

Proposition de panel : Le travail procréatif (2 sessions)

Même si invisibilisé par sa naturalisation, la procréation constitue un travail, principalement accompli par les femmes*. Toutefois, quels sont les rôles et les statuts reproductifs des personnes qui contribuent à « faire les enfants » ? La société salariale ne pense pas la production d'enfant autrement que sur le mode de la naturalité et de l'invisibilité, ne la valorise pas, et peine à prendre au sérieux la charge de travail qu'elle représente. Ce travail est fortement encadré par la médecine et le droit d'une manière qui n'est pas neutre en termes de genre : production et reproduction d'une naturalisation de la division sexuelle du travail, des sexualités et des identités de genre. Les métiers de la santé et du soin autour de la procréation et de la naissance sont aussi fortement genrés et les femmes* y sont surreprésentées, pensons notamment aux sage-femmes, aux infirmières de la petite enfance, aux doulas et aux thérapeutes non-biomédicales spécialisées dans les soins périnataux. Pour autant, des militantes*, des chercheuses* et des professionnel.les* participent à questionner et transformer le travail procréatif, sa préparation, sa prise en charge, sa reconnaissance. La notion de travail procréatif suppose donc d'envisager tous ces modes de domination mais permet également d'amener une analyse critique autour de l'investissement que ce travail suppose, tout en tenant compte des contestations et déplacements déjà à l'œuvre.

Organisation : Caroline Chautems, Solène Gouilhers, Marta Roca i Escoda et Véronique Boillet

Session I :

Présidence : Dorothea Wunder (CHUV)

Reproductive labor in anticipation of infertility through egg freezing, Eléonore Crunchant, University of Geneva, Institute of Gender Studies

Médicaliser l'incertitude. Étude ethnosociologique de l'autoconservation ovocytaire en France, Yoliliztli Pérez-Hernández, Université de Berne

Travailler des infrastructures de fertilité cis-hétéronormées : perspectives de soignant.es et de juristes sur la conservation des gamètes pour les personnes trans*. Solène Gouilhers, Delphine Gardey, Raphaël Albospeyre-Thibeau, Institut des études genre, Faculté des Science de la société, Université de Genève

Lien génétique versus lien biologique dans les jugements d'attribution de filiation des enfants nés d'un GPA en Suisse. Véronique Boillet et Marta Roca i Escoda, Université de Lausanne

Quelle place pour le travail procréatif dans les expériences du droit des parents de même sexe, en France, au Québec et au Chili ? Emilie Biland, professeure Sciences Po, Paris

Session II Santé sexuelle :

Présidence : Caroline Jacot-Descombes (Santé sexuelle Suisse) (presentie)

Inégalités de genre, inégalités de santé : le travail (re)productif comme outil pour penser la santé publique. Nolwenn Bühler, Université de Lausanne

« Y'a qu'à lui dire de l'essayer le matin ». Education des jeunes femmes à l'usage du préservatif dans un centre de santé sexuelle, Alexandra Afsary –Haute école de Travail social Fribourg / Université de Lausanne

Acteurs et actrices autour de l'accouchement

Retravailler l'expérience d'accouchement: circulation des savoirs scientifiques et dispositifs professionnels. Clara Blanc, Solène Gouilhers, Patricia Perrenoud, Université de Genève - Haute Ecole de Santé Vaud, HES-SO

Les partenaires comme figure de « care » après une naissance par césarienne : Un rôle éphémère ? Ainhoa Saenz Morales- Doctorante FNS/ STS Lab (ISS), Université de Lausanne.

Therapists caring for cesareaned women: complementary and alternative medicine as gendered labor in Switzerland, Caroline Chautems – Université de Lausanne

Résumés

Reproductive labor in anticipation of infertility through egg freezing, Eléonore Crunchant, University of Geneva, Institute of Gender Studies

The higher rates of infertility observed in reproductive medicine services over the last decade have led some doctors to draw attention to the need to inform and educate women about the risks of infertility. These infertility risks, which have been identified as mainly due to the decline in fertility with age, but also linked to environmental issues and health behavior, have gradually become a health concern in most European countries in a context of demographic anxiety. As a result, fertility is perceived as something precarious and the risk of infertility as something that women need to anticipate and be aware of in order to avoid the risk of being childless in the future. At the same time, biomedical technologies such as egg freezing and fertility testing are presented as solutions for women anticipating infertility and are becoming more available in most European countries. In this context, it has been described how anticipated infertility is becoming a new medicalised category, potentially affecting all women. Egg freezing is a procedure that involves two weeks of hormonal stimulation followed by surgical egg retrieval. The costs are covered by social security in France, but in Switzerland, as in other countries, women pay around CHF 4000 to 5000 for a round

of egg retrieval. According to initial studies, women who undergo EF are mostly from the middle and upper classes and are around 37 years old.

The paper is based on the analysis of in-depth interviews with 31 women in Switzerland and France who were interested in freezing their eggs for age-related reasons or having done the process. In this paper, I would like to discuss how the anticipation of infertility becomes a new form of reproductive labor. When single or at the beginning of a new relationship, EF is often conceived as a process that women want to carry out themselves in order to gain independence in the face of infertility risks and to align the temporality of the relationship with the threat of fertility decline. Reproductive labor can involve various steps, from the emotional work of dealing with the anxiety of anticipating infertility, to dealing with possible side effects of hormone treatment, to scheduling different appointments for echography or blood tests and to deciding whether to conceal or reveal the procedure when dating new partners.

Médicaliser l'incertitude. Étude ethnosociologique de l'autoconservation ovocytaire en France, Yolinzlitzli Pérez-Hernández, Université de Berne

Cette communication est issue de ma thèse qui proposait une étude du faisceau des relations sociales, juridiques médicales, corporelles, techniques et de parenté qui sont au cœur de l'autoconservation ovocytaire (vitrification ovocytaire à visée autologue) en France. L'étude s'intéresse à la fois à la dimension normative qui structure l'accès à cette technologie biomédicale, aux récits et expériences des personnes directement concernées (les femmes faisant congeler des ovocytes et les spécialistes de la reproduction et les technicien·ne·s de laboratoire qui la rendent médicalement et techniquement possible) et à la dimension technique de la congélation d'ovocyte.

Travailler des infrastructures de fertilité cis-hétéronormées : perspectives de soignant.es et de juristes sur la conservation des gamètes pour les personnes trans*. Solène Gouilhers, Delphine Gardey, Raphaël Albospeyre-Thibeau, Institut des études genre, Faculté des Science de la société, Université de Genève

Cette communication propose d'investiguer les engagements pratiques et normatifs de soignant.es et de juristes en faveur de l'autoconservation des gamètes pour les personnes trans*, en France et en Suisse. Alors que la stérilisation a longtemps été imposée aux personnes trans* pour accéder à la modification de la mention de sexe à l'état civil, l'attention porte depuis peu sur la préservation de leur fertilité lorsqu'elles souhaitent entreprendre des traitements hormonaux susceptibles de l'altérer. Si les technologies de médecine de la reproduction ont profondément transformé l'ordre reproductif en dissociant la reproduction de la sexualité et la fertilité de la procréation, ces techniques ont cependant historiquement bénéficié principalement aux couples cis-hétérosexuels. De plus, les gamètes eux-mêmes ont historiquement été constitués comme un marqueur biologique du genre, et genrés eux-mêmes. De même, l'identité, la parentalité et la filiation ont été légalement définies et sédimentées selon des conceptions de genre patriarcales et binaires.

Sur la base de 40 entretiens menés auprès de soignant.es et de juristes en Suisse et en France, nous analysons la manière dont elles et ils œuvrent pour favoriser la préservation des gamètes de personnes trans*. Comment, en retravaillant des infrastructures médicales et juridiques cis-hétéronormées, en viennent-elles et ils à désintriquer des catégories sexuées normatives qui entravent les droits reproductifs des personnes trans*, et nient la pluralité des existences ?

Nous décrivons le travail des médecins et juristes, soutenus par l'engagement des associations LGBTQ+, pour normaliser l'accès des personnes trans* à une conservation de leurs gamètes, et plus largement, à la possibilité d'une parentalité biogénétique. Par un travail d'équipement administratif, technique, juridique, spatial et relationnel qui déborde l'ordre du genre et procréatif, elles et ils développent des appuis pratiques pour rendre les infrastructures médicales et juridiques de fertilité, historiquement cis-hétéronormées, plus inclusives.

Lien génétique versus lien biologique dans les jugements d'attribution de filiation des enfants nés d'un GPA en Suisse. Véronique Boillet et Marta Roca i Escoda, Université de Lausanne

En croisant la perspective juridique, sociologique et anthropologique, l'objectif de cette contribution est d'examiner de manière critique le décalage existant entre les évolutions techniques et sociétales en matière de reproduction et la façon dont le droit et la jurisprudence suisses continuent à construire la maternité et la paternité et dans ce cadre, quelles sont les effets sur les droits fondamentaux des membres de la famille. Pour mener à bien cette recherche, nous nous appuyons sur un corpus de données qui recense l'ensemble des arrêts rendus par le Tribunal fédéral suisse en matière de gestation pour autrui (2016-2022, §10).

Quelle place pour le travail procréatif dans les expériences du droit des parents de même sexe, en France, au Québec et au Chili ? Emilie Biland, professeure Sciences Po, Paris

Je ne ferai pas une comparaison systématique entre ces trois contextes, mais j'y puiserai pour éclairer comment, au moment de l'accès à la double filiation (au Chili, après PMA ou plus rarement GPA; en France après GPA) et de l'organisation de la prise en charge des enfants post-rupture (dans les anciens couples de femmes, au Québec), la place du travail procréatif dans les expériences du droit des parents concernées et des professionnel·les du droit qui les accompagnent. Je pourrais montrer que, globalement, le travail procréatif est moins considéré que le lien biologique et que le projet parental partagé peut venir se substituer à celui-ci, sans pour autant signifier que le travail procréatif est partagé. Dans ma présentation, particulièrement dans le volet "séparation de couples de même sexe", il y aurait probablement quelques glissements vers le travail reproductif...

Inégalités de genre, inégalités de santé : le travail (re)productif comme outil pour penser la santé publique - Nolwenn Bühler, Université de Lausanne

Alors que les discours autour de la crise du système de santé se multiplient et que le vieillissement de la population, le coût des soins, les inégalités de santé ou la pénurie de personnel soignant deviennent des enjeux majeurs, je me demande comment les études genre et notamment les travaux sur la reproduction peuvent contribuer à comprendre et éclairer ces enjeux. Plutôt que de me pencher sur les inégalités de genre dans la santé et la stratification de la reproduction, j'aimerais mobiliser les ressources conceptuelles et analytiques des travaux féministes sur la reproduction et le travail de *care* pour penser la santé publique et réfléchir à la possibilité de faire une anthropologie féministe de la santé.

« Y'a qu'à lui dire de l'essayer le matin ». Education des jeunes femmes à l'usage du préservatif dans un centre de santé sexuelle, Alexandra Afsary –Haute école de Travail social Fribourg / Université de Lausanne

Les femmes sont les principales préposées au travail procréatif : « faire des enfants », tout comme « ne pas en faire ». Le travail contraceptif (éviter une grossesse, aller chez le-la gynécologue, financer la méthode contraceptive, éventuellement y penser quotidiennement) est également majoritairement accompli par les femmes. La charge qui en découle, comme la charge procréative, est invisibilisée par sa naturalisation en tant que « féminine ». Pour cette communication, je propose d'aborder la circulation des rôles éducatifs en matière d'information à la contraception dans ce qu'elle permet de montrer que l'éducation à la santé sexuelle est autant vectrice d'émancipation que de reproduction du genre.

Acteurs et actrices autour de l'accouchement

Retravailler l'expérience d'accouchement : circulation des savoirs scientifiques et dispositifs professionnels. Clara Blanc, Solène Gouilhers, Patricia Perrenoud, Université de Genève - Haute Ecole de Santé Vaud, HES-SO

Cette communication propose de s'intéresser aux savoirs scientifiques et professionnels construits autour de dispositifs centrés sur la dimension psychique du travail reproductif : les interventions de retour sur l'expérience d'accouchement. Nous articulerons trois types de matériaux issus d'une enquête en cours sur les violences obstétricales en Suisse. Premièrement, sur la base d'une analyse documentaire de sources publiques (médias, journaux professionnels, interventions politiques), nous montrerons comme une partie du débat public sur les « violences obstétricales » s'est orienté vers des dispositifs de prises en charge des mauvais vécus de l'accouchement. Deuxièmement, nous analyserons la manière dont ces dispositifs s'insèrent dans un réseau international de développement de savoirs scientifiques sur l'accouchement traumatique visant à traiter cette catégorie diagnostique de santé mentale. Troisièmement, ces analyses documentaires seront croisées avec les résultats préliminaires d'une ethnographie des interventions de retour sur l'expérience d'accouchement dans une maternité de Suisse romande.

Les partenaires comme figure de « care » après une naissance par césarienne : Un rôle éphémère ? Ainhoa Saenz Morales- Doctorante FNS/ STS Lab (ISS), Université de Lausanne.

Une naissance par césarienne, de par les protocoles hospitaliers, et/ou l'incapacité de la mère à faire du *peau à peau* avec le nouveau-né (réveil après anesthésie, manque de mobilité et douleurs postopératoires parfois aiguës), positionne le-la partenaire comme figure de « care » envers le nouveau-né, et parfois envers sa conjointe. Cette figure de « care » demeure toutefois transitoire. Dès lors que les mères quittent la salle de réveil, et réalisent leurs « premier levé » en chambre, elles redeviennent aux yeux des professionnel·les de la santé, et parfois aussi aux yeux des partenaires, les principales pourvoyeuses de soin envers leurs enfants. Le-la partenaire n'est plus qu'une figure complémentaire et secondaire. Ainsi, les pratiques d'autonomisation telles que le « premier levé », le « room-in » du bébé, le retrait de la sonde urinaire dans les heures qui suivent la naissance, constituent un « travail » corporel réalisé par les femmes, et suggéré par le personnel soignant du post-partum (parfois dès la salle de réveil). Cette autonomisation précoce vise à permettre aux nouvelles mères d'accomplir le travail reproductif, quand bien même elles viennent d'avoir une opération majeure. Couplées à un manque de dispositifs institutionnels destinés aux partenaires, comme la possibilité de faire du « room-in », ces pratiques d'autonomisation façonnent non seulement le vécu des femmes du post-partum, l'expérience des partenaires, mais aussi les dynamiques familiales, reproduisant une division sexuelle du travail.

Therapists caring for cesareaned women: complementary and alternative medicine as gendered labor in Switzerland, Caroline Chautems – Université de Lausanne

In Euro-American cultural contexts, where an ideal prevails that female bodies are unchanged by reproduction processes, women often feel uncomfortable with their postpartum bodies. Cesareaned birthing parents suffer from additional discomfort during the postpartum period, and cesarean births are associated with less satisfying childbirth experiences, fostering feelings of failure among women who had planned a vaginal delivery. In Switzerland, one in three deliveries is a cesarean. Despite the frequency of this surgery, women complain that their biomedical follow-up provides minimal postpartum support, as the discomfort they experience does not threaten their or their babies' health. Filling this gap, complementary and alternative medicine (CAM) therapists address these issues by providing somatic and emotional post-cesarean care.

CAM therapies are heavily gendered. On the one hand, CAM practitioners and users are overwhelmingly women. On the other hand, most CAM approaches rely on an essentialization of bodies and are largely embedded with heteronormative norms of femininity and sexuality. Furthermore, anthropologist Longman (2020) argued that an "entrepreneurism of the feminine" has been spreading this last decade, fostering an essentialization and sacralization of female embodied processes and experiences. CAM therapists are a significant part of this trend. However, CAM therapists also offer spaces of self-care for women, which is subversive in a context where they are usually regarded primarily as children's caregivers, their own recovery and well-being secondary. At the same time, during the postpartum period, CAM therapies intend to reconcile women with their femininity and sexuality, perceived as an important part of the recovery process. Therefore, therapists align with the dominant narrative of "getting the body back" after childbirth. In addition, CAM is not covered by basic health insurance and consequently only accessible to economically privileged women, contributing to a stratification of care. Based on interviews with therapists specialized in post-cesarean recovery and cesareaned women, this presentation explores CAM therapists' care approaches and practices while enhancing women's postpartum experiences and helping them reclaim their post-cesarean bodies.
