

Prologue

Toutes les sociétés humaines reposent sur une commune exigence : celle de leur reproduction, qui passe par celle de leurs membres. Autant dire que toutes sont confrontées aux problèmes qui, de tout temps, ont fait l'objet de la réflexion des hommes : définir, au moyen de règles particulières de filiation, ce qui garantit la légitimité de l'appartenance au groupe, statuer sur ce qui fonde l'identité de la personne humaine en tant qu'elle est enserrée dans un continuum biologique et social, régler les droits et les devoirs de l'individu, et même apporter une solution à leur mesure au problème de la stérilité. En ces domaines chaque société suit un usage cohérent qui lui est propre et qui est la loi du groupe.

(Héritier, 1985, p. 5.)

Le renouvellement des générations au sein des sociétés humaines fait l'objet d'une institution, autrement dit chaque société est dotée de manières d'agir et de penser permettant de donner un sens au cycle sans cesse répété de la naissance et de la mort. Ainsi toutes les sociétés organisent-elles à des degrés divers et chacune à sa façon les rapports d'alliance et de consanguinité entre les générations et les sexes, au sein d'un système de parenté qui leur est propre. La reproduction des membres d'une société n'est donc jamais laissée au hasard : ils sont encouragés à engendrer *selon certaines règles*, qui fixent non seulement le permis et l'interdit en matière sexuelle, mais aussi déterminent les relations entre enfants et adultes en les inscrivant dans des générations et des lignées, autrement dit en les plaçant relativement les uns par rapport aux autres au sein de la parenté.

Le système de parenté fait partie du droit des sociétés, qui « comprend l'ensemble des coutumes et des lois ; comme tel, il constitue l'armature de la société, il est "le précipité d'un peuple". [...] Le droit est le moyen d'organiser le système des attentes collectives, de faire respecter les individus, leur valeur, leurs groupements. Leur hiérarchie » (Mauss, 1926, p. 102-103). Pour le droit héritier de la tradition romaine, la filiation est le lien *juridique* qui unit un enfant à ses père et mère, et réciproquement. Ce lien transcrit en droit une partie des obligations et des attentes réciproques attachées aux statuts de parenté d'enfant (*filius*), de mère (*mater*) et de père (*pater*). Une partie seulement, car l'ensemble des droits, devoirs et attentes réciproques ne saurait être cantonné au seul droit ; c'est à l'anthropologie de la parenté que revient la tâche de déployer, par la description ethnographique, l'ensemble des pratiques, des émotions, des règles implicites et explicites qui président aux relations de parenté.

Les naissances – et la sexualité dont celles-ci sont issues – s'inscrivent ainsi dans un système complexe de permis et d'interdit, de devoirs et d'obligations réciproques, propre à chaque société et sans cesse transformé au fil du temps. Aux situations où la survenue d'un enfant est proscrite par la règle sociale correspondent leurs pendants : celles où les naissances sont non seulement souhaitables, mais bien plus encore, *attendues*. Dans cette perspective d'une attente sociale collective autour de la constitution d'une descendance, l'absence de progéniture fait figure d'anomalie, en particulier pour les femmes qui, dans bien des sociétés, ne peuvent sortir de l'enfance et acquérir pleinement le statut de femme qu'après avoir procréé.

La nécessité de produire de nouveaux membres pour la perpétuation du groupe a conduit à développer de multiples stratégies de contournement de l'absence d'enfant. Celles-ci peuvent consister en diverses formes d'adoption, de don ou d'échange d'enfants, de polygamie ou encore de la pratique d'une sexualité multipartenaire afin de diminuer les risques d'infécondité – que celle-ci soit organisée, comme chez les Samo du Burkina Faso où la jeune fiancée fréquente officiellement pendant plusieurs années un amant différent de son futur mari jusqu'à la naissance d'un enfant considéré comme le premier-né du mari (Héritier, 1985), ou que celle-ci soit transgressive, comme dans le cas de l'adultère dans les sociétés chrétiennes. Dans la

mesure où les naissances hors mariage étaient stigmatisées au sein d'une société fondée sur le couple uni par le mariage chrétien, monogame et indissoluble, à partir de la fin du xvi^e siècle est apparue une forte hiérarchisation entre les deux filiations issues de la procréation : d'un côté l'honorable filiation légitime des enfants nés dans le mariage, de l'autre la honteuse filiation naturelle des enfants nés hors mariage (Steinberg, 2016 ; Théry et Leroyer, 2014). Par conséquent l'absence d'enfant n'était pas vécue de manière comparable selon les situations : si les grossesses étaient particulièrement redoutées par les femmes non mariées, au contraire elles étaient attendues nombreuses d'une bonne épouse, comme autant de témoins de la virilité du mari. C'est donc *dans le cadre du mariage* que les enfants étaient attendus, et c'est aux couples mariés que le problème de l'absence de descendance se posait, reliant de manière singulière les enjeux de la sexualité, du mariage, de la procréation et de la filiation.

Pour les sociétés euro-américaines ¹, l'histoire des palliatifs de la stérilité et de l'absence de descendance débute bien avant l'invention des techniques modernes comme l'insémination artificielle avec donneur (IAD) ou plus tardivement encore, la fécondation *in vitro* (FIV). Notamment les travaux de l'anthropologue Agnès Fine (1998) sur le don d'enfant dans l'ancienne France attestent des pratiques d'adoptions plus ou moins encadrées par le droit jusqu'au milieu du xx^e siècle, dont l'objectif était d'assurer un contrepois à l'infertilité et à la mortalité infantile, suivant une logique patrimoniale. Aussi il n'allait pas de soi que la médecine intervint dans les « histoires de famille », *a fortiori* dans un domaine aussi intime que celui de la sexualité, relevant avant tout des prérogatives de la morale religieuse.

C'est à l'aube du xix^e siècle que l'on trouve les premières traces d'expérimentations humaines de fécondation artificielle *in vivo* : des médecins tentent de contourner la stérilité consécutive à des malformations génitales masculines en recueillant la semence des maris atteints de ces affections d'abord, puis en la déposant dans le vagin de leurs épouses ensuite. Ces premières inséminations, bien qu'ayant lieu dans la stricte sphère conjugale, n'en

1. Jeanette Edwards a critiqué la notion de « société euro-américaine », car ce terme implique une homogénéité qui, à y regarder de plus près, n'est pas si évidente (Edwards, 2006).

demeuraient pas moins hautement transgressives pour la morale chrétienne de l'époque, car d'une part elles faisaient une place à une tierce personne dans la sexualité du couple – à savoir le médecin –, et d'autre part elles interféraient avec la volonté divine supposée être à l'origine de toute création. Malgré la réprobation morale et religieuse, ces pratiques marginales ont ultérieurement ouvert la voie à une expérimentation d'un autre ordre : l'utilisation du sperme d'un *autre homme* que le mari, sous-tendue par l'hypothèse d'une anomalie de la semence masculine ou en cas d'impuissance virile. C'est ainsi que s'est progressivement développée une pratique spécifiquement *médicale* de la lutte contre l'infertilité, aux côtés d'autres pratiques de parenté pré-existantes et visant au même objectif, à l'instar du don d'enfant mentionné précédemment.

L'insémination artificielle avec donneur (IAD) – autrement dit l'introduction d'un tiers procréateur extérieur au couple par le truchement de la médecine – a d'abord été assimilée à une pratique adultérine, faisant de ce tiers procréateur un concurrent du mari en tant que rival sexuel imaginaire. Les travaux de l'historien Fabrice Cahen (2013 ; Cahen et Van Wijland, 2016) et de la sociologue Simone Bateman-Novaes (1994, 1998, 2002, 2006) attestent la lente conquête de légitimité des professionnels de la médecine en matière d'aide à la procréation dans la France du xx^e siècle, depuis les premières tentatives d'insémination jusqu'à la mise en place du dispositif légal qui encadre depuis 1994 les pratiques en matière d'assistance médicale à la procréation et de recours à des tiers donneurs. À leurs débuts, la pratique de l'IAD au cabinet et plus généralement les consultations de stérilité ont rencontré un succès très relatif en France ; les médecins se plaignaient du manque de demandes et de fréquentation de leurs consultations aux trois-quarts vides, tandis que la prise en charge de l'infertilité féminine avec des techniques chirurgicales lourdes et invasives, focalisées sur le corps féminin perçu comme dysfonctionnel, commençait à prendre de l'ampleur dans le secteur hospitalier (Cahen, 2013).

Médecine à la marge dont il est difficile de documenter précisément le champ d'action et ses pratiques, la médecine de l'infertilité masculine devra attendre les années 1950 pour sortir de l'ombre et voir apparaître des promoteurs de l'IAD avec les premières propositions de protocolisation des recrutements de

« fournisseurs (rémunérés) de liquide séminal » selon des critères qualitatifs, et le positionnement ouvert de certains médecins qui assumeront la pratique du recours au sperme frais d'un tiers en guise de palliatif de l'infertilité masculine. C'est finalement en 1960 que l'IAD connaîtra un réel tournant décisif, avec l'import d'une invention des États-Unis : la cryoconservation du sperme. Cette innovation permet de manière inédite la gestion, le stockage et l'organisation de la distribution de sperme humain (Bateman-Novaes, 1994, 1998). C'est elle qui permettra à l'IAD de s'imposer comme une solution préférée à l'adultère – si ce n'est dans les pratiques, au moins dans les normes adoptées par la société française métamorphosée de l'après-guerre et des Trente Glorieuses. Cependant l'acceptation sociale de l'IAD et la façon dont elle a pu trouver une place dans les pratiques légales et familiales sont passées par un processus d'*effacement* de l'acte, décrit par la sociologue Irène Théry dans son ouvrage *Des humains comme les autres* (2010) ; elle y montre la façon dont l'IAD, placée sous le sceau du secret médical et rendue invisible par un dispositif légal imposant l'anonymat strict des dons et verrouillant la filiation paternelle issue d'une IAD, a trouvé par cette voie du *ni vu, ni connu* un moyen d'exister parmi les pratiques sociales visant à fonder des familles.

Les dilemmes moraux, juridiques et familiaux que soulevait l'IAD dans les années 1970-1980 en France, incarnés en 1985 par les réflexions déployées lors du grand colloque « Génétique, procréation et droit » placé sous l'égide du juriste Jean Carbonnier, ont été quelque peu balayés par l'irruption d'une technique spectaculaire pour l'époque : la fécondation *in vitro* (FIV). La prouesse chirurgicale que représentait l'extraction des ovocytes hors du corps, associée à la prouesse biotechnique que représentait la fécondation d'un embryon humain en laboratoire, a ouvert le champ à d'intenses débats centrés sur l'éthique de la pratique médicale et biologique, devenue alors *bioéthique*. Libérant un imaginaire catastrophiste débridé sur le clonage et autres fabrications d'enfants « à la chaîne » façon *Meilleur des mondes* d'Aldous Huxley, en même temps qu'un positivisme médical sur les perspectives de thérapeutique de l'infertilité, l'avènement de la FIV a relégué au second plan l'IAD tant dans les cénacles académiques que dans la pratique médicale. Les succès de la FIV ont en effet drastiquement fait chuter les besoins en insémination avec donneur, puisque nombre d'infertilités pouvaient désormais

être levées grâce à une technique intraconjugale certes plus coûteuse sur les plans économique, technique et corporel, mais bien moins problématique sur le plan de la morale sexuelle, le spectre de l'adultère planant toujours sur l'IAD.

Le début des années 1990 marque ensuite un nouveau tournant dans la médecine de l'infertilité au plan international. Une équipe belge menée par les professeurs Devroey et Van Steirteghem met au point l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), qui consiste à sélectionner un unique spermatozoïde et à l'injecter dans l'ovocyte ainsi fécondé. Cette méthode fait à nouveau drastiquement chuter les besoins en dons de sperme (Debry, 2010) et demeure à ce jour l'innovation technique de référence pour remédier à l'infertilité masculine.

Les années 1990 seront également marquées en France par l'instauration, en 1994, des premières lois visant à réguler les pratiques d'assistance médicale à la procréation (AMP), connues sous le nom de « lois bioéthiques ». Le cadre réglementaire ainsi établi structurera profondément les pratiques médicales, sans changement majeur pendant près de 30 ans.

Dans le même temps, un nouvel horizon procréatif émerge grâce à la FIV : c'est le don d'ovocytes. En effet, dès lors que les ovocytes peuvent être fécondés hors du corps et transférés une fois l'embryon créé, il devient possible d'exploiter l'ensemble des potentialités que recèle l'inédit anthropologique et biologique de l'externalisation des gamètes féminins. Ainsi un embryon créé *in vitro* peut être transféré non pas vers l'utérus de celle chez qui l'ovocyte a été prélevé, mais dans l'utérus d'une *autre* personne ², permettant de lever des infertilités féminines liées à des troubles de l'ovulation ou de la fécondation. L'intérêt croissant pour le don d'ovocytes en France, attesté par l'augmentation constante des demandes (Aballea, Burstin et Guedj, 2011), est à mettre en lien avec le recul de l'âge à la première maternité et plus généralement au fait que les personnes font des enfants de plus en plus tard, témoignant d'un décalage du calendrier biographique

2. Pour l'ensemble de l'ouvrage, et sans ignorer pour autant les enjeux de la parenté et de la fertilité des personnes transgenres, on entendra les notions de femme et d'homme comme désignant des personnes cisgenres, donc qui se reconnaissent du même genre que celui qui leur a été attribué à la naissance sur la base du sexe anatomique.

et des trajectoires procréatives vers des âges plus tardifs (Vialle, 2018). Si la France a fait le choix en 1994 d'imposer un anonymat strict sur le don d'ovocytes (tout comme pour les dons de sperme et d'embryons), d'autres pays comme la Belgique ont préféré conserver la possibilité soit d'avoir recours à un don anonyme issu de gamètes ou d'embryons préservés en biobanques, soit d'avoir recours à un donneur ou une donneuse issue de l'entourage, ce que l'on qualifie de don dirigé. Le don semi-anonyme quant à lui préserve l'anonymat des donneurs et donneuses, mais uniquement jusqu'à l'âge légal auquel la personne conçue par don est autorisée, si elle le souhaite, à demander l'identité de la personne autrice du don.

Enfin, le don d'ovocytes n'est pas la seule perspective nouvelle offerte par la FIV ; il existe désormais d'autres situations où il n'y a pas de lien génétique entre l'embryon et la personne qui le porte, notamment dans la gestation pour autrui (GPA) et pour la méthode dite « ROPA » (réception des ovocytes par la/le partenaire), toutes deux interdites en France. La gestation pour autrui, dans les pays où elle est organisée par la loi ou la pratique médicale (par exemple en Amérique du Nord, au Royaume-Uni, en Belgique ou encore aux Pays-Bas), se fonde sur la dissociation génétique entre la femme qui porte l'enfant (la gestatrice) et l'embryon qui lui est transféré. Celui-ci est formé soit à partir d'un ovocyte issu du parent d'intention (personne à l'origine du projet parental), soit à partir d'un ovocyte issu d'une donneuse, qui n'aura donc aucun lien de filiation avec l'enfant. Elle est une manière possible de contourner certaines infertilités utérines dues à des malformations congénitales de l'appareil génital, à une absence d'utérus, en cas de fausses couches à répétition ou autres incapacités à porter un enfant ; elle est également un moyen de fonder une famille pour des hommes en projet « solo » ou en couple de même sexe. Différentes variations des modalités de procréation en GPA sont utilisées aujourd'hui, notamment la GPA-don dès lors qu'un don d'ovocytes est nécessaire en plus de la GPA (c'est en particulier le cas pour les couples d'hommes ou les hommes en projet « solo », mais aussi en cas de stérilité ovarienne de la mère d'intention). D'autres possibilités exploitant l'ensemble des capacités procréatrices en présence s'observent : par exemple au sein des couples d'hommes, la pratique des « jumeaux croisés ». Dans ce cas, les deux pères fournissent leur sperme indépendamment pour féconder chacun une partie

des ovocytes issus d'une même donneuse, et un embryon de chaque « couvée » sera ensuite transféré dans l'utérus de la gestatrice. Quant à la ROPA, c'est une technique utilisée par certains couples de femmes³ et qui consiste à transférer l'embryon issu de l'ovocyte de l'une dans l'utérus de l'autre femme du couple, chacune participant ainsi à la venue au monde de l'enfant – l'une par l'ovocyte, l'autre par la grossesse et l'accouchement (l'ovocyte ayant été fécondé à la suite d'un don de sperme).

L'existence de toutes ces techniques de procréation médicalisée combinée à des cadres légaux propres à chaque pays plus ou moins permissifs ou restrictifs a conduit au développement d'un phénomène connu sous le nom de « recours aux soins procréatifs transfrontières » (*cross-border reproductive care*). Observé à une échelle mondiale, ce phénomène concerne avant tout des catégories sociales privilégiées et est en constante augmentation ; les motivations d'un tel « exode procréatif » recouvrent différentes réalités, que ce soit parce qu'une technique est interdite ou inaccessible dans le pays d'origine, parce que les temps de prise en charge sont trop longs, parce que les traitements sont trop coûteux ou encore parce qu'une restriction d'accès (selon l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la forme conjugale) s'oppose à l'utilisation de la technique par certaines catégories de personnes (Ferraretti, Pennings, Gianaroli *et al.*, 2010).

*
**

La diversité des modalités de procréation résultant d'une aide médicalisée, et en particulier lorsqu'il y a le recours à un tiers donneur, invite à tourner le regard vers la façon dont les familles qui en sont issues se constituent *en tant que familles*, c'est-à-dire la façon dont les personnes *fabriquent du sens* dans, autour, et au-delà de ces techniques médicales pour faire de la parenté. C'est l'objectif que se donne ce livre à travers une vaste enquête ethnographique auprès de « parents par le don » et de professionnels de l'assistance médicale à la procréation qui ont concouru à la constitution de ces familles. Ces enjeux de parenté, ainsi que

3. La ROPA peut également être utilisée par les hommes transgenres, que ceux-ci soient le pourvoyeur de l'ovocyte ou celui qui portera la grossesse dans le cas où il y a préservation de l'utérus après la transition ; l'ouvrage ne traitant pas de la parenté trans, ce cas de figure ne sera pas retenu pour la suite du propos.

la pratique médicale qui lui est associée, ne pourraient être analysés sans revenir en détail sur les évolutions législatives qui les structurent et les transforment au fil du temps. Réciproquement, les pratiques de parenté et les pratiques médicales concourent à transformer le droit, et c'est précisément ce va-et-vient du dialogue entre pratiques familiales, médecine et droit que cet ouvrage vise à éclairer.

Pour ce faire, deux impératifs méthodologiques. Premièrement, la dimension comparative est un outil majeur de la démarche anthropologique. Aussi ce livre s'appuie-t-il sur une mise en perspective entre la Belgique et la France : le décalage créé par le récit d'une pratique située hors du contexte français permet de mieux cerner les logiques propres au cas français par effet de contraste, tout en reliant ces logiques spécifiques à des enjeux généraux de la fabrication de la parenté, qui transcendent les problématiques singulières d'une société donnée. Deuxièmement, un rappel du droit en matière de médecine de la reproduction et du droit de la filiation est indispensable à la compréhension du contexte et des enjeux en présence. C'est la raison pour laquelle une introduction juridico-historique figure en préambule de chacune des deux parties de l'ouvrage.

Basées sur une enquête observationnelle de plus de deux ans dans un service de procréation médicalement assistée (PMA) en Belgique et sur 78 entretiens auprès de parents ayant eu recours à un don de gamètes ou à une gestation pour autrui, quatre entretiens auprès de deux gestatrices, ainsi qu'auprès de 23 professionnels de la santé belges et français, les descriptions et l'analyse qui seront développées dans cet ouvrage nécessitent d'être replacées dans leur contexte charnière : celui de la période qui a précédé la dernière révision des lois de bioéthique en France en 2021. En effet, l'enquête s'est déroulée de 2015 à 2018 ; elle a donc débuté deux ans à peine après la loi ouvrant le mariage aux couples de même sexe en 2013, et s'est achevée au moment de l'ouverture des états généraux de la bioéthique en 2018, préliminaires à un long processus législatif marqué par la pandémie de Covid-19 et qui a débouché sur une réforme majeure du « modèle bioéthique français » (Mehl, 2021).

Afin de mieux saisir les enjeux spécifiques au contexte français dans la période post-« mariage pour tous » et pré-« PMA pour toutes », l'ouvrage commence par une plongée ethnographique dans un centre de fertilité belge où les professionnels du soin prennent en charge depuis de nombreuses années des demandes de don de sperme pour des couples de sexe différent, des couples de femmes et des femmes en projet « solo », ainsi que des gestations pour autrui, y compris pour des ressortissants français. Cette ethnographie permet notamment de comprendre les liens et les dynamiques complexes qui fondent l'articulation entre la pratique médicale, le droit et les pratiques de parenté en Belgique.

L'enquête par entretiens se saisit ensuite de trois objets : le don de sperme au sein de couples de femmes, la gestation pour autrui et le don d'ovocytes. Chaque terrains, présentés successivement dans des chapitres distincts, éclaire à sa manière une facette particulière des « dons d'engendrement » (Théry, 2010).

Cette façon nouvelle d'amener les enfants au monde grâce au concours d'un tiers qui va procréer sans être parent, et qui confèrera à d'autres la possibilité réciproque de devenir parent sans avoir procréé, sera nommée dans la suite de l'ouvrage « engendrement avec tiers donneur ». Reprenant ici la proposition d'Irène Théry, elle consiste à distinguer ce que fait un donneur ou une donneuse (il ou elle *procrée*, puisqu'il fournit les gamètes qui permettront la création d'un embryon) et ce que fait un parent qui a recourt à un don (il ou elle *engendre*, puisqu'il sera le parent de l'enfant conçu par don). Un parent peut à la fois engendrer et procréer par la reproduction sexée – c'est même l'écrasante majorité des cas –, mais un parent peut aussi seulement engendrer lorsqu'il a besoin d'avoir recours à un tiers pour la procréation. Cette distinction entre *procréation* et *engendrement* permet de qualifier et de distinguer les actes de chacun, et ainsi de mieux cerner les contours des statuts de donneur, de donneuse, ou de parents.

Une telle enquête n'aurait pas été possible sans la coopération et la confiance de toutes les personnes qui ont accepté d'y participer, et sans qui ce livre n'aurait pas vu le jour. Par souci de confidentialité, tous les noms propres (lieux, personnes) ont été modifiés. Au-delà de la rigueur scientifique avec laquelle je me suis attachée à mener à bien ce travail, je dois peut-être une

partie de cette confiance au fait qu'avant d'être anthropologue je suis aussi sage-femme, et que j'ai toujours explicité l'appartenance à ces deux corps de métier auprès des parents d'intention comme des professionnels du soin que j'ai rencontrés au cours de mon enquête de terrain. Étant donné que mes objets d'intérêt étaient la procréation et la famille, et que j'ethnographiais à la fois les pratiques des parents et des professionnels de santé, le fait d'être sage-femme était loin d'être neutre. J'aurai l'occasion de revenir sur les leviers comme les obstacles qu'a pu constituer cette double identité dans le corps de l'ouvrage, ainsi que dans les annexes qui accompagnent ce volume.