

Dépasser l'infertilité

Fabrice CAHEN

RÉSUMÉ

Parce que les historiens ont tardé à s'intéresser au sujet, et que les bioéthiciens ne les y ont guère incités, l'histoire de l'infertilité se réduit souvent à celle des « nouvelles technologies reproductives » (NTR) apparues depuis les années 1970. Observée sur deux siècles, l'histoire de l'infertilité en Europe témoigne plus largement du recul de la résignation face au destin biologique ; elle illustre la propension croissante à éviter le malheur et à accomplir ses aspirations intimes.



« Les vieux remèdes : pour guérir la stérilité », Publicité du laboratoire Paul Metadier, s.d. Source : Bibliothèque interuniversitaire de santé, René Descartes.

L'histoire de l'infertilité, des premières expériences avérées de fécondation artificielle au XIX^e siècle jusqu'à l'explosion récente des nouvelles technologies reproductives (NTR) – terme actuellement préféré à celui de PMA – est d'abord celle de la difficile mise en lumière d'un problème sanitaire touchant tous les milieux. Bien qu'il soit impossible de distinguer avec exactitude ceux qui subissent une infertilité involontaire et ceux qui choisissent de ne pas enfanter, les enquêtes menées dans divers pays européens entre la fin du XIX^e et la fin du XX^e siècle situent entre 5 et 15 % la part des ménages sujets à des difficultés à concevoir, les écarts tenant pour beaucoup à la variabilité des définitions et des méthodes d'estimation.

La stérilité est pendant très longtemps une épreuve mêlée de honte et de non-dits. La femme stérile est vue comme un être inaccompli, dont le sort découle d'inconduites passées. Autour de l'homme stérile flotte le soupçon d'impuissance. Le repli sur soi est souvent moins coûteux que le dévoilement des troubles, le recours à des soins aux effets hypothétiques ou même que l'adoption : facilitée dans l'entre-deux-guerres, celle-ci ne pallie que partiellement la demande d'enfants, sans répondre à l'attachement au lien de sang. Outre la pitié, la magie ou les cures thermales, la sollicitation d'un géniteur autre que le conjoint, œuvrant par voie naturelle ou artificielle constitue le principal expédient.

Dans le sillage de Lazzaro Spallanzani (1729-1799), qui réalise les premières inséminations artificielles d'animaux, des praticiens européens défendent l'insémination humaine par seringue. Le Dr Mantegazza (1831-1910) envisage même le principe de cryoconservation et la sélection eugénique des géniteurs. Les autorités médicales et religieuses condamnent une pratique qui suppose masturbation, dissociation entre acte sexuel et reproduction, intervention d'un tiers (le médecin), voire d'un géniteur distinct du père d'intention. L'Église catholique reste aujourd'hui encore opposée aux NTR. Si les médecins effectuant des inséminations restent rares et discrets, surtout dans le cas de l'insémination avec donneur (IAD), c'est moins par « éthique » que par crainte des conséquences professionnelles et judiciaires. En outre, nulle part en Europe l'infertilité n'est reconnue comme enjeu de santé publique malgré les craintes de dénatalité. Si des théories comme celle d'Herbert Spencer (1820-1903) imputent à la civilisation moderne l'amenuisement du pouvoir fécondant, les débats de la Belle Époque sur les causes du ralentissement démographique aboutissent à minimiser des facteurs physiologiques dont le poids statistique relatif semble modéré.

Après la Grande Guerre, les médecins investissent sérieusement le terrain du diagnostic et de la thérapeutique. Face au « péril vénérien », la recherche des infections sexuelles latentes devient plus fréquente. Les découvertes sur les hormones et sur le fonctionnement ovarien transforment l'examen des patientes ; l'hormonothérapie devient centrale. Les tests de perméabilité des trompes, l'analyse des sécrétions féminines – et plus rarement masculines –, puis, durant la Seconde Guerre mondiale, la laparoscopie (examen de l'intérieur de l'abdomen, de l'utérus et des ovaires), débouchent parfois sur des gestes curatifs. Ces techniques coûteuses et inégalement accessibles éprouvent les corps féminins, pour des résultats limités. Il devient cependant possible de trouver écoute et conseil, dans les cabinets de ville, les consultations publiques ou les centres de *birth-control*. Plusieurs projets de politiques sanitaires d'ampleur nationale sont même esquissés dans les années 1940, en France notamment, en lien direct avec la mise en place de la Protection maternelle et infantile. Le contexte du baby-boom leur est préjudiciable : les promoteurs de la planification familiale, comme plus tard les féministes, sont rivaux sur le combat pour la limitation des naissances et contre les grossesses non désirées.

Les avancées médicales ont pour foyer principal la Grande-Bretagne, plus encline à l'innovation et à l'expérimentation, pour plusieurs raisons : usage massif de l'insémination artificielle bovine, souplesse de l'Église anglicane, poids des eugénistes, flexibilité juridique du Common Law. Réussie sur des lapines, la fécondation après cryoconservation de la semence rend possible son stockage dans des « banques ». Mais avant les années 1970, l'insémination reste clandestine et le sperme est prélevé sur place. Malgré l'opposition de principe des instances religieuses et médicales, les exceptions à la reproduction « naturelle » s'accumulent, dans un vide juridique

patent.

En 1957, la Haute Cour de justice écossaise reconnaît le droit au divorce d'un mari qui accuse son épouse d'adultère pour avoir, à son insu, recouru à l'IAD ; mais elle ne condamne pas le procédé lui-même. À la demande du gouvernement britannique, un Comité sur l'insémination artificielle est instauré : son rapport final exclut en 1960 toute pénalisation. Soutenue par les médias, qui contribuent à imposer l'idée que différentes manières de fonder une famille (hétérosexuelle) sont acceptables, la neutralité éthique est reconnue par l'État britannique.

Les recherches sur la reproduction s'accroissent dans les années 1960 et 1970. La naissance de Louise Brown (1978), premier bébé issu de la fécondation *in vitro* (FIV), constitue une rupture du point de vue de la médiatisation de la science, de la mise en lumière de l'infertilité et de la promotion d'un « droit à avoir son propre enfant ». La visibilité inédite des NTR – avec la naissance d'Amandine en France, d'Oliver en Allemagne et d'autres « bébés-éprouvette » en Suède, Autriche, etc. – et l'hostilité qu'elles suscitent chez certains, débouchent sur l'institutionnalisation de la « bioéthique ». Le Royaume-Uni instaure, en 1982, un comité dirigé par la philosophe Mary Warnock (née en 1924). Sa réflexion porte surtout sur l'expérimentation sur les embryons mais, aussi – déjà – sur l'extension du droit aux NTR pour les femmes célibataires ou les couples de même sexe. Les lois de bioéthique adoptées en Grande-Bretagne et en France dans les années 1990 consacrent les NTR comme *remède* et non comme *droit* inconditionnel.

Depuis les années 1980, les centres de traitement prolifèrent en Europe et les technologies se diversifient (don d'ovocyte, injection intracytoplasmique, vitrification ovocytaire) ; 5 % des enfants naissent aujourd'hui par ce biais. Les NTR sont devenues un marché lucratif, aggravant le risque d'une surmédicalisation des femmes. Les logiques commerciales couplées à la recherche d'efficacité actualisent des phénomènes de tri, selon la santé ou l'âge, qui ne se limitent pas à l'eugénisme revendiqué, à l'évaluation des « capacités parentales » ou aux conditions d'accès légal aux NTR. L'Union européenne pousse, depuis les années 2000, les États à se doter de réglementations, mais l'absence de cadre unifié favorise notamment un « marché de l'extraction » d'ovocytes qui prospère sur la précarité des femmes d'Europe de l'Est et des pays du Sud. Les débats à ce sujet, comme sur la gestation pour autrui, prouvent à quel point la conception d'enfants avec l'appui de la médecine s'est banalisée. Pourtant le soutien public varie beaucoup : l'hétérogénéité intra-européenne touche aussi les politiques de remboursement et l'offre hospitalière, deux variables qui conditionnent étroitement la possibilité de faire face à l'infertilité.

BIBLIOGRAPHIE

BETTA, Emmanuel, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, Paris, Hermann, 2017.

DAVIS, Gayle, LOUGHRAN, Tracey (dir.), *The Palgrave Handbook of Infertility in History Approaches, Contexts and Perspectives*, Londres, Palgrave Macmillan, 2017.

PRIGG, Patrick, MILLS, Melinda C., « Assisted Reproductive Technology in Europe : Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care », dans Michaela Kreyenfeld et Dirk Konietzka, *Childlessness in Europe : Contexts, Causes, and Consequences*, Dordrecht, Springer, 2017.

Source URL:

<https://ehne.fr/encyclopedie/thematiques/genre-et-europe/de-la-transition-demographique-aux-revolutions-sexuelles/depasser-l-infertile>