

Un territoire fertile
Compte rendu du colloque *Infertility in History, Science and Culture*

Elodie Serna, doctorante
Département d'histoire, Université de Genève
IRHIS, Lille 3

Au début de ce mois de juillet 2013, le colloque *Infertility in History, Science and Culture* s'est tenu à l'université d'Edimbourg à l'initiative de Gayle Davis (uni. d'Edimbourg) et Tracey Loughran (uni. de Cardiff), avec le soutien de la SSHM, de la Royal Historical Society et la contribution significative du Wellcome Trust. Durant trois jours, les interventions d'une trentaine de chercheuses et de rares chercheurs se sont succédé pour explorer ce thème autour de dix thématiques transversales, essentiellement depuis l'époque moderne et avec quelques éclairages sur la période médiévale. Le terme d'infertilité est ici entendu comme infertilité involontaire, intégrant toutes les étapes de la grossesse, se distinguant à la fois d'une définition médicale de la stérilité relative à l'impossibilité totale de concevoir et de la notion démographique d'infécondité transcendant volonté et contrainte. Excluant par conséquent les travaux sur le contrôle des naissances, l'avortement ou les stérilisations, ce colloque n'en a pas moins suscité des contributions variées sur les traitements, les discours, les expériences et les politiques relatives à l'infertilité et à la procréation. Elles permettent de restituer une histoire transnationale de l'infertilité (ici principalement autour du monde britannique, de la France, de l'Allemagne, et des Etats-Unis mais intégrant aussi jusqu'à l'Australie) et de suggérer les nombreuses pistes de recherche encore à parcourir.

Dans un premier panel sur la régulation de la fertilité rassemblant des études sur la pratique médicale du XVIII^e au XX^e siècle, Sarah Toulalan (uni. d'Exeter) met en perspective les discours scientifiques développés au XVIII^e sur le lien entre aptitude à la procréation et corpulence. Le corps féminin maigre, considéré comme le miroir de l'âme impure et comme le révélateur de l'appétit sexuel, de la pratique masturbatoire et du vice, est associé à la stérilité et largement incriminé. Dans le paradigme humoral, la maigreur, due à un excès de chaleur et de sécheresse, interfère sur toutes les étapes du processus reproductif, depuis l'aménorrhée jusqu'à l'accouchement. C'est le corps tout entier qui se refuse à l'enfantement. Lorsque la maigreur touche en premier lieu les femmes des classes les plus pauvres et que la vigueur de la nation est en jeu, le discours sur les femmes infertiles dépasse la sphère médicale pour marquer socialement celles qui n'ont pas la première des vertus féminines : celle d'enfanter.

Les connotations morales de la stérilité évoquées par le corps médical spécialisé persistent au cours du XIX^e siècle, mais Bridget Gurtler (Rutgers uni.), en retraçant l'histoire de l'insémination artificielle, relève que les causes sont désormais plus anatomiques qu'humorales. La recherche médicale axée sur le processus biologique de reproduction permet des découvertes sensibles dans le traitement de la stérilité et influe sur sa considération sociale. Après 1880, une véritable science du sperme se développe, notamment en France, qui va modifier la perception de la stérilité masculine. Devenue symptôme d'une virilité défaillante, d'un manque de vigueur du sperme et des testicules, l'incapacité à procréer *naturellement* est suppléée par l'artifice de l'insémination qui permet d'achever le processus de la conception. Au tournant du siècle, la gloire de l'insémination artificielle n'est pas sans lien avec la fréquence des maladies vénériennes susceptibles d'affaiblir les capacités reproductives des hommes et des femmes. La méthode suscite l'attention toute particulière des

eugénistes dans l'entre-deux-guerres, et la distinction croissante entre sexualité et reproduction ouvre la perspective d'une industrialisation de la reproduction assistée.

Anne Hanley (uni. de Cambridge) constate que le discours médical dominant sur les maladies vénériennes qui touchent l'Europe occidentale à la fin du XIX^e et au début du XX^e est contradictoire en apparence : ces maladies causeraient à la fois une stérilité massive des femmes et une abondance de maladies congénitales. L'histoire de la médecine est ici intimement liée à l'histoire sociale. Infertilité et immoralité sont des compagnes de grand chemin, et la gonorrhée et la syphilis, associées aux pratiques sexuelles hors mariage, sont dénoncées comme responsables de la dégénérescence de la race. Au point que la médecine du début de siècle tend à faire l'impasse sur les lésions et les « malformations » sexuelles à l'origine de certaines stérilités. Le développement des méthodes de diagnostics de la stérilité après la Première Guerre mondiale pose alors des questions éthiques nouvelles : puisque l'infertilité ne s'est pas encore tout à fait défait de sa connotation morale, quel rôle les médecins doivent-ils tenir dans la lutte contre la dégénérescence et dans l'assistance à la procréation ?

La nouvelle autorité des médecins –qui sont au début du XX^e uniquement des hommes– sur les couples infertiles implique une relation entre praticiens et patients qui n'est pas dénuée d'une dimension genrée. Ainsi, le recours aux technologies de reproduction s'inscrit dans un contexte culturel qui donne sens à la demande sociale d'accès à la procréation. Pour exemple des liens entre médecine, technologie et changement de conceptions de l'infertilité, objet du deuxième panel, Ramona Braun (uni. de Cambridge) étudie le syndrome des ovaires polykystiques, découvert en 1935 par Stein-Leventhal, qui implique un taux d'hormones androgènes considéré comme excessif. Tandis que la grande taille des organes génitaux, la stérilité et l'hirsutisme engendrés par ce syndrome troublent les frontières du genre, le traitement, aussi compréhensible soit-il pour les personnes concernées, n'est-il pas de fait une réassignation sexuelle conformant les corps à un modèle sexuel binaire ? En retraçant l'histoire de ce syndrome à travers la concurrence de systèmes thérapeutiques et de schémas pathologiques, elle met en évidence le lien entre techniques d'interventions chirurgicales et perceptions des affections. Le syndrome des ovaires polykystiques, qui touche aujourd'hui entre 2 et 5 % des femmes selon les pays, nous amène à interroger le lien entre procréation et normes de genre lorsque sa chirurgie rétablit une féminité, considérée comme incomplète, en même temps qu'elle établit une capacité de procréation.

Pour les hommes aussi, fertilité et normes de genre sont associées. Liberty Barnes (uni. de Cambridge) s'interroge sur les conséquences de la stérilité sur la masculinité hégémonique (Kimmel, 1994) et sur les spécificités masculines de l'expérience du recours aux technologies de reproduction. Au cours d'une étude ethnologique dans des cliniques de médecine de la reproduction aux États-Unis, elle interviewe des hommes stériles et leurs partenaires féminines afin de comprendre de quelle manière le genre préfigure le vécu de l'infertilité. Les souffrances évoquées font avant tout référence à la frustration causée par l'absence de contrôle sur le corps et par le stigmate social que l'infertilité suppose. Chez les hommes interrogés, les traitements sont perçus comme le moyen de restaurer une fonction reproductive conforme à leur masculinité, de restaurer leur *nature*. Ainsi le recours à une assistance médicale et à des technologies de reproduction est-il une expérience masculinisée dans le sens où il est vécu comme le moyen de renforcer le pouvoir sur le corps, pensé comme synonyme de virilité.

La multiplication des traitements de l'infertilité (insémination artificielle, FIV, insémination intracytoplasmique, vitrification ovocytaire) et la technologisation croissante de la reproduction (clonage humain, greffe d'utérus, ectogénèse) rendent désormais envisageable la production de gamètes artificiels. Daniela Cutas (uni. de Maastricht) laisse entrevoir la possibilité d'une obsolescence de l'infertilité grâce à la recherche sur le développement des gamètes. Les perspectives qu'elle nous suggère ne sont pas sans poser des questions éthiques et sociales nouvelles, mais qui font cependant écho à des débats déjà entendus sur la procréation médicalement assistée. La question de l'infertilité se pose ici comme celle de la définition de ses limites : quelles demandes seraient considérées comme légitimes si l'emploi de gamètes artificiels permettait de se

défaire de contraintes biologiques définissant jusqu'alors les conditions de la reproduction ? Le droit à la parentalité génétique pourrait-il se voir opposer des critères d'accès relatifs à un processus biologique de reproduction si la reproduction elle-même quittait véritablement le domaine de la biologie pour entrer de plain-pied dans la technologie ?

C'est ici l'État qui s'impose comme autorité définissant les conditions souhaitables de la reproduction. Alors qu'un rôle essentiel lui est aisément octroyé dans l'histoire du premier XX^e siècle, les études sur l'histoire du temps présent laisse fréquemment de côté cette figure. Dans le domaine de la reproduction, les volontés particulières peuvent alors sembler déconnectées de son investissement dans le développement des politiques du corps. Pourtant, les liens entre pouvoir et reproduction, ancrés de longue date, se renouvellent et doivent être envisagés dans une complexité qui n'épargne pas notre époque. Penny Roberts (uni. de Warwick) entame le troisième panel sur le corps politique, l'État et l'infertilité en nous apportant des éléments de réflexion sur la généalogie de ces liens à travers l'étude des crises successorales de l'État monarchique des derniers Valois. À la fin du XVI^e siècle, les problèmes de fertilité de la famille régnante mettent en péril l'autorité et la stabilité du royaume, tandis que l'infertilité des monarques, punition divine d'une moralité douteuse, sape l'image de leur pouvoir. Un exemple beaucoup plus proche des liens entre les conditions politiques et les normes corporelles et de reproduction est développé par Antje Kampf (uni. du Main) concernant la prise en charge de l'infertilité masculine dans les deux Allemagnes. La gestion des problèmes d'infertilité est conditionnée par des enjeux politiques qui, des deux côtés de la frontière délimitant RDA et RFA, définissent des législations divergentes, notamment concernant les inséminations artificielles et le recours aux donneurs. Le processus de médicalisation d'une question politique et sociale, tel qu'elle observe dans l'Allemagne de l'Est des années 1960, tend à flouter l'inscription des techniques de reproduction dans une politique démographique. Dans ce contexte, c'est le développement de politiques publiques qui conditionne le développement de pratiques et de technologies répondant aux aspirations individuelles.

À travers trois dystopies contemporaines (Ishiguro, 2004 ; Hall 2007 ; Kavenna, 2010) où l'infertilité obligatoire est le symbole de l'oppression étatique absolue, Fran Bigman (uni. de Cambridge) explore des mondes qui font de la technologie imposée l'ennemie du *naturel* désiré. La reproduction hors contrôle oppose alors la maternité autonome à la puissance de l'État patriarcal et défie son omnipotence. L'infertilité sous contrainte de la puissance étatique prend, dans ces récits fictionnels aux tonalités féministes, le relais d'une infertilité perçue historiquement comme la marque du blâme de la puissance divine.

Blâme et responsabilité (quatrième panel). Cette connotation religieuse de l'infertilité n'est pas linéaire et Rebecca Fallas (Open uni.) voit dans les textes médiévaux anciens sur les traitements de l'infertilité les signes d'une volonté des médecins de distancier l'infertilité de prétendues causes morales. Les traitements suggérés considèrent les maladies de l'utérus, l'inadaptation des régimes alimentaires, ou encore les effets du climat davantage que les comportements ou la piété des patientes et patients. Elle perçoit dans cette nouvelle étiologie une stratégie d'affirmation du savoir visant le développement de pratiques médicales scientifiques au détriment de remèdes considérés comme mystiques.

Deux types de littérature continuent cependant de se côtoyer pour rendre compte de la perception de l'infertilité dans l'Angleterre du dernier Moyen-Âge. À travers les sources médicales des XIV^e et XV^e siècles qui font état des résultats des tests et traitements fournis aux couples infertiles, et à travers des récits de miracles où des prières entendues auraient permis de donner la vie, Catherine Rider (uni. d'Exeter) met en évidence la multiplicité des réponses à l'infertilité. Il n'y a pas alors tant concurrence que multiplication de méthodes hétéroclites pour répondre au malheur des hommes et des femmes que le sort empêche de procréer.

L'héritage de la théorie humorale et de la méthode hippocratique, centrées sur les flux et les circulations, est encore enferred à la période moderne dans une conception spiritualiste qui donne au maléfice la responsabilité première dans les cas d'infertilité. Et qui, de ce fait, n'exclut pas les

prières, charmes et sortilèges comme moyens de guérison. L'étude de l'infertilité n'est donc pas cantonnée au médical et des textes religieux et philosophiques se penchent sur le mystérieux phénomène. C'est toutefois par l'étude de *De Sterilitate* de Rodrigo de Castro (1603), l'un des pères de la gynécologie et de l'obstétrique, que Cristina Santos Pinheiro (uni. de Madère/ uni. de Lisbonne) nous éclaire sur la perception moderne des types de stérilité, des causes, des thérapies, et de leurs conséquences légales, sociales et morales.

De même, Marisa Benoît (uni. d'Oxford) observe que l'infertilité dans l'Angleterre coloniale est encore marquée entre 1650 et 1750 par la conception médiévale du corps et de ses fonctionnements. Un autre aspect de cette persistance est ici abordé : une abondante littérature populaire érotique met en évidence l'enracinement du lien entre plaisir et fertilité développé par les médecins au Moyen-Âge. Tandis que l'infertilité vient sanctionner une immoralité associée à une recherche excessive de plaisirs, son traitement rapproche médecins et moralistes. Les textes médicaux sont ici replacés dans un contexte culturel afin de souligner le caractère racisé et genré des causes de l'infertilité, particulièrement perceptible lorsqu'il est question de l'infertilité des indigènes.

La différence d'appréhension entre l'infertilité des colonisés et celle des populations des puissances coloniales pose deux aspects spécifiques des politiques de reproduction qui ne sont pas antonymes mais corrélatifs : la reproduction de la force de travail et la reproduction de la nation. La dimension économique et sociale de l'infertilité des classes laborieuses, qu'il s'agisse de celles des métropoles ou des colonies, reste à explorer, notamment pour inscrire toute la question de la reproduction dans une lecture matérialiste des politiques du corps.

La réflexion sur la dimension nationale des relations entre genre, famille et fertilité se poursuit quant à elle dans un cinquième panel avec les travaux de Daphna Oren-Magidor (uni. hébraïque de Jérusalem) qui mettent en exergue les significations sociales et culturelles d'une infertilité qu'on ne peut réduire à une question individuelle. Dans l'Angleterre moderne, en tant que défaut de féminité ou de masculinité, elle est assimilée à une expérience de transgression du genre. Le vécu est ici à intégrer dans une dimension collective qui ajoute à la douleur d'une aspiration insatisfaite le double châtement de la réprobation sociale et du jugement moral. Double châtement qui ne prend sens qu'à la lumière des conditions politiques nationales qui rendent nécessaire la reproduction soutenue de la population.

À partir du cas de femmes hospitalisées durant la République de Weimar, Christina Benninghaus (uni. de Cambridge) s'interroge sur les raisons qui les ont poussées à suivre des traitements de la stérilité très pénibles et très peu fructueux. De nouvelles techniques voient le jour durant l'entre-deux-guerres, qui renforcent la croyance en une médecine capable de dominer les caprices du corps rendu malléable par les progrès de la chirurgie. Parmi ces techniques, la greffe d'ovaires nécessite une grande détermination des patientes qui s'explique, selon Christina Benninghaus, par l'abolition de leur capacité à se projeter autrement que comme mère. L'infertilité a pu influencer tous les aspects de leur vie et rendre absolument nécessaire le suivi de traitements. La résolution d'un projet national genré et les déterminants sociaux peuvent ainsi jouer en arrière-plan un rôle majeur dans des trajectoires individuelles.

Dans une étude sur la place des médias britanniques dans la diffusion des technologies de reproduction dans les années 1950 et 1960, Hayley Andrew (uni. York de Toronto) explore leur influence dans la création d'un imaginaire suggéré par la conception de bébés-éprouvettes. La perturbation d'un ordre *naturel* de la reproduction, du genre et des rôles sexués engendre l'idée d'une disparition symbolique de la famille traditionnelle avec l'éviction définitive du père, concurrencé par des technologies consacrant l'*artifice* de la modernité. Le développement d'une littérature et d'une production cinématographique narrant la disparition des pères au profit de femmes toutes-puissantes témoigne, bien au-delà des questions de procréation médicalement assistée, de l'angoisse de voir un monde se dérober, où les modalités de la conception cristallisent les rapports de pouvoir en même temps qu'elles les transforment. La recherche sur les traitements de l'infertilité devient ici une menace pour l'ordre patriarcal et l'équilibre de la nation –menace qui disparaît avec la

normalisation croissante des *artifices* au cours des années 1960.

L'infertilité, en tant que marginalité objective, constitue-t-elle véritablement une remise en cause des normes sociales qu'elle contrarie ? Si c'est à ce titre qu'elle a longtemps été incriminée, la lente normalisation des réponses thérapeutiques nous informe sur les cadres prévalants des époques successives bien au-delà des questions de stérilité. L'histoire sinueuse de l'infertilité nous oblige à quitter les routes de l'histoire de la médecine et de la sexualité pour chercher vers d'autres domaines ce qu'elle dit de nos sociétés. Le sixième panel intitulé « Les contextes de l'infertilité : individus et familles » est ouvert par Lisa Smith (uni. de Saskatchewan) qui, sur les traces de Pierre Darmon, examine l'expérience de l'infertilité vécue par les hommes au XVIII^e siècle autour de six cas de procès pour impuissance. L'absence de contrôle sur le membre viril contraint les hommes jugés à se soumettre à des expertises où médecins et juges, sur la base d'observations et de témoignages, évaluent l'ampleur de l'affection et ses conséquences. L'impuissance, et donc l'infertilité, crée un trouble social en tant que signe de dégénérescence, mais surtout affecte la communauté en remettant en cause le mariage, à la fois sacrement et alliance patrimoniale. Elle dénie aux hommes tout caractère masculin, moins pour l'incapacité à incarner une virilité sexuelle que pour l'incapacité à stabiliser la puissance sociale qu'octroie le statut d'homme sur le foyer, ses biens et leur transmission. C'est donc la fertilité qui rend ici concomitantes la puissance sexuelle et la puissance sociale.

La mise au ban, la honte et la vulnérabilité ressenties par les hommes jugés impuissants, et évoquées par Lisa Smith, ne peut avoir d'équivalents dans des sociétés contemporaines où la réalisation de l'individu n'est pas conditionnée par l'impératif de la transmission. Si notre époque desserre l'étau de la procréation obligatoire, il n'en est pas pour autant aisé de vivre l'expérience de l'infertilité involontaire. Par une étude quantitative et des entretiens qualitatifs, Roona Simpson (uni. De Glasgow) tente d'évaluer comment se construit la vie lorsque l'étape normalisée de l'enfantement ne peut avoir lieu. Elle observe que l'infertilité bénéficie d'une nouvelle conception de la reproduction. Dans un contexte de baisse globale de la natalité en Europe, de recul constant de la première maternité, et de hausse de l'infertilité volontaire, les parcours de vie des *childless* et des *childfree* pourraient tendre vers une dé-marginalisation progressive.

L'apparente normalisation n'est cependant pas incompatible avec une pathologisation croissante. La stérilité, intégrée à l'American with Disabilities Act en 1998, est désormais considérée aux États-Unis comme un handicap, nous apprend Sally Bishop Shigley (Weber State uni., Utah). Le fait nous questionne quant à notre perception des caractères corporels. La reconnaissance comme handicap de la privation de la potentialité de se reproduire nous renvoie à la représentation multiséculaire d'une infirmité pathologique dévalorisante, tout en interrogeant notre perception même du handicap comme caractère négatif plutôt que comme différence. Les fréquentes stérilisations volontaires aux États-Unis n'entrent bien évidemment pas dans cette compréhension de l'infertilité et le corps prend donc sens au regard du vécu. C'est en explorant le champ sémantique que Sally Bishop Shigley rend compte ici de la difficulté à vivre une infertilité involontaire toujours *anormale*.

Parcourir l'histoire de la médecine de la reproduction, nous rappelle Margaret Marsh (Rutgers uni.), c'est observer l'imbrication de la demande des patients, des désirs des praticiens, des ambitions des chercheurs et des enjeux industriels – nous pourrions y ajouter les volontés politiques. La convergence et les divergences d'intérêts déterminent l'évolution des technologies et de leurs usages (et parfois l'étude de leur histoire, en témoigne le financement de ce colloque par le Wellcome Trust !). Indirectement, nous pourrions déduire de ses propos que le développement croissant de techniques médicales qui tendent à faire coïncider volonté et capacité est une adaptation du corps aux sollicitations complexes de notre époque.

Si les deux modaux *vouloir* et *pouvoir* semblent progressivement prendre le pas sur le devoir de procréer, la médicalisation supposée par cette dynamique implique une transformation des rôles des protagonistes. La relation patient-praticien, qui mobilise le septième panel, nous renvoie ici à

leurs étymologies respectives : la passivité de *celui qui endure* s'en remettant à la maîtrise de l'art de *celui qui pratique*. La place accordée à la psychologie dans le traitement de l'infertilité témoigne de la complexité des liens présumés entre volonté, capacité, passivité et activité. Sofia Gameiro (uni. de Cardiff), dans la présentation d'une étude qu'elle a menée avec Jacky Boivin, oppose deux recours à la psychologie dans les traitements. Le modèle de l'infertilité psychogénique, qui s'est imposé dans les années 1930 dans la lignée des travaux freudiens, a suscité de longues controverses : uniquement féminine, l'infertilité serait symptomatique d'un désordre de l'esprit, d'une incapacité de contrôle sur le corps, l'expression d'une anxiété ou d'un conflit interne. Elle serait finalement un refus de l'esprit engendrant la passivité du corps. Dans les années 1980, le modèle des séquelles psychologiques de l'infertilité a battu en brèche cette interprétation et a mis en évidence l'absence de lien entre stress et infertilité. Porté d'abord par les associations de patients, ce modèle met en avant les effets de l'infertilité dans tous les domaines de la vie et leurs conséquences psychologiques. Le changement de paradigme modifie le rôle du psychologue qui n'a plus pour mission de trouver avec sa patiente le chemin de la procréation, mais d'accompagner les couples dans leurs procédures thérapeutiques.

La question du lien entre patient et praticien est fort ancienne et a parfois conditionné le choix des traitements et leurs modes de prescription. À partir de l'exemple des traitements aromatiques employés contre l'infertilité au XVII^e siècle, Jennifer Evans (Society for Renaissance Studies) fait l'hypothèse qu'une négociation de l'accès au corps des femmes a été nécessaire pour que les médecins puissent imposer leur savoir et leurs thérapies. L'emploi de fumigations, de tests et de remèdes odorants (le plus souvent à base d'excrétions animales comme le musc, la civette, l'ambre gris, ou à base d'ail) a permis d'éviter à leurs patientes les contraintes du toucher et du regard, et a permis de proposer un traitement conforme à une conception hippocratique des flux odorants qui irrigueraient le corps. Sophie Vasset (uni. Paris-Diderot) explore quant à elle les modalités d'une relation patiente-praticien vers 1830 à travers les archives du Dr Delpit, médecin et administrateur de la station thermale pyrénéenne de Barèges. L'obstruction vaginale et la faiblesse générale sont encore invoquées pour justifier l'incapacité à concevoir, mais ce sont les vertus de l'eau qui sont alors louées, conformément à la grande vague thermaliste dix-neuviémiste. Les prescriptions ont énormément évolué entre les deux siècles qui séparent ces deux études mais on retiendra une invariance : au-delà des seules connaissances médicales, les contextes culturels interfèrent sur la pratique et déterminent le rôle octroyé au médecin dans l'assistance à la procréation.

La place du médecin dans les soins et les disciplines du corps dépasse largement la relation interpersonnelle. L'importance de son rôle social, et l'on pourrait même dire l'importance de son rôle politique, est particulièrement marquée durant la première moitié du XX^e siècle. La fortune de la notion de dégénérescence n'est pas étrangère à cette ascension, et c'est dans le contexte d'une peur de la décadence de la race que Simon Szreter (uni. de Cambridge) se penche sur les liens supposés et réels entre maladies vénériennes et infertilité dans le tournant du XIX^e au XX^e et illustre les liens entre infertilité et politiques de population (huitième panel). La connotation morale des maladies vénériennes et l'appréhension d'une masculinité sexuellement incontinentes sont sans nul doute des facteurs déterminant l'observation de ces liens par ceux et celles qui les questionnent à l'époque, notamment les féministes, les eugénistes, et la médecine publique. Mais l'extension des maladies vénériennes est-elle vraiment une explication à la dénatalité qu'ont connue l'Angleterre et le Pays de Galles ? C'est par un travail rigoureux de recoupement de données quantitatives avec des études médicales récentes que Simon Szreter estime que la gonorrhée et la syphilis auraient doublé le nombre des stérilités, ce qui n'en fait pas pour autant un élément suffisant pour expliquer le déclin de la fécondité et l'évolution globale de la démographie.

En France, la lutte contre l'infertilité involontaire a été l'objet d'initiatives volontaristes dès les années 1920, nous explique Fabrice Cahen (INED). Le débat sur la dépopulation est là aussi une donnée essentielle qui permet à l'infertilité de s'imposer aux côtés des sujets qui monopolisent pendant plusieurs décennies les politiques du corps : maladies vénériennes, avortement et néo-malthusianisme. Les premières consultations spécialisées dans le traitement de l'infertilité précèdent

la reconnaissance institutionnelle qui n'aura lieu qu'après la Seconde Guerre mondiale, lorsque la lutte contre l'infertilité devient l'objet d'une politique publique nationale –véritablement institutionnalisée dans les années 1970. Une analyse critique de cette biopolitique menée entre 1920 et 1980 montre qu'elle a pu être un élément de politique démographique, en constituant une alternative à la lutte contre l'avortement et la contraception sur un plan quantitatif, et une certaine forme de sélection eugénique passive sur un plan qualitatif.

L'intervention de la puissance publique dans le domaine de l'infertilité interpelle quant à la notion de droits reproductifs, étudiés dans le neuvième panel, qui concerne à la fois l'accès aux technologies de reproduction et les questions de filiation. Shurlee Swain (uni. catholique d'Australie) observe à propos des interactions entre infertilité et adoption en Australie que la Seconde Guerre mondiale a constitué un moment charnière : le besoin de naissances au lendemain du conflit a motivé l'État à financer les traitements. Par conséquent, la médicalisation et la démoralisation de l'infertilité ont d'abord favorisé les candidatures parentales à l'adoption, jusqu'alors honteuses, puis ont grandement fait chuter le nombre des adoptions à partir des années 1960 avec le succès croissant des cliniques spécialisées. Aujourd'hui, ces demandes sont en baisse dans tous les pays et l'adoption est intégrée comme une méthode d'accès à l'enfant en continuité avec les technologies de reproduction, et souvent en dernier recours.

Duncan Wilson (uni. de Manchester) étudie l'émergence du droit à l'enfant qu'il observe dans les années 1970, notion qui domine les débats publics et professionnels davantage pour les techniques de reproduction que pour l'adoption. C'est en effet autour de la fécondation in-vitro, qui aboutit à une première naissance en 1978, que s'expriment non seulement les points de vue sur le droit à la vie de l'embryon, mais aussi sur les droits à la parentalité des personnes infertiles. La focalisation des questions de reproduction sur les droits a renforcé le rôle accordé à la médecine dans l'établissement d'une bioéthique. En effet, remarque Jenna Healey (uni. Yale) dans un dernier panel intitulé « Infertility, ageing and agency », la question du droit à l'enfant ne se pose pas seulement pour les personnes involontairement infertiles et a entraîné dans son sillage tous ceux et celles qui veulent un enfant en dehors des normes traditionnelles d'une reproduction considérée comme *naturelle*, notamment hors du couple hétérosexuel ou au-delà de la période de procréation.

L'idée d'une horloge biologique –qui ne sonne le glas que pour la procréation des femmes– et le recul de l'âge des parturientes constituent une donnée essentielle à la compréhension des différences d'appréhension des droits à la reproduction chez les hommes et les femmes. La vitrification ovocytaire, ou cryoconservation des ovocytes, permet selon Lucy van de Wiel (uni. d'Amsterdam) de combiner deux aspects des luttes des femmes pour les droits procréatifs : se préserver des naissances et accéder à la maternité. La cryopréservation permet en effet de prévoir pour une date ultérieure une naissance non-désirée dans l'immédiat, renouvelant les modalités de l'expérience de l'infertilité et de la fertilité. Cependant Lucy van de Wiel perçoit dans cette technologie l'expression du potentiel disciplinaire de la perspective de vieillissement, plutôt qu'un simple report de projet de naissance.

La conclusion de ces trois journées d'étude, assurée par Naomi Pfeffer (uni. College de Londres), auteur notamment de *The Stork and the Syringe : Political History of Reproductive Medicine*, propose une réflexion sur l'infertilité dans le contexte de globalisation du marché. L'ensemble des contributions nous ouvre donc des perspectives larges, tant sur le plan chronologique que par les multiples facettes d'une question médicale, sociale, culturelle dont on aurait pu redouter l'étroitesse. La présentation succincte des travaux des intervenants que nous avons tenté de faire ici ne peut restituer dans toute sa mesure la richesse des contributions. La vitalité de ce thème de recherche pluridisciplinaire ne peut que nous faire espérer la publication prochaine des travaux dont nous n'avons pu avoir ici que des aperçus. De plus, bien que ne soit pas prévue l'édition d'actes du colloque, certains articles issus des recherches présentées durant ces trois jours devraient être rassemblés à l'avenir et faire l'objet d'une publication.

Nous retiendrons de cette longue histoire la multiplicité des acteurs impliqués et la diversité des champs de recherche convoqués : histoire du corps et des représentations avec la lente démoralisation de la question depuis le Moyen-Âge ; histoire des sciences, de la médecine et des techniques avec la médicalisation et la rationalisation progressive des connaissances perceptible surtout à partir du XVII^e ; histoire des femmes et du genre avec l'inscription des infertilités féminine et masculine dans la binarisation moderne des corps ; histoire des populations et de la démographie avec l'intégration des traitements dans les politiques publiques à la période contemporaine. C'est à la croisée de tous ces champs de recherche que l'objet trouve toute son ampleur.

Nous remarquerons pour finir que l'infertilité masculine reste un sujet peu balisé : la différence des rôles biologiques dans la reproduction, la plus grande rareté des sources et la relative nouveauté des études sur la masculinité sont des éléments d'explication dont il conviendrait d'analyser l'enchevêtrement. Si pour ce colloque le choix d'un sujet restreint a permis de recomposer une image détaillée de l'histoire de l'infertilité, la mise en lien avec les autres axes de recherche sur l'économie des corps –tels que concernant l'avortement, la contraception, la stérilisation ou la sexualité– permettra sans aucun doute d'ouvrir la focale pour contribuer à la restitution de toutes les nuances du territoire de la reproduction.