploie en fonction d'un double mouvement dialectique absolument fondamental. D'une part, la spatialisation de la pathologie donne lieu à une pathologisation croissante de l'enfantement; d'autre part, cette pathologisation croissante interpelle forcément une intervention technoscientifique accrue⁵. Par effet boomerang, la sophistication des techniques contribue elle aussi à accentuer l'effet de pathologisation. C'est notamment ce que l'enquête de la sociologue Danièle Carricaburu démontre, à savoir que la gestion du risque et le recours à la technique se construisent mutuellement⁶.

¹ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 25.

² « Is it just my imagination, or is everyone staring at my tummy? ». Suzanne Gladstone, interviewée dans Robbie Davis-Floyd, *ibid.* L'auteure développe sur l'omniprésence des femmes enceintes, de la salle de cours au bureau de cadre, en passant par la discothèque. Voir p. 26.

³ *Ibid.*, p. 27.

⁴ Martine Segalen, « Préface », dans Béatrice Jacques, *La sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 2-3.

⁵ Voir les travaux déjà cités de Robbie Davis-Floyd ainsi que celui de Ann Oakley.

⁶ Danièle Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47, 2005, p. 245-62. Voir aussi R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; Rhonda Shaw, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *loc.cit.*, p. 139.

Malgré le fait avéré que la gestation ne s'est jamais déroulée aussi efficacement (de façon générale, bien sûr, et d'un point de vue historique)¹, elle devient paradoxalement de plus en plus comprise comme source de multiples pathologies, au point qu'elle représente une maladie en soi, comme l'indique l'affirmation suivante : « it has been calculated by competent authorities that 75% of the diseases peculiar to women owe their origin to impregnation »². Dans le même sens, W. Blair Bell, premier président du *British College of Obstetricians and Gynaecologists*, dénonçait : « at least 60 000 women annually in England and Wales (10% of all mothers) “are more or less *crippled* as the result of childbearing” »³. Ce qui donne toute la résonance à ces affirmations alarmistes est la conception sous-jacente de la grossesse en tant que fardeau de souffrances *évitables*, pouvant non seulement être allégées mais surtout prévenues voire éradiquées. C'est notamment la définition de la mort ou de la maladie comme potentiellement évitable qui fonde et qui légitime toute action dans ce sens⁴.

En plus de caractériser le corps maternel d'« handicapé » (*crippled*), de « déficient » ou de « dysfonctionnel », les discours biomédicaux sont reconnus pour avoir pathologisé les comportements maternels, nocifs pour le fœtus et plus largement la société⁵. Selon l'historienne Jane Lewis, les discours accusateurs sont propulseurs, voire une condition *sine qua non* de l'accélération légitime de la (bio)médicalisation, laquelle est souvent présentée comme une véritable panacée pour éliminer ces problématiques et surtout la mortalité materno-infantile. Face à une conception systémique, complexe et risquée de la procréation, les mères sont de plus en plus considérées inaptes et incompetentes pour assurer seules (sans aide biomédicale) le bon développement de leurs enfants. D'après Ann Oakley : « If one single message emerged, it was that pregnant women were themselves deficient: they lacked the necessary intelligence, foresight, education, or responsibility to see that the only proper pathway to successful motherhood was the one repeatedly surveyed by medical expertise »⁶. Étant presque entièrement prise en charge par l'expertise biomédicale, la connaissance de l'enfantement se déracine complètement de

¹ Ann Oakley insiste sur l'amélioration de l'efficacité physiologique de la gestation depuis deux siècles, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Voir *The Captured Womb, op.cit.*, p. 126.

² Dr Berkeley (1929) cité dans Ann Oakley, *ibid.*, p. 62.

³ *Ibid.*, p. 68. C'est nous qui soulignons.

⁴ « What was at issue was the question of *preventability*, for the proportion of obstetric deaths that could *theoretically* be prevented constituted the proper domain, and thus testing ground, of antenatal care ». *Ibid.*, p. 61.

⁵ Découlant de l'idéologie maternaliste des XIX^e-XX^e siècles, qui accusait l'ignorance, l'amoralité, ou la négligence des mères pour tous les maux et échecs procréatifs (surtout les hauts taux de mortalité infantile). Il s'agissait par conséquent de les « ré-éduquer ». Voir notre chapitre 3 ainsi que les ouvrages déjà cités de Denyse Baillargeon, Jane Lewis et Ann Oakley.

⁶ Ann Oakley, *ibid.*, p. 72.

l'expérience corporelle et subjective, laquelle ne peut être considérée fiable¹ surtout lorsqu'elle repose sur des présupposés autres que biomédicaux (religieux, culturels, holistes, etc.)². En effet, tout indique que le savoir maternel est de plus en plus dénigré, conçu comme une embûche à la pleine maîtrise technoscientifique, comme Jane Lewis l'a bien formulé : « the bête noire of those who sought to improve maternal and child welfare was the mother who claimed to know all about childbearing and childrearing because she had “born 12 and buried 8” »³. Même si les composantes psychologiques de la mère sont considérées par l'approche systémique, elles semblent plus souvent qu'autrement obstruer le libre cours des experts : « the psychological component of birth has negative obstetrical value. Uncontrolled emotionalism might interfere with obstetrical work that had to be done on the physiological component of birth »⁴. La dévalorisation des compétences subjectives – tant corporelles qu'intellectuelles – des mères va donc de pair avec une survalorisation de l'encadrement technoscientifique. Progressivement, les femmes elles-mêmes intègrent complètement cette vision pathologique de leur corps et de leur grossesse : s'auto-qualifiant d'incompétente ou d'ignorante, elles se retirent et délèguent toute décision au corps biomédical⁵.

Mais les mères ne sont pas pour autant complètement évacuées et déresponsabilisées; suite à la dénigrement de leur rôle, le discours biomédical réintègre les femmes en leur accordant un rôle de partenaires coopérantes (*joint adventurers*)⁶ dans le projet obstétrical. Faisant partie du réseau du risque, à la manière d'un pion sur un vaste échiquier, elles sont tenues de se responsabiliser, de se prendre en charge afin de contribuer à assurer la cohésion et l'efficacité du système de surveillance biomédicale⁷. C'est en recourant aux multiples expertises (mieux s'informer, améliorer leur alimentation⁸, surveiller leur poids, faire de l'exercice (mais pas trop), éliminer tabac et alcool, etc.) qu'elles peuvent envisager l'allègement du fardeau de l'enfantement

¹ « 1946 surveyors of British motherhood did not feel that mothers could be regarded as reliable sources of data on this matter ». *Ibid.*, p. 134

² Comme Béatrice Jacques le signale, tout savoir profane sur le corps et l'expertise amenée par les expériences antérieures de la grossesse sont niés. Dans *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 99. Voir aussi Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

³ Jane Lewis, *The Politics of Motherhood*, *op.cit.*, p. 13.

⁴ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 210. « Given the involuntary nature of contractions, the mother's personal participation in the birth process is not necessary, but it is welcomed to the extent that she complies with institutional needs and facilitates the necessary interventions. “The proper psychological management of the pregnant woman throughout pregnancy and labor is a valuable basic tranquilizer” ». *Williams Obstetrics*, cité par Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 56.

⁵ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 99.

⁶ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 97.

⁷ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 17.

⁸ Voir Béatrice Jacques, « Le festin du fœtus. Approche anthropologique des interdits alimentaires pendant la grossesse », *Les dossiers de l'obstétrique*, 333, 2004, p. 22-24.

et ainsi connaître une expérience optimale et améliorer leur sort et celui de l'enfant. « If women go to clinics, antenatal care would be their salvation »¹. Évidemment, celles qui osent recourir à des méthodes alternatives – à contre-courant du modèle biomédical « garant » d'un meilleur contrôle des risques – font face à une lourde désapprobation sociale, étant souvent taxées d'égoïsme et d'irresponsabilité en mettant leur enfant en « danger »².

Ce processus de responsabilisation individuelle à l'égard de l'enfantement ne s'impose pas à sens unique; les sujets maternels réflexifs s'approprient et revendiquent ces services en y recourant plus souvent, plus tôt, et en plus grand nombre³. Non seulement elles s'auto-surveillent et s'auto-contrôlent, mais elles réclament l'amélioration des méthodes de contrôle de l'enfantement, synonymes d'émancipation : « [...] women did welcome the services that were offered. Working women's groups and middle-class women's organisations approved the new emphasis on motherhood, hoping that the status of women who stayed in the home would rise »⁴. En s'appuyant sur plusieurs sondages effectués en Angleterre dans l'après-guerre, Ann Oakley rapporte la volonté de plus en plus affirmée par des femmes d'avoir plus d'enfants seulement si le processus de naissance s'allège :

Fears of the pain of labour and of the chances of dying were mentioned as they had not been earlier in the century. [...] Younger women protested about the lack of facilities for the poor – the lack of beds and of analgesia [...]. “What is being done to make childbirth easier? Or are all our brilliant doctors and specialists still content to tell us that childbirth is a ‘natural function?’”⁵

Comme au chapitre précédent, on constate à quel point les femmes jouent un rôle crucial dans le repoussement technoscientifique des limites corporelles. En critiquant les mesures en place, elles contribuent au développement d'un esprit de « consumer choice »⁶ chez les mères, soit une « demande sociale »¹ et des revendications qui stimulent inévitablement le développement et le perfectionnement des méthodes. En l'occurrence, l'*empowerment* maternel et la liberté de choix passent par l'adoption massive de mesures technoscientifiques. S'exprime une fois de plus la rhétorique stipulant qu'un plus grand contrôle biomédical et contrôle de soi sont garants d'amélioration, de libération et de bonheur : « [...] the purpose [is] to create a better and still healthier world for Britain's babies and a world in which women would be happy to bear them

¹ Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 74.

² Pour comprendre dans quelles mesure cette idée est fortement véhiculée, voir l'enquête de Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

³ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 119.

⁴ Jane Lewis, *The Politics of Motherhood*, *op.cit.*, p. 20.

⁵ Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 130.

⁶ *Ibid.*, p. 145-151.

»². Ainsi la biomédicalisation coïncide avec un processus d'individualisation de la maternité, dans la mesure où celle-ci devient une question de bien-être, d'accomplissement, d'épanouissement individuel et, surtout, de droits³. L'idée d'éliminer le fardeau du corps maternel et d'optimiser la maternité devient donc un projet socialement partagé, alimenté tant individuellement qu'institutionnellement. C'est ainsi qu'on peut situer l'explosion de diverses technologies de surveillance de la maternité (*the expanding scientific armamentarium of obstetrics*)⁴, de la période prénatale à postnatale, suivant les volontés tant scientifiques que féminines.

2.2.2 Effacement de la patiente et apparition d'un nouveau « patient »

Bien que la fascination pour le fœtus remonte à la Renaissance, c'est surtout à partir des années 1950-60 qu'on peut techniquement lui accéder. Il devient de plus en plus clair que la priorité de l'obstétrique est la « puériculture intra-utérine »⁵, alors qu'au départ l'intérêt était davantage centré sur la survie et la santé maternelle. Dans un contexte d'individualisation croissante et de nucléarisation de la famille⁶, la molécularisation de la vision du corps et de la grossesse fait rapetisser le regard jusqu'à l'échelle embryonnaire, attirant dès lors plus d'attention sur l'humain en développement plutôt que sur l'humain déjà là. Représentant ultime de l'invisible à rendre visible, le fœtus devient l'objet de techniques sophistiquées qui permettront de lui accorder le statut de personne avant même qu'il ne voit la lumière du jour⁷. Par ricochet, la construction du fœtus comme patient rend légitime le besoin de surveillance pointue⁸, stimulant *ipso facto* la création d'une nouvelle spécialité médicale qui s'attaquera à de nouveaux concepts tels celui de périnatalité⁹. Tout comme la santé maternelle et infantile, la santé fœtale devient l'objet d'une discipline à part entière considérée fort prometteuse : « with great potential for influencing favourably the quality of human offspring »¹⁰. Encore une fois s'exprime l'omniprésente logique de contrôle libertaire, où la précision technoscientifique cherche à continuellement repousser les limites de la condition humaine afin d'en créer une version améliorée. Mais encore faut-il

¹ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 51.

² Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 131.

³ Raymond DeVries et al. (dir.), *Birth by Design*, *op.cit.*, p. 15.

⁴ Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 222 (voir aussi p. 280); Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

⁵ Ann Oakley, *ibid.*, p. 51.

⁶ Voir Marcel Gauchet, « La redéfinition des âges de la vie », *loc.cit.*; *idem*, « L'enfant du désir », *loc.cit.*

⁷ Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*; Carol Stabile, « Shooting the Mother: Fetal Photography and the Politics of Disappearance », *loc.cit.*

⁸ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 134.

⁹ *Ibid.*, p. 152.

¹⁰ *Williams Obstetrics* (1976), cité dans *ibid.*, p. 134-35.

rappeler que le fœtus se développe toujours *in utero* (et non pas dans un utérus déconnecté de la mère) et qu'il suscite des raisons supplémentaires pour intervenir sur le corps maternel, ce qui ne fait que l'oblitérer davantage. « The obstetrician no longer had to defend his practices on the basis of whether or not they were good for the woman; he could claim the practices were good for the fetus. [...] The health of the baby, loaded with positive meanings for both mother and physician, justified continued active intervention in childbirth »¹. À travers diverses pratiques, de la conception à la naissance, nous examinerons au cours des prochaines pages comment le processus tripartite *fragmentation-neutralisation-extériorisation* propre à l'engendrement technicisé consacre le fœtus alors qu'il invalide le corps maternel.

2.3 La cyber-obstétrique et la techno-maternité

De manière exponentielle, les cliniques obstétricales connaissent à partir des années 1960 un véritable « règne technologique »² où s'implantent divers systèmes cybernétiques, soit une pluralité de dispositifs pour capter et enregistrer simultanément différents paramètres et ainsi d'être en mesure de signaler tout écart normatif. Il s'agit simplement, selon Arney, de la prolongation directe d'anciens concepts et pratiques bien enracinés depuis trois siècles³, propulsée grâce à la force opérationnelle de la cybernétique et de ses machines intelligentes.

Each of these measuring devices could conceivably be integrated into control loops which would automatically keep labor on its natural [sic] course. One author has predicted, "There can be little doubt that in about 10 years time monitors will be capable of performing active functions involving microprocessors and programmable memories. We are entering in the era of the 'smart' machine".⁴

En effet, l'ère de la machine intelligente en obstétrique se constate facilement lorsqu'on observe la plupart des unités obstétricales. De plus en plus nombreuses à être prises en charge de plus en plus tôt⁵, les mères voient leur rapport à l'enfantement devenir davantage *high tech*. Bien que la gestation et l'accouchement soient depuis l'obstétrique classique modelés par diverses techniques d'intervention, il reste que le médecin effectuait ces méthodes de manière ponctuelle, sur un problème et endroit spécifiques. Les techniques de monitoring, quant à elles, surveillent plusieurs

¹ *Ibid.*, p. 136-37.

² Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 153.

³ William Ray Arney, *op.cit.*, p. 101.

⁴ Steer (1974), cité dans *ibid.*, p. 149.

⁵ Au Canada, « la plupart (94,9 %) des femmes ont amorcé les soins prénataux au premier trimestre de la grossesse. Les femmes ont consulté en moyenne 12,9 fois et seulement 1,1 % d'entre elles n'ont eu que quatre consultations de soins prénataux ou moins. [...] Les deux raisons le plus souvent invoquées pour ne pas avoir obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient était que « le médecin ou le professionnel de la santé n'était pas disponible » et que « le médecin ou le professionnel de la santé ne voulait pas commencer à leur dispenser des soins plus tôt ». Agence Santé Publique du Canada, *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 12.

paramètres à la fois, de la conception à la naissance, tant dans la clinique qu'à l'extérieur, afin de mesurer et diagnostiquer à plus petite échelle, ainsi qu'intervenir rétroactivement. Toutefois, il faut remarquer l'effet paradoxal d'une telle surveillance tentaculaire : plutôt que de décomplexifier le phénomène procréatif tel qu'entendu dans le projet cybernétique, le monitoring ne fait que le mystifier davantage : « Everyone – women, husbands or significant others, and obstetricians – got caught up in monitoring's webs of power and so became more and more alienated from the event and experiences of childbirth »¹. Évidemment, l'hyper objectivation de l'expérience d'engendrement ne fait que l'éloigner et le rendre davantage énigmatique, et ce faisant accentue la suspicion à son égard et le désir de s'en défaire complètement.

Ayant bien établi les assises conceptuelles de l'effacement biomédical du corps maternel, il s'agit en dernier lieu d'observer leurs incarnations pratiques afin de réellement attester de l'ampleur du modèle technocratique de naissance. Posant d'abord notre regard sur l'accouchement et la grossesse technicisés – qui rejoignent la majorité des parturientes contemporaines –, nous terminerons sur les technologies de reproduction afin de compléter notre bilan de ce qu'il convient désormais de nommer la techno-maternité. En démontrant comment les mères interagissent constamment avec une panoplie de technologies de tout acabit (électroniques, pharmacologiques, biotechnologiques, discursives), on voit clairement à l'œuvre la construction biomédicale de la réalité et le foisonnement d'inédites « biosocialités » maternelles, soit des nouvelles formes de subjectivité et de corporalités construites par et à travers les définitions et potentialités biomédicales². « Standards of embodiment [...] are now transformed by new corporeal possibilities made available through the applications of technoscience »³. Il s'agit essentiellement ici de corroborer la mise en œuvre d'une nouvelle conception de l'être humain dont l'incarnation biologique ne serait qu'un « accident de l'histoire plutôt [qu'une] condition essentielle de la vie »⁴, et de la standardisation d'une « maternité prothétique »⁵ qui est continuellement adaptée, modifiée, accomplie techoscientifiquement.

¹ William Ray Arney, *op.cit.*, p. 9.

² Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*; Paul Rabinow, *Marking Time*, *op.cit.*; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 302-03; Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*, p. 24.

³ Adele Clarke et al., *ibid.*, p. 162.

⁴ Katherine Hayles, *How We Became Posthuman*, citée dans Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 166.

⁵ On emprunte l'expression à Rhonda Shaw, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *loc.cit.*

2.3.1 « Accouche qu'on baptise » : les naissances high tech et la négation du corps

Ayant lieu à l'hôpital – « l'ami des bébés » selon l'OMS et UNICEF¹ – pour la quasi totalité des parturientes contemporaines (98% des Canadiennes)², l'expérience de l'accouchement est indéniablement pathologisée et technicisée au sein de ce que Davis-Floyd nomme « a highly sophisticated technocratic factory »³. Afin de contrôler tout risque potentiel dès leur arrivée, la plupart des femmes sont placées en chaise roulante, alitées et branchées sur intravéneuse et moniteur électronique, et durant le travail et les couches, elles éprouveront quelques interventions clefs qu'il convient d'examiner ci-après. De l'entrée à la sortie de l'hôpital, la connaissance qu'ont les parturientes de leur propre corps et de leur enfant est rudement mise à l'épreuve, contestée voire ignorée par le tempo institutionnel⁴. Il suffit de penser à celles affirmant que le travail est déclenché alors que les indicateurs biomédicaux attestent du contraire (*false labor*)⁵, ou encore de la période post-partum lorsque les « compétences » maternelles (allaitement, bain, *bonding*) sont strictement évaluées avant d'accorder le congé⁶. De part et d'autre, la version maternelle de la réalité doit en tout temps être certifiée par les autorités biomédicales.

Représentant officiel du paradigme de monitoring obsétrical, le moniteur fœtal électronique (MFE) est appliqué à la majorité des parturientes⁷ et son usage participe clairement d'une molécularisation, extériorisation et neutralisation du corps-qui-enfante. Principalement, le MFE transcrit par boucles rétroactives (*feedback loops*) à intervalle régulière⁸ toutes les parcelles d'information utérine, tant de la mère que du fœtus, ainsi que tous les signes vitaux (mouvements, respirations, pouls, pH sanguin, pression, oxygénation, dilatation cervicale) et les traces d'administration de médicaments¹. Cette fragmentation et extériorisation de l'intériorité et des étapes du travail permettent de surveiller minutieusement les deux patients simultanément,

¹ *Science & Vie*, « Neuf mois pour venir au monde. 30 questions sur la plus belle aventure de la vie », *loc.cit.*, p. 133.

² Agence de la Santé publique du Canada, *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 14.

³ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 55.

⁴ *Ibid.*; Barbara Katz Rothman, « Laboring On. Current Cultural Construction of Pregnancy, Birth, and Mothering », dans Lisa Jean Moore et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 48-65.

⁵ Barbara Katz Rothman, *ibid.*, p. 55.

⁶ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

⁷ Selon l'enquête de l'Agence de Santé Publique du Canada, « Parmi les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, 90,8 % ont fait état d'un monitoring fœtal électronique (MFE) à un moment donné pendant le travail et 62,9 % ont fait part d'une utilisation continue du MFE. Le recours au MFE diminuait plus l'âge de la mère augmentait, et était plus élevé chez les primipares que chez les multipares ». *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 15. Voir aussi William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 147; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 191.

⁸ Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats. Electronic Fetal Monitoring and Biomedically Constructed Birth », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 244.

mais surtout d'observer le fœtus en vue de mieux contrôler son parcours vers la vie *ex vivo*² et diagnostiquer tout signe de détresse, en plus d'encadrer l'action des intervenants³. Prometteuse d'un plus grand contrôle panoptique standardisé à travers les unités obstétricales⁴, cette machine devient à partir des années 1980 le principe organisateur d'actions obstétricales, ou dans les mots de l'anthropologue Elizabeth Cartwright, « an integral part of the habitus of obstetrics »⁵. Comme plusieurs études le démontrent, le MFE est généralisé davantage pour des raisons d'organisation professionnelle que pour des effets mélioratifs sur le processus d'accouchement⁶. « The monitor is [...] the biomedical birth practitioner's most relied-upon tool of assessment, favorite security blanket, and crystal ball, all rolled up into one »⁷.

Tandis que les informations soutirées du corps maternel, codées électroniquement, sont au cœur des actions obstétricales, la réalité corporelle de la mère en travail est incontestablement négligée et/ou pathologisée. En fait, tout semble indiquer que cette technologie intensifie la complexité du rapport au corps en accentuant la notion de risque, soit en signalant les moindres détails et leurs variations sans cesse comparées à une série de normes toujours fluctuantes. C'est ainsi que la notion de « détresse fœtale » passe d'un état clairement défini à un « syndrome » flou et flottant source de souci constant⁸. On s'aperçoit par conséquent qu'il devient plus difficile de discriminer entre les niveaux de risque, dans la mesure où le même résultat peut justifier tant une césarienne qu'un accouchement par voie vaginale, tout dépendant de l'interprétation obstétricale souvent équivoque : « [...] tracings are usually too ambiguous to be read as absolute indicators, but their interpretative potential is virtually limitless »⁹. Dans ce contexte, l'expérience de la femme est très peu ou pas pris en compte, d'autant plus qu'elle n'est pas en mesure de décortiquer les résultats électroniques sans traduction ou vulgarisation scientifique¹⁰. L'inconsidération à son égard est encore plus flagrante lorsqu'on rappelle que le moniteur – en plus de ne pas significativement réduire la morbidité et mortalité infantile – fait augmenter les taux de césarienne, et donc la morbidité et mortalité maternelle¹¹. Au surplus, le corps maternel

¹ *Ibid.*; William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 148.

² William Ray Arney, *ibid.*, p. 102.

³ *Ibid.*; Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats », *op.cit.* Sur la peur du procès, voir Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 62-65.

⁴ William Ray Arney, *ibid.*, p. 145.

⁵ Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats », *op.cit.*, p. 244.

⁶ *Ibid.*, p. 250.

⁷ *Ibid.*, p. 245.

⁸ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 140.

⁹ Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats », *op.cit.*, p. 251.

¹⁰ *Ibid.*, p. 249.

¹¹ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 99

est identifié comme étant la source principale de stress fœtal, voire un « danger », notamment lors des contractions qui exercent une pression sur le fœtus – faisant augmenter les indicateurs de « détresse »¹ – ou encore lorsque les besoins de santé maternelle sont contraires au bien-être du fœtus.

[...] even ‘normal’ pregnancies often surprised the obstetricians with manifestations of *sudden disastrous pathology*. One study even ventured to quantify the extent of surprising pathology, saying “it is apparent from data [on 749 women monitored regardless of risk classification] that almost one-third of so-called normal patients have complications during labor” [...] and that *most fetal deaths occur in normal mothers*².

Alors que la méfiance à l’égard du corps maternel pathogène s’exacerbe, l’intérêt envers le fœtus prend le dessus des priorités d’interventions. Pour être plus juste, ce sont les représentations électroniques du fœtus – soit la machine – qui sont mises à l’avant-plan. L’enquête d’Elizabeth Cartwright démontre à quel point l’équipe obstétricale interagit davantage avec l’équipement technique qu’avec la parturiente, comme en témoigne cette infirmière obstétricale : « We (the nurses) come in the room and look at the monitor. Everyone is focused on the monitor. The father is focused on the monitor. The doctors come in and they look at the monitor. I think some doctors could identify the monitor strip and couldn’t pick the woman out of a line-up »³. Toute l’attention étant rivée sur le moniteur et ses multiples indices, ce sont donc les paramètres technologiques qui justifient l’intervention (ou la non-intervention), qui modélisent le rythme de l’accouchement, et qui organisent les interactions entre professionnels et avec la parturiente. L’amélioration du rendement machinique devient prioritaire : « It is the strip, at least in part, that needs to be cured »⁴. Ceci rejoint directement les propos d’Ann Oakley et de Robbie Davis-Floyd qui montrent chacune à leur façon que dans l’approche technoscientifique de la naissance, l’information produite par les machines est considérée plus valable que l’information produite par les sujets⁵. De toute évidence, on constate combien l’expérience maternelle et le rapport au fœtus sont complètement façonnés par ce mode de perception prothétique (*prosthetic technology of perception*)¹, alors que le corps réel est immobilisé pour ne pas perturber le moniteur et les intervenants « pour rien ». En l’occurrence, certains caractérisent les comportements maternels de « dociles », à la manière typique des sujets panoptiques qui s’auto-

¹ *Ibid.*, p. 102.

² Harvey A. Galbert et Morton A. Stenchver, « Continuous Electronic Monitoring of Fetal Heart Rate During Labor », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115, 1973, p. 919-23. Cités dans William Ray Arney, *op.cit.*, p. 136.

³ Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats », *op.cit.*, p. 243.

⁴ *Ibid.*, p. 249.

⁵ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 108; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*; Patricia Spallone, *Beyond Conception*, *op.cit.*, p. 180.

limitent puisqu'ils sont surveillés². Au suprême degré, la négation du corps maternel saute aux yeux lorsqu'on sait qu'un tel immobilisme du corps en travail est non seulement inconfortable, mais aussi une cause reconnue de complications physiologiques (et sans doute psychologiques)³. On neutralise le corps pour limiter ses propres effets pathologiques, mais on semble ignorer les effets néfastes iatrogènes, soit occasionnés par ces techniques, tant sur la mère que sur l'enfant à naître⁴. Toute la force symbolique du monitoring obstétrical réside dans cette double neutralisation, soit technologique et idéologique⁵, qui ne va pas sans soulever des critiques, notamment par rapport à la tendance à « limiter leur liberté durant l'accouchement »⁶.

Si l'on jette notre regard sur d'autres interventions courantes, on constate la même logique d'évacuation du corps par la rationalisation biomédicale⁷, comme dans le cas de l'épisiotomie, laquelle consiste à inciser de la vulve à l'anus afin de *prévenir* le déchirement qui *pourrait* potentiellement se produire « naturellement » et ainsi faciliter la chirurgie réparatrice. Le fait qu'une considérable proportion de primipares⁸ accouchant à l'hôpital subisse une épisiotomie suppose que le corps soit dysfonctionnel et que toute naissance nécessite quelques interventions, comme Davis-Floyd l'a souligné⁹. Le cas de l'induction/provocation¹⁰ est aussi exemplaire : en comparant l'état de dilatation cervicale à des courbes normatives¹¹, la moindre déviation signale une difficulté potentielle et ainsi justifie l'intervention. Il faut voir que l'utilisation de l'oxytocin pour provoquer les contractions et accélérer le travail suppose l'inaptitude corporelle à déclencher et effectuer le processus par soi-même, au bon moment, selon une cadence efficace. Dans le jargon obstétrical, on parle d'« inertie utérine », ou encore d'« incompetence

¹ Elizabeth Cartwright, « The Logic of Heartbeats », *op.cit.*, p. 242.

² *Ibid.*, p. 247; William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 106.

³ « [...] obstetrical problems often result from the decreased maternal movement during labor necessitated by the monitor, as well as from the increased danger of infection that accompanies the use of the internal fetal monitor ». Elizabeth Cartwright, *ibid.*, p. 244 (voir aussi p. 249).

⁴ William Ray Arney, *op.cit.*, p. 106. Pour une critique du postulat de l'insensibilité à la douleur des fœtus et bébés, voir David B. Chamberlain, « Babies Don't Feel Pain. A Century of Denial in Medicine », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit, *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 168-89.

⁵ Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 183.

⁶ Traduction libre de « to limit their freedom during labor », tel que critiqué par le Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves: a book by and for women*, 1976. Cité dans William Ray Arney, *op.cit.*, p. 106.

⁷ Pour une intéressante analyse de la rationalisation formelle et matérielle de l'accouchement (selon les techniques du déclenchement, du travail dirigé, de l'analgésie péridurale et de la césarienne prophylactique), voir Danièle Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *loc.cit.*

⁸ Primipares : femmes accouchant pour la première fois. Selon l'Agence de Santé Publique du Canada, « une femme sur cinq (20,7%) ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale avait eu une épisiotomie ». *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 15. Sur les défauts de la pratique, voir William Ray Arney, *op.cit.*, p. 74; Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

⁹ Robbie Davis-Floyd, *ibid.*, p. 57.

¹⁰ Selon l'Agence de Santé Publique du Canada, la majorité (82,1%) des femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé une tentative d'accélérer ou de déclencher artificiellement leur travail. *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 15.

¹¹ Voir William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 145; Barbara Katz Rothman, « Laboring On », dans L. J. Moore et M. Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 48-65.

¹² Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 193.

ce qui laisse entendre que l'obstétrique proactive entreprend le processus naturellement inadéquat. De plus, cette intervention démontre concrètement l'ampleur du contrôle biomédical et le gommage du corps, dans la mesure où c'est l'expertise qui décide quand la gestation se termine et l'accouchement commence¹. Ce potentiel de contrôle et de décision est bien exprimé par les termes obstétricaux « elective induction »² ou « elective delivery »³, qui sous-entendent la notion de « choix » obstétrical face au déroulement de la naissance. « “Doing something” is the cornerstone of medical management. Every labor that takes “too long” and cannot be stimulated by hormones or by breaking the membranes will go on to the next level of medical intervention, the cesarean section »⁴.

Au fur et à mesure que les interventions entreprennent le corps enceint et « engendrent techniquement l'engendrement »⁵, on remarque sans surprise la diminution considérable de la tolérance à la douleur⁶. C'est notamment ce qui alimente le recours croissant à la péridurale⁷, visant à insensibiliser le corps en couches, à neutraliser autant que possible les douleurs de l'accouchement afin évidemment de soulager la mère mais aussi, et surtout, de permettre à l'équipe biomédicale de mener à bien la naissance de l'enfant. Puisque l'accouchement est principalement caractérisé comme étant extrêmement douloureux et problématique, les femmes l'anticipent difficilement : « fear and anticipation [give] rise to natural protective tensions in the body [...]. Resistance causes pain because “fear, tension, and pain go hand in hand”. The mind, conditioned by culture, thus plays a part in the production of pain »¹.

La césarienne est également un cas de figure majeur pour saisir comment le risque potentiel, établi selon différents niveaux et normes statistiques, est le principe organisateur des interventions. Autrefois considérée comme une mesure drastique ou fatale, la césarienne s'effectuait suivant des standards absolus; de nos jours, elle est devenue une intervention courante au même titre que d'autres méthodes, s'effectuant selon des indications statistiques relatives et des règles toujours changeantes. De son enquête dans les maternités françaises, Béatrice Jacques rapporte d'ailleurs la difficulté d'établir clairement la distinction entre le bas et le

¹ *Ibid.*, p. 27.

² William Ray Arney, *op.cit.*, p. 79.

³ Ann Oakley, *op.cit.*, p. 187.

⁴ Barbara Katz Rothman, « Laboring On », *op.cit.*, p. 59.

⁵ On emprunte l'expression à Louise Vandelac, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, *op.cit.*

⁶ Ann Oakley, *op.cit.*, p. 92.

⁷ Selon le rapport de l'ASPC, « l'anesthésie épidurale ou spinale était la technique avec médicaments la plus souvent utilisée (57,3%) chez les femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale. La plupart des femmes (81,1%) qui avaient utilisé cette technique estimaient qu'elle les avait beaucoup aidées ». *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 16.

haut risque, et ce qui détermine le passage de l'un à l'autre². La nébulosité des limites de l'état requérant l'intervention est aussi bien illustrée par William Ray Arney lorsqu'il examine la transformation définitionnelle du terme « dystocie » (accouchement laborieux, pénible) dans le manuel *Williams Obstetrics*, la bible du domaine:

[...] the dimensionality of abnormality changed; the main reason for a first-time caesarean operation, "dystocia" or failure of labor to progress effectively, was subdivided into many different reasons for dystocia. By 1980, when dystocia was blamed for one-third of recent dramatic increase in caesarean sections, a changed understanding of the term existed. The change "corresponded to a shift from an anatomical consideration to a more functional approach to labor – that is, less pelvimetry and more labor graphs"³.

Intégrée comme un moyen de monitoring parmi tant d'autres pour éviter des complications, la césarienne devient une manière courante d'enfanter, de valeur égale ou supérieure à l'accouchement par voie vaginale (symboliquement, il y a très peu de différence, « tant que le bébé est en santé »⁴). Selon le Dr Michael Kramer, directeur scientifique de l'Institut de Recherche en Santé du Canada, les obstétriciens préfèrent les risques des césariennes aux risques des accouchements « naturels », et ainsi suggèrent plus fréquemment l'intervention tout en écartant leurs conséquences iatrogènes (infections, embolies, difficultés d'allaitement, etc.)⁵. Certains experts vont jusqu'à recommander des césariennes prophylactiques, c'est-à-dire préventives, pour l'ensemble des parturientes : « *since birth is such a dangerous and traumatic process for both woman and child, the best obstetric care should perhaps come to include complete removal of the risks of "normal" labor and delivery.* [...] Should we not offer the ultimate pelvic and birth-canal protection to the mothers? »⁶ Manifestement, le corps maternel a perdu le rôle principal dans l'accomplissement de la procréation; c'est moins le corps qui enfante que l'expertise biomédicale⁷. De nos jours, près d'une femme occidentale sur quatre accouche par césarienne¹.

¹ William Ray Arney, *op.cit.*, p. 211 (retenant les propos de Grantly Dick-Read, militant de renom en faveur de naissances plus naturelles et sans douleur).

² En s'appuyant sur Danièle Carricaburu, Béatrice Jacques montre l'inflation constante du contenu de la catégorie haut risque. Par exemple, un médecin interviewé explique : « Avant, un siège c'était normal, c'était comme un accouchement naturel. Aujourd'hui, les textes disent qu'il faut faire une césarienne, donc ça devient un accouchement dystocique ». Un autre affirme que « des grossesses normales, il n'y en a plus ». Dans *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 58-59.

³ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 145-46.

⁴ Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 177. Cette perspective est bien exprimée dans le numéro déjà cité de *Science & Vie* (p. 110) : « Généralement, lorsque l'accouchement par les voies naturelles peut se révéler dangereux pour la mère ou l'enfant [...] la césarienne est une délivrance ».

⁵ Kramer cite notamment des données de l'OMS indiquant que les taux de césarienne ont presque doublé au cours de la dernière décennie, surtout dans les pays à revenus élevés comme le Canada. Voir *La Presse canadienne*, « Césariennes en hausse : les risques sont fréquents, dit l'IRSC », *Cyberpresse*, 10 avril 2010, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/vivre/sante/201004/10/01-4269222-cesariennes-en-hausse-les-risques-sont-frequents-dit-lirsc.php> (consulté le 12 avril 2010).

⁶ Éditorial du *New England Journal of Medicine* (1985), cité dans Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*, p. 54. C'est nous qui soulignons.

⁷ « In hospital deliveries, responsibility and credit are clearly the physician's (ex. hand shake and thank you between staff). Typically nobody thanks the woman. In the common view, she has been delivered rather than given birth ». *Ibid.*, p. 67.

Tandis que certaines critiquent le procédé et affirment se sentir aliénées du processus de naissance², d'autres vont jusqu'à le prévoir à l'avance³. Entre ces deux positions opposées, se trouve une majorité de femmes qui considère cette intervention chirurgicale comme plus sûre, dans certains cas, que l'accouchement « naturel »⁴.

Clairement, le redesign biomédical des paramètres de l'accouchement a presque totalement éliminé l'exécution corporelle de l'expérience, ou du moins l'a entièrement reformatée. La « nature » que représente le corps maternel est ainsi complètement dévalorisée puisqu'elle ne constitue qu'un fardeau de souffrances et de complications qu'il faut éliminer. Devenues à ce point nécessaires, les diverses techniques sont ainsi naturalisées, c'est-à-dire qu'elles deviennent des conditions de possibilité dont on peut difficilement se passer⁵. Comme Sarah Franklin l'a si bien formulé, « the necessity for technological assistance thus comes to be seen as a product of nature itself »⁶. L'utérus artificiel serait donc le descendant direct de cette lignée idéologique.

2.3.2 Grossesse moléculaire et technétronique

La perspective systémique de surveillance s'étend jusqu'aux menus détails de la vie (*to the minutiae of life*)⁷, alimentant la fascination envers la conception de l'être humain, intensifiant la curiosité à l'égard de ce nouveau patient, et ainsi scindant la patiente en deux entités distinctes, voire antagonistes⁸. Il faut retenir que cette « molécularisation du contrôle reproductif »⁹ rompt

¹ *Ibid.*, p. 75; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.* Selon l'ASPC, environ un quart (26,3%) des parturientes canadiennes ont une césarienne. *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 15.

² William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 146; Robbie Davis-Floyd, *op.cit.*

³ Dans l'enquête de l'ASPC, environ 8% des femmes demandent à leur médecin durant leur grossesse d'accoucher par césarienne. *Ce que disent les mères*, *op.cit.*, p. 15. Mais il faut mentionner la tendance montante « too posh to push » chez des femmes aisées, notamment des célébrités, à prévoir des césariennes des semaines à l'avance afin de « moins abîmer leur corps ». Le terme « posh » renvoie à Victoria « Posh Spice » Beckham. Voir le percutant article de Sora Song et al., « Medicine : Too Posh to Push », *Time*, 19 avril 2004, en ligne : <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,993857,00.html> (consulté le 15 septembre 2009).

⁴ Déjà en 1921 : « Normal women come to us demanding a cesarean delivery to avoid the agonies of childbirth. While none would grant this request, it is well to remember that what is a fantasy today may be a fact tomorrow. A cesarean section is the easiest way for any primiparous woman to have her baby, and it is the surest way of having a live baby. It is the only painless childbirth that occurs today ». O. Paul Humpstone, « Cesarean section versus spontaneous delivery », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1, juin 1921. Cité dans Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », dans Pamela Eakins (dir.), *The American Way of Birth*, *op.cit.*, p. 34.

⁵ Sur la naturalisation de la technique, voir Céline Lafontaine, *L'empire cybernétique*, *op.cit.*, p. 141; Daphné Esquivel Sada, *Le nanomonde et le renversement de la distinction entre nature et technique*, *op.cit.*

⁶ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 333-34.

⁷ William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 133.

⁸ Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*; Kristen Karlberg, « Am I Good Enough for my Family? Fetal Genetic Bodies and Prenatal Testing », dans L. J. Moore et M. Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 72; David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 251; Emily Martin, « The Fetus as Intruder », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

⁹ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 326-27. Voir aussi Carole H. Browner et Nancy Ann Press, « The Normalization of Prenatal Diagnostic Screening », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*; Kristen Karlberg « Am I Good Enough for my Family? », dans L. J. Moore et M. Kosut

radicalement avec le cadre moderne qui l'abordait d'un point de vue plus universel (lois naturelles, de l'espèce ou divines). La définition de plus en plus microscopique (hormonale, génétique, cellulaire, etc.) de la grossesse fait en sorte qu'elle devienne imperceptible par les sens, donc inconcevable par la femme sans recours à l'expertise. L'exemple le plus probant à cet égard est sans doute l'élaboration de tests hormonaux de grossesse (dans la lignée des avancées de l'endocrinologie), servant à détecter plus tôt la présence fœtale et ainsi entamer plus rapidement les soins prénataux¹. Suivant Barbara Duden, la grossesse était autrefois établie ou reconnue en fonction du récit sensitif de la femme, notamment en ce qui a trait aux mouvements fœtaux (*quickenings*); ainsi l'expérience corporelle et le témoignage subséquent représentaient en quelque sorte un postulat de base de la connaissance². Progressivement, se médicalise la perception interne³:

the physician's finger, than the stethoscope, later X rays, tests, and sonar have invaded woman's gendered interior and opened it to a nongendered public gaze [...] Pregnancy has become operationally verifiable. [...] This sphere of publicly recognized and impenetrable female intimacy has been destroyed [...] *making her reality a phantom*⁴.

Aux yeux des contemporains, le récit de celle qui porte l'enfant est jugé peu pertinent pour reconnaître une présence intra-utérine⁵. Puisque la mère est construite comme ignorante à l'égard de son propre corps⁶, la validité d'une grossesse ainsi que son « bon fonctionnement » ne peuvent être assurés qu'avec certification biomédicale⁷, soit par les tests hormonaux ou sanguins, ou bien via l'échographie.

La célèbre maxime de l'écrivain Guy Debord stipulant que « tout ce qui était directement vécu s'est éloigné dans une représentation »⁸ prend tout son sens alors que s'essoré l'imagerie médicale⁹ et l'échographie¹⁰ dans cette *société du spectacle*, du *simulacre et de la simulation*¹¹. À l'instar

(dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 71-73. Sur l'identité génétique et technoscientifique, voir Adele Clarke et al., « Biomedicalization », *loc.cit.*; Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, *op.cit.*

¹ Sur l'endocrinologie et la définition hormonale de la grossesse, voir Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*; Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans A. Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology and Medicine*, *op.cit.*, p. 199-213.

² Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 15; Ann Oakley, *ibid.*, p. 19 et 155.

³ Béatrice Jacques, *ibid.*, se référant à Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*

⁴ Barbara Duden, *ibid.*, p. 81. C'est nous qui soulignons.

⁵ « The mere act of listening is no longer problematic; the technical difficulties of auscultation have been solved ». William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, *op.cit.*, p. 102.

⁶ Rhonda Shaw, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *loc.cit.*, p. 142.

⁷ Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*, p. 94; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 10; Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 98.

⁸ Guy Debord, *La société du spectacle*, Paris, Gallimard, Folio, 1992 [1967], p. 15.

⁹ Voir David Le Breton, « Les hiéroglyphes de lumière : de l'imagerie médicale à l'imaginaire du corps », dans *Anthropologie du corps et modernité*, *op.cit.*, p. 203-28.

¹⁰ Pour une histoire détaillée des ultrasons, voir Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*

¹¹ Voir Jean Baudrillard, *Simulacres et simulation*, Paris, Galilée, 1981. Pour une intéressante analyse de la culture populaire contemporaine selon la perspective de Baudrillard, voir Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls*, *op.cit.*

du MFE, l'échographie est une pratique hybride¹ qui incarne le triple mouvement de molécularisation, de neutralisation et d'extériorisation du processus reproductif. D'abord développée pour dépister les anomalies des « grossesses à risque »², cette technique présentée comme « nécessaire, passive et neutre »³ devient rapidement routine au point d'être aujourd'hui considérée comme une étape normale de la grossesse : en moyenne, les femmes y recourent à chaque trimestre⁴. La reproduction imagée permet de mieux comprendre l'environnement intra-utérin mystérieux : « [...] simulated nature bridges the gap in natural sequences »⁵. En plus de confirmer la grossesse, et au-delà du dépistage d'anomalies microscopiques, cette visualisation d'une forme embrouillée indécodable aux yeux des profanes recouvre deux « bénéfiques » supplémentaires, selon l'anthropologue Janelle Taylor, soit rassurer les parents et favoriser le *bonding*⁶. Émerge une fois de plus cette pierre angulaire articulant contrôle technoscientifique et rehaussement (*enhancement*) de l'expérience d'enfantement.

Constituant une preuve objective de la vie utérine, une photo en mouvement de la réalité de l'enfant, la première échographie suscite beaucoup d'enthousiasme chez la plupart des parturientes (« the most thrilling moments of my pregnancy »⁷), puisqu'elle permet de « faire les présentations avec le bébé », « d'établir le contact », « voir s'il va bien, s'il a bien grossi, qu'il n'y a pas de problème pour lui »⁸. La reproduction visuelle de la grossesse a un effet concret sur le corps, permettant à la femme de passer du sentiment d'être enceinte à celui de porter un enfant⁹. Souvent, la visualisation technique est succédée (de près ou de loin) des premiers mouvements fœtaux, comme si l'image extérieure fondait la sensation intérieure, tel que suggéré par les anthropologues Lisa Mitchell et Eugenia Georges¹⁰. Hâtant la maternité (« it put my pregnancy into fast-forward »¹¹), l'hyperréalisme technoscientifique ne sert pas seulement à prendre

¹ Selon Janelle Taylor, l'échographie est une technique hybride, mélangeant médecine et « entertainment », c'est-à-dire « as a high tech medical device and as a consumer product ». Janelle S. Taylor, « Image of Contradiction: Obstetrical Ultrasound in American Culture », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 25.

² Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 14. Voir aussi Barbara Duden, *Disembodying Women*, *op.cit.*, p. 32 et 75-76.

³ Lisa M. Mitchell et Eugenia Georges, « Baby's First Picture. The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 106.

⁴ Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, « Multiplying Obstetrics: Techniques of Surveillance and Forms of Coordination », *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 2000, p. 65; Béatrice Jacques, *op.cit.*; Lisa Mitchell et Eugenia Georges, *ibid.*

⁵ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*; *Idem*, « Making Miracles », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*

⁶ Janelle S. Taylor, « Image of Contradiction: Obstetrical Ultrasound in American Culture », *op.cit.*, p. 15-45.

⁷ Elizabeth F. S. Roberts, « "Native" Narratives of Connectedness. Surrogate Motherhood and Technology », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 201.

⁸ Selon les enquêtes de Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 12 et 95. Les interviewées de Lisa Mitchell et Eugenia Georges abondent dans le même sens (*op.cit.*), ainsi que celles de Rayna Rapp (*Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*).

⁹ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op.cit.*, p. 11.

¹⁰ Lisa Mitchell et Eugenia Georges, *op.cit.*, p. 106; E. Georges, « Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece », dans R. Davis-Floyd et C. Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge*, *op.cit.*, p. 91-112.

¹¹ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 120.

conscience de la grossesse et la sentir, mais aussi à développer sa nouvelle identité parentale (tant pour la mère que pour le/la conjoint-e). Tellement que l'échographie est reconnue très efficace pour convaincre les pré-mères de modifier leurs comportements et d'abandonner leurs habitudes nocives (tabagisme, alcoolisme, alimentation inadéquate) ou encore l'idée d'avorter¹. Au surplus, l'échographie est également appréciée dans le cas des mères porteuses ; en plus d'aider les futurs parents à « apprivoiser » et « tomber en amour avec leur enfant », cette technique produit un effet rassembleur entre mères porteuses et parents « commanditaires », selon l'anthropologue Elizabeth Roberts : « The cyborg technology of ultrasound becomes a means of transcending the bodily boundaries separating the surrogate and the commissioning mom »². C'est là que réside toute la puissance symbolique de cette technique : elle déclenche rien de moins que l'identité maternelle et parentale, laquelle s'érige sur une représentation technique plutôt que sur la corporalité.

Si l'imagerie impose effectivement une transparence à l'antre énigmatique du corps³, il faut toutefois rappeler l'évanescence du corps réel qui émane de cette médiation électronique de l'expérience cognitive et sensitive de la maternité, du rapport à l'enfant, et de l'interaction entre médecin et patiente. L'anthropologue Barbara Katz Rothman a judicieusement critiqué cette logique qui détache technologiquement la mère de son propre corps pour ensuite faire de l'échographie l'occasion idéale pour se rapprocher de sa grossesse, d'apprendre à connaître le fœtus, de faire du *bonding*. « The baby on the screen is made 'real', more real than the baby within the experienced pregnancy. [...] an abstraction becomes a baby »⁴. De cette manière, la projection d'images d'une vie humaine quasi autonome (mouvements, battements cardiaques, air de famille)⁵ déclenche une « bébé-isation »⁶, une présocialisation du futur enfant qui lui accorde le statut de sujet individualisé. Pour plusieurs, l'échographie annonce l'arrivée d'un nouveau membre de la famille, permet d'identifier son sexe, d'entamer sa construction genrée⁷ ainsi que lui désigner un prénom. Non seulement constate-t-on que cette anticipation marque le décalage

¹ Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

² Elizabeth Roberts, « "Native" Narratives of Connectedness. Surrogate Motherhood and Technology », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 202.

³ « Ultrasound is like putting a window on the womb ». Christine Overall citée dans Ingrid Zechmeister, « Foetal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom », *loc.cit.*, p. 391.

⁴ Barbara Katz Rothman, « Laboring Now », dans L. J. Moore et M. Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 48-49.

⁵ Souvent, les échographistes utilisent des termes comme « dancing, playing, swimming, partying, or waving » pour décrire les mouvements du fœtus. Voir Lisa Mitchell et Eugenia Georges, « Baby's First Picture », *op.cit.*, ainsi que Lisa Mitchell, *Baby's First Picture : Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*, Toronto, University of Toronto Press, 2001.

⁶ Barbara Katz Rothman, « Laboring Now », *op.cit.*, p. 49.

⁷ « Knowledge of fetal sex increases the velocity of a pregnancy: in our culture, a sexed fetus is no longer a developmental imaginary, it becomes a "little slugger in a Mets uniform or a ballerina in a pink tutu" ». Barbara Katz Rothman citée dans Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 122.

entre la naissance physiologique et la naissance sociale¹, mais aussi que la subjectivité de l'enfant à naître est d'ores et déjà déterminé, puisqu'on interprète culturellement sa « nature » représentée sur l'écran, on lui accorde des traits subjectifs bien avant qu'il ne soit capable de les exprimer lui-même².

Alors que les individus présents dans la salle d'examen (parents et échographiste) observent à l'unisson le fœtus sur l'écran, le corps réel de la parturiente passivement étendue est pratiquement absent, comme le littéraire Steven Mentor l'a bien relaté d'après son observation participante : « the externalization of the image takes the “real” from inside her and reframes it as a medical movie, over here, subject to various manipulations »³. Ainsi se dessine un scénario où la femme joue le simple rôle d'un environnement sujet à l'exploration technoscientifique et à la prescription biomédicale, tel que soulevée par la chercheuse en technologies de santé Ingrid Zechmeister, suivant son expérience de travail comme échographiste :

Looking at an ultrasound picture does provide information about the foetus but little about its relation to the mother. The pregnant body has become a kind of 'empty spaceship' for the 'cosmonaut' foetus [...], the mother's role is marginalized to being the "foetal container," a vessel. This metaphor is expressed more clearly in scientific photographs of the foetus which have in common that *they make the mother invisible* by simultaneously bestowing a status of independence upon the foetus. [...] In other words, *picturing and visualising the foetus detaches and separates it from the mother's body*. It conceals the relation of the foetus to the mother's body or even denies the existence of a relation entirely. As it is the case in ultrasound, it transfers the foetus from the mother on to the screen and creates a new image of the foetus⁴.

Ces constats rejoignent ceux de la littéraire Carol Stabile qui, dans son analyse détaillée de la photographie fœtale, démontre avec brio les « politics of disappearance » qu'opèrent ces images, dans la mesure où toutes les traces du lien corporel materno-foetal sont tellement molécularisées que le corps enceint disparaît, accentuant dès lors l'effet d'autonomisation du fœtus⁵. On retrouve la même rhétorique dans la presse de vulgarisation technoscientifique expliquant la reproduction humaine presque exclusivement en termes de gènes, de molécules et d'hormones, ce qui néglige continuellement la contribution des parents en tant qu'êtres fondant l'acte

¹ Béatrice Jacques démontre bien que cette anticipation de la naissance marque un processus d'individualisation et de normalisation précoces, « un décalage vers l'amont du temps où notre société place le début de la vie ». *op.cit.*, p. 14.

² Lisa Mitchell et Eugenia Georges, « Baby's First Picture », *op.cit.*, p. 109.

³ Steven Mentor, « Witches, Nurses, Midwives and Cyborgs. IVF, ART and Complex Agency in the World of Technobirth », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 81.

⁴ Ingrid Zechmeister, « Fœtal Images », *loc.cit.*, p. 391-92. C'est nous qui soulignons.

⁵ Carol Stabile, « Shooting the Mother: Fetal Photography and the Politics of Disappearance », *loc.cit.* L'auteure prend pour objet d'étude les images exemplaires du photographe Lennart Nilson, issues du magazine *Life* d'abord en 1965, puis en 1990. Alors que dans la première série de photos, on retrouve des images de fœtus en milieu utérin, où le lien avec le corps maternel est évident (placenta, cordon ombilical, parois utérines, etc.), on remarque que les photos plus récentes présentent des fœtus flottants dans une

procréatif¹. Se dégage alors un nouveau contexte d'engendrement qui, en esquivant (*bypass*) les intermédiaires que sont les mères², leur accorde un statut de quasi-spectatrice (*bystanders*)³, et place le fœtus à l'avant-scène ainsi que la technoscience. « Everywhere you look there are fetuses but no women »⁴.

Mais l'omniprésence du fœtus dévoile aussi l'absence de son corps, lequel n'est tangible que dans sa représentation électronique et moléculaire. Rayna Rapp remarque justement l'hyper désincarnation (*disembodiment*) de la reproduction que cela implique : « A technology of exclusively visual signs which renders “a collection of echoes” into a representation of a baby now substitutes for embodied states. This reduction also sharpens the focus from a diffuse knowledge of women's embodied experiences to a finely tuned image of the fetus as a separate entity or ‘patient’ »⁵. Cette construction technétronique de l'identité fœtale suppose qu'il est déjà biomédicalement défini en termes de risques et de pathologies, et ce bien avant sa venue au monde réel : « The irony, of course, is that this construction occurs in the very same moment the sonographer is looking for the signs and symptoms that would indicate the fetus is not developing normally. In that case, the woman would be encouraged to consider abortion, and the ‘baby’ would be quickly de/reconstructed as a fetus or even a “genetic mistake”, an “abnormality” »⁶.

Dans la même veine que l'échographie, s'effectuent maintes pratiques de diagnostic prénatal (DPN) comme les tests sanguins « alpha-fetoprotein », le « chorionic villus sampling » ou l'amniocentèse⁷. Servant d'abord à détecter et visualiser des malformations congénitales de nature chromosomique, génétique, morphologique ou aigue (ex. trisomie, spina-bifida, fibrose kystique, toxoplasmose), les techniques de DPN deviennent actuellement routine au point qu'elles sont considérées normales et dans certains cas « essentielles »⁸, notamment chez les

bulle sans aucun attachement au corps maternel. Voir aussi Barbara Duden, *Disembodying women*, *op.cit.*; Karen Newman, *Fetal Positions*, *op.cit.*

¹ Voir *Science & Vie*, « Neuf mois pour venir au monde. 30 questions sur la plus belle aventure de la vie », *loc.cit.*; Emily Martin, « The Egg and the Sperm », *loc.cit.*

² Ann Oakley, *The Captured Womb*, *op.cit.*, p. 155; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 121.

³ Steven Mentor, « Witches, Nurses, Midwives and Cyborgs », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *op.cit.*, p. 75.

⁴ *Ibid.*, p. 81. « The fetus is medically and technically by far the more interesting one ». Christine Overall citée dans Ingrid Zechmeister, « Fœtal Images », *loc.cit.*, p. 391.

⁵ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 121.

⁶ Barbara Katz Rothman, « Laboring Now », dans L. J. Moore et M. Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 49.

⁷ On exclut de notre analyse le dépistage génétique post-natal. Pour un bon aperçu des différentes techniques de DPN, voir Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 441 et suivantes; Carole Browner et Nancy Ann Press, « The Normalization of Prenatal Diagnostic Screening », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 307-22.

⁸ Carole Browner et Nancy Ann Press, *ibid.*; Nancy Ann Press et al., « Provisional Normalcy and ‘Perfect Babies’: Pregnant Women's Attitudes Toward Disability in the Context of Prenatal Testing », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 46-65.

femmes de plus de 35 ans considérées plus à risque. Présenté et marketé comme un moyen de « rassurer » les femmes que leur fœtus se développe normalement, le DPN est alors défini comme un allègement du fardeau de la grossesse risquée, un rehaussement de leur qualité de vie¹. Bien que les « diagnostics » relèvent majoritairement de calculs de probabilités de risques² (ex. 1 chance sur 400 d'avoir un enfant trisomique) et qu'ils restent par conséquent hypothétiques, les résultats chiffrés génèrent de considérables « effets de vérité » pouvant être très sécurisants lorsque la grossesse s'avère « normale »³, sinon très décisifs dans le cas contraire. Puisque la majorité des conditions détectables par DPN n'ont pas de solutions ou de traitements, cette méthode donne le « choix » aux femmes d'interrompre « volontairement » la grossesse, sinon offre dans certains cas l'option de chirurgie fœtale; ainsi cette technique sert à « sauver les parents de la “tragédie” d'avoir un enfant handicapé »⁴. Face au diagnostic d'une grossesse « défectueuse », environ 90% des femmes décident de se faire avorter⁵.

Au cœur de cette technique se loge la tension récurrente danger/sécurité⁶, contrôle/liberté, ou dans les mots de Rayna Rapp, « a tension fraught terrain of control and alleviation »⁷. Ce biocontrôle du « risque ultime »⁸ qu'est la grossesse cultive une rhétorique de l'*empowerment*, du choix, de la facilitation, de l'amélioration, et est ainsi vu comme « humanitaire vu l'allègement de la souffrance et de l'affliction »⁹. Sans entrer dans le cousinage eugéniste que pose l'utilisation croissante du DPN¹⁰, on se doit de questionner ses promesses de possibilités illimitées (*expanding possibilities*) et de « choix » reproductif alors qu'il touche à des lourdes sensibilités morales attachées aux épineuses questions d'invalidité/incapacité (*disability*) et

¹ *Ibid.*; Jyotsna Gupta, *op.cit.*, p. 456.

² Mise à part l'amniocentèse, qui offre des résultats beaucoup plus précis.

³ Carole Browner et Nancy Ann Press, « The Normalization of Prenatal Diagnostic Screening », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *op.cit.* Sur les effets de vérité, voir les travaux de Michel Foucault.

⁴ Traduction libre de « save the parents from the 'tragedy' of having a handicapped child », *Ibid.*, p. 308. Voir aussi Ruth Schwartz Cowan, « Medicine, Technology, and Gender in the History of Prenatal Diagnosis », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, *op.cit.*, p. 192-93.

⁵ Carole Browner et Nancy Ann Press; *ibid.*; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 223. Voir aussi Sandra Goundry, « The New Reproductive Technologies, Public Policy and the Equality Rights of Women and Men with Disabilities », dans Gwynne Basen et al. (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*, p. 154-66.

⁶ Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament », *loc.cit.*, p. 100-01; Anthony Giddens, *Les conséquences de la modernité*, *op.cit.*

⁷ Rayna Rapp, *op.cit.*, p. 107.

⁸ Carole Browner et Nancy Ann Press, *op.cit.*, p. 309; Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, *op.cit.*

⁹ Traduction libre de « humanitarian for alleviating grief and suffering », Carole Browner et Nancy Ann Press, *ibid.*, p. 320.

¹⁰ Considérant qu'il s'agit de méthodes visant à circonscrire et éliminer certaines maladies héréditaires, chroniques ou aiguës, en vue d'éliminer la génération d'êtres ayant certaines caractéristiques problématiques, il n'est pas abusé d'affirmer que le DPN participe au déploiement d'un néo-eugénisme. Quoiqu'il ne s'agisse pas d'un eugénisme étatique comme celui du régime nazi, il faut tout de même questionner ce « modèle de contrôle héréditaire » (Rayna Rapp, *op.cit.*, p. 78), devenant routine dans notre système public de santé, visant la purgation d'éléments indésirés et ainsi l'élimination de certains types d'individus. Sur la question de l'eugénisme et des technologies génétiques, voir Gwynne Basen et al. (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*; Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 477-86; Jürgen Habermas, *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral?*, Paris, Gallimard, NRF essais, 2002.

d'avortement. L'enquête de Rapp sur l'amniocentèse aux États-Unis met d'ailleurs en évidence le fossé effectif entre les bénéfices de contrôle imaginés et les limites réelles des résultats¹. Au-delà des erreurs de diagnostics et des risques encourus par la technique en soi (pouvant notamment provoquer une fausse couche), Rapp démontre par les divers récits de ses enquêtées la vaine rhétorique du choix, laquelle est intolérable (*unbearable*) pour les femmes qui sont confrontées à une situation qu'elles n'ont évidemment pas choisie. Dans ce cas, le terme « décision » serait nettement plus approprié², surtout lorsqu'on sait que le choix de refuser le test est fortement réproché de toutes parts, stigmatisant la « mauvaise mère » d'ignorance et d'irresponsabilité à l'égard du bien-être de son enfant³. Ainsi, le DPN représente pour plusieurs un devoir plutôt qu'un choix, dans une société où les mères portent la responsabilité de la santé fœtale, devant s'assurer en tout temps de faire les « bons choix », d'éloigner tout ce qui est considéré risqué pour le fœtus, de porter le fardeau du soutien (*burden of nurturance*)⁴ de l'enfant handicapé sinon le poids de l'avortement. En l'occurrence, la décision d'interrompre la grossesse est majoritairement vécue difficilement et ambigument, tirillée entre des normes sociales contradictoires qui d'une part acceptent implicitement l'avortement de fœtus malformés et d'autre part prohibent la discrimination envers les handicapés (ex. langage *politically correct*, euthanasie)⁵.

Thus the 'choice' any pregnant woman makes to take or reject the test, and to keep or end any specific pregnancy, flows from the way that both pregnancy and disability are embedded in personal and collective values and judgements within which her own life has developed. [...] There is a complex choreography of domination, manipulation, negotiation, and, sometimes, resistance in the gender tales women tell about their decisions to use or reject this piece of reproductive technology. [...] [We need] more ample space for examining the contradictory social relations and limits each woman faces, and the constrained agency she exercises in her reproductive choices⁶.

Il faut donc comprendre que le DPN ne correspond pas nécessairement à une quête de « bébés parfaits », comme l'entend l'expression « designer babies »⁷, mais plutôt à un besoin de produire des « bébés parfaitement normaux », ce qui suggère que les technosciences pallient la « nature » défectueuse pour simplement produire la « normalité »⁸.

¹ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 104.

² *Ibid.*, p. 222-27.

³ *Ibid.*, p. 100-01. Voir aussi Abby Lippman, « Worrying – and Worrying About – the Geneticization of Reproduction and Health », dans Gwynne Basen et al. (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*, p. 48.

⁴ Rayna Rapp, *ibid.*, p. 87.

⁵ Nancy Press et al., « Provisional Normalcy and 'Perfect Babies' », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 63; voir aussi Carole Browner et Nancy Ann Press, « The Normalization of Prenatal Diagnostic Screening », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*

⁶ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 91 et 100.

⁷ Sarah Franklin et Celia Roberts, *Born and Made*, *op.cit.*

⁸ Nancy Press et al., « Provisional Normalcy and 'Perfect Babies' », *op.cit.*, p. 56.

Alors que pour certaines le DPN est vécu comme un défi contraignant, d'autres le prennent pour droit et cheval de bataille, comme en témoignent les poursuites pour « préjudice d'être né » (*wrongful life suits*) où des parents d'enfants nés handicapés poursuivent les médecins ayant omis de recommander certains tests pré-nataux (ex. Affaire Perruche en France)¹. Il n'est donc pas étonnant que ce type de jurisprudence renforce les recommandations biomédicales de DPN afin d'éviter d'autres poursuites judiciaires. De tels cas de militance démontrent que les femmes agissent comme de véritables « agents de diffusion » de la technique, suivant l'expression de Ruth Schwartz Cowan abordée au chapitre précédent. Paradoxalement, le mouvement pour la santé des femmes (*women's health movement*), qui au départ critiquait fortement la médicalisation et technicisation de l'enfantement, a contribué à renforcer l'*empowerment* des femmes et leur pouvoir d'action et de revendication, ce qui par ricochet contribue à radicaliser la biomédicalisation du processus d'enfantement². Selon Schwartz Cowan, le DPN est un exemple probant des « multiples ironies » de l'histoire du féminisme³, générant encore et toujours de nouvelles réalités qui se chevauchent et s'inter-influencent, suscitant des rebondissements imprévus qui relanceront de nouvelles luttes sociopolitiques. Clairement, cette technique est loin de simplifier la condition enceinte; au contraire, elle renforce sa complexité.

En somme, la pathologisation omnidirectionnelle de l'enfantement a pour effet d'exacerber le paradoxe du corps présent/absent, soit de simultanément mettre le corps de l'avant et de côté. D'une part, la focalisation insistante et péjorative sur les risques et pathologies, sur ce qui risque de mal tourner (*what could go wrong*)⁴, fait en sorte que les responsabilités, difficultés et dysfonctions sont profondément intégrées et incorporées (*embodied*) chez les mères, confrontées concrètement aux paradoxes de leur propre corps (« knowing in our bones or in our wombs that we will be responsible »¹). D'autre part, cette pathologisation mène à la négation et dématérialisation du corps réel, désymbolisé et retranscrit en formules moléculaires et simulé technétroniquement. Au bout du compte, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas seulement de la technoscientificisation du corps maternel, mais bien aussi celui du fœtus, en s'appuyant sur la sociologue médicale Kristen Karlberg. Virtuellement identifiés, génétiquement déterminés,

¹ Ruth Schwartz Cowan, « Medicine, Technology, and Gender in the History of Prenatal Diagnosis », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, *op.cit.*, p. 194. Voir aussi Jürgen Habermas, *L'avenir de la nature humaine*, *op.cit.*

² Pour une critique de cette position, voir Ilana Löwy, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le women health movement et les transformations de la médecine aux Etats-Unis », *Travail, genre et sociétés*, 2 (14), 2005, p. 89-108.

³ Ruth Schwartz Cowan, *op.cit.*

⁴ Sarah Franklin, « Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 104.

micromanipulés, les corps des fœtus sont de purs cyborgs dans leur constitution, fruits d'un mélange organique et technique². Le fœtus-sujet ainsi diagnostiqué de conditions moléculaires, on constate qu'il est donc biomédicalisé et construit comme vulnérable avant sa naissance³, voire avant même qu'il ne soit techniquement examiné⁴. Ceci démontre que la biomédicalisation des sujets peut désormais s'effectuer sans corps matériels à palper, simulés par des indicateurs ou des représentations informationnels qui ont pour leur part un effet concret sur la construction identitaire, suivant la logique du déterminisme génétique (« you become your genes »⁵). Autrement dit, la subjectivité et la biosocialité maternelle et fœtale semblent effectivement pouvoir s'ériger sur des fondements strictement acorporels.

2.3.3 L'immaculée techno-conception et la question du miracle

Propulsé par la perpétuelle contention de contrôle/liberté, l'univers *high tech* de la maternité est porté à son paroxysme avec les « nouvelles » technologies de reproduction (NTR), lesquelles parachèvent le triple mouvement de molécularisation, neutralisation et extériorisation de la reproduction corporelle pathogène. Banques de sperme et d'ovules cryopréservés, insémination artificielle, hyperstimulation ovarienne, diagnostic pré-implantatoire, sélection sexuelle⁶, fécondation *in vitro*, mères porteuses : autant de moyens de contourner les embarras du corps et de *reproduire la reproduction* afin de fonder une famille. Comme leur nom l'indique, les cliniques d'infertilité s'adressent en tout premier lieu aux couples « infertiles » ou « stériles » qui désirent remédier à leur statut involontaire de « sans enfant » (*involuntary childlessness*) – considéré pour une grande portion de femmes comme une débâcle identitaire (« breakdown in gender identity and life course »⁷) – et ainsi épanouir leur projet parental. Les NTR sont également utilisées chez des couples fertiles mais porteurs de conditions héréditaires, désirant recourir au

¹ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 308 (voir aussi p. 88).

² Kristen Karlberg, « Am I Good Enough for my Family? Fetal Genetic Bodies and Prenatal Genetic Testing », dans L. J. Moore et M. Kosut (dir.), *The Body Reader*, *op.cit.*, p. 69. Voir aussi R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*

³ Rayna Rapp, *op.cit.*, p. 269.

⁴ Kristen Karlberg, *op.cit.*, p. 74.

⁵ *Ibid.*, p. 71; Abby Lippman, « Worrying – and Worrying About – the Geneticization of Reproduction and Health », dans G. Basen et al. (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*

⁶ Il s'agit de sélectionner le sexe, soit avant la conception de l'embryon ou après. La première méthode est un dérivé du sexage génétique opéré sur les animaux, notamment sur les vaches laitières. Sinon, c'est par le biais des diverses formes de DPN qu'on peut déterminer le sexe. Notons que dans certaines communautés culturelles valorisant la progéniture masculine, la détection d'un fœtus de sexes féminin peut mener à l'avortement. Sur la pratique de sélection sexuelle en Colombie-Britannique, voir Sunera Thobani, « From Reproduction to Mal(e) Production. Women and Sex Selection Tehnology », dans G. Basen et al. (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*, p. 138-53.

⁷ Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*, p. 5.

dépistage génétique pré-implantatoire offert par ces cliniques afin d'éviter (ou de favoriser¹) la transmission à leur progéniture². De l'utilisation croissante des NTR, nous retenons la relativité définitionnelle de la « thérapeutique », mais surtout que le « besoin » de pallier le corps pathogénique semble s'intensifier au point de vouloir le remplacer totalement par utérus artificiel, comme le suggère ce passage éloquent de la revue *New Scientist* : « Fifty or 100 years from now, our *in vitro* procedures for parts or even all of pregnancy may end up being safer than dealing with the various things that occur in the body – in terms of viruses that the mother comes across, toxins, and so on »³. Avant de s'engager dans l'univers discursif de l'utérus artificiel, il convient d'affûter une dernière fois nos outils d'analyse pour mettre à vif l'effacement du corps dans les NTR, et par conséquent mieux comprendre pourquoi ces techniques sont considérées comme immaculées, moins risquées, mieux que nature. « Technologies in the field of assisted reproduction are not only meant to give nature a helping hand, but are hailed as being even 'better' than nature »⁴.

L'incessante pathologisation du corps : de la molécularisation à l'extériorisation

Dans la lignée de la distinction entre sexualité et reproduction, sont différenciés pointilleusement la conception de la fécondation⁵, ainsi que les liens de sang et de gènes⁶, tout en scrutant l'état des hormones et globules ainsi que les infinis risques de bactéries ou de virus. La molécularisation de la reproduction fait du microscopique un acteur géant dans le déroulement reproductif, nettement supérieur à d'autres dimensions. Sont notamment distinguées les contributions génétiques et gestationnelles de la procréation, où les unes sont considérées plus importantes que les autres⁷. Sarah Franklin signale d'ailleurs la centralité des processus génétiques de « réplication, recombinaison et expression », établis comme déterminants pour les phases subséquentes de la reproduction à la manière d'un « destin programmé »¹. « As natural facts, genetic processes are both hierarchically dominant and sequentially prior to the events of

¹ Mentionnons le cas du couple de femmes américaines sourdes, qui ont choisi, grâce au diagnostic pré-implantatoire, de mettre au monde un enfant sourd afin qu'il puisse partager leur « culture sourde ». Rapporté par Suzanne Philips-Nootens, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égare », *op.cit.*, p. 179, référant à Dena S. Davis, « Genetic Dilemmas and the Child's Right to an Open Future », *Hastings Center Report*, 27 (2), 1997, p. 7.

² Charis Thompson, *Making Parents*, *op.cit.*, p. 4.

³ Anil Ananthaswamy, « Brave New Babies », *New Scientist*, 2292, 26 mai 2001, p. 4. C'est nous qui soulignons.

⁴ Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 336; référant aux travaux de Sarah Franklin.

⁵ La fécondation réfère à la fusion des gamètes, et la conception est le processus de recombinaison génétique effectué après 36 heures. Voir Sarah Franklin, « Making Miracles », dans S. Franklin et H. Ragoné, *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 104.

⁶ Charis M. Cussins, « Quit Sniveling, Cryo-Baby. We'll Work Out Which One's Your Mama! », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 42.

⁷ Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*, p. 88.

fertilization and conception; they are thus established as both ontologically and teleologically determining »². Les NTR sont évidemment basées sur cette conception moléculaire du vivant, mais vont, en s'affinant, contribuer à intensifier sa complexité et, ce faisant, radicaliser la vision péjorative de la reproduction corporelle tout en légitimant davantage son extériorisation.

Ayant largement contribué à accroître les connaissances des premiers instants de la vie, s'attachant à décortiquer le fonctionnement et l'imbrication des miniatures processus, les NTR ont permis de mieux déterminer les spécificités du « succès » et de l'« échec » reproductif³. Mais à l'échelle de l'infiniment petit, la reproduction paraît incommensurablement complexe, où chaque parcelle du processus est extrêmement sophistiquée, vue comme un défi parmi plusieurs échelonnés sur un « parcours exténuant »⁴. Par conséquent, cette optique met l'accent sur l'infini potentiel d'échecs (« what can go wrong »), provoquant une compréhension de la fertilité humaine comme étant mal-conçue, inefficace, gaspilleuse (« nature as waste »⁵), contre-productive, vouée à l'échec (« prone to error by itself »⁶). Une telle vision suggère sans ambages la forte improbabilité de reproduction réussie, toujours à risque de faire naufrage au port. La naissance d'un enfant prend alors une allure absolument miraculeuse⁷. Si l'on se fie à ces discours spécialement bien exprimés dans un récent numéro de *Science & Vie*, la reproduction est un un « gymkhana sélectif »⁸, une course à obstacles tellement laborieuse qu'on peine à comprendre comment l'espèce humaine ait pu se générer jusqu'ici sans aide biomédicale⁹. Comme Franklin l'a bien cerné, « [the] increasing awareness of the possibility of reproductive failure [enhances] a climate of infertility consciousness »¹⁰. Cette logique alimente alors la construction de l'infertilité comme une « épidémie » et de la surfertilité comme une injustice scandaleuse (avortements « trop nombreux », « trop d'humains sur la planète », etc.). D'un extrême à l'autre, la reproduction

¹ *Science & Vie, loc.cit.*, p. 143.

² Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, op.cit.*, p. 331.

³ Louise Vandelay critique notamment la naturalisation de l'infertilité comme « maladie », ce qui nie toutes les causes environnementales et sociales (toxicité, repoussement de l'âge procréatif, MTS). Voir *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation, op.cit.*

⁴ *Science & Vie, loc.cit.*, p. 11.

⁵ Sarah Franklin, « Making Miracles », dans S. Franklin et H. Ragoné, *Reproducing Reproduction, op.cit.* Voir aussi les travaux déjà cités de Emily Martin.

⁶ *Idem*, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, op.cit.*, p. 331-32.

⁷ *Ibid.*, p. 329.

⁸ *Science & Vie, loc.cit.*, p. 10.

⁹ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », *op.cit.*, p. 331-32.

¹⁰ *Idem*, « Making Miracles », dans S. Franklin et H. Ragoné, *Reproducing Reproduction, op.cit.*, p. 104.

semble « naturellement » avoir besoin de surveillance et de contrôle constants, légitimant dès lors l'élargissement de l'interventionnisme qui vient à être compris comme naturel et allant de soi¹.

En plus de morbidifier le corps et d'éradiquer le rôle contributif de ses autres dimensions, cette optique moléculaire a pour répercussion de désymboliser la procréation humaine en quelque chose qui échappe à l'emprise du sujet, qui est strictement d'ordre mécano-biologique ne pouvant être assuré que biomédicalement. Comme le littéraire Steven Mentor l'a montré dans son analyse des dépliants informatifs sur la fécondation *in vitro*, l'utilisation d'un langage microscopique produit des effets de vérité qui détachent de l'expérience humaine : « below the human scale realities of in/fertility lie the sublime truths of the microscopic. [...] the genre is literally 'in vitro', a rhetoric of glass : it promises complete visibility but in fact operates at a level invisible to most readers »². Définie en langage hyper spécialisé, en mots non usuels pour la majorité, la fécondation « naturelle » apparaît *high tech*, plus grande que nature, et ainsi échappe à l'emprise du commun des mortels. Mais comme il s'agit d'un langage renvoyant à la nature (biologie, hormones, génétique, etc.), la technique est du même coup naturalisée, banalisée.

Suivant ce double mouvement d'*artificialisation de la nature* et de *naturalisation de l'artifice*³, « où la nature colonisée par la technique devient artificielle tout comme la culture devient naturelle »⁴, se développe une sorte de mise à niveau, une indifférenciation conceptuelle entre la reproduction intra et extra-utérine, selon Franklin. Définie en termes de micro-complexité et d'échecs, la reproduction s'effectue alors selon les mêmes logiques peu importe l'environnement, suivant la logique écosystémique. « Hence the traffic both ways in comparisons of the 'normal' and achieved conception stresses their similarity, their vulnerability to failure, and their naturalness »⁵. Dans ce contexte, les NTR ne sont que des procédés bénins, analogues à celui qu'emprunte la nature⁶. « IVF is based simply on the 'real' of reproduction »¹. Il s'agit de combiner nature et artifice (toutes deux décrites comme précaires) afin d'augmenter les chances de réussite, d'accéder à une forme améliorée d'engendrement. Quoique le mode de

¹ Rappelons qu'on considère maintenant la pré-conception dans le le cadre temporel de la grossesse (ex. conseils de consommation d'acide folique et d'abandon de tabac dans l'année précédant la conception, tests de pré-fertilité pour que les femmes puissent tester leur potentiel reproductif). Voir Sarah Franklin, *ibid.*

² Steven Mentor, « Witches, Nurses, Midwives and Cyborgs. IVF, ART and Complex Agency in the World of Technobirth », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 74.

³ Daphné Esquivel Sada, *Le « nanomonde » et le renversement de la distinction entre nature et artifice*, *op.cit.*

⁴ Johanne Collin, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *loc.cit.*, p. 115, référant aux travaux de Paul Rabinow.

⁵ Sarah Franklin, « Making Miracles », *op.cit.*, p. 105.

⁶ Steven Mentor, « Witches, Nurses, Midwives and Cyborgs », *op.cit.*, p. 75.

fonctionnement soit défini pareillement, il faut cependant admettre que les conditions du laboratoire sont vues comme plus sûres et efficaces, par-delà le corps défectueux. Dépassant une simple « assistance » à la reproduction, une « collaboration » avec le corps, ces techniques le neutralisent et l'évacuent en remplaçant certaines fonctions complètement² et ainsi accomplissent (*achieve*) la reproduction miraculeuse à sa place³.

L'étude socio-ethnographique de Matthieu Schmidt et Lisa Jean Moore sur les banques de sperme (dont la logique peut être transposée aux banques d'ovules) illustre bien la molécularisation du processus qui pathologise le corps et ainsi favorise son effacement. Au-delà du fait que le corps réel du donneur soit évidemment absent de ces lieux, la dématérialisation du corps est évidente par la caractérisation des donneurs en codes phénotypiques et sociogénétiques (grandeur, type sanguin, origine ethnique, couleur des yeux, etc.) : « semen banks dematerialize the body in the perception feedback loop. Body parts are turned into discursive statements, labels, and metaphors in the donor catalogue. [...] Semen banks market the chance to rematerialize, reconstitute, and reproduce the body of the donor »⁴. Le corps est ainsi déconstruit génétiquement, puis reconstruit technoscientifiquement de toutes pièces. Au demeurant, Moore et Schmidt remarquent que le techno-sperme (*technosemen*) est donné par surcroît un qualificatif supérieur (*new and improved*), c'est-à-dire plus sécuritaire et plus performant (*safety, care and success*) que le sperme « naturel »⁵. Éliminant le sperme (et le donneur) indésirable, assurant sa qualité génétique et ainsi créant une substance superfertile, l'insémination artificielle contrôlée fait de la conception « naturelle » une piètre aventure risquée.

Quant à la fécondation *in vitro* (FIV), qui consiste essentiellement à retirer le matériel génétique des femmes, le manipuler technoscientifiquement et de le réinsérer⁶, on constate l'indistinction effective des limites entre intériorité et extériorité ainsi que la malléabilité des limites de la fertilité, pouvant être réagencées jusqu'à permettre des « grossesses tardives » chez des femmes ménopausées⁷, ce qui pose la question de la biomédecine de désirs (*elective medicine*)

¹ *Ibid.*, p. 74.

² Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 113.

³ Voir les deux références déjà citées de Sarah Franklin.

⁴ Matthew Schmidt et Lisa Jean Moore, « Constructing a "Good Catch", Picking a Winner. The Development of Technosemen and the Deconstruction of the Monolithic Male », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 29.

⁵ *Ibid.*, p. 24-26.

⁶ Joseph Dumit et Robbie Davis-Floyd, « Introduction: Cyborg Babies. Children of the Third Millennium », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 6.

⁷ Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans Angela Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, *op.cit.*, p. 204.

sans limite¹. Cet éclatement des frontières du corps maternel et la nébulosité de son statut sont également frappants dans l'article de la chercheuse Irma van der Ploeg, qui problématise l'effacement du corps maternel dans les discours biomédicaux sur la FIV et la chirurgie fœtale. Souvent traitée pour les problèmes des autres patients que sont le couple et le fœtus (comme l'infertilité masculine ou les potentielles malformations fœtales), la femme est forcément au cœur d'une kyrielle d'interventions. Pourtant, Ploeg démontre dans quelle mesure la femme comme patiente individuelle n'est presque jamais mentionnée; cette suppression (*deletion*) discursive illustre clairement que la femme n'est pas prioritaire (« the woman is not the issue »²) face aux intérêts du couple et du fœtus. Créant une véritable confusion entre le corps féminin, masculin, fœtal et biomédical, la FIV renchérit une cyborgisation de l'enfantement qui évacue effectivement la place du corps maternel pourtant encore présent, tout en construisant le fœtus et le couple comme des entités « naturellement » évidentes et prioritaires³. La femme ainsi absente du portrait dépeint, la technique occupe désormais une place naturalisée et essentielle. « IVF as a cyborg technology produces autonomous fetuses and erases/disassembles women's bodies; it reflects the externalization of the organic, and the organicization of the biotechnique »⁴.

En dernier lieu, le cas des mères porteuses est extrêmement révélateur pour saisir tant la porosité entre nature et artifice que le détachement entre corps et lien de parenté, en s'appuyant sur l'anthropologue Elizabeth Roberts. Alors que la plupart des parents « commanditaires » ne voient pas ce contrat de « gestation médicalement assistée » de manière technique mais plutôt comme une méthode naturelle – du moins par rapport à d'autres NTR (« closer to nature »⁵) –, on constate que cette naturalisation de la technique est accompagnée d'une technologisation de la mère porteuse, décrite par elle-même et par les autres comme un engin, un incubateur humain, une « baby-sitter », une « machine à bébé »⁶. La définition de la gestatrice comme « technologique » ou « non-naturelle » permet la distanciation avec l'enfant : « just because it's in

¹ *Ibid.*; Voir aussi Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*; Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté*, *op.cit.*; Jyotsna Gupta, *op.cit.*; Suzanne Philips-Nootens, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égaré », *op.cit.*

² Irma van der Ploeg, « 'Only Angels Can Do Without Skin' : On Reproductive Technology's Hybrids and the Politics of Body Boundaries », *Body & Society*, 10 (2-3), 2004, p. 177.

³ *Ibid.*, p. 176-78.

⁴ Steven Mentor, « Witches, Nurses, Midwives and Cyborgs », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 86.

⁵ Elizabeth Roberts, « Native Narratives of Connectedness. Surrogate Motherhood and Technology », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *op.cit.*, p. 196.

⁶ Notons que la surveillance biomédicale est accrue chez les mères porteuses pour vérifier le développement fœtal mais aussi pour accommoder les parents : « surrogate pregnancies are crowded with ultrasounds, amniocentesis, chorionic villus sampling, labor inductions, and cesareans. [...] the perception of surrogate pregnancies as more 'technological' may influence the degree of intervention ». Elizabeth Roberts, *ibid.*, p. 198. Voir aussi Charis M. Cussins, « Quit Sniveling, Cryo-Baby. We'll Work Out Which One's Your Mama! », *ibid.*, p. 40-66; Helena Ragoné, « Incontestable Motivations », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 118-31.

my body it doesn't have anything to do with me »¹. Cette coupure permet simultanément aux futurs parents de se rapprocher de l'enfant et se concevoir comme étant « naturellement » liés² : « it was 'natural' infertility that distanced them from pregnancy, and technology which enabled connection »³. Dans la lignée de l'embryon délocalisé et nomade des NTR⁴, le fœtus ici engendré est sans attachement corporel ou génétique aux parents qui le désirent, et ainsi apparaît déjà comme un individu distinct et autonome : « a very individual child [...] unrelated to the mother-to-be and unattached to the woman who carried her »⁵. Mais la situation s'avère beaucoup plus compliquée lorsque la mère porteuse donne une contribution supplémentaire, soit ses ovocytes (*genetic and gestational surrogacy*). Plusieurs cas témoignent alors que la femme gestatrice se sent plus attachée au fœtus, alors que les futurs parents trouvent difficile d'établir la légitimité de leur rôle, ainsi que de développer le rapport à l'enfant dont on connaît la génitrice *et* gestatrice, sans compter tous les cas de complications juridiques qui peuvent s'ensuivre⁶. Loin d'être un scénario évident, il rend toutefois manifeste que la gestation est vraiment détachée de l'enfant, des futurs parents, de la mère porteuse en soi. Ceci fait la lumière sur la multiplicité définitionnelle de la parenté engendrée par les NTR⁷, où la mère est divisée en trois rôles distincts (génétique (gamètes), gestationnel, social) et le père en deux (génétique et social)⁸. La dimension gestatrice semble visiblement être la moins importante des trois façons d'être parent, dans un contexte qui accorde une valeur significative à la contribution génétique dans la détermination des individus, ainsi qu'au désir d'enfant et projet parental comme fondement légitime de la parentalité.

2.4 L'horizon de la procréation prothétique

Pensé et vécu depuis des générations comme étant dysfonctionnel et mésadapté, le corps maternel semble devoir continuellement colmater ses déficiences, de la pré-conception au post-partum, en recourant aux diverses « cybertechnologies ». Selon Rhonda Shaw : « The supplementary use of tools and instruments to create the prosthetic maternal body is thus held to compensate for the limits of the inherently 'biologically defective' organic body. Read as a sign

¹ Elizabeth Roberts, *ibid.*, p. 205.

² *Ibid.*, p. 206.

³ *Ibid.*, p. 199.

⁴ Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*; Rosi Braidotti, *Nomadic Subjects. Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*, New York, Columbia University Press, coll. Gender and Culture, 1994.

⁵ Elizabeth Roberts, « Native Narratives of Connectedness », *op.cit.*, p. 203.

⁶ Charis Cussins, « Quit Sniveling, Cryo-Baby », *op.cit.*, p. 61.

⁷ Jyotsna Gupta, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 77.

⁸ Margrit Eichler, « The Construction of Technologically-Mediated Families », *loc.cit.*

of progress, technological intervention is seen as ‘enhancing life’ »¹. Suivant une perspective d’évolutionnisme technoscientifique (dont la première citation placée en exergue du présent chapitre est éloquent), ce mode de biocontrôle reproductif est considéré nécessaire, normal et naturel, au point que toute forme d’enfantement échappant à la surveillance biomédicale (comme accoucher ailleurs qu’à l’hôpital) est vue comme étant anormale, arriérée, voir contre nature². C’est notamment ce qu’expriment certaines femmes interviewées dans l’enquête de Béatrice Jacques : « Je vis au XXI^e siècle, je compte sur leurs techniques, leur savoir-faire. Aujourd’hui, c’est normal, c’est bien, ça sécurise. On ne va pas revenir en arrière comme nos mères, à quoi ça servirait puisqu’on a tout pour que ça se passe bien ». Ou encore : « moi j’aurais jamais pu avoir un enfant à l’époque de mes parents. Y’avait pas l’échographie, on pouvait pas savoir si l’enfant était normal, y’avait pas la péridurale... non, c’est impossible »³. À force de vouloir surpasser et rehausser la condition corporelle, on parvient à forger une nouvelle condition humaine qui serait fondamentalement technoscientifique, comme le signale justement Sarah Franklin à l’instar de sa collègue Marilyn Strathern : « “If nature has not disappeared, then, its grounding function has.” The helping hand of technology becomes foundational through its promise of enablement and its manifest instrumentalism »⁴. La nature ainsi désontologisée⁵, n’étant plus un référent clairement délimité, la procréation peut infiniment être bricolée et « enterprised up » de mille et une façons, faisant des technosciences les conditions premières de la venue au monde. Reste à savoir ce que ces nouvelles données impliquent pour les droits reproductifs des femmes, considérant qu’elles ne sont plus le sujet central de la procréation humaine, effacées d’un espace de soins désormais partagé avec les nouveaux patients que sont l’embryon, le fœtus et « le couple », ainsi que les importants acteurs que sont les gamètes et les gènes, sans oublier bien sûr les experts scientifiques et leur arsenal technologique⁶.

Selon la logique biomédicale, la dissémination de l’opérationnalité technoscientifique ne fait qu’éloigner la pathologie et élargir l’éventail de choix des méthodes reproductives, tel qu’il est fréquemment déclaré dans le prochain chapitre. Mais gardons à l’esprit ce que notre analyse

¹ Rhonda Shaw, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *loc.cit.*, p. 139. Voir aussi R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*

² Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit (dir.), *ibid.*, p. 9.

³ Béatrice Jacques, *Sociologie de l’accouchement*, *op.cit.*, p. 97-98.

⁴ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 334. Référent à Marilyn Strathern, *Reproducing the Future*, *op.cit.*

⁵ On emprunte la formulation à Daphné Esquivel Sada, *Le « nanomonde » et le renversement de la distinction entre nature et artificiel*, *op.cit.*

⁶ Adele Clarke, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 », *op.cit.*, p. 147; Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies and Feminisms », dans A. Creager et al. (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology and Medicine*, *op.cit.*, p. 204;

sociohistorique dévoile, à savoir que cette insatiable logique de rehaussement des potentialités ne fait que complexifier davantage la tâche de reproduction de l'espèce. En désymbolisant le corps maternel, en le réduisant à une pure fonction biologique, pathologique et défailante devant être à tout prix écartée du processus d'enfantement, la quête d'« amélioration » que porte l'interventionnisme scientifique correspond davantage à une logique de nécessité, d'inévitabilité, de devoirs et d'obligations, non pas de véritable choix et de liberté. Plusieurs travaux démontrent que face au risque potentiel de chaque instant, de la conception à la naissance, le recours à la technique n'est pas un choix pour les femmes qui sentent qu'elles « *doivent* tout essayer »¹ et surtout que le refus d'intervention est difficilement toléré. Cet impératif technocratique (« if it can be done, it must be tried »²) est éclatant dans le cas des NTR : pris individuellement, elles font preuve de faibles taux de succès (15 à 20% pour la FIV), ce qui pousse les femmes à combiner une myriade de techniques, par voie de multiples essais et erreurs, afin de bricoler (*piece together*) une grossesse et concrétiser leur projet parental³. Le problème criant ici est la question de l'intervention illimitée sur le corps, puisqu'il existe toujours un « autre traitement possible » qui nourrit l'espoir que l'infertilité ne soit que temporaire et fugace : « As failures increase, so do avenues of possibility. [...] new technological options produce forced choice. In turn, there can be no peace of mind »⁴. Simultanément mis à l'avant-plan des interventions, tout en étant écarté, dévalué, pathologisé, le corps fait figure d'une problématique constante dont l'issue de secours serait, tant pour les femmes que pour les acteurs biomédicaux, une reproduction complètement extracorporelle grâce à une matrice artificielle.

Patricia Spallone, *Beyond Conception*, *op.cit.*, p. 180; Marilyn Strathern, « Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 346-63.

¹ Carole Browner et Nancy Ann Press, « The Normalization of Prenatal Diagnostic Screening », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 307-22; Sarah Franklin, « Making Miracles », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*

² Joseph Dumit et Robbie Davis-Floyd, « Cyborg Babies. Children of the Third Millennium », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 7.

³ Sarah Franklin, « Postmodern Procreation », dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*, p. 327.

⁴ *Idem*, « Making Miracles », dans S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*, p. 109.

Chapitre V

L'hystérie de l'utérus artificiel : analyse des discours sur l'ectogenèse

One of the “technologies” that profoundly affects the contemporary experience of reproduction is the very language of biological science. The imagery and metaphors that are the organizing features of scientific accounts are as real in their effects on the way doctors and patients act in the world as the effects of an antibiotic or a scalpel.

Emily Martin¹

Un utérus, c'est un peu comme une chambre d'hôtel qui ne serait pas bien insonorisée et où l'on entendrait des bruits de lavabos en fond sonore.

Science & Vie ²

L'analyse des discours portant sur l'utérus artificiel est présentée à la lueur de notre parcours sociohistorique, démontrant que la dissolution technoscientifique du corps maternel s'est progressivement effectuée en fonction de l'articulation contrôle/liberté. Comme nous allons le découvrir, les pratiques discursives au sujet de l'utérus artificiel, surtout chez les promoteurs mais aussi chez les détracteurs, reposent exactement sur la même logique. Plutôt que de présenter le débat en fonction de l'opposition classique pour/contre ou technophile/technophobe³, nous l'analysons en fonction des idées nodales de contrôle et de liberté, lesquelles s'avèrent sociologiquement plus riches pour véritablement saisir la pleine mesure du processus d'effacement du corps maternel.

L'hérité imaginaire du débat

L'idée de gestation extramaternelle remonte au déluge, tels qu'en témoignent les récits mythologiques des choux, des roses et des cigognes⁴. L'idée d'ectogenèse, quant à elle, est retracée au XVI^e siècle, lorsque Aureolus Phillipus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, mieux connu sous le nom de Paracelsus, affirmait détenir la recette alchimique pour créer un

¹ Emily Martin, « The Fetus as Intruder. Mother's Bodies and Medical Metaphors », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 125.

² *Science & Vie*, « Neuf mois pour venir au monde », *loc.cit.*, p. 116.

³ On s'inspire notamment de Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*; Kim Toffoletti, *Cyborgs and Barbie Dolls*, *op.cit.*

⁴ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 122; Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 109.

« homoncule, un homme artificiel sans âme, dans un utérus artificiel »¹. Ce n'est qu'à partir du XX^e siècle que se forge le débat social qui nous intéresse, qui a trait à la possibilité technique de créer une matrice artificielle pouvant suppléer la grossesse. D'abord exprimé dans les années 1920 en Grande-Bretagne, le débat s'active à nouveau dans les années 1970 et 1980 à travers les pays occidentaux, surtout par l'entremise des voix féministes et d'experts scientifiques. La récente relance du débat est grandement liée au développement accéléré et exponentiel des recherches technoscientifiques qui semblent indiquer tous azimuts que la réussite de l'utérus artificiel se fera incessamment². L'actualisation du débat est également due à son récent déploiement dans le monde francophone suite à la publication en 2005 du livre d'Henri Atlan intitulé *L'utérus artificiel*, qui a fait coulé beaucoup d'encre et qui a suscité vagues et remous, surtout en France³. Quoique certains auteurs distinguent le débat selon trois moments successifs (années 1920, 1970-80 et aujourd'hui)⁴, nous ne distinguons que deux principaux temps forts, en fonction de notre découpage sociohistorique moderne/postmoderne : le débat des années 1920 et celui s'exprimant des années 1970 à aujourd'hui.

1. Le débat des années 1920

Dans son ouvrage *Babies in Bottles. Twentieth Century Visions of Reproductive Technology*, la littéraire féministe Susan Merrill Squier retrace l'histoire des images et des représentations des technologies de reproduction. Elle consacre un de ses chapitres à l'analyse des idées et discours du débat intellectuel des années 1920 portant sur l'ectogenèse⁵. Selon son analyse, ce débat est né d'un contexte sociopolitique particulier, traversé de courants idéologiques forts comme le socialisme, l'eugénisme, le maternalisme/pronatalisme et la réforme sexuelle (c'est d'ailleurs à

¹ Traduction libre de Paracelsus, « Concerning the Nature of Things », dans *The Hermetic and Alchemical Writings of Paracelsus*, cité dans Scott Gelfand, « Introduction », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 3. Médecin et chimiste suisse du XVI^e siècle, Paracelsus fut surnommé par ses successeurs le « Luther de la médecine ». Ses écrits et travaux novateurs semblent avoir suscité beaucoup de débats à la fin du XVI^e. Après son décès, et encore à ce jour, on compte une importante lignée de Paracelsiens. Voir Allen G. Debus, « Paracelsus and the Medical Revolution of the Renaissance. A 500th Anniversary Celebration », U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, 1998. En ligne : http://www.nlm.nih.gov/exhibition/paracelsus/paracelsus_2.html (consulté le 11 mars 2009).

² Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*; Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*; Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*

³ Philippe Descamps souligne l'importance de la publication d'Henri Atlan qui a lancé le débat dans l'Hexagone. On retrouve effectivement une kyrielle d'articles dans les journaux et revues, tant scientifiques que grand public, et il existe également beaucoup d'entrevues radio et web.

⁴ Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: in Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 59-76. Voir aussi Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*

⁵ Susan Merrill Squier, « The Ectogenesis Debate and the Cyborg. Imaging the Pregnant Body », dans *Babies in Bottles*, *op.cit.*, p. 63-99.

cette époque que naît la sexologie)¹. Proprement sociopolitique, l'idée d'ectogenèse est l'occasion pour plusieurs de soulever de vifs débats sur d'importantes problématiques, telles :

the separation of sexuality from reproduction; the benefits for society and the individual flowing from scientific control over human nature; and the concept that our biological and social behaviors were not natural, but naturalized. Indeed, these essays debated the meaning of the pregnant woman herself [...] [and] the reconceptualisation of the relations between fetus and gestating woman »².

L'analyse de Squier met donc en lumière les liens de filiation entre le débat sur l'ectogenèse et les problématiques sociales transversales qui animent la société britannique des années 1920. « The same conflicting social trends [...] marked the decade of the ectogenesis debate: a new stress on the importance of motherhood, agitation for female sexual emancipation, and an interest in direct intervention in population control advocated by eugenicists »³. Elle démontre donc que le débat sur l'ectogenèse constitue un terrain propice pour révéler d'autres logiques sociétales sous-jacentes⁴, notamment la conception du corps maternel et son processus de médicalisation.

C'est à partir de la publication en 1923 du pamphlet futurologique *Daedalus, or Science and the Future*, écrit par le physiologiste/biologiste/généticien John B. S. Haldane, qu'est lancé le débat intellectuel sur l'ectogenèse en Grande-Bretagne. Posant la question de « the invention and sweeping social adoption of the ultimate reproductive technology, extrauterine gestation or ectogenesis »⁵, le livret d'Haldane suscite *ipso facto* moult réactions et réflexions quant aux implications sociales, politiques et médicales de l'ectogenèse. Bien que techniquement irréalisables à cette époque, les desseins de Haldane retentissent fortement dans plusieurs milieux au fil des générations. Notons par ailleurs que ses propos jettent les semences qui feront germer le fameux roman *Le Meilleur des Mondes* d'Aldous Huxley⁶. Dans les six années suivant la publication d'Haldane, cinq éminents intellectuels lui rétorquent par voie de publication d'essais que nous aborderons ci-après.

Diffusé suite à une conférence à Cambridge¹, le texte instigateur d'Haldane focalise sur le potentiel de la biologie moderne à remodeler la société via des « inventions biologiques » comme l'ectogenèse, qui jouerait sans doute un rôle catalyseur de par son « potentiel à

¹ *Ibid.*, p. 67.

² *Ibid.*, p. 66 et 76.

³ *Ibid.*, p. 69.

⁴ *Ibid.*, p. 76.

⁵ John Haldane cité dans Susan Squier, *Babies in Bottles, op.cit.*, p. 66. À l'origine, cet essai relevait d'un texte universitaire intitulé « The Future of Science » qui a ensuite pris la forme d'un pamphlet qui sera largement distribué. Ce livret inaugurerait une nouvelle collection, les To-Day et To-Morrow Series, visant à promouvoir la production et la diffusion d'essais sur des développements novateurs et les réflexions sur l'avenir. Pour de plus amples détails, voir Susan Squier.

⁶ Par ailleurs, semble-t-il que les familles Huxley et Haldane étaient proches. Voir Henri Atlan, *ibid.*, p. 9-17.

refaçonner drastiquement les relations humaines »². Empruntant un style narratif prophétique, téléologique et fictionnel, Haldane imagine un étudiant 150 ans plus tard (vers 2070) racontant l'histoire des découvertes marquantes des XX^e et XXI^e siècles. Malgré que certaines de ses prédictions demeurent fictives, d'autres anticipent des développements réels en technologies reproductives, dont les avancées de fécondation *in vitro*³. Il annonce d'ailleurs avec justesse que : « biology has the pivotal importance in the twentieth century that in the nineteenth century was held by physics and chemistry »⁴. Conscient que l'ectogénèse n'est pas socialement acceptée à son époque, le biologiste use d'un ton prophétique afin de convaincre que cette innovation sera, à son avis, éventuellement souhaitée et même naturalisée : « the biological invention [...] tends to begin as a perversion and end as a ritual supported by unquestioned beliefs and prejudices »⁵.

Haldane est en faveur de l'ectogénèse principalement pour des raisons eugénistes, c'est-à-dire d'amélioration de l'espèce humaine par voie de sélection et de contrôle scientifique et technique de la reproduction. En éliminant la gestation corporelle du portrait de la reproduction biologique et sociale, en radicalisant la coupure entre reproduction et sexualité, l'ectogénèse permettrait d'une part d'obtenir un plus grand contrôle sur la reproduction, et d'autre part d'assouplir les conditions restrictives de la vie sexuelle. Autrement dit, l'utérus artificiel assurerait, selon lui, un meilleur contrôle de la reproduction et des naissances en plus de favoriser l'émancipation sexuelle, notamment celle des femmes. À son avis, un tel outil scientifique et technique participerait au surplus à l'émancipation du cadre de la « famille traditionnelle » (qui attelle les femmes à la gestation, qui contraint les familles à l'imprévisibilité de la grossesse « naturelle », et qui condamne l'espèce humaine au risque de « dégénérescence »)⁶.

As Haldane formulates it, ectogenesis is linked to both positive and negative eugenics. Deployed in response to a fear of inevitable species degeneration, ectogenesis becomes the centerpiece of a program of population *control* and species regeneration. Sanctions against ectogenetic breeding by the socially disadvantaged combine with incentives toward ectogenetic breeding for the socially privileged, producing *improvement* in the human species within the unthinkableably rapid timespan of one human generation. [...] Although Haldane applauds ectogenesis for promising a useful *control* over the human reproductive process, he finds its meaning not in the process itself, but in its social deployment. [...] *even an oppressive procedure can ultimately have emancipatory results*⁷.

¹ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 12.

² Traduction libre de « dramatic potential to reshape human relations », dans Susan Squier, *op.cit.*, p. 69.

³ Susan Squier, *ibid.*, p. 71.

⁴ *Ibid.*, p. 72.

⁵ *Ibid.*, p. 69.

⁶ *Ibid.*, p. 72.

⁷ *Ibid.*, p. 73. C'est nous qui soulignons.

L'idée générale est donc de contrôler techniquement et scientifiquement les paramètres de la gestation (conçus comme contraignants) afin de libérer ou d'améliorer les conditions reproductives, sexuelles et sociales. De la sorte, Haldane proclame rien de moins qu'une révolution sociale propulsée par l'ectogenèse. « *Daedalus* looks cheerfully ahead to a future in which the invention of ectogenesis enables the *control* of human reproduction, the *improvement* of the species, and finally the *emancipation* of mankind»¹.

1.1 L'ectogenèse: une technique à double tranchant

D'entrée de jeu, deux nœuds discursifs majeurs ressortent du discours d'Haldane : son argumentation repose clairement sur la double logique contrôle/liberté. De prime abord, la grossesse est comprise en termes d'arias, de *contraintes* ou de *limites*; l'idée est bien sûr de s'en défaire, de les dépasser, de s'en *libérer*. Pour y arriver, le moyen préconisé est le *contrôle* technoscientifique via l'ectogenèse qui semble être garante d'une plus grande *émancipation* individuelle et sociale. La gestation corporelle étant comprise comme astreignante, l'augmentation du contrôle scientifique et technique du processus reproductif permettrait par conséquent l'amélioration et l'émancipation de la condition humaine et féminine, et donc une plus grande liberté partagée socialement. Ainsi se dessine ce mouvement dialectique, ce va-et-vient constant entre les notions de contrôle et de liberté dans les conceptions de la maternité « naturelle » ou machinique. Ce qui est intéressant, c'est que cette tension dialectique contrôle/liberté revient constamment à travers les textes subséquents, quoiqu'elle s'exprime de différentes manières. En effet, les divergents argumentaires des successeurs d'Haldane semblent tous reposer sur cette même logique discursive. Sans trop entrer dans les détails des répliques à *Daedalus*, nous attirons principalement l'attention sur cette tension contrôle/liberté exprimée par la rhétorique des différents auteurs.

Dans *Lysistrata, or Woman's Future and Future Woman* (1924), Anthony Ludovici, spécialiste et traducteur de Nietzsche, rétorque à la vision positiviste d'Haldane par un texte résolument pessimiste et misogyne. Son accusation vise généralement la modernité scientifique et industrielle, surtout le processus d'artificialisation des divers champs de la vie sociale¹. Il dénonce que la culture moderne et plus particulièrement le courant féministe diffusent un dédain du corps (*body-despising values*) qui tend à encourager les femmes à négliger les exigences de leur corps au

¹ *Ibid.* C'est nous qui soulignons.

profit de leurs désirs issus de la pensée (*desires of their mind*)². Craignant la domination féministe et la dégradation de l'espèce humaine, il prône radicalement l'abolition du féminisme et exige que la femme soit remise à sa place « naturelle », c'est-à-dire dans la sphère privée, et plus précisément dans son rôle de procréatrice (*childbed*).

Ce qu'il faut voir, outre sa féroce attaque du féminisme et son essentialisation de la femme, c'est sa critique de l'artificialisation des différents domaines de la vie sociale, notamment la procréation. Il voit en la « dénaturalisation » de la femme et de la grossesse un grand risque de dégénérescence sociale. Comme Squier le synthétise : « whereas Haldane imagines the course of scientific progress as leading to a "life more and more complex, artificial, and rich in possibilities to increase indefinitely man's powers for good and evil," Ludovici sees scientific modernity taking a course that is increasingly evil, because increasingly artificial »³. Bien qu'on remarque une interprétation de l'artificialisation en termes manichéens (bien/mal), on voit aussi, plus profondément, l'expression d'une dialectique liberté/contrôle, où les deux pôles s'alimentent mutuellement. Pour Ludovici, l'ectogenèse et l'artificialisation de la grossesse sont synonymes de dégénérescence ou de destruction sociale, non pas d'amélioration ou d'avancement collectifs. De son point de vue, l'ectogenèse constitue une entrave à la liberté, une grave menace source d'« angoisses rétrogrades » (*devolutionary anxieties*)⁴. Ainsi ressort la tension entre les idées de contrôle et de liberté, où le contrôle technoscientifique anéantit la liberté humaine (masculine), le bien commun et le progrès social. Interprété différemment par Ludovici comparativement aux autres auteurs, le rapport liberté/contrôle demeure pourtant crucial dans l'imaginaire de l'ectogenèse.

Dans *Hymen, or the Future of Marriage* (1927), le sexologue Norman Haire, qui s'intéresse aux problèmes de la vie sexuelle, envisage l'ectogenèse comme un outil pouvant délivrer de la souffrance et améliorer la condition humaine. Comme Squier le rapporte, Haire souhaite : « the increase of human happiness caused by the removal of unnecessary suffering »⁵; ainsi il encourage le développement de l'ectogenèse tout comme la polygamie, la stérilisation forcée de ceux et celles inaptes à la reproduction (*unfit to breed*), ainsi que la légalisation de l'euthanasie¹. S'exprimant à la manière d'un sexologue typique de l'époque influencée par l'eugénisme, il

¹ Par exemple, Ludovici critique la prolifération croissante des « artificial aids » : « processed foods, obstetrical forceps, chloroform, cow's milk formulas for infant feeding ». Susan Squier, *ibid.*, p. 74.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 74.

⁴ *Ibid.*, p. 75.

⁵ *Ibid.*, p. 76-77.

privilégie la dimension biologique (génétique) à celle sociale ou psychologique. Ce pourquoi il met l'accent sur « comment des fœtus génétiquement valides peuvent être menés à terme en étant transférés entre femmes, voire entre espèces »². Ainsi la définition de l'ectogenèse s'élargit, ne se limitant pas à la technique de l'utérus artificiel mais englobant d'autres pratiques biomédicales alors en développement, comme les mères porteuses et les dons d'organes. Voulant démontrer les remèdes potentiels de l'ectogenèse, il avance que cette méthode permettrait d'éliminer le recours à l'infanticide et l'avortement³. À cela ajoute-t-il :

in the case of accidental death of a woman particularly suited for parenthood, her reproductive glands may be transplanted into a female animal which had already had its own reproductive glands removed. Artificial fertilization with human spermatozoa would then give rise to a human embryo which would be incubated and brought to birth by the animal host⁴.

Visiblement, l'intérêt central porte sur les caractéristiques héréditaires de la mère ou du fœtus, nonobstant l'enveloppe corporelle (qu'elle soit humaine ou animale) et l'ectogenèse représenterait un moyen idéal pour améliorer et contrôler la qualité de ces propriétés. Prévoyant avec confiance le progrès continu de la science (surtout de la biologie et de la génétique), Haire présente l'ectogenèse non seulement comme une voie d'amélioration de l'espèce humaine et de la condition féminine⁵, mais aussi comme propulseur du développement institutionnel de la génétique.

In Haire's view, ectogenesis is not just a technique for enabling a fetus to grow outside a woman's womb; it is a technique for enabling a new medical/scientific field to grow (and flourish) outside medicine and biology. The institutional self-interest of Haire's assessment of ectogenesis demonstrated that biomedical innovations are not judged in a vacuum but rather assessed in relation to the institutional agenda(s) they serve, as well as to their cultural and social context(s)⁶.

Dans la lignée de ces prédécesseurs, la perspective de Haire démontre combien la tension liberté/contrôle est présente dans l'imaginaire de l'ectogenèse. Si on se fie à ses propos, le contrôle technoscientifique permet non seulement l'amélioration des conditions d'enfantement et de la qualité génétique des enfants, mais ouvre la voie au développement, au progrès, à l'autonomisation du domaine de la génétique.

¹ *Ibid.*, p. 77.

² Traduction libre de « how genetically valuable fetuses could be brought to term by being transferred between women, even between species », *ibid.*

³ Haire cité dans Sarah Langford, « An end to abortion? A feminist critique of the 'ectogenetic solution' to abortion », *Women's Studies International Forum*, 31 (4), juillet-août 2008, p. 265.

⁴ Haire cité dans Susan Squier, *Babies in Bottles*, *op.cit.*, p. 77.

⁵ Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: in Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 62.

⁶ Susan Squier, *Babies in Bottles*, *op.cit.*, p. 78.

Pour sa part, la romancière féministe Vera Brittain s'intéresse moins aux impacts de l'ectogénèse sur l'espèce humaine que sur l'expérience des femmes et des enfants¹. Dans *Halcyon, or the Future of Monogamy* (1929), elle emprunte à la manière d'Haldane un ton futurologique pour décrire une série de développements « menant à la perfection »². Plaidant en faveur d'une « reconstruction de la vie sexuelle et reproductive des femmes modernes »³, Brittain prédit une série de transformations juridiques et politiques – dont l'ectogénèse pourra faire partie – qui sauront améliorer la condition féminine en augmentant l'autonomie biologique, sexuelle, juridique, et sociale des femmes⁴. Par ricochet, de tels développements favoriseront, à son avis, le « développement moral »⁵ de la société.

Clairement, la même rhétorique contrôle/liberté est à l'œuvre, quoique la position intellectuelle de l'auteure diffère certainement de ses pairs. Ici, la situation réprimée des femmes nécessite certains moyens scientifiques, juridiques et politiques afin d'améliorer le sort des femmes et des familles et conséquemment permettre leur autonomisation. Ainsi, cette pensée féministe – propre au contexte de la réforme sexuelle des années 1920 – exprime une continuelle tension entre éléments contraignants (ex. conformisme, domination patriarcale, etc.) et moyens de contrôle ayant un potentiel libérateur (outils techniques, scientifiques, juridiques). En effet, l'auteure proclame, à l'instar du philosophe Bertrand Russell : « As science advances, more and more things are brought under human control »⁶. Pour Brittain, le contrôle scientifique est pourvoyeur d'émancipation car il favorise l'affranchissement des femmes de leur carcan assujettissant, tel que le remarque Susan Squier :

[...] her history chronicles approvingly the scientific advances that have increased marital happiness: the wireless, television, the cinematograph, the “so-called ‘home talkies’ apparatus”, and the perfection of high-speed air travel, which enables greater mobility and thus increases the happiness of monogamous couples⁷.

On peut donc aisément constater l'expression d'une tension synergique, d'un va-et-vient constant entre les notions de contrôle et de liberté. Selon Susan Squier, « Brittain's essay adroitly, paradoxically, calls into question a central tenet of the sexual reform movement: the distinction between *repressive monogamy* and *liberating sexuality*. Brittain argues that sexual diversity, if enforced,

¹ *Ibid.*, p. 81.

² *Ibid.*, p. 82.

³ Traduction libre de « reconstructed sexual and reproductive life for women in the modern era », *ibid.*, p. 81.

⁴ *Ibid.*, p. 82.

⁵ *Ibid.*

⁶ Bertrand Russell (prix Nobel de littérature en 1950), cité par Vera Brittain, dans Susan Squier, *ibid.*, p. 83.

⁷ *Ibid.*, p. 83.

can be *repressive*, whereas voluntary monogamy in the context of female *autonomy* can be *liberating*»¹.

Le biologiste moléculaire et cristallographe d'allégeance marxiste J. D. Bernal partage également un souci envers la justice sociale², qu'il exprime de façon tout à fait particulière dans son livre *The World, the Flesh, and the Devil: An Enquiry into the Future of Three Enemies of the Rational Soul* (1929). Négligeant les impacts possibles sur les femmes, Bernal focalise sur la structure fondamentale de l'ectogenèse, soit le rapport humain/machine (dans ce cas-ci, l'humain en question est un fœtus)³. Bernal présente la technique de gestation machinique comme ayant le potentiel de créer

a "perfect man such as the doctors, the eugenicists and the public health officers between them hope to make of humanity". Bernal's premise is simple: human evolution will continue, and it will ultimately include the machine. "Sooner or later, the *useless parts* of the body must be given *more modern functions* or *dispensed* with altogether, and in their place we must incorporate in the effective body the mechanisms of the new functions"⁴.

Bien que cet extrait réfère évidemment aux discours contemporains sur le posthumain et le cyborg, ce qu'il faut retenir est que le corps et ses organes – ici le corps maternel et ses organes reproductifs – sont compris comme des pièces faillibles et désuètes devant être remplacées, améliorées, perfectionnées par des créations factices plus performantes. Sa conception du corps défectueux et obsolète repose sur une valorisation de l'esprit rationnel (*mind*) et du cerveau, d'où le titre de son ouvrage. Ce pourquoi il affirme : « after all it is brain that counts [...] and the mind can exist independent from the body »⁵. Mettant l'accent sur la raison et le cerveau, il accorde du coup l'importance aux outils rationnels scientifiques et techniques pouvant nous délivrer de la condition humaine restrictive. « Ectogenesis is the first step in the three-stage process that will produce a "man" who is perfect because he is *freed* from the sensory, motor, and biological *constraints* of the human body »⁶. Selon son analyse, l'espèce humaine est en marche vers la perfection⁷, à condition qu'elle prenne la voie du perfectionnement technoscientifique. Émerge alors une fois de plus le dessein selon lequel le contrôle technoscientifique permet de maîtriser les inaptitudes et limites « naturelles », de les surpasser et conséquemment d'emprunter la voie du progrès et de l'amélioration de la condition humaine.

¹ *Ibid.*, p. 82.

² *Ibid.*, p. 86.

³ *Ibid.*, p. 78-79.

⁴ Bernal cité dans Susan Squier, *ibid.*, p. 86. C'est nous qui soulignons.

⁵ *Ibid.*, p. 87.

⁶ *Ibid.*, p. 86. C'est nous qui soulignons.

⁷ *Ibid.*

Enfin, dans *Chronos, or the Future of the Family* (1930), le médecin Eden Paul s'intéresse principalement à la « disparition » de la famille traditionnelle alimentée par les mouvements féministes et réformistes sexuels. Contrairement à plusieurs de ses pairs qui craignent la renaissance du matriarcat, Paul est plutôt d'avis qu'il s'agit d'un mouvement massif vers l'équilibre entre les sexes dont le féminisme n'est qu'une expression¹. Selon lui, la famille est de moins en moins comprise biologiquement (liens physiologiques, liens de sang), laissant place à une classification construite socialement, juridiquement. En d'autres termes, il exprime cette idée que les liens familiaux ne sont pas naturels, mais socialement naturalisés.

If the biological classification of the family is fast disappearing, that does not necessarily mean that the home is doomed as well. Paul defines "home" as a nonbiological collective unit for the nurture and education of children, arguing that even in this era of shrinking population, rising divorce rates and plummeting marriage rates, homes are needed to care for, and educate, the generation to come. But those homes will no longer be biologically based. [...] Paul's stress on the cultural function of the home for education and social cohesion rendered him indifferent to its biological substrate².

Proposant une vision de la famille n'étant pas nécessairement basée sur des liens biologiques, l'argumentaire de Paul suggère que l'ectogénèse constituerait un moyen comme un autre pour donner naissance et fonder une famille (et les liens familiaux seront de toute façon éventuellement naturalisés).

Soucieux de « l'amélioration » de la société (par le biais de la famille), il plaide pour l'utilisation combinée de réformes eugénistes et sociales « [...] to *better* the human lot, for "unless the socialist is also a eugenicist, the socialist state will speedily *perish* from racial degradation" »³. Afin de maintenir et améliorer la « qualité » de l'espèce humaine dans un contexte de transformations sociales successives, il promeut le développement d'innovations de toutes sortes, symboles de progrès social. Selon cette perspective, l'amélioration générale des conditions sociales et familiales passe donc inévitablement par l'adoption de mesures techniques, scientifiques, politiques, eugénistes. Quoiqu'il conclura en se positionnant contre la pratique ectogénétique – puisqu'il juge trop essentielle la période de gestation pour le bien-être de la mère et du fœtus (paradoxalement) –, Eden Paul reconnaît néanmoins le fort attrait de la technique. « There is no sexual reformer but must wish that woman could be *freed from the slavery of child-bearing*, and that our offspring might come into the world out of a broken eggshell »⁴. Encore une

¹ *Ibid.*, p. 79.

² *Ibid.*

³ *Ibid.* C'est nous qui soulignons.

⁴ Eden Paul cité dans Susan Squier, *ibid.*, p. 80.

fois retrouvons-nous l'idée selon laquelle la gestation « naturelle » constitue une entrave à la pleine liberté, et que la technique scientifique et artificielle constitue la clef de voûte permettant la délivrance. Force est alors de constater comment la dialectique liberté/contrôle est une constituante fondamentale de son discours, à l'instar des autres acteurs du débat¹.

1.2 Le débat sur l'ectogenèse, symptomatique d'une époque

L'essoufflement du débat est sans doute lié au contexte de Grande Dépression des années 1930, mais surtout au fait que la technique ectogénétique est à ce moment loin d'être mise au point et demeure malgré tout confinée à la science-fiction². Ceci n'enlève toutefois rien à la pertinence sociologique du débat, qui illustre indéniablement les préoccupations socioculturellement partagées au cours de cette décennie « obsédée avec la reproduction et la sexualité »³ et qui questionne le rôle du corps maternel dans la mise au monde des enfants. À l'instar de Susan Squier, nous sommes d'avis que le débat sur l'ectogenèse est symptomatique de son ère, et sert de terrain de combat entre idéologies diverses⁴.

La résurgence actuelle du débat sur l'UA met en évidence que le contexte est autant sinon plus important que le débat en soi. Comme les éthiciens Scott Gelfand et John Shook l'ont signalé, « recent research has reignited the debates surrounding ectogenesis »¹. C'est-à-dire que le développement incessant de technologies biomédicales prometteuses rouvre la voie au projet ectogénétique, non seulement sur le plan de sa faisabilité technique, mais surtout du point de vue de la pensée sociale, des représentations, des idées, des besoins, de la légitimité sociale. Comme nous l'avons illustré dans les chapitres précédents, le projet d'UA est l'expression symptomatique d'une société *high tech* et d'une culture postmoderne dont le corps maternel est décentralisé et parcellisé dans le paysage de l'engendrement technicisé.

De surcroît, il est pertinent de remarquer que la rhétorique de « contraintes liberticides » et de « contrôle libertaire » – centrale au débat des années 1920 et profondément enracinée dans la culture biomédicale – est davantage névralgique dans le débat contemporain, au point que l'ensemble des arguments du débat sont teintés de la même préoccupation : l'ectogenèse est-elle libératrice ou répressive ? Est-ce que cette technique améliore ou détériore les conditions

¹ « They saw in ectogenesis not a repudiation of the body, but a possible way to free the body – particularly the woman's body – for more pleasure ». Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: in Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 63.

² « At that time neither society nor science was prepared to deal with ectogenesis ». *Ibid.*

³ Susan Squier, *Babies in Bottles*, *op.cit.*, p. 89.

⁴ *Ibid.*, p. 90.

d'enfantement? Ce type de questionnement est notamment flagrant dans plusieurs analyses féministes qui arguent « whether ectogenesis would be liberating or oppressing technology »². De la même manière, les scientifiques stipulent que cette nouvelle forme de contrôle biomédical assurerait une plus grande maîtrise des risques liés à l'enfantement, et de ce fait une amélioration certaine des conditions de vie des parents et des enfants. Cela dit, nous souhaitons mettre en évidence que, même si les camps semblent de prime abord classiquement opposés en termes de pour/contre ou bien/mal, les caractéristiques sociologiques du débat se trouvent « au-delà de l'affrontement stérile technophobie/technophilie »³. En effet, lorsqu'on creuse davantage, on se rend compte que les deux camps *a priori* opposés réfèrent à la même logique discursive, à la connexion continue entre contraintes, contrôle et liberté. Divergeant de maintes façons, les discours peuvent néanmoins être rassemblés dans le même bloc analytique du fait qu'ils témoignent tous de cette même structure langagière, qui apparaît comme une constante sociohistorique à travers les différents discours au fil des années.

2. Le débat des années 1970 à aujourd'hui

La perspective de l'utérus artificiel pique la curiosité, anime les passions et répond à une diversité d'intérêts, comme la féministe Julien S. Murphy l'a bien remarqué, à l'instar de l'historienne Evelyn Fox Keller : « artificial wombs will be developed because of their appeal to a great variety of interests – including those of some women as well scientists and those romantically involved with eugenics. [...] women might draw upon several medical, social, or professional reasons in their desire for IVG [*in vitro* gestation] »⁴. La force principale de ce programme réside effectivement dans l'infinitude des possibles qu'il offre, ce pourquoi l'UA est plus souvent qu'autrement présenté comme une véritable panacée; rares sont ceux qui se positionnent radicalement et entièrement contre⁵. L'étendue des domaines concernés par la

¹ Scott Gelfand, « Introduction », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 3.

² *Ibid.*

³ Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 54 (les auteurs décrivent le débat sur les cellules souches). Dans le même sens, Philippe Descamps critique cette classique opposition qui ne mène nulle part : « les débats [...] risquent d'être faussés soit par un catastrophisme teinté de technophobie soit, à l'inverse, par un enthousiasme technophile débridé. [...] Bref, une kyrielle de certitudes qui seront autant d'obstacles à la réflexion sur l'ectogénèse, la rendant par là même proprement *impensable* ». Dans *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 14.

⁴ Julien S. Murphy, « Is Pregnancy Necessary? Feminist Concerns About Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 30. Voir Evelyn Fox Keller, « Feminism, Science, and Postmodernism », *loc.cit.*, p. 26-32.

⁵ C'est pourquoi notre analyse concerne davantage les arguments en faveur de l'ectogénèse.

perspective de l'ectogénèse pousse certains à proclamer que l'UA constituerait rien de moins qu'une « révolution médicale, sociale, éthique et politique »¹.

La puissance de l'UA réside dans sa polyvalence, dans son potentiel d'intervention à de multiples égards : qu'il s'agisse d'intervenir sur des pathologies existantes ou de prévenir d'éventuels risques et complications; qu'il soit question d'agir sur la mère ou le fœtus (et éventuellement sur l'homme, dans le cas d'une grossesse masculine); qu'il y ait des problèmes liés à la conception, la gestation, la naissance ou l'éducation des enfants; ou qu'il s'agisse de problèmes génétiques, physiologiques, psychologiques, juridico-politiques ou sociaux. L'idée généralement admise est qu'une matrice artificielle permettrait d'accéder plus facilement au fœtus, d'éliminer les risques et désagréments pour la mère, et d'assurer un meilleur contrôle panoptique du processus d'enfantement en entier. En fournissant « un contrôle quasi complet du développement de l'embryon durant l'entière gestation »², la matrice artificielle « a un avantage évident sur un utérus naturel : on peut observer ce qui s'y passe beaucoup plus facilement que ce que permettent les images obtenues par échographie »³. La barrière du corps maternel enlevée au profit d'une gestation technoscientifique de pointe, on suppose que la reproduction serait ainsi plus efficace, moins risquée ou dangereuse, et profitable pour tous.

Selon notre lecture, la panoplie d'arguments, issus d'un immense corpus de publications provenant d'horizons différents⁴, peut être catégorisé en fonction de deux principaux types de raisonnements : 1- contrôle thérapeutique et 2- libertaire/égalitaire.

2.1 Un outil thérapeutique sans précédent

Les motivations pour remplacer la grossesse par une gestation en milieu artificiel sont nombreuses, mais c'est bien le critère thérapeutique et les raisons biomédicales qui sont mis de l'avant en vue de légitimer et rendre incontestable le développement de l'UA⁵. En ce sens, le philosophe Philippe Descamps annonce que même « si l'ectogénèse pose effectivement des problèmes d'ordre éthique et social [...] cela ne justifie en aucune manière [...] que l'on refuse de

¹ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 47.

² Traduction libre de « nearly complete control of the developing embryo throughout gestation », Julien S. Murphy, « Is Pregnancy Necessary? », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 30.

³ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 119.

⁴ Voir la section 2.2 de l'introduction pour une description du corpus.

⁵ Amel Algrhani, « The legal and ethical ramifications of ectogenesis », *loc.cit.*; Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*; Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, Roger Gosden, *Designing Babies*, *op.cit.*, p. 182; Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 10-25; Gregory Pence, « What's So Good About Natural Motherhood? », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *op.cit.*, p. 77-88.

voir les bénéfices médicaux que l'on pourrait tirer de la mise au point de cette technique »¹. Nombreux sont ceux qui promeuvent comme Descamps le développement de l'UA en mettant l'accent sur la finalité de réduire la souffrance humaine et d'améliorer la qualité de vie des femmes et des enfants, et plus largement de la société². Le court extrait suivant tiré d'une revue de bioéthique illustre parfaitement cette rhétorique récurrente : « [...] artificial wombs would be a wonderful medical development that could save many lives »³.

2.1.1 Pour la mère

D'emblée et de manière récurrente, l'UA est présenté comme une solution sans pareille pour les femmes ayant de la difficulté à procréer ou n'ayant pas la capacité d'enfanter « naturellement » (vivant des problèmes d'infertilité ou de stérilité, ou ayant subi une hystérectomie suite à un cancer, par exemple). Comme l'affirme Philippe Descamps,

la mise au point de matrices externes artificielles apporterait incontestablement une solution aux femmes qui, pour diverses raisons, ne parviennent pas à mener à terme leur grossesse ou bien courent un grave danger en souhaitant la poursuivre. Une grossesse comporte en effet toujours un risque pour la mère et la mortalité maternelle en France est loin d'être négligeable⁴.

Vu le risque pathogénique inhérent au corps maternel, on comprend que toutes celles « souffrant » de divers problèmes reproductifs pourraient recourir à cette technique afin d'éviter les complexes procédures et traitements ainsi que leurs difficiles répercussions (corporelles, psychologiques, émotionnelles, etc.). Plus largement, cette technique rejoindrait toutes celles souhaitant esquiver les maintes complications possibles de la grossesse pathogène, ardue et risquée (pour la femme et pour l'enfant) dont la biomédecine se voue à maîtriser. Cette perspective est bien exprimée par Roger Gosden, chercheur en biologie reproductive à l'école de médecine de l'Université McGill : « Pregnancy and labor are times of uncertainty, of risk, and of anxiety [...] and sophisticated medical care and antenatal advice maximize the chances of a happy outcome »⁵. À son avis, l'utérus est : « just a clever incubator, and rather less sophisticated

¹ Philippe Descamps, *ibid.*, p. 41.

² Souligné par Henri Atlan et Mylène Botbol-Baum à propos de la légitimation de la recherche sur les cellules souches (*Des embryons et des hommes*, *op.cit.*, p. 48). On retrouve la même logique discursive ici. Voir par exemple Frida Simonstein qui affirme que l'ectogénèse « would reduce women's suffering », dans « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *loc.cit.*, p. 360.

³ Jim Davin, « Would Artificial Wombs Produce More Harm than Good? », *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 5 (4), hiver 2005, p. 657.

⁴ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 42-43.

⁵ Roger Gosden, *Designing Babies*, *op.cit.*, p. 181.

than either the ovary or the placenta »¹. Ainsi, le passage d'une gestation naturelle à artificielle serait non seulement bénéfique, mais n'impliquerait simplement qu'un saut d'une « machine » à une autre : « [...] one serves as well as another »². D'après Gosden, l'utérus ne représente qu'un contenant ou couveuse, voire un aquarium³, et ce sont plutôt les gamètes riches en composantes génétiques qui méritent d'être valorisés. On découvre alors une perspective qui dénigre l'expérience corporelle en la décrivant comme obsolète, en mettant l'accent sur les inconvénients, les tracas, les complications et les risques, tels qu'en témoignent les extraits suivants :

[An artificial womb would] provide a solution for women who want a child biologically their own, but lack a womb (for whatever reason), as well as for homosexual couples. It might also appeal to women who require IVF to reproduce. Women may choose to save time, pain, bad moods and endless frustration (when embryos fail to implant). Generally, it may prevent endangering women's health, for although a pregnancy is not considered an illness it poses inherent risks to the mother⁴.

Medically speaking, pregnancy is, in some cases, undeniably risky. Complications associated with childbirth are one of the leading causes of death in women of child-rearing age. Other medical problems can be exacerbated by pregnancy, such as kidney disease, diabetes, liver disease, and cardiac problems. Even for otherwise healthy women, pregnancy is a cause of nausea, cramps, hemorrhoids, heartburn, varicose veins and nosebleeds. *Given the problems that pregnancy can cause, it seems reasonable to attempt to develop an alternative, such as ectogenesis*, even if this alternative was only to be used in cases where pregnancy was likely to cause risk or serious harm to the mother⁵.

15% of all pregnant women develop potentially life-threatening complications. Over the years 2000-2002, the overall maternal mortality rate in the United Kingdom was 13.1 maternal deaths per 100,000 maternities. Pregnant women are likely to suffer health problems including back pain, exhaustion, bowel problems, and urinary incontinence extending for six months after delivery and beyond. The prevalence in particular of fecal incontinence following childbirth is something that has only just begun to be recognized, and it has been suggested that for this reason alone, “natural” birth should be something for which women give informed consent based on a full understanding of these risks⁶.

Présenté comme une « machine reproductive imparfaite »⁷, le corps maternel est non seulement perfectible, mais devient *en soi* une embête à surpasser. Porteuse de complications

¹ *Ibid.*, p. 183-84. Cité dans Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*

² Roger Gosden, *ibid.*, p. 189.

³ « Just as a tropical fish survives in a heated tank on food and an occasional change of water, a fetus floating in its amniotic fluid is substantially independent of outside conditions. Its environment is warm, wet, and contaminated with its own waste products. The oxygen and nutrients needed for growth are obtained via an umbilical cord attached to the placenta, rather like the lifeline of a North Sea diver trailing from the ship ». Roger Gosden, *ibid.*, p. 184.

⁴ Frida Simonstein, « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *loc.cit.*, p. 362.

⁵ Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*, p. 30-31. Référent à Laura Purdy, « The Morality of New Reproductive Technologies », dans *Reproducing Persons*, Ithaca, Cornell University, 1996. C'est nous qui soulignons.

⁶ Anna Smajdor, « The Moral Imperative for Ectogenesis », *loc.cit.*, p. 340.

⁷ Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*

diverses, la reproduction naturelle est comprise comme étant aléatoire et dangereuse¹, synonyme de douleurs, de souffrances, de risques et de pathologies; ainsi, la gestation et l'accouchement méritent selon ce point de vue d'être remplacés artificiellement. C'est clairement la position de la bioéthicienne Anna Smajdor qui déplore le fait « alarmant » que presque 50% de la population est concerné par les troubles de la procréation « naturelle » et que les autorités de santé publique tardent toujours à résorber cette situation « aberrante »². Par-dessus les lourdes souffrances physiologiques, elle ajoute que la gestation « naturelle » entraîne une myriade de problèmes psychologiques : la peur et le stress de l'accouchement peuvent causer des troubles psychiques ou émotionnels qui risquent de provoquer des complications lors de l'accouchement³; un accouchement périlleux augmente les chances du syndrome de stress post-traumatique⁴; et les taux de dépression post-partum semblent être à la hausse⁵. La compréhension de la grossesse et de l'accouchement comme défailtantes et pathologiques pousse Smajdor à proclamer rien de moins que l'abolition la maternité corporelle « barbare » et à promouvoir une gestation *ex vivo*, à l'instar de la féministe Shulamith Firestone qui croit que « accoucher est comme chier une citrouille »⁶. Cette manière de penser suppose qu'une matrice artificielle rendrait service aux femmes en éliminant la grossesse et l'accouchement. C'est notamment ce qu'exprime l'écrivain Edward Grossman lorsqu'il déclare : « artificial wombs would finally end human pregnancy and childbirth, physiological experiences [that are] disturbances. [...] ectogenesis would be man's greatest gift to woman, like pain-killing drugs used to pacify birthing women »⁷.

En plus de pallier aux lacunes biologiques et d'outrepasser les fardeaux psychologiques, physiques ou économiques qui en découlent, l'UA permettrait d'éviter le recours aux mères porteuses qui implique parfois de lourdes procédures juridiques et des complications de toutes sortes⁸. C'est notamment ce qu'expriment la Dr Helen Hung Ching Liu et son équipe de l'Université Cornell qui présentent leurs travaux « comme étant d'abord orientés par des finalités

¹ Joseph Dumit et Robbie Davis-Floyd, « Introduction. Cyborg Babies. Children of the Third Millenium », dans R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*, p. 9.

² Anna Smajdor, *loc.cit.*, p. 339-40.

³ *Ibid.*, p. 340.

⁴ *Ibid.*, p. 340.

⁵ *Ibid.*, p. 342.

⁶ Traduction libre de « childbirth is like shitting a pumpkin », Shulamith Firestone, *The Dialectic of Sex*, New York, Bantam Books, 1970. Citée dans Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: In Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 64.

⁷ Edward Grossman, « The Obsolescent Mother: A Scenario », *The Atlantic*, 227 (5), 1971, p. 39-50. Cité dans Sarah Langford, « An end to abortion? A feminist critique of the 'ectogenetic solution' to abortion », *loc.cit.*, p. 264.

⁸ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 89; Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*; Scott Gelfand et John Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*. Selon Roger Gosden, « Artificial wombs would put an end to all the medical and social difficulties of surrogate motherhood, so that conventional maternity would become unnecessary » (*Designing Babies*, *op.cit.*, p. 198).

médicales : remplacer un utérus absent ou pathologique et permettre ainsi à des femmes de procréer sans faire appel à des mères porteuses, avec tous les problèmes émotionnels et légaux que cela comporte »¹. Ceci rejoint directement les propos de Peter Singer (philosophe éthicien) et Deane Wells (alors un membre du parlement australien) qui affirment – dans leur texte fondamental faisant figure de référence en matière d’ectogenèse :

Medically speaking, ectogenesis offers an alternative to surrogate motherhood for women who are incapable of pregnancy or for whom pregnancy is not recommended on medical grounds. [...] The most likely cases are women who have had a hysterectomy or women with a health problem that could be worsened by pregnancy. [...] The medical case for ectogenesis, then, would consist of the medical case for surrogate motherhood coupled with the claim that ectogenesis should be chosen in preference to surrogacy².

Ces discours témoignent tous que l’alternative technoscientifique à la grossesse faillible et dangereuse assurerait tout simplement de meilleures conditions d’enfantement, qu’elles soient de nature juridique, économique, biologique, psychologique ou sociale. « There might be greater scope for ectogenesis to be prioritized due in part to the *pain and trauma* that even the best-managed childbirth entails. [...] it may come to seem absurd that they [women] are *chained to the degrading and dangerous processes of pregnancy and childbirth* simply because of our inability to get our heads round the possibility of an alternative »³. De la sorte, ces propos démontrent aisément qu’au fur et à mesure que les techniques se perfectionnent, « les corps féminins sont pathologisés au profit de machinerie cliniquement contrôlable »⁴.

S’exprime alors clairement la dialectique entre contraintes liberticides et contrôle libertaire : « obstruant » la santé et le bien-être, ainsi que la pleine liberté individuelle et la concrétisation d’un projet parental, la procréation corporelle nécessite d’être reformatée technoscientifiquement dans le but d’améliorer les conditions d’enfantement et d’éliminer tout risque et souffrance. Le corps maternel est donc symbole ultime de limitation, et l’UA est le moyen préconisé pour dépasser la contrainte corporelle afin d’aboutir à la pleine émancipation maternelle.

¹ Henri Atlan, *ibid.*, p. 39.

² Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 11.

³ Anna Smajdor, « The Moral Imperative for Ectogenesis », *loc.cit.*, p. 343. C’est nous qui soulignons.

⁴ Traduction libre de « women’s bodies [are] pathologized in favour of clinically controllable machinery », Maureen Sander-Staudt, « Of Machine Born? A Feminist Assessment of Ectogenesis and Artificial Wombs », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 114.

2.1.2 Pour le fœtus

Le corps maternel pathologisé suscite, comme on l'a déjà vu, une volonté accrue d'intervention et de maîtrise biomédicale dans l'optique de surpasser les contraintes et d'améliorer les conditions d'enfantement. Clairement présenté comme ayant le potentiel d'être nocif pour la santé et la croissance du fœtus, l'environnement utérin « naturel » mérite rien de moins que d'être majoré technoscientifiquement, c'est-à-dire extériorisé du corps et reproduit artificiellement. Compris comme étant imparfait et possiblement dangereux à plusieurs égards pour l'enfant à naître, le corps maternel est voué à être remplacé.

Dans la lignée des développements du champ de la thérapie fœtale, qui considère le fœtus comme étant soumis à de grands risques intra-utérins¹, l'ectogenèse permettrait de se concentrer sur la croissance et la naissance du nouveau patient qu'est le fœtus sans se préoccuper de la santé maternelle. « L'accouchement est un moment délicat pour l'enfant à naître; or en recourant à un utérus artificiel, les médecins chargés de *l'extraction* n'auraient qu'à *se soucier de l'enfant à naître et nullement de la vie de la mère* comme dans le cas des gestations naturelles »². Le boulet maternel éliminé, l'expertise technoscientifique aurait enfin entièrement accès au fœtus, ce qui ouvrirait la voie à un plus grand contrôle du développement fœtal, de la conception à la naissance (modifications génétiques, immunisation, chirurgie, et autres attentions biomédicales³). Qui plus est, une telle méthode permettrait d'éviter une kyrielle de problèmes potentiels pour le fœtus générés par la mère, qu'ils soient de nature biologique, physiologique, psychologique ou comportementale.

Extrauterine pregnancy becomes more plausible when one considers that [...] uterine pregnancy carries significant risks. If the mother dies or is harmed, her fetus suffers likewise, unless it is old enough to be safely delivered by cesarean section. [...] *Uterine pregnancy also carries dangers that the fetus will become infected*. Fetal tissues are almost ideal culture broths for microbes and must be kept sterile at all costs. *Since the baby cannot be hermetically sealed, its safety from bacteria and viruses that get into the womb and cross the placenta can never be*

¹ Susan Squier, *Babies in Bottles*, *op.cit.*, p. 98.

² Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 44. C'est nous qui soulignons.

³ En ce sens, Roger Gosden déclare: « At present, we can observe an embryo for only a few days after IVF and then, once an embryo has been transferred to the uterus, everything literally goes dark. If a fetus was growing in vitro, any abnormal development would be detected immediately and a quick decision could be made whether to treat or terminate it. Surgery in utero is something that rarely is contemplated at the moment, even for the most precious fetus, but it would become practicable at last if the fetus were in vitro. [...] Taking blood samples for lab testing, injecting drugs, hormones, and antibodies, and even transplanting cells or organs to meet a medical need would all be easier. [...] Ectogenesis would provide a great opportunity to increase knowledge of what is one of nature's last great secrets, and it would greatly benefit fetal medicine in general. There is perhaps no subject in biology that fills us with greater awe or of which we are more ignorant than the molding of a baby in the womb. Some people may prefer us to leave nature alone, as they did when antisera and organ transplants first became available for treating ailing children and adults, but the chance to at last understand the most tender period of existence and, even more important, to cure diseases and help with the creation of life will surely prove irresistible ». Roger Gosden, *Designing Babies*, *op.cit.*, p. 199-200. Pour des critiques de cette idée, voir Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*; Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*, p. 253; Sarah Langford, « An end to abortion? », *loc.cit.*, p. 264-65.

absolute. [...] Nature knows best, to use a simplistic catchphrase, but this wisdom is fallible because harmful antibodies sometimes mingle with the beneficial ones. [...] Nor is the placenta a perfect guardian of fetal nutrition [...]. The fetus can be harmed by a high sugar level in a mother who has diabetes that is poorly controlled [...]¹.

Ectogenesis [...] would liberate children from the burden of possessive mothering. [...] “A mother who undergoes a nine-month pregnancy is likely to feel that the product of all that pain and discomfort ‘belongs’ to her (“To think of what I went through to have you!”). But we want to *destroy this possessiveness* along with its cultural reinforcements so that children will be loved for their own sake”. Firestone’s claim is that children nurtured from conception outside the body will have a healthier relationship with their mother than normal children².

Postpartum depression (which affects 13% of women who have given birth) may cause the mother to reject her child or to refuse to nurture it, all of which have a negative effect on the child’s subsequent development³.

The placenta is a leaky sieve to most drugs. [...] The impact of binge drinking on the developing brain is so clear that the expression “fetal alcohol syndrome” has been coined. The baby can also fall victim to passive smoking. [...] Babies of mothers who smoke during pregnancy are on average nearly 300 grams or 10% lighter at birth, which is a significant disadvantage. [...] Safe in its bottle, it would be spared any harm arising through the ignorance or carelessness of the parents⁴.

Some mothers during pregnancy use alcohol, cocaine, tobacco, and other substances likely to be harmful to the fetus. Because the mother’s biological system is the same as the fetus’, whatever risks the mother takes are also borne by the fetus. But the fetus is at a much more vulnerable stage than the mother, so the risks of harm from such substances may be greater. *By raising the fetus in a uniform, stable, drug-free and controllable environment, the fetus is spared from risks associated with the mother using drugs*⁵.

Étant donné que la dimension maternelle ne constitue qu’une série de nuisances dont le fœtus doit s’autonomiser, il est ainsi généralement admis qu’un utérus artificiel serait, sur tous les plans, plus sécuritaire et salubre qu’un utérus naturel : « an efficient artificial womb, far from increasing the incidence of birth defects, would reduce them by keeping the fetus in an absolutely safe and regular environment; safe, for example from infection by German measles or drugs taken by the mother »⁶. En effet, les promoteurs de l’UA vantent les mérites des capacités préventives d’une telle machine face à la multitude de problèmes liés à la maternité corporelle –

¹ Roger Gosden, *ibid.*, p. 184-85. C’est nous qui soulignons.

² Shulamith Firestone, *The Dialectic of Sex*, citée dans Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 14. C’est nous qui soulignons.

³ Anna Smajdor, « The Moral Imperative for Ectogenesis », *loc.cit.*, p. 342.

⁴ Roger Gosden, *Designing Babies, op.cit.*, p. 186 et 198.

⁵ Gregory Pence, « What’s so good about natural motherhood? », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 82. C’est nous qui soulignons. Peter Singer et Deane Wells vont dans le même sens, « Ectogenesis », dans *ibid.*, p. 11.

⁶ Edward Grossman, « The Obsolescent Mother : a scenario », cité dans Amel Alghrani, « The legal and ethical ramifications of ectogenesis », *loc.cit.*, p. 205. Julien S. Murphy a justement remarqué que « the desirability of ectogenesis is predicated on the assumption that IVG would not produce fetal harm. (...) Clearly IVG would lose supporters if it harmed fetuses ». Dans « Is Pregnancy Necessary? Feminist Concerns About Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis, op.cit.*, p. 31.

ou plutôt liés aux mères problématiques – afin de justifier les « besoins » d'une telle machine.

Henri Atlan résume bien les possibilités :

[...] la prévention des avortements, prévention des effets nocifs sur l'embryon de mères alcooliques, toxicomanes, tabagiques ou, simplement, de régimes alimentaires inadéquats; plus généralement, contrôle et maîtrise des différentes étapes du développement de l'embryon et du fœtus, enfin exposées à l'observation des spécialistes et, éventuellement, à des interventions à visée thérapeutique, ou simplement d'« amélioration », génétique ou autre¹.

Clairement, le potentiel de contrôle biomédical généré par cet outil thérapeutique « révolutionnaire » se voit majoré par sa nature préventive. En offrant une alternative artificielle à la nature défectueuse, cet outil thérapeutique propose d'annuler non seulement les problèmes qui se manifestent en cours de processus, mais aussi toute une série de risques potentiels et latents.

S'expriment alors une multitude de paroles dithyrambiques au sujet des potentielles retombées de la matrice artificielle. Outre l'aspect « doctor-friendly » de la technique – qui permettrait facilement de choisir le moment idéal de naissance de l'enfant en fonction du schéma de sa croissance² – on voit dans l'UA une issue de secours pour résorber toutes sortes d'ennuis et de difficultés. D'aucuns y voient la fin des fausses couches et des naissances prématurées³, ou encore la solution pour le problème de la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant⁴. D'autres perçoivent l'UA comme l'occasion idéale d'effectuer d'importantes améliorations et modifications du fœtus, voire de produire des embryons sur mesure en vue de constituer une réserve d'organes dans un contexte de « pénurie » : « embryos could be kept alive as a source of tissues and organs that could be of great benefit to more mature humans »⁵. Certains vont même jusqu'à dire qu'une telle matrice propulserait la productivité et l'efficacité de

¹ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 149. En ce sens, Amel Alghrani affirme : « the fact remains that there are a small percentage of women who do endanger the health of their unborn child during the nine months of gestation. Pregnant women who continue to smoke and drink despite the warnings of harmful effects may cause irreversible harm to the unborn fetus. [...] Once ectogenesis is a viable method of gestation, the question may arise whether [these] pregnant women [...] should be made to have their foetus transferred into an ectogenetic chamber to enable them to gestate in a safe and drug free environment ». Dans « The legal and ethical ramifications of ectogenesis », *loc.cit.* Philippe Descamps ainsi que Peter Singer et Deane Wells vont dans le même sens.

² « The time of delivery would be decided by doctors and technicians when the ideal weight was reached and the heart and lungs were sufficiently mature for the baby to emerge from its bottle into the outside world and make its first cry ». Roger Gosden, *Designing Babies*, *op.cit.*, p. 200.

³ « Since an artificial womb or placenta may improve outcomes for ELWBs [extremely low birth weight], it is quite improbable that there would be a serious obstacle to this development ». Frida Simonstein, « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *loc.cit.*, p. 360. Voir aussi les ouvrages cités de Henri Atlan, Philippe Descamps ainsi que Peter Singer et Deane Wells.

⁴ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 44.

⁵ Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *op.cit.*, p. 15. Spécifions ici qu'il ne s'agirait pas nécessairement de produire des êtres complets, mais des organes isolés, comme l'a rapporté Jyotsna Gupta à propos d'expériences de clonage : « this would make it possible to grow humane ears, livers, kidneys, etc. in an embryo pocket within an artificial womb ». Dans *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*, *op.cit.*, p. 465. Dans le même sens, Philippe Descamps affirme : « Que l'ectogenèse permette la constitution d'organes *ad hoc* en vue de greffes semble parfaitement incontestable » (*op.cit.*, p. 48). On constate aisément la relativité définitionnelle de la « thérapeutique » et son cousinage eugéniste.

la reproduction humaine, en fonction des besoins et normes des technologies reproductives, puisque la taille de la matrice maternelle demeure « restreinte » :

Small babies [...] also occur when a uterus designed for single occupancy is shared, which is the case for about one in four patients who conceive after IVF treatment. [...] The babies are more likely to be born too early and have heart and lung abnormalities; triplets have a risk of cerebral palsy more than 40 times greater than average. It makes biological sense to have one baby at a time, though *this is another limitation that artificial wombs would overcome*¹.

Qui plus est, on retrouve de manière récurrente l'argument stipulant que l'UA permettrait de sauver des embryons d'avortements². Le fœtus autrement voué à l'avortement spontané ou volontaire pour maintes raisons (médicales, économiques, enfant non-désiré) pourrait être transféré du corps de la femme à la matrice artificielle afin d'être mené à terme et ensuite placé en adoption³. Ce transfert serait selon certains bénéfique pour tous, assurant non seulement la survie de l'être mais un meilleur contrôle de sa croissance, en plus de laisser à la femme la pleine liberté de disposer de son corps⁴. Du même coup, on déclare que l'avènement de cette technologie solutionnerait ou du moins adoucirait grandement la polémique sur l'avortement⁵. Ce débat se résume principalement à une opposition pro-vie/pro-choix qui souvent force à choisir entre deux perspectives antagonistes, l'une focalisée sur le fœtus et l'autre préoccupée par le respect des femmes⁶. L'UA permettrait selon cette perspective donc de résoudre le débat en permettant « la vie » et « le choix » de se déployer simultanément, ou comme certains le proclament, « embrace in happy harmony »⁷.

Enfin, les militants en faveur du clonage semblent aussi très enchantés par un tel projet, puisque les problèmes éthiques auxquels le clonage est confronté reposent en partie sur le besoin du corps d'une femme pour porter l'embryon cloné. L'avènement d'un utérus artificiel, en

¹ Roger Gosden, *Designing Babies*, *op.cit.*, p. 187. C'est nous qui soulignons.

² Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 89; Christopher Kaczor, « Could Artificial Wombs End the Abortion Debate? », *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 5 (2), 2005, p. 283-301.

³ Henri Atlan, *ibid.*; Philippe Descamps, *op.cit.*; Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », *op.cit.* Pour une pertinente critique de cet argument, voir Sarah Langford, « An end to abortion? », *loc.cit.*; Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: In Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 59-76.

⁴ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.* Philippe Descamps insiste sur le fait que la plupart des raisons d'avorter sont liées à la mère plutôt qu'au fœtus. Autrement dit, la vie du fœtus est souvent détruite à cause de la mère. L'UA permettrait donc de laisser la liberté à la femme de prendre la décision qui lui plait sans pour autant enlever la vie au fœtus. Dans *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 44. En ce sens, la philosophe Christine Overall affirme : « In the future, expulsion from the uterus will ordinarily not result in the death of the embryo/fetus [...]. The pregnant woman (or anyone else, e.g., a physician) has no right to kill the embryo/fetus ». Citée dans Leslie Cannold, « Women, Ectogenesis, and Ethical Theory », *Journal of Applied Philosophy*, 2, 1995, reproduit dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 48.

⁵ Voir les ouvrages déjà cités de Henri Atlan, Stephen Coleman, Philippe Descamps et S. Gelfand et J. R. Shook. Pour une analyse critique et théorique de ces raisonnements « éthiques » sur l'avortement, voir Leslie Cannold, *ibid.*

⁶ Leslie Cannold, *ibid.*; Julien Murphy, « Is Pregnancy Necessary? », dans S. Gelfand et J. R. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 31.

⁷ Sarah Langford, « An End to Abortion? », *loc.cit.*, p. 264 (critiquant cet argument). Voir aussi Philippe Descamps (*op.cit.*, p. 50) pour d'intéressants commentaires sur ce débat.

remplaçant le corps maternel, suppose alors que le débat sur le clonage puisse prendre une autre direction¹.

Bref, l'examen des arguments thérapeutiques expose deux évidences. D'une part, force est de constater que la définition thérapeutique est excessivement large et floue, englobant tant la guérison que la prévention et l'amélioration (*enhancement*), et ce sur tous les plans (physiologique, génétique, psychologique, etc.). De ce fait, on peut donc mieux envisager comment certains éthiciens parviennent à se positionner en faveur de ce projet : ils justifient le besoin pour l'UA en canalisant sur son potentiel à « réduire la souffrance humaine »², comme l'expriment judicieusement Peter Singer et Deane Wells : « The overall conclusion is that whatever ethical stance we take eventually there is going to be enough evidence of the safety of the procedures involved to justify the decision to go ahead with ectogenesis »³. Le problème avec une telle rhétorique est que, outre sa légitimité profondément ancrée dans notre société, elle témoigne d'un relativisme infini qui ne suppose aucune limite. D'autre part, il est aisé de reconnaître la force ubiquitaire de la dialectique des contraintes liberticides et du contrôle libertaire. Ennuis, restrictions, risques, complications : la gestation corporelle est forcément problématique et, selon cette optique, la matrice artificielle représente rien de moins qu'une salvatrice nous libérant de tous les maux liés à l'enfantement. La prochaine catégorie argumentative va dans ce sens.

2.2 Liberté et égalité dans la fraternité

Greffé au critère thérapeutique, tout un pan des discours met l'accent sur l'aspect libérateur de l'ectogenèse pour les femmes. En évacuant le corps de la reproduction humaine, cet outil thérapeutique semble être garant d'un pouvoir émancipateur pour les femmes face à l'enfantement, ce qui déclencherait par conséquent une plus grande égalité entre hommes et femmes. En revanche, on retrouve aussi quelques critiques à l'égard de cette technologie, symbole de contrôle social (et pour certains de pouvoir et de domination patriarcale) des femmes, dans la mesure où la matrice artificielle (et l'expertise technoscientifique) substituerait le rôle de la femme et ainsi lui arracherait son pouvoir procréatif. Il s'agit donc d'examiner ici comment le retrait du corps maternel et l'entrée de l'UA dans le portrait de la procréation sont

¹ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.* Rappelons à ce titre l'annonce médiatique des Raëliens en février 2003 quant à leur projet de créer la matrice artificielle « BABYTRON » pour la reproduction de leur progéniture clonée.

² Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*

³ Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *op.cit.*, p. 23. Similairement, Rosemarie Tong affirme : « if access to ectogenesis is the only way a couple can have a baby that is genetically related to them, I very much doubt that ectogenesis can or should be legally prohibited », dans S. Gelfand et J. R. Shook, *ibid.*, p. 70.

toujours interprétés de deux principales façons, soit en termes de libération ou de contrôle, comme certains auteurs l'ont déjà remarqué : « The absolute removal of pregnancy from women's uteruses to laboratories could either be liberating or oppressive »¹.

Toutefois, notre analyse sociohistorique divulgue clairement qu'il ne s'agit pas d'un scénario OU de l'autre, mais bien des deux simultanément. Tant chez ceux qui promeuvent le projet d'UA que ceux qui le dénoncent, on retrouve cette double logique discursive qui va de la contrainte à l'émancipation; le contrôle (qui prend plusieurs formes) semble être simultanément frein et accélérateur de liberté. En d'autres termes, les camps sont *a priori* opposés selon une interprétation libertaire ou liberticide de l'UA, mais nous avançons qu'une telle classification du débat constitue une impasse d'un point de vue sociologique. À nos yeux, les deux camps expriment la même rhétorique réflexive, où les notions de liberté et de contrôle sont intimement imbriquées et indissociables et s'alimentent mutuellement, quoique ces notions soient interprétées et valorisées différemment. Examinons donc de plus près la dynamique de cette réflexivité ainsi que sa mise en forme rhétorique.

2.2.1 Liberté du corps et liberté procréative

L'idée fondamentale est de délivrer les femmes de leurs chaînes et boulets corporels liés à l'enfantement, tel que nous l'avons déjà abordé. D'abord, cette technique offrirait aux femmes désireuses d'enfanter, mais incapables physiquement, une occasion de réaliser leur projet parental, et du coup de sortir de leur condition de « involuntary childlessness »². Plus largement, tout porte à croire qu'un tel produit technoscientifique rendrait service à toutes les femmes qui font face à la gestation « naturelle », considérée comme source d'arias. Socialement partagée, la conception contraignante de la grossesse et de l'accouchement suppose qu'une « proportion importante de femmes voulant enfanter tout en évitant les servitudes de la grossesse »³ militerait en faveur d'une telle technique. Les extraits suivants témoignent en ce sens :

¹ Ann Oakley, citée dans Irina Aristarkhova, « Ectogenesis and Mother as Machine », *loc.cit.*, p. 53. Tous les auteurs qui adressent la question de l'UA (mais aussi les NTR) constatent cette dualité. En ce sens, Gelfand et Shook posent la question : « will ectogenesis enhance or diminish women's reproductive rights and/or economic opportunities? » (*op.cit.*, p. 3). Également, « Would IVG [in vitro gestation] be a technique of liberation? This is at the center of the feminist debate over the new reproductive technologies ». Julien Murphy, « Is Pregnancy Necessary? », dans S. Gelfand et J. Shook, *ibid.*, p. 34. Ainsi, Henri Atlan consacre un de ses chapitres à la question « Mères dépossédées ou femmes libérées? », dans *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 125-141. Dans le même sens, Philippe Descamps résume : « il est possible de repérer deux tendances, frontalement opposées [...] : l'une estime que l'ectogénèse achèvera l'émancipation féminine, l'autre y voit l'ultime arme pour domestiquer ou annihiler la femme » (*op.cit.*, p. 116).

² L'abondante littérature au sujet des « femmes sans enfant » reflète cette représentation du désir/non-désir d'enfant, et soulève aussi beaucoup de questions quant au rapport entre féminité et maternité. Voir par exemple Marcia C. Inhorn and Frank Van Balen (dir.), *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, University of California Press, 2002.

³ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 81.

[...] an artificial uterus will render motherhood, as we recognize it, obsolete. Women may elect to avoid the *disfigurement* of pregnancy, pain of childbirth, postpartum blues, and the occasional ineptitudes of obstetricians. It seems like the perfect solution [...]¹.

We think women will be helped rather than harmed by the development of a technology that makes it possible for them to have children without being pregnant².

Two thousand years [sic] of morning sickness and stretch marks have not resulted in liberation for women or children. If you should run into a petri dish, it could turn out to be your best friend. So rock it; don't knock it!³

Avez-vous déjà pensé que vos arrière-petits-enfants, voire vos petits-enfants, ne naîtront plus des douleurs d'un accouchement mais du ventre d'une belle et envoûtante machine ? qu'ils s'apitoieront de notre triste destin de mammifères sous-développés ? que les historiens de demain s'étonneront des ruses que nous avons inventées pour rendre supportable cette charge qui consiste pour les femmes à faire sortir de leurs corps l'espèce humaine ? [...] Fini la contraception, l'avortement, les restrictions pendant la grossesse, les différences entre les hommes et les femmes à l'égard de cet acte toujours exorbitant de faire naître. Vous mettrez vos gamètes dans la machine et, au bout de neuf mois, vous viendrez chercher votre bébé bien chaud dans les meilleures conditions⁴.

Face à la représentation péjorative du processus naturel d'enfantement, on peut mieux comprendre l'espoir et l'optimisme consacrés à l'UA. Selon ce point de vue, le remplacement artificiel du ventre maternel serait simplement bénéfique et sensé, d'autant plus que nous n'avons pas nécessairement besoin de passer par la grossesse pour être mère, selon certains auteurs. Dans son ouvrage *L'Empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, la juriste Marcela Iacub explique les transformations de la conception juridique de la maternité en France⁵. Dans le cadre du Code Napoléon (1804), la maternité, la paternité et l'engendrement étaient tous institués par le droit et encadrés par le mariage. En fait, « les enfants naissaient idéalement non pas du corps des époux, mais de leur union légale, ils naissaient d'une *institution* [...]». Le cadre institutionnel dans lequel naissaient les enfants importait bien plus que le fait que leurs parents les eussent réellement engendrés ou *accouchés* »¹. Depuis les années 1970 (en France), il y a eu un important revirement de situation, qui fait de l'accouchement la condition *sine qua non* de la maternité, fidèlement à l'adage romain *mater semper certa est*. Selon Iacub, ce changement est totalement réfractaire, en accordant un statut plus important à l'acte biologique qu'à l'acte juridique et aux

¹ Paul G. McDonough, « Comment », *Fertility and Sterility*, 50 (6), juin 1988, p. 1001-1002. Cité dans Julien Murphy, « Is Pregnancy Necessary? », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *Ectogenesis*, *op.cit.*, p. 28. C'est nous qui soulignons.

² Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. Shook, *ibid.*, p. 21. Repris dans Julien Murphy, *ibid.*, p. 38.

³ Nancy Breeze, « Who is Going to Rock the Petri Dish? For Feminists who Have Considered Parthenogenesis When the Movement is not Enough », dans Rita Arditti et al. (dir.), *Test-Tube Women: What Future for Motherhood?*, *op.cit.*, p. 400. Citée dans Peter Singer et Deane Wells, *ibid.*, p. 17.

⁴ Marcela Iacub, « L'utérus artificiel contre la naissance sacrificielle », *Libération*, 29 mars 2005, en ligne : <http://www.liberation.fr/tribune/0101523912-l-uterus-artificiel-contre-la-naissance-sacrificielle> (consulté le 20 avril 2009).

⁵ Marcela Iacub, *L'Empire du ventre*, *op.cit.*

institutions sociales. Elle critique alors la « vérité » de l'accouchement et la naturalisation/biologisation de la mère, et favorise l'ancien cadre qui définissait la maternité et la parenté en termes de « volonté » (légitimée par le mariage). Selon sa perspective, être mère, ce n'est pas nécessairement porter l'enfant, mais bien le vouloir, le prévoir, l'« élever », l'éduquer². Ainsi, l'auteure est d'avis que la définition de la filiation et de la parentalité ne doit pas être biologique ou physiologique, mais plutôt sociale et juridique. Le problème avec son argumentation est qu'il est en quelque sorte anachroniste, dans la mesure où elle semble négliger le fait que la maternité au XIX^e siècle n'était pas comprise en termes de « volonté » et de « choix » comme aujourd'hui.

Néanmoins, retenons que selon son point de vue, la techno-maternité serait tout à fait légitime puisqu'elle renvoie à une définition de la maternité qui n'est pas basée sur le corps mais bien sur le projet parental. Puisque la grossesse est de maintes façons « facultative », Iacub remet en cause l'importance que nous accordons à la grossesse et encourage le développement de l'UA. Dans un percutant article du *Nowel Observateur*, elle déclare que cette maternité de substitution représenterait un chemin idéal pour s'échapper du carcan reproductif tout en accomplissant le désir d'être mère. Elle conçoit la matrice synthétique comme l'aboutissement d'un processus d'émancipation – faisant suite à la contraception, à l'avortement et aux NTR – qui constituerait le « dernier pas de libération pour les femmes à l'égard des servitudes liées à l'enfantement [...] et l'ultime réalisation d'une société qui a décidé de prendre en main le miracle de la vie »³. À ses yeux, le fait d'enlever le caractère de passage obligé pour devenir mère ferait en sorte que la grossesse pourrait devenir une véritable expérience éthique car elle aurait lieu dans le cadre d'une « vraie liberté » et non plus d'une « contrainte » juridique. Selon cette perspective, la machine à bébés en voie de création permettrait aux femmes de se délivrer des restrictions pénibles qui leur sont imposées et de pouvoir choisir leur mode de gestation en toute liberté. C'est alors grâce à la technoscience que les femmes pourraient finalement se libérer de la malédiction biblique « tu enfanteras dans la douleur »¹.

Par conséquent, l'UA serait, outre un remède aux multiples fardeaux, le gage d'un plus grand « choix reproductif ». Advenant la réalisation de l'UA, les femmes ne seraient nullement

¹ *Ibid.*, p. 18. En italique dans le texte.

² Le juriste et éthicien John A. Robertson va dans le même sens : « reproduction in the genetic or gestational sense is to be distinguished from child rearing. Although reproduction is highly valued in part because it usually leads to child rearing, one can produce offspring without rearing them and rear children without reproduction ». Dans *Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies*, Princeton (New Jersey), Princeton University Press, 1994, p. 22.

³ Marcela Iacub, « L'utopie de l'utérus artificiel », *Nowel Observateur hors série : Les utopies d'aujourd'hui*, juillet-août 2005, p. 50-51.

obligées d'utiliser l'UA, mais au moins elles pourraient *choisir* la méthode qui leur convient, ce qui suppose qu'elles seraient davantage en charge et en *contrôle* de leurs capacités procréatives. « [...] women “could have their cake and eat it too” [...] [and] could gain control of artificial as well as natural reproduction to serve women's as well as society's best interests »². Ainsi présenté, le projet de l'UA semble de toute évidence salutaire pour les femmes, tel que Peter Singer et Deane Wells l'exposent :

Women would not, after all, be compelled to use the new method; all it would do is provide them with a new option. If they wished to avoid pregnancy and childbirth while still having a child of their own, they could; if they preferred the traditional experience, they could of course go through with it all in the traditional manner. Since freedom is almost universally recognized as a good, when [ectogenesis] is put in this manner, it too must be generally agreed to carry at least some weight. [...] Ectogenesis will, if successful, provide a choice for women, a choice that one can plausibly claim, as Firestone claims, will remove the fundamental biological barrier to complete equality. So where is the danger to women?³

L'idée maîtresse au cœur des techniques reproductives, dans la lignée des techniques contraceptives, est donc celle de la « liberté procréative », soit la perspective de « procreative autonomy, liberty and choice » avancée par certains penseurs dans le champ des NTR et qui oriente souvent le débat éthique et les politiques publiques⁴. Selon Ronald Dworkin, professeur de jurisprudence aux Universités de New York et d'Oxford,

“procreative autonomy” is a natural corollary of amendments of the American Constitution that guarantee freedom of religion and choice in a way of life according to personal beliefs. [...] autonomy is “a right to control their own procreation unless the state has a compelling reason for denying them that control”⁵.

Ainsi, la *liberté procréative* est comprise comme un droit, une liberté fondamentale qui garantit que tout être humain peut *choisir* d'enfanter ou pas. Surtout, cette liberté repose sur un *contrôle* des naissances, par voie de contraception ou d'avortement, qui permet aux individus de maîtriser leur reproduction et *librement choisir* de disposer de leur corps⁶. Pour ceux et celles qui décident d'enfanter mais qui sont confrontés à des obstacles en cours de processus, il est tout à fait légitime qu'ils recourent à tous les moyens nécessaires pour concrétiser leur « projet parental », conçu en termes de réalisation de soi et du couple, de bonheur et de liberté. Se joint alors à la « liberté procréative » la maxime du « choix reproductif », c'est-à-dire un menu varié d'options

¹ *Ibid.*; c'est aussi ce que Henri Atlan avance avec « la libération de l'expulsion d'Éden », dans *L'utérus artificiel, op.cit.*, p. 172.

² Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation : In Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. Shook, *op.cit.*, p. 67.

³ Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans *ibid.*, p. 19-21.

⁴ Voir entre autres John A. Robertson, *Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies, op.cit.*

⁵ Roger Gosden, *Designing Babies, op.cit.*, p. 240.

⁶ Voir les ouvrages déjà cités de Henri Atlan, Étienne-Émile Baulieu et al., Stephen Coleman, Philippe Descamps, S. Gelfand et J. Shook.

convenant aux désirs et besoins des futurs parents¹. Certains vont jusqu'à inclure et revendiquer des techniques de « contrôle de la qualité » du fœtus en proclamant le droit et le devoir d'assurer le bien-être et la pleine santé de leur progéniture². À cet égard, Henri Atlan remarque justement que « le droit d'enfanter à tout prix malgré des impossibilités naturelles peut être considéré comme faisant partie du droit à la santé et donc impliquer un devoir de la société pour permettre de l'exercer »³.

Selon cette grille de lecture, le *contrôle* des naissances (contraception, avortement, techniques reproductives ou autres moyens) est générateur de *choix, d'autonomie et de liberté*. Quoique cette perspective soit fortement critiquée⁴, il faut comprendre pour l'instant la logique de ce discours qui suggère que le contrôle est garant de liberté et qu'en retour, notre plus grande liberté procréative nécessite le développement de nouvelles méthodes de contrôle reproductif. La technique de l'UA répondrait alors à cette dynamique réflexive, voire qu'elle représenterait l'apothéose du contrôle des naissances et de la liberté procréative :

[...] ectogenesis promises a wider spectrum of *reproductive choice* for women. Artificial womb technology promises to *create freedom* in both the negative and positive sense. That is, ectogenesis promises women “freedom from” unwanted pregnancies and “freedom to” wanted pregnancies prevented by various social and biological circumstances. By way of negative freedom, *artificial womb technology promises to free women from both unwanted pregnancies, and unwanted aspects of pregnancy*. [...] Ectogenesis offers women positive freedoms in the form of “freedom to” births that would not be otherwise possible⁵.

Encadré par cette perspective libertaire, le moyen de « contrôle libérateur » qu'est l'UA serait donc difficile à critiquer, voire impossible à interdire. En vertu du droit des femmes à disposer de leur corps – qui représente une force majeure du féminisme et une conviction fondamentale des sociétés occidentales – il serait, selon certains, effectivement difficile de le refuser. « Les oppositions à l'utérus artificiel, comme celles à la pilule contraceptive et à l'avortement, résisteront mal au droit revendiqué par les femmes de disposer de leur corps »⁶.

¹ John Robertson, *Children of Choice*, *op.cit.*

² Selon John Robertson: « Fueled both by technological developments and by a couple's desire for a healthy baby, there is a growing demand for – and development of – techniques to assure that healthy children will be born. The term “quality control” sounds perjorative [sic], but it is the parents' interest in healthy offspring that has spurred these developments ». *ibid.*, p. 10.

³ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 90.

⁴ Voir entre autres: Rita Arditti et al., *Test-Tube Women*, *op.cit.*; Gwynne Basen et al. (dir.), *Misconceptions*, *op.cit.*; R. Davis-Floyd et J. Dumit (dir.), *Cyborg Babies*, *op.cit.*; R. Davis-Floyd et C. Sargent, *Childbirth as Authoritative Knowledge*, *op.cit.*; S. Franklin et H. Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction*, *op.cit.*; S. Franklin et C. Roberts, *Born and Made*, *op.cit.*; F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order*, *op.cit.*; Rayna Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus*, *op.cit.*

⁵ Maureen Sander-Staudt, « Of Machine Born? A Feminist Assessment of Ectogenesis and Artificial Wombs », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 112. C'est nous qui soulignons. Sur la question de la « liberté procréative », voir l'ouvrage de John A. Robertson.

⁶ Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 80 (voir p. 155 aussi).

2.2.2 Égalité procréative

L'élimination de la lourde tâche de procréation naturelle, ou du moins sa métamorphose en « choix reproductif », entraînerait selon d'aucuns une série de transformations amélioratives. Puisque, depuis toujours, « la grossesse est le lot des femmes »¹ et qu'elles sont les seules à se sacrifier et à assumer les risques de la grossesse², l'UA participerait à une plus grande égalité entre hommes et femmes dans leurs rôles parentaux.

We could provide technical alternatives to gestation and childbirth so that women are no longer unjustly obliged to be the sole risk takers in reproductive enterprises. In short, what is required is ectogenesis: the development or artificial wombs that can sustain fetuses to term without the need for women's bodies³.

If fathers could also share the job of childbearing, it would be the ultimate liberation for women from their biological chains. [...] Mother and father would have to adjust to a more equivalent role. Without a baby growing and kicking inside her, the mother might feel less bonded, but the father might feel more so as he would be able to watch his baby developing⁴.

Revient donc incessamment l'idée selon laquelle la grossesse est l'étendard des inégalités sexuelles et genrées. Tel que le souligne Henri Atlan, à l'instar de Shulamith Firestone, c'est sur les corps sexués et les fonctions reproductives que se fonde « l'asymétrie immémoriale » entre hommes et femmes, qui conditionne l'organisation des sociétés humaines au fil des époques⁵. L'avènement de l'UA contribuerait ainsi à étayer une politique d'égalité entre les sexes, dans la mesure où les hommes et les femmes seraient égaux face à la même méthode objective d'engendrement⁶.

C'est dans la suite de ce processus que l'utérus artificiel *achèvera la libération* sociale des femmes en les rendant *égales* aux hommes devant les *contraintes* physiologiques inhérentes à la procréation. Alors, la révolution commencée de façon apparemment anodine avec la pilule et la machine à laver sera achevée avec l'ectogénèse⁷.

La suppression de la grossesse et de l'accouchement, bouleversant la réalité physique de la maternité, risque d'entraîner sinon la disparition de tout sentiment maternel, du moins des modifications profondes dans la façon qu'aura une femme de concevoir et de vivre une

¹ Traduction libre de « pregnancy is a woman's job », Julien Murphy, « Is Pregnancy Necessary? », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 31.

² Anna Smajdor, « The Moral Imperative for Ectogenesis », *loc.cit.*, p. 336.

³ *Ibid.*

⁴ Roger Gosden, *Designing Babies, op.cit.*, p. 193 et 200. Sur la possibilité d'une grossesse dans un abdomen masculin, voir p. 194 et suivantes.

⁵ Henri Atlan, *L'utérus artificiel, op.cit.*, p. 125-26; Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour, op.cit.*, p. 51. Voir aussi Shulamith Firestone, *The Dialectic of Sex, op.cit.*; Peter Singer et Deane Wells, « Ectogenesis », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 9-25.

⁶ Henri Atlan, *ibid.*; Philippe Descamps, *ibid.*, p. 46-47; Peter Singer et Deane Wells, *ibid.*, p. 14.

⁷ Henri Atlan, *ibid.*, p. 115. C'est nous qui soulignons.

maternité éventuelle. En fait, *la maternité dans les conditions d'une ectogenèse deviendrait très proche de la paternité*. [...] Comme la paternité, elle devra être construite¹.

The *freeing of women from the tyranny of their reproductive biology* by every means available, and the diffusion of the childbearing and childrearing role to the society as a whole, men as well as women².

Ce dernier extrait résume bien la position de la féministe Shulamith Firestone qui prêche clairement en faveur d'une matrice synthétique, laquelle éliminerait *ipso facto* les inégalités entre hommes et femmes qui reposent sur les rôles reproductifs³. En plus d'affirmer que la grossesse nuit aux femmes (et aux enfants, lorsqu'on rappelle l'argument de la « possessivité des mères » évoqué plus haut), elle proclame que ce processus n'est rien de moins qu'un phénomène barbare qui nécessite urgemment une intervention technoscientifique :

Natural reproduction is neither in women's best interests nor in those of the children reproduced through it. The joy of giving birth – invoked so frequently in this society – is a patriarchal myth. In reality, childbirth is “like shitting a pumpkin”. [...] All biological connections – be they genetic or gestational – must be eliminated in order to achieve equality⁴.

L'ectogenèse serait donc un moyen plus « civilisé » qui provoquerait la véritable libération des femmes de la « tyrannie gestationnelle »⁵ et rapprocherait le statut de la maternité à celui de la paternité. Au-delà de l'égalité face à la reproduction, l'UA pourrait parmi d'autres choses contribuer à une plus grande égalité sur le marché du travail : « Ainsi, l'ectogenèse [...] pourrait bien constituer une opportunité pour les femmes qui souhaitent une carrière professionnelle sans être ralentie par une grossesse et sans se soucier de son horloge biologique »⁶. De cette manière, l'UA exempterait les femmes de la charge de porter des enfants, laquelle ralentit plus souvent qu'autrement leur ascension sur le marché du travail. C'est ainsi qu'on conçoit le potentiel égalitaire de l'ectogenèse.

Rappelons que ces déclarations – stipulant que l'ectogenèse remédierait définitivement à toute forme d'inégalité entre hommes et femmes – ne sont pas confinées au contexte du

¹ *Ibid.*, p. 122-23. Pour une critique théorique de cette idée stipulant « la fin du sentiment maternel » engendré par l'UA, voir l'ouvrage de Philippe Descamps : « Pourquoi l'attachement maternel serait-il nécessairement charnel, physiologique, naturel, biologique, c'est-à-dire le contraire de l'amour paternel, évidemment contingent, volontaire, culturel, social et intellectuel? [...] On ne voit pas pourquoi l'ectogenèse – parce qu'elle introduit une séparation entre corps et gestation – entraînerait *de facto* l'impossibilité ou même simplement la fragilisation de la parentalité ». *op.cit.*, p. 112-114.

² Shulamith Firestone citée par Peter Singer et Deane Wells, dans S. Gelfand et J. Shook, *op.cit.*, p. 13. C'est nous qui soulignons. Voir aussi Julien Murphy, « Is Pregnancy Necessary? », dans S. Gelfand et J. Shook, *ibid.*, p. 38.

³ Shulamith Firestone, *The Dialectic of Sex*, *op.cit.*

⁴ À propos de Shulamith Firestone, dans Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation: In Whose Best Interests? », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 64.

⁵ Selon les dires de Shulamith Firestone, repris par Gregory Pence : « The artificial womb would free women from the tyranny of gestation. » Dans « What's So Good About Natural Motherhood? », dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *op.cit.*, p. 83.

⁶ Frida Simonstein, citée dans Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour*, *op.cit.*, p. 118.

militantisme féministe; elles font plutôt écho à des préoccupations socialement partagées¹. Car la volonté de se débarrasser de la charge reproductive traduit une fibre libertaire qui est au cœur de l'imaginaire technoscientifique occidental tel qu'élaboré dans notre analyse théorique. En ce sens, l'éthicien Stephen Coleman avance que « Given all these arguments in favour of developing ectogenesis, and the assumption of the primacy of procreative liberty, there does seem to be a prima facie case for developing this technology »².

2.2.3 Une contrainte à la liberté et à l'égalité

Quoique les arguments en faveur de l'UA soient multiples et majoritaires, néanmoins faut-il reconnaître la présence d'importants avis contraires. Car l'intrusion biomédicale dans la procréation n'est pas toujours vue comme une clef accédant à la voie de l'émancipation. En effet, plusieurs critiques dénoncent l'hypermédicalisation de l'engendrement comme une forme de déterminisme technologique duquel il faut se départir. Cette position est souvent exprimée par des auteurs féministes essentialistes (deuxième vague) qui dénoncent la continuelle domination et exploitation des corps féminins par le pouvoir biomédical, majoritairement masculin³. À leur avis, l'UA est le représentant ultime d'un système patriarcal qui tente continuellement d'augmenter son emprise sur le processus reproductif en entier et conséquemment de retirer le pouvoir procréatif des femmes. Cet extrait résume bien ce raisonnement :

Mary O'Brien, Adrienne Rich, Andrea Dworkin, Margaret Atwood, Gena Corea, and Robyn Rowland saw in ectogenesis the beginnings of Bernal's « perfect man » : the repudiation of the body and with it women. They reasoned that women's subordination to men is caused not by women's bodies in and of themselves but rather by men's jealousy of women's reproductive abilities and subsequent desire to seize control of female biology through scientific and technological means⁴.

Une des principales porte-parole de cette position intellectuelle est Gena Corea, auteure de *The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. Dans cet ouvrage faisant figure de référence incontournable sur la question ectogénétique, Corea dénonce l'exploitation ancestrale des femmes comme « mères machines », longtemps utilisées comme cobayes et vouées à reproduire l'espèce ou la société pour les hommes. Surtout, sa critique vise principalement les « pharmacrates », soit les experts biomédicaux essentiellement masculins, qui

¹ *Ibid.*, p. 117-118.

² Stephen Coleman, *The Ethics of Artificial Uteruses*, *op.cit.*, p. 31.

³ Bien résumé par Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 129. Pour un bon aperçu des positions féministes sur l'ectogénèse, voir les chapitres de Leslie Cannold, Julien Murphy, Maureen Sander-Staudt et Rosemarie Tong dans S. Gelfand et J. Shook (dir.), *op.cit.*

⁴ Rosemarie Tong, « Out of Body Gestation », dans S. Gelfand et J. Shook, *op.cit.*, p. 65.

renouvellent leur pouvoir de contrôle et d'exploitation des femmes par le biais des techniques de procréation¹. La reproduction est davantage placée entre les mains des scientifiques masculins, et ainsi les femmes perdent peu à peu leur pouvoir procréatif. En tant que comble de l'artificialisation de la procréation, l'UA représente non pas l'achèvement de la libération des femmes, mais plutôt le summum du contrôle patriarcal. À ses yeux, le dessein de totale substitution du corps maternel sonne l'alarme du vol du pouvoir procréatif des femmes, ce qui signale par ricochet la dépossession de leur spécificité féminine (construite autour de la maternité). Bref, cette perspective dénonce les technologies de reproduction en tant que nouveaux moyens d'appropriation masculine du pouvoir procréatif féminin en misant sur les fonctions corporelles des femmes.

On saisit ainsi que le contrôle technoscientifique est interprété en tant que symbole de domination et de pouvoir contraignant sur les femmes. Il s'impose alors aux femmes de se libérer de cette contrainte en reprenant le contrôle sur leurs corps, en vertu du droit à l'auto-détermination et d'appropriation de leur corps, en dehors du schème de la reproduction médicalisée et technicisée. Selon Corea, le rôle de mère et le corps maternel méritent d'être socialement valorisés et reconnus à leur juste valeur, car c'est dans l'expérience corporelle maternelle que réside la « vraie » liberté, à l'écart de toute forme de domination patriarcale. « Loin de voir seulement des servitudes à éviter dans la grossesse et l'accouchement, [elle] y voit une bénédiction et un bonheur exceptionnel, un privilège par rapport à ceux et celles qui n'en font pas l'expérience »².

Bien qu'excluant plusieurs autres arguments, cette brève présentation de ce type de discours servait à mettre en lumière la dynamique discursive liberté/contrôle, qui s'exprime une fois de plus mais différemment. Le contrôle technoscientifique est défini en termes de pouvoir, de domination et d'appropriation; pour se libérer de ce carcan, les femmes sont appelées à reprendre le contrôle de leur corps et de pleinement apprécier l'expérience maternelle comme expérience libératrice (de l'oppression patriarcale). Autrement dit, le contrôle technoscientifique anéantit la liberté, et ce n'est que par la reprise de contrôle de son corps et de son pouvoir procréatif que la femme pourra s'émanciper et vivre la pleine autonomie. Quoique le contrôle soit ici défini d'une manière contrastante, il est également pourvoyeur de liberté.

¹ Gena Corea, *The Mother Machine*, *op.cit.*

² Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, *op.cit.*, p. 156.

2.3 La double hélice contrôle/liberté et la question des limites

Exprimés de mille et une façons, les discours et débats sur la maternité machinique mettent à vif la nervure centrale qu'est la synergie liberté/contrôle. Profondément enracinée dans la culture occidentale, cette dynamique réflexive prend une telle vitesse qu'il semblerait que les deux pôles fusionnent pour se transformer en une logique auto-référentielle ou tautologique. S'il est difficile voire impossible de penser la question de la maternité sans considérer cette problématique névralgique, en même temps, elle nous place dans une impasse où il est difficile d'entrevoir une issue de ce va-et-vient dense et interminable. Car la quête de perfectibilité qui alimente depuis les Lumières le régime de pouvoir/savoir/plaisir semble infatigable; relancée de toutes parts, cette spirale se renouvelle au fil des développements technoscientifiques et ainsi repousse et transforme continuellement les limites de la condition humaine.

Le problème que pose l'UA est cette volonté assidue de sortir de la condition humaine qui est corporelle pour la remplacer par un substrat qui serait entièrement technoscientifique, ce qui bousculerait véritablement les conditions du vivre-ensemble et de la liberté humaine, ainsi que la capacité éthique de poser des balises claires délimitant nos actions. Les considérations finales empruntent cette direction.

En guise de conclusion

In achieving the depersonalization of childbirth and at the same time solving the problem of pain, our society may have lost more than it has gained. We are left with the physical husk; the transcending significance has been drained away. In doing so, we have reached the goal which is perhaps implicit in all highly developed technological cultures, mechanized control of the human body and the complete obliteration of all disturbing sensations.

Sheila Kitzinger¹

En cherchant à s'affranchir de toutes les entraves sociales et culturelles qui le contraignent, l'individu contemporain vit dans l'illusion de sa toute-puissance. Refoulant jusqu'à la négation le lien qui le rattache à l'ensemble des vivants et des morts, il en vient à oublier que l'autonomie n'est possible que dans la reconnaissance de l'état de dépendance sur lequel repose son existence.

Céline Lafontaine²

L'homme ne peut pas être libre s'il ne sait pas qu'il est soumis à la nécessité, car il gagne toujours sa liberté en essayant sans jamais y réussir parfaitement de se délivrer de la nécessité.

Hannah Arendt³

Ce n'est pas un hasard si notre parcours sociohistorique du rapport au corps maternel s'est amorcé et achevé avec la question du miracle. Quoiqu'elle soit passée d'un exploit surnaturel et divin à un exploit moléculaire et *high tech*, l'épreuve que constitue l'enfantement fait de la naissance un évènement toujours prodigieux. La philosophe Hannah Arendt a judicieusement démontré qu'au cœur de la condition humaine et de sa propension à la liberté se loge cet immuable paradoxe entre la fragilité des affaires humaines et le perpétuel potentiel de (re)nouveau, d'imprévisibilité et de spontanéité que représente la natalité⁴. Le corps maternel qui porte ce paradoxe en lui entretient dans notre société un effort scientifique soutenu pour le démystifier, le maîtriser, atténuer voire éliminer ses effets désobligeants, l'esquiver continuellement dans le but avoué de s'éloigner de la nécessité du corps. Au point qu'aujourd'hui, nous convoitons la possibilité de le remplacer complètement par une matrice cybernétique, suivant cette idée récurrente qu'un tel contrôle ultime assurerait une liberté totale par rapport à la maternité. Or, force est d'admettre que cette vaste entreprise de technicisation du corps opère, en voulant sans cesse sortir le corps de notre réalité, une métamorphose considérable des conditions de la venue au monde qui soulève des questions fondamentales

¹ Sheila Kitzinger, citée dans Robbie Davis-Floyd et Carolyn Sargent, « Introduction », dans *Childbirth as Authoritative Knowledge*, *op.cit.*, p. 7.

² Céline Lafontaine, *La société postmortelle*, *op.cit.*, p. 226.

³ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, *op.cit.*, p. 170.

⁴ *Ibid.*

quant à la constitution même de notre identité humaine, ainsi que de notre liberté. Revenons donc sur les traits saillants de notre analyse.

1. Le rapport au corps maternel dans la procréation assistée, des accoucheuses à la matrice mécanique

D'emblée, nous avons présenté les avancées technoscientifiques actuelles œuvrant à la réalisation d'un utérus artificiel afin de déchiffrer les particularités techniques et les pratiques effectives que ce projet recouvre. Ainsi dépeint, ce portrait a fait ressortir la solidité empirique de l'ectogenèse ainsi que sa logique sociale inhérente, à savoir la quête incessante de remplacement technoscientifique du corps maternel, en fonction de la tension dialectique contrôle/liberté. S'attachant à mieux comprendre cette logique, nous avons problématisé l'effacement du corps maternel en nous appuyant notamment sur le travail de David Le Breton, ce qui a permis de dégager le paradoxe du corps présent/absent comme fondement épistémologique de la socialité occidentale et de la science moderne. En partant de ces prémisses, nous avons ensuite présenté le processus d'effacement technoscientifique du corps maternel suivant le mouvement tripartite fragmentation/neutralisation/extériorisation, sur lequel nous revenons tout au long du mémoire. Une telle mise en contexte a autorisé d'émettre l'hypothèse que l'UA s'inscrit légitimement dans un terrain social fertile pour son implantation, c'est-à-dire que ce projet constitue l'extension radicale de représentations et de pratiques sociales existantes qui suppriment le corps de maintes façons. La visée du mémoire était alors de repérer le cheminement de cette radicalisation.

Dans le deuxième chapitre, l'analyse de l'approche pré-moderne du corps et de la procréation (sociétés médiévale et renaissante) nous a permis de comprendre dans quelle mesure le corps maternel était à la fois omniprésent, de par la quotidienneté et la condition affligeante qu'il représente, tout en étant absent par l'indifférence qu'il suscitait. Considérant le statut social banal de la maternité, l'enfantement demeurait confiné à la sphère féminine où les sages-femmes jouaient un rôle premier. On retient principalement de cette approche la centralité de l'expérience corporelle comme fondement de la connaissance ainsi que l'esprit d'accompagnement non-interventionniste, sauf en cas de force majeure comme la césarienne. Cette pratique constitue notamment un point tournant de l'histoire de l'enfantement puisqu'elle marque l'entrée de la médecine dans les chambres d'accouchement, et le déclenchement d'un vaste processus de professionnalisation, masculinisation et technicisation de l'enfantement. Ce chapitre était alors très utile pour mettre en relief le schisme entre la perspective holiste du corps

propre aux accoucheuses et l'approche rationnelle et instrumentale des médecins qui s'institutionnalise avec la modernité.

Le troisième chapitre était l'occasion de mettre en évidence les particularités de la scientification, médicalisation et technicisation du corps maternel et de l'enfantement. D'emblée, l'analyse foucauldienne du biopouvoir du corps-espèce et du corps-machine a jeté les bases conceptuelles de la médicalisation et du régime savoir-pouvoir-plaisir. Il s'agissait ensuite d'examiner la transposition de cette logique à la maternité, construite comme fait naturel et biologique, fractionnée en catégories et ainsi différenciée comme objet d'analyse sujet à intervention. L'approfondissement des particularités de l'approche obstétricale – instrumentale et interventionniste – servait à scruter l'articulation de la dynamique contrôle/liberté et de ses effets sur le corps présent/absent. Manifestement, la pratique obstétricale opère une disqualification, une pathologisation du corps maternel qui l'oblitére progressivement de l'expérience procréative, ce qui fait place à l'augmentation considérable du potentiel de contrôle, et ainsi contribue à l'amélioration tangible des conditions d'existence. Une attention particulière était portée à la transition démographique en vue de comprendre la mutation des structures matérielles et idéelles du rapport à l'enfantement, construisant un terreau propice à son individualisation et autonomisation, à la naissance de la procréation consciente, contrôlée, planifiée ainsi qu'au désir d'enfant comme fondement légitime de la parentalité. Construction résultante des avancées biomédicales, le désir d'enfant devient à son tour le moteur de futurs développements biomédicaux, notamment les « nouvelles » technologies de reproduction.

Notre quatrième chapitre visait à compléter notre parcours historique illustrant le repoussement constant des limites de la condition humaine corporelle, pour enfin saisir ce qui permet concrètement le déplacement de la procréation en laboratoire, d'abord en parcelles, puis éventuellement en totalité. Il s'agissait donc de détailler le mode de procréation postmoderne qui témoigne d'une véritable redéfinition socioculturelle de l'engendrement, lequel n'est plus subi ou donné mais plutôt malléable et « enterprised up ». D'abord, l'analyse rend manifeste la rupture paradigmatique qui s'opère à partir de la Seconde Guerre mondiale, notamment avec la cybernétique et son modèle d'« information-sans-corps » qui joue un rôle décisif dans le passage de la médicalisation à la biomédicalisation, en plus de propulser la molécularisation du biopouvoir. Posant notre regard sur la redéfinition biomédicale des corps et des pathologies suivant la perspective systémique et la culture du risque, nous avons par la suite observé l'application du modèle de surveillance biomédicale à l'obstétrique, fondant une nouvelle forme

de contrôle social de la maternité dorénavant nommée « monitoring ». En décortiquant la manière dont s'exécute la cybernétisation ou technoscientificisation de la maternité, émerge clairement le constat de sa pathologisation exacerbée et de sa décorporalisation croissante. La dernière partie du chapitre est consacrée aux pratiques courantes de la techno-maternité, en se penchant sur les trois principales phases de l'enfantement (accouchement, grossesse, conception). Ce qui ressort vivement, c'est la désagrégation incontestable du corps matériel dans la construction des biosocialités maternelle et fœtale, lesquelles sont mises en sens biomédicalement, génétiquement, technétroniquement. Par conséquent, la femme n'est plus le sujet central de la procréation humaine, effacée d'un espace de soins désormais partagé avec les nouveaux patients que sont l'embryon, le fœtus et « le couple », ainsi que les importants acteurs que sont les gamètes et les gènes, sans oublier bien sûr les experts scientifiques et leur arsenal technologique. Marquée par la synergie *artificialisation de la nature* et *naturalisation de l'artifice*, l'horizon de la naissance prothétique laisse présager l'abolition de la corporalité comme fondement nécessaire de la famille, faisant des technosciences les conditions premières de la venue au monde.

Au final, notre chapitre d'analyse de discours actualise vigoureusement les idées maîtresses développées tout au long du mémoire, c'est-à-dire essentiellement que le projet de disparition du corps maternel que propose l'UA répond directement à sa perpétuelle pathologisation, résultante de l'incessante spirale contrôle/liberté propre à la biomédicalisation de l'enfantement. La procréation corporelle ainsi désymbolisée – ne revêtant pas d'autre signification qu'une intrication de pathologies dont seul le contrôle peut assurer une expérience épanouissante – mène à sa négation et dématérialisation complète en vue de résoudre cette obsession profondément ancrée de soulager des divers fardeaux de l'enfantement. Qui plus est, ce chapitre illustre de manière significative que l'univers discursif de l'UA est calqué sur les représentations et pratiques sociales propres à la techno-maternité contemporaine. Au bout du compte, nous sommes en mesure de confirmer notre hypothèse de départ, soit que le projet d'UA constitue de toute évidence une prolongation directe du mode actuel d'enfantement.

2. La liberté dans la fraternité technicisée

Comme Thomas Laqueur l'a simplement mais pertinemment formulé : « but if not the body, then what? »¹. Bien qu'elle réponde à nos questions de départ, notre recherche aboutit assurément à de nouvelles interrogations. Que signifie l'abolition de la corporalité comme fondement nécessaire de la famille et du lien social? Qu'implique ce nouveau fait que ce qui était jadis donné et immuable est devenu sujet à intervention et reformatage illimités? Selon l'optique libérale, l'alliance du corps effacé et de l'hyper interventionnisme est symbole d'accroissement de l'autonomie personnelle², en vertu du droit à l'auto-détermination et à la logique thérapeutique de « réduire la souffrance humaine ». Mais à force de se consacrer à l'exclusif souci d'élimination des risques du corps maternel, alimenté par la perspective moléculaire, on semble perdre de vue les impacts considérables de nos actions, non seulement sur le corps mais plus largement sur la vie en société. À nos yeux, il semble que nous jetions le bébé avec l'eau du bain, car le projet d'élimination du corps comme fondement de la condition humaine signale du même coup, paradoxalement, une modification profonde de l'exercice de cette faculté humaine qu'est la liberté.

En s'appuyant sur les illustres penseurs critiques Hannah Arendt et Jürgen Habermas, rappelons que la liberté humaine telle que conçue dans la pensée occidentale n'existe qu'en rapport aux limites et nécessités inhérentes de l'existence humaine corporelle que sont les faits universels de la natalité, la mortalité et la pluralité. Encadrant notre existence, ces limites ne nous déterminent jamais complètement, puisqu'elles sont simultanément sources de libertés, nous propulsant à forger une existence unique et durable. C'est donc en rapport avec la constante instabilité et délicatesse des affaires humaines que nous aspirons à l'endurcir et à lui accorder de l'importance, construire notre subjectivité, nos œuvres, nos actions, et le vivre-ensemble. Ainsi elles font indéniablement partie de ce que nous sommes mais n'expliquent jamais entièrement *qui* nous sommes³, malgré la génétisation identitaire contemporaine qui laisse présager le contraire. Habermas insiste sur l'importance de cette frontière entre le hasard et le libre choix qui représente rien de moins que « la colonne vertébrale de notre morale »⁴. La fragilité et le hasard représentent paradoxalement la stabilité de la condition humaine en formant une base commune, un fondement universel, une « essence humaine générique » : tous sont nés du corps d'une

¹ Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op.cit.*, p. 12.

² Jürgen Habermas, *L'avenir de la nature humaine*, *op.cit.*, p. 46.

³ Hannah Arendt, *op.cit.*, p. 46.

⁴ Ronald Dworkin, cité par Jürgen Habermas, *op.cit.*, p. 47.

femme avec leur bagage propre, leur condition donnée. C'est selon cette première égalité de principe conditionnant nos relations intersubjectives que nous érigeons et distinguons notre propre vie, car ces fondations élémentaires « président à notre existence corporelle pour la conduite de notre vie personnelle et la manière dont nous nous comprenons en tant qu'êtres moraux »¹. La liberté proprement humaine réside alors dans la socialisation qui s'ensuit, dans la décision subjective d'entreprendre sa vie, de critiquer sa biographie et de la prendre en charge, dans la contingence nécessaire de « pouvoir être soi-même »². À l'heure actuelle, le développement biotechnologique met vivement à l'épreuve la constitution même de la liberté en prônant l'élimination de ses fondements, en voulant éradiquer toute nécessité et tout imprévu. De plus, la liberté promue est une libération du corps, ce qui est définitivement différent d'une liberté politique, acquise socialement par luttes et efforts, par échanges et débats. Cette liberté du corps pose davantage problème lorsqu'on rappelle le fait pourtant simple que le corps est, de toute évidence, encore et toujours là.

En se vouant à distancier à tout prix le corps de la procréation (ou de notre condition mortelle et terrestre³), on oublie le fait évident de notre dépendance inhérente à la nécessité dont on ne peut jamais complètement se défaire. Notre recherche témoigne clairement du fait que, malgré la diversité des techniques offertes pour gérer l'enfantement – lesquelles éloignent sans doute certaines limites corporelles – la nécessité et l'obligation demeurent, bien qu'elles changent de visage. Pour effectuer les tâches de base de l'espèce humaine, on recourt à une panoplie de prothèses qui forment une nouvelle forme de dépendance, puisque ces techniques deviennent essentielles, « naturelles », obligatoires, nous rappelant manifestement que notre existence demeure fragile et persiste à échapper à notre contrôle total. Loin de disparaître, la nécessité ne semble être qu'accentuée, occupant davantage de place dans l'espace de préoccupations sociales. Ce faisant, la culture biotech convoite une « fausse liberté », puisqu'elle ne se consacre qu'à répondre à la nécessité, évacuant de ce fait la « vraie liberté » qui s'exerce par la pensée et l'action politique. D'ailleurs, la sociologue Karin Knorr Cetina démontre très bien cette dépolitisation de la vie sociale et de la liberté dans son analyse de l'actuelle priorité sociale d'enrichissement ou de

¹ Jürgen Habermas, *ibid.*, p. 39.

² *Ibid.*, p. 15.

³ Voir Hannah Arendt, *op.cit.*; *idem*, *La crise de la culture*, Paris, Gallimard, coll. Folio essais, 1972 [1954]; Céline Lafontaine, *op.cit.*

rehaussement de la vie en soi (*enhancement of life itself*), laquelle remplace l'idée de progrès social et collectif telle que conçue dans l'esprit des Lumières¹.

En définitive, nous devons signaler que la méticuleuse programmation de la vie en fonction de multiples libertés et droits sans limite menace clairement l'autonomie et la liberté de notre progéniture. La fabrication prénatale de l'existence soi-disant méliorative contredit étrangement l'idée fondamentale du libéralisme selon laquelle tous les citoyens doivent disposer des mêmes chances de façonner leur vie de manière autonome². Force est alors de constater l'aporie flagrante, l'inadéquation entre le désir d'enfant exacerbé et l'inconsidération à l'égard de son droit à un avenir qui lui appartienne, de sa liberté subjective à décider pour lui-même de sa vie et de pouvoir devenir autre chose que ce que ses parents ont prévu en fonction de leur projet personnel³. En empiétant de manière inédite sur les relations intergénérationnelles en prenant non seulement la parenté sociale en charge mais aussi le déroulement de la génération biologique⁴, on néglige que l'enfant aussi a des droits d'être son « propre rédacteur »⁵. L'auto-instrumentalisation et auto-optimisation que l'humain applique à son propre corps est une chose; mais le redesign moléculaire de l'humain en voie de devenir en est une autre, surtout lorsqu'on rappelle la garantie juridique de l'inviolabilité de la personne et de son droit à disposer comme elle le souhaite du mode naturel qui précède à son incarnation corporelle⁶. En effet, « si les futurs parents aspirent à un degré accru d'autodétermination, alors ce ne serait que justice que soit aussi garantie au futur enfant la possibilité de mener une vie autonome »⁷. Habermas pose d'ailleurs la cruciale question de « savoir si le fait d'avoir été créé sous réserve et de n'avoir reçu le droit au développement et à l'existence qu'après une enquête génétique est compatible avec la dignité humaine »⁸. C'est dans le même esprit que Suzanne Philips-Nootens indique l'urgence de penser ce « déséquilibre flagrant entre l'exercice du libre arbitre des [parents] et les droits de l'enfant issus de ces choix délibérés »⁹, ainsi que l'évacuation de la notion de responsabilité et de respect envers cet enfant « chose-ifié » (*commodified*).

¹ Karin Knorr Cetina, « The Rise of a Culture of Life », *loc.cit.* Voir aussi Nicolas Le Dévédec, « De l'humanisme au post-humanisme : les mutations de la perfectibilité humaine », *loc.cit.*

² Jürgen Habermas, *op.cit.*

³ Suzanne Philips-Nootens, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égare », *op.cit.*, p. 188.

⁴ Jürgen Habermas, *op.cit.*, p. 30.

⁵ *Ibid.*, p. 18.

⁶ *Ibid.*, p. 37.

⁷ *Ibid.*, p. 30.

⁸ *Ibid.*, p. 36.

⁹ Suzanne Philips-Nootens, *op.cit.*, p. 187.

Au final, nous considérons que l'enjeu principal de ce mode d'enfantement individualisé et technicisé est ce nouveau rapport à soi et aux autres qui est sans limite, complètement désaffilié du lien social, des normes et balises communes. Il nous apparaît dès lors criant d'encadrer la portée de ces nouvelles latitudes de décision, en se fiant aux prémisses de l'État de droit constitutionnel propres aux sociétés complexes et pluralistes, et ainsi définir les limites dans lesquelles la liberté peut s'exercer¹. Car l'humanité réside dans la construction de traits communs parmi une pluralité de différences, non pas dans une détermination génétique et pathologique de notre existence. Le corps évacué et désymbolisé, reste à savoir ce qui nous unit à l'ensemble des autres vivants et morts.

¹ Jürgen Habermas, *op.cit.*, p. 24-25; Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté?*, *op.cit.*, p. 17.

Bibliographie

- Agence de la Santé Publique du Canada, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, 2009, en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php> (consulté en janvier 2010).
- Akrich, Madeleine et Bernike Pasveer, « Multiplying Obstetrics: Techniques of Surveillance and Forms of Coordination », *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 2000, p. 63-83.
- Alghrani, Amel, « The legal and ethical ramifications of ectogenesis », *Asian Journal for WTO & International Health Law and Policy*, 2 (1), mars 2007, p. 189-211.
- Ananthaswamy, Anil, « Brave New Babies », *New Scientist*, 2292, 26 mai 2001, p. 4.
- Arditti, Rita, Renate D. Klein, et Shelley Minden (dir.), *Test-Tube Women: What Future for Motherhood?*, London, Boston & Melbourne, Pandora Press (Routledge & Kegan Paul), 1984.
- Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1983 [1961].
- Aristarkhova, Irina, « Ectogenesis and Mother as Machine », *Body & Society*, 11 (3), 2005, p. 43-59.
- Armstrong, David, « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health & Illness*, 17 (3), 1995, p. 393-404.
- Arney, William Ray, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago & London, University of Chicago Press, 1982.
- Atlan, Henri, *L'utérus artificiel*, Paris, Seuil, coll. Bibliothèque du XXI^e siècle, 2005.
- Atlan, Henri et Mylène Botbol-Baum, *Des embryons et des hommes*, Paris, PUF, coll. Science, histoire et société, 2007.
- Baillargeon, Denyse, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2004.
- Basen, Gwynne, Margrit Eichler et Abby Lippman (dir.), *Misconceptions. The Social Construction of Choice and the New Reproductive and Genetic Technologies (vol. 1)*, Hull, Voyageur Publishing, 1993.
- Baulieu, Étienne-Émile, Françoise Héritier et Henri Leridon (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté?*, Paris, Odile Jacob, coll. Travaux du Collège de France, 1999.
- Beauchemin, Malorie, « Des accouchements de moins en moins naturels », *La Presse*, 25 mars 2009, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/vivre/famille/200903/24/01-839891-des-accouchements-de-moins-en-moins-naturels.php> (consulté le 13 octobre 2009).
- Beck, Ulrich, *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 2003.

- Blumenfeld-Kosinski, Renate, *Not of Woman Born. Representations of Caesarean Birth in Medieval and Renaissance Culture*, Ithaca & London, Cornell University Press, 1990.
- Bodemer, Charles W., « Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri », dans Richard J. Blandau and Kamran Moghissi (dir.), *The Biology of the Cervix*, Chicago & London, University of Chicago Press, 1973, p. 1-11.
- Boltanski, Luc, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, NRF Essais, 2004.
- Braidotti, Rosi, *Nomadic Subjects. Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*, New York, Columbia University Press, coll. Gender and Culture, 1994.
- Bulletti, Carlo et al., « Early Human Pregnancy *in vitro* Utilizing an Artificially Perfused Uterus », *Fertility and Sterility*, 49(6), juin 1988, p. 991-996.
- Canto-Sperber, Monique et René Frydman, *Naissance et liberté : La procréation. Quelles limites?*, Paris, Plon, 2008.
- Carricaburu, Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47, 2005, p. 245-62.
- Cassidy, Tina, *Birth. The Surprising History of How We Are Born*, New York, Grove Press, 2006.
- Cetina, Karin Knorr, « The Rise of a Culture of Life », *EMBO reports [European Molecular Biology Organization]* 6, special issue, 2005, S1, S76-S80.
- Chabot, Claire, « De la fécondation *in vitro* à l'utérus artificiel », *Québec Science*, Juillet/Août 1993, p. 14.
- Clarke, Adele, Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim, Jennifer Ruth Fosket, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, 68, avril 2003, p. 161-94.
- Clarke, Adele, « Modernity, Postmodernity & Reproductive Processes ca. 1890-1990 or "Mommy, where do cyborgs come from anyway?" », dans Chris Hables Gray (dir.), *The Cyborg Handbook*, New York & London, Routledge, 1995, p. 139-155.
- Coleman, Stephen, *The Ethics of Artificial Uteruses. Implications for Reproduction and Abortion*, Aldershot, UK, Ashgate Pub Ltd, 2004.
- Collin, Johanne, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, 34 (1), 2007, p. 99-122.
- Commission d'éthique de la science et de la technologie du Québec, *Éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire*, 2009, en ligne :

http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com_docman&Itemid=109 (consulté le 19 mars 2010).

Conrad, Peter, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007.

Corea, Gena, *The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York, Harper & Row Publishers, Coll. Perennial Library, 1985.

Courrier international, « Il est né le divin enfant : L'essor du bébé-business », no.842-843, 21 décembre 2006, p. 42-51.

Creager, Angela N. H., Elizabeth Lunbeck et Londa Schiebinger (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, Chicago & London, University of Chicago Press, coll. Women in Culture and Society, 2001.

Dandurand, Renée B. et al., *Le désir d'enfant. Du projet à la réalisation*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994.

Davin, Jim, « Would Artificial Wombs Produce More Harm than Good? », *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 5 (4), hiver 2005, p. 657.

Davis-Floyd, Robbie et Joseph Dumit (dir.), *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*, New York & London, Routledge, 1998.

Davis-Floyd, Robbie et Carolyn Sargent (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, LA & London, University of California Press, 1997.

Davis-Floyd, Robbie, « The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression », *Social Science and Medicine*, 38 (8), 1994, p. 1125-1140.

Davis-Floyd, Robbie, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, LA & Oxford, University of California Press, 1992.

Delaisi de Parseval, Geneviève, *L'enfant à tout prix. Essai sur la médicalisation du lien de filiation*, Paris, Seuil, 1983.

Denayrouse, Cécile, « La grossesse serait-elle une publicité mensongère? Des femmes enceintes remettent en cause ce qu'on leur a raconté durant des années », *Tribune de Genève*, 3 juillet 2009, en ligne : <http://www.tdg.ch/geneve/actu/grossesse-publicite-mensongere-2009-07-02> (consulté le 10 octobre 2009).

Descamps, Philippe, *L'utérus, la technique et l'amour. L'enfant de l'ectogenèse*, Paris, PUF, coll. Intervention philosophique, 2008.

DeVries, Raymond, Sirpa Wrede, Edwin van Teijlingen et Cecilia Benoit (dir.), *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*, New York & London, Routledge, 2001.

- Donnison, Jean, *Midwives and Medical Men. A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights*, New York, Schocken Books, 1977.
- Duden, Barbara, *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Cambridge (Massachusetts) & London, Harvard University Press, 1993.
- Durand, Matthieu, « Grand prématuré : Amilia, 'bébé miracle' né à 22 semaines », TF1 (France), 20 février 2007, en ligne : <http://tf1.lci.fr/infos/sciences/sante/0,,3395892,00-amilia-bebe-miracle-semaines-.html> (consulté le 13 octobre 2009).
- Eakins, Pamela S. (dir.), *The American Way of Birth*, Philadelphia, Temple University Press, 1986.
- Eichler, Margrit, « The Construction of Technologically-Mediated Families », *Journal of Comparative Family Studies*, 27 (2), été 1996, p. 281-308.
- Esquivel Sada, Daphné, *Le « nanomonde » et le renversement de la distinction entre nature et technique : entre l'artificialisation de la nature et la naturalisation de la technique*, mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal, 2009.
- Firestone, Shulamith, *The Dialectic of Sex*, New York, Bantam Books, 1970.
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Quadrige/PUF, 1963.
- Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1976.
- Franklin, Sarah et Celia Roberts, *Born and Made. An Ethnography of Preimplantation Genetic Diagnosis*, Princeton & Oxford, Princeton University Press, InFormation Series, 2006.
- Franklin, Sarah et Margaret Lock (dir.), *Remaking Life and Death. Toward an Anthropology of the Biosciences*, Santa Fe, School of American Research Press, 2001.
- Franklin, Sarah et Helena Ragoné (dir.), *Reproducing Reproduction. Kinship, Power, and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1998.
- Franklin, Sarah, « Postmodern Procreation. Representing Reproductive Practice », *Science as Culture*, 3 (4-17), 1993, p. 522-61.
- Gauchet, Marcel, « La redéfinition des âges de la vie », *Le Débat*, 132, novembre/décembre 2004, p. 27-44.
- Gauchet, Marcel, « L'enfant du désir », *Le Débat*, 132, novembre/décembre 2004, p. 98-121.
- Gelfand, Scott et John R. Shook (dir.), *Ectogenesis. Artificial Womb Technology and the Future of Human Reproduction*, Amsterdam & New York, Rodopi, 2006.
- Giddens, Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994.

- Ginsburg, Faye D. et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press, 1995.
- Goodlin, Robert C., « An Improved Fetal Incubator », *Transactions of the American Society for Artificial Internal Organs*, 9, 1963, p. 348-350.
- Gosden, Roger, *Designing Babies. The Brave New World of Reproductive Technology*, New York, W.H. Freeman and Company, 1999.
- Grondin, Jean, *L'herméneutique*, Paris, PUF, coll. Que sais-je?, 2006.
- Gupta, Jyotsna Agnihotri, *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy. Freedom or Dependency?*, New Delhi, Thousand Oaks & London, Sage Publications, Indo-Dutch Studies on Development Alternatives – 25, 2000.
- Habermas, Jürgen, *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral?*, Paris, Gallimard, NRF essais, 2002.
- Habermas, Jürgen, *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Denoël/Gonthier, Bibliothèque Médiations, 1978.
- Hadfield, Peter, « Japanese Pioneers Raise Kid in Rubber Womb », *The New Scientist*, 1818, 25 avril 1992, en ligne: <http://www.newscientist.com/article/mg13418180.400-japanese-pioneers-raise-kid-in-rubber-womb-.html> (consulté le 15 août 2009).
- Haraway, Donna J., *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*, New York, Routledge, 1991.
- Hecht, Jacqueline, « Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants », *Population*, 6, 1992, p. 1589-1620.
- Henderson, Andrea K., « Doll-machines and butcher-shop meat: models of childbirth in the early stages of industrial capitalism », dans *Romantic Identities: Varieties of Subjectivity 1774-1830*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 11-37.
- Houle, Gilles et Roch Hurtubise, « Parler de faire des enfants, une question vitale », *Recherches sociographiques*, 32 (3), 1991, p. 385-414.
- Houle, Gilles, « L'idéologie : un mode de connaissance », *Sociologie et Sociétés*, 11 (1), 1979, p. 123-146.
- Iacub, Marcela, « L'utopie de l'utérus artificiel », *Nouvel Observateur hors série : Les utopies d'aujourd'hui*, juillet-août 2005, p. 50-51.
- Iacub, Marcela, « L'utérus artificiel contre la naissance sacrificielle », *Libération*, 29 mars 2005, en ligne : <http://www.libération.fr/tribune/0101523912-l-uterus-artificiel-contre-la-naissance-sacrificielle> (consulté le 20 avril 2009).

- Iacob, Marcela, *L'Empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard, 2004.
- Jacques, Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Le Monde/PUF, coll. Partage du savoir, 2007.
- Kaczor, Christopher, « Could Artificial Wombs End the Abortion Debate? », *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 5 (2), 2005, p. 283-301.
- Keller, Evelyn Fox, « Feminism, Science, and Postmodernism », *Cultural Critique*, 13, automne 1989, p. 15-32.
- Klass, Perri, « The Artificial Womb is Born », *New York Times*, 29 septembre 1996, en ligne : <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9A02E4D9173CF93AA1575AC0A960958260&scp=3&sq=arthur+caplan%2C+artificial+uterus&st=nyt#> (consulté en juin 2008).
- Knight, Jonathan, « An Out of Body Experience », *Nature*, 419, 12 septembre 2002, p. 106-07.
- Kuhn, Thomas S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 1962.
- LaFee, Scott, « Spare womb. Will artificial wombs mean the end of pregnancy? », *The San Diego Union Tribune*, 25 février 2004, en ligne : <http://legacy.signonsandiego.com/news/science/20040225-9999-mz1c25womb.html> (consulté le 20 mars 2009).
- Lafontaine, Céline (en collaboration avec Daphné Esquivel Sada, Mathieu Noury et Sébastien Richard), *Nanotechnologies et société. Enjeux et perspectives : entretiens avec des chercheurs*, Montréal, Boréal, 2010.
- Lafontaine, Céline, *La société postmortelle. La mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Paris, Seuil, 2008.
- Lafontaine, Céline, *L'empire cybernétique. Des machines à penser à la pensée machine*, Paris, Seuil, 2004.
- Langford, Sarah, « An end to abortion? A feminist critique of the 'ectogenetic solution' to abortion », *Women's Studies International Forum*, 31 (4), juillet-août, 2008, p. 263-69.
- Laqueur, Thomas, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1990.
- Le Breton, David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF/Quadrige, 2003, [1990].
- Le Dévédec, Nicolas, « De l'humanisme au post-humanisme : les mutations de la perfectibilité humaine », *Revue du MAUSS permanente*, 21 décembre 2008, en ligne : <http://www.journaldumauss.net/spip.php?article444> (consulté en mars 2010).
- Lévesque, Lia, « Un pas de plus vers la gratuité de la procréation assistée », *La Presse*, 11 mars 2010, en ligne : www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201003/11/01-4259745-un-pas-de-plus-vers-la-gratuite-de-la-procreation-assistee.php (consulté le 13 mars 2010).

Lewis, Jane, *The Politics of Motherhood. Child and Maternal Welfare in England, 1900-1939*, London & Montréal, Croom Helm & McGill-Queen's University Press, 1980.

Lortie, Marie-Claude, « Naissances pro-choix », La Presse, 25 mars 2009, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/chroniqueurs/marie-claude-lortie/200903/25/01-839938-naissances-pro-choix.php> (consulté en janvier 2010).

Lyotard, Jean-Francois, *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.

Martin, Emily, « The end of the body? », *American Ethnologist*, 19 (1), 1992, p. 121-40.

Martin, Emily, « The Egg and the Sperm : How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 16 (3), 1991, p. 485-501.

Moisseeff, Marika, « La procréation dans les mythes contemporains. Une histoire de science-fiction », *Anthropologie et Sociétés*, 29 (2), 2005, p. 69-94.

Moore, Lisa Jean et Mary Kosut (dir.), *The Body Reader. Essential Social and Cultural Readings*, New York & London, New York University Press, 2010.

Nau, Jean-Yves, « Trois millions d'enfants ont été conçus in vitro dans le monde », *Le Monde*, 23 juin 2006.

Newman, Karen, *Fetal Positions. Individualism, Science, Visuality*, Stanford (California), Stanford University Press, 1996.

Oakley, Ann, *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford & New York, Basil Blackwell, 1984.

O'Brien, Richard L., « Medical Paradigm: Construction, Deconstruction, Reconstruction », *Theoretical Medicine and Bioethics*, 22 (6), 2001, p. 577-85.

Perreault, Johanne, « La face cachée de la maternité », *Le Soleil*, 4 juin 2009, en ligne <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/200906/02/01-862307-la-face-cachee-de-la-maternite.php> (consulté en mars 2010).

Philips-Nootens, Suzanne, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égare », dans Françoise-Romaine Ouellette, Renée Joyal et Roch Hurtubise (dir.), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Québec, Presses de l'Université Laval, Coll. Culture et Société, p. 177-191.

Ploeg, Irma van der, « 'Only Angels Can Do Without Skin' : On Reproductive Technology's Hybrids and the Politics of Body Boundaries », *Body & Society*, 10 (2-3), 2004, p. 153-81.

Presse canadienne (La), « Césariennes en hausse : les risques sont fréquents, dit l'IRSC », *Cyberpresse*, 10 avril 2010, en ligne :

<http://www.cyberpresse.ca/vivre/sante/201004/10/01-4269222-cesariennes-en-hausse-les-risques-sont-frequents-dit-lirsc.php> (consulté le 12 avril 2010).

Presse canadienne (La), « Une Espagnole de 67 ans accouche de jumeaux, devenant la jeune mère la plus âgée du monde », 30 décembre 2006.

Rabinow, Paul, *Marking Time. On the Anthropology of the Contemporary*, Princeton & Oxford, Princeton University Press, 2008.

Rapp, Rayna, *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*, New York & London, Routledge, 1999.

Riché, Pascal, « Des spermatozoïdes et des ovules fabriqués en labo », *Québec89*, 1 novembre 2009, en ligne : <http://www.quebec89.com/societe/des-spermatozoides-et-des-ovules-fabriques-en-labo-995.html#more-995> (consulté le 17 novembre 2009).

Rifkin, Benjamin A. et Michael J. Ackerman, *Human Anatomy. From the Renaissance to the Digital Age*, New York, Henry N. Abrams, 2006.

Rifkin, Jeremy, « The end of pregnancy. Within a generation there will probably be mass use of artificial wombs to grow babies », *The Guardian*, 17 janvier 2002, en ligne : www.guardian.co.uk/world/2002/jan/17/gender.medicalscience (consulté en juin 2008).

Rioux Soucy, Louise-Maude, « Devenir mère sans ovaires », *Le Devoir*, 6 avril 2006, p. A1 et A10.

Robertson, John A., *Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies*, Princeton (New Jersey), Princeton University Press, 1994.

Rose, Nikolas, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton (New Jersey), Princeton University Press, 2007.

Rosen, Christine, « Why Not Artificial Wombs? », *The New Atlantis. A Journal of Technology and Society*, 67, automne 2003, p. 67-76.

Sauvé, Mathieu-Robert, « Les êtres humains naîtront-ils toujours du ventre d'une femme? », *Forum*, 5 octobre 2009, p. 7.

Schiebinger, Londa, *Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science*, New Brunswick & New Jersey, Rutgers University Press, 2006.

Schlumbohm, Jürgen, « Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830 », *Actes de la recherche en sciences sociales* 3, no. 143, 2002, p. 18-30.

Science & Vie, « Neuf mois pour venir au monde. 30 questions sur la plus belle aventure de la vie », no 234 hors-série, mars 2006.

- Shaw, Rhonda, « The ethics of the birth plan in childbirth management practices », *Feminist Theory*, 3 (2), 2002, p. 131-49.
- Simonstein, Frida, « Artificial reproduction technologies (RTs) – all the way to the artificial womb? », *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9 (3), 2006, p. 359-65.
- Smajdor, Anna, « The Moral Imperative for Ectogenesis », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 16 (3), 2007, « Dissecting Bioethics », p. 336-45.
- Spallone, Patricia, *Beyond Conception. The New Politics of Reproduction*, London, MacMillan Education, Women in Society, 1989.
- Squier, Susan Merrill, *Babies in Bottles. Twentieth-Century Visions of Reproductive Technology*, New Brunswick (New Jersey), Rutgers University Press, 1994.
- Squier, Susan Merrill, « Reproducing the Posthuman Body: Ectogenetic Fetus, Surrogate Mother, Pregnant Man », dans Judith Halberstam et Ira Livingston (dir.), *Posthuman Bodies*, Bloomington, Indiana University Press, 1995, p. 113-131.
- Stabile, Carol A., « Shooting the Mother: Fetal Photography and the Politics of Disappearance », *Camera Obscura*, 10 (1-28), 1992, « Imaging Technologies, Inscribing Science », p. 178-205.
- Steyn, Petrus S. et Gabriël S. Gebhardt, « Advanced extra-uterine pregnancy – as case of fimbrial expulsion of the fetus with complete placental development in the fallopian tube », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 87 (2), décembre 1999, p. 167-68.
- Strathern, Marilyn, *Reproducing the Future. Anthropology, Kinship, and the New Reproductive Technologies*, New York, Routledge, 1992.
- Tabet, Paola, *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan, Bibliothèque du féminisme, 1998.
- Taylor, Howard, Willem Kolff, Paul Sindelar et John Gahill, « Attempts to make an “artificial uterus” », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 77, 1959, p. 1295-1300.
- Testart, Jacques et Christian Godin, *Au bazar du vivant. Biologie, médecine et bioéthique sous la coupe libérale*, Paris, Seuil, 2001.
- Testart, Jacques (dir.), *Le Magasin des enfants*, Paris, Gallimard, coll. Folio actuel, 1990.
- Thompson, Charis, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press, 2005.
- Toffoletti, Kim, *Cyborgs and Barbie Dolls. Feminism, Popular Culture and the Posthuman Body*, London & NY, I.B. Tauris, 2007.

Unno, Nobuya et al., « Development of an Artificial Placenta : Survival of Isolated Goat Fetuses for Three Weeks with Umbilical Arteriovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation », *Artificial Organs*, 17 (12), 1993, p. 996-1003.

Vandelac, Louise, *L'infertilité et la stérilité : L'alibi des technologies de procréation*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris VII, Jussieu, 1988.

Vilaine, Anne-Marie de, Laurence Gavarini, Michèle Le Coadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science*, Presses universitaires de Grenoble & Éditions St-Martin de Montréal, 1986.

Yonnet, Paul, *Le recul de la mort. Tome I : L'avènement de l'individu contemporain*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des Sciences Humaines, 2006.

Zechmeister, Ingrid, « Foetal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom », *Health Care Analysis*, 9 (4), 2001, p. 387-400.

