

# Les nouvelles techniques médicales de reproduction en Roumanie : entre autonomie des femmes et inégalités socioéconomiques

Sandrine Bretonnière

Number 21, Fall 2014

Parenté et techniques de reproduction assistée : les enjeux contemporains au regard du genre

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1025962ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1025962ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

INRS-UCS

ISSN

1708-6310 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bretonnière, S. (2014). Les nouvelles techniques médicales de reproduction en Roumanie : entre autonomie des femmes et inégalités socioéconomiques. *Enfances, Familles, Générations*, (21), 118–134. <https://doi.org/10.7202/1025962ar>

Article abstract

Eastern Europe is often seen as a vast, deregulated assisted reproduction market for women from the West, providing access even to reproductive bodies. But what is at stake in Eastern European countries for the women and men who live there? In this article, I will focus on Romania and analyze the field of assisted reproduction and its implementation and development in a society marked by both the pro-natalist policy of the communist era and the lack of legislative framework for assisted reproductive technology (Cutas, 2008). I will attempt to show that in this highly patriarchal context (Kaser, 2008), assisted reproductive technology (ART)—but also abortion—is a means for Romanian women to reclaim their bodies and therefore also their autonomy. Their autonomy is connected to the autonomy of doctors, who view ART as a means of biomedical exploration and excellence. By taking part in assisted reproduction leading to late-life, even post-menopausal, pregnancies, Romanian women are also challenging—almost unintentionally—the social framework that biologizes the differences between men and women (Engeli, 2010; Théry, 2010). This autonomy comes with a price, however; while there are no legal limitations on ART, related fees are not covered either (except under a Ministry of Health pilot program in 2011–2012), which exacerbates socio-economic inequality. This inequality and the erosion of individual rights that it creates have led to the mobilization of Romanian women around the issue of infertility and the Romanian government's role in dealing with infertility. Social stakeholders are calling on the Romanian government to act against this aspect of reproductive injustice (Bretonnière, 2013) by reinvesting in reproduction in order to guarantee real rights to its citizens, not to control the parameters of human reproduction.

## ***Les nouvelles techniques médicales de reproduction en Roumanie : entre autonomie des femmes et inégalités socioéconomiques***

**Sandrine Bretonnière**

Chercheure postdoctorale, Centre d'analyse et d'intervention sociologiques  
École des hautes études en sciences sociales (France)  
sandrinebretonniere@yahoo.fr

---

### **Résumé**

*L'Europe de l'Est est fréquemment perçue comme un vaste marché libéralisé de la procréation assistée pour les femmes venant de l'Ouest, allant jusqu'à l'accès à des corps reproducteurs. Mais que se joue-t-il dans les pays de cette partie orientale de l'Europe, pour les femmes et les hommes qui y vivent? Mon propos, dans cet article, sera centré sur la Roumanie et analysera le champ de la procréation assistée, son insertion et son développement dans une société marquée, d'une part, par la politique pronataliste de l'ère communiste, et, d'autre part, par l'absence d'encadrement législatif sur les techniques médicales de reproduction (Cutas, 2008). Dans un contexte fortement patriarcal (Kaser, 2008), je tenterai de montrer que la procréation médicalement assistée (PMA) – mais aussi l'avortement – représentent des vecteurs de réappropriation de leur corps par les femmes roumaines. Ce processus de réappropriation des corps permet de recouvrer une autonomie, qui s'articule avec celle des médecins pour qui les techniques médicales de reproduction représentent un moyen d'exploration et d'excellence biomédicales. S'engageant dans des parcours de PMA qui entraînent des grossesses tardives, parfois postménopausiques, les femmes roumaines remettent également en cause – presque incidemment – les cadres sociaux de biologisation des différences femmes-hommes (Engeli, 2010; Théry, 2010). Cette autonomie a un prix, néanmoins, car l'État n'impose certes pas de limites juridiques aux pratiques médicalisées de procréation, mais il ne couvre pas non plus les frais afférents (à l'exception d'un programme-pilote du ministère de la Santé en 2011-12), exacerbant ainsi les inégalités socioéconomiques. Ce sont ces inégalités et la distorsion des droits individuels qu'elles créent qui sont à l'origine d'une mobilisation de femmes roumaines sur la problématique de l'infertilité et de sa prise en charge par l'État roumain. Pour contrer une dimension d'injustice reproductive (Bretonnière, 2013), l'État roumain est interpellé par les actrices sociales qui l'invitent à réinvestir le champ de la procréation pour garantir des droits effectifs à ses citoyennes, et non pas pour contrôler les paramètres de la reproduction humaine.*

**Mots clés :** *Nouvelles techniques de reproduction, procréation médicalement assistée, avortement, genre, autonomie, Roumanie, inégalités socioéconomiques*

### **Abstract**

*Eastern Europe is often seen as a vast, deregulated assisted reproduction market for women from the West, providing access even to reproductive bodies. But what is at stake in Eastern European countries for the women and men who live there? In this article, I will focus on Romania and analyze the field of assisted reproduction and its implementation and development in a society marked by both the pro-natalist policy of the communist era and the lack of legislative framework for assisted reproductive technology (Cutas, 2008). I will attempt to show that in this highly patriarchal context (Kaser, 2008), assisted reproductive technology (ART)—but also abortion—is a means for Romanian women to reclaim their bodies and therefore also their autonomy. Their autonomy is connected to the autonomy of doctors, who view ART as a means of biomedical exploration and excellence. By taking part in assisted reproduction leading to late-life, even post-menopausal, pregnancies, Romanian women are also challenging—almost unintentionally—the social framework that biologizes the differences between men and women (Engeli, 2010; Théry, 2010). This autonomy comes with a price, however; while there are no legal limitations on ART, related fees are not covered either (except under a Ministry of Health pilot program in 2011–2012), which exacerbates socio-economic inequality. This inequality and the erosion of individual rights that it creates have led to the mobilization of Romanian women around the issue of infertility and the Romanian government’s role in dealing with infertility. Social stakeholders are calling on the Romanian government to act against this aspect of reproductive injustice (Bretonnière, 2013) by reinvesting in reproduction in order to guarantee real rights to its citizens, not to control the parameters of human reproduction.*

**Keywords:** *New reproductive technologies, assisted reproductive technology, abortion, gender, autonomy, Romania, socio-economic inequalities*

### **Introduction**

Dans une perspective historique et sociologique, je propose de lier dans cet article l’analyse de la politique pronataliste du régime communiste roumain, instiguée par Ceaușescu de 1966 à 1989, au développement des nouvelles techniques de reproduction (NTR). Mon objectif est d’explorer, de manière complémentaire, une dimension des conséquences de cette politique, autre que celle des pratiques et représentations de la contraception depuis 1989 (Kligman, 1998; Băban, 2000). Je travaillerai à partir de l’hypothèse que la révocation des décrets ayant trait à la procréation dès la chute du régime de Ceaușescu en décembre 1989 a permis un processus de réappropriation de leurs corps par les femmes qui s’apparente à la reconquête d’une autonomie s’inscrivant dans plusieurs registres. Ainsi, comme certains auteurs l’ont précédemment souligné à partir d’une perspective féministe, les femmes roumaines se réapproprient leurs corps dans une démarche de régulation des naissances désormais légale (Băban, 2000; David et Băban, 1996). Ce que je souhaite traiter ici, c’est la manière dont cette réappropriation des corps se transforme en une autre figure de l’autonomie (dans le sens donné à ce terme par Ronan Le Coadic en

2006<sup>1</sup>), voire de subjectivation (Touraine, 1992, 2005), lorsque les femmes ont recours aux nouvelles techniques de reproduction. Celles-ci n'étaient pas disponibles immédiatement après la chute du régime de Ceausescu, mais se sont rapidement développées : le premier bébé issu d'une fécondation in vitro est né en 1996. On compte désormais 26 cliniques proposant un accès aux techniques de procréation médicalement assistée en Roumanie. Cette autonomie corporalisée (Bennett, 1999) n'est possible que grâce au concours des médecins, eux aussi dégagés des contraintes du régime communiste, qui certes continuent à pratiquer des avortements, mais qui se sont investis dans ce domaine d'expertise, d'excellence, à la portée symbolique beaucoup plus noble que l'avortement.

C'est donc l'imbrication de ces deux autonomies nouvelles – ou plus exactement rétablies – qui permet aussi de dépasser la mémoire d'un quotidien où la surveillance des corps était omniprésente. Ces autonomies patientes-médecins s'accordent dans un espace des subjectivités (Bataille et Virole, 2013) qui permet de se distancer des schèmes traditionnels de la maternité : des femmes peuvent avoir des enfants tardivement, voire après la ménopause. La biologisation des différences genrées de procréation (Engeli, 2010) est ainsi remise en cause de manière implicite, en ce sens qu'elle n'est pas forcément revendiquée en tant que telle. La validité du paradigme hétérosexuel n'est pas incluse dans cette remise en cause, ou alors de manière anecdotique, comme le démontre ce couple homosexuel franco-américain, parents de jumeaux nés de mère porteuse aux États-Unis, et qui est établi à Bucarest. Des polémiques traversent parfois l'espace public et les espaces médicaux professionnels, comme cela fut le cas en 2005, lors de la naissance du bébé d'Adriana Iliescu, mère à 66 ans. Cependant, les paramètres officiels, légaux, ne sont pas mobilisés : il n'y a pas de législation concernant la reproduction assistée, il n'y a pas non plus de réglementation interne à la profession médicale concernant les pratiques liées aux NTR. Les pratiques s'accommodent d'un espace informel, dépourvu d'implication étatique. La contrepartie de cette informalité est le coût financier individuel que l'accès à ces techniques représente. Les femmes sont certes libres d'avoir recours à une fécondation in vitro, mais celle-ci n'est pas prise en charge par le système de santé national. Cet effacement de l'État renforce donc des inégalités socioéconomiques, car une fécondation in vitro coûte entre 3000 et 4000 euros – le salaire moyen mensuel en Roumanie est de 476 euros (*Moniteur du commerce international*, 2011). C'est d'ailleurs cette dimension d'inégalité associée aux droits individuels à être pris en charge pour une maladie – l'infertilité – qui a inspiré la mobilisation d'un petit groupe de femmes depuis 2008 autour des problématiques d'infertilité et de la nécessaire implication de l'État.

Cet article est divisé en trois parties. J'examinerai dans un premier temps la politique pronataliste de l'État roumain et la transformation des femmes en corps reproducteurs qui en a résulté. Dans un deuxième temps, j'analyserai le processus de réappropriation de leurs corps par les femmes roumaines au travers de deux vecteurs dans le champ de la procréation : le recours à l'avortement et l'accès aux nouvelles techniques de reproduction. Je montrerai comment l'utilisation des NTR est constitutive d'une autonomie recouvrée, qui s'articule à un partenariat femmes-médecins. Le choix de maternités tardives ou postménopausiques met en exergue une autonomie s'affranchissant de la norme de l'âge maternel socialement défini et inscrit les

---

<sup>1</sup> « Il nous semble alors que l'autonomie individuelle pourrait être conçue comme la faculté et la capacité concrète pour les individus d'effectuer les choix et de réaliser les actions qui leur importent, en s'appuyant sur leur auto-réflexion, sans que des formes de manipulation, de tromperie ou de coercition viennent interférer dans leurs choix et leurs actions » (Le Coadic, 2006 : 328).

médecins dans un champ de la performance biomédicale globalisé et hautement compétitif. Face à ces autonomies femmes-médecins, j'analyserai dans un troisième temps l'émergence d'un registre des droits, de justice reproductive, revendiqués par des actrices sociales qui se mobilisent pour obtenir de l'État un accès équitable aux NTR dans la Roumanie contemporaine. La question des inégalités socioéconomiques apparaît alors au grand jour, invitant l'État à réinvestir le champ de la procréation pour garantir des droits effectifs à ses citoyennes, et non plus pour contrôler les paramètres de la reproduction humaine.

### Note de méthode

Les analyses présentées ici sont issues d'une étude sociologique traitant de l'émergence et de la transformation des cadres bioéthiques de l'assistance médicale à la procréation en Roumanie et en France, des années 1970 à nos jours. Cette étude a été réalisée entre 2010 et 2012 et comporte deux volets. Le premier volet est consacré à une étude documentaire. En ce qui concerne la Roumanie, objet précis de cet article, l'étude se penche sur les textes juridiques ayant trait aux questions bioéthiques liées à la procréation médicalement assistée, c'est-à-dire les différentes propositions de loi qui furent portées devant le Parlement ou le Sénat entre 2005 et 2012, ainsi que les avis des différentes commissions parlementaires ou sénatoriales sur ces projets de loi. Aucune de ces propositions de loi n'est entrée en vigueur. De manière concomitante, le débat public étant vif autour de certaines pratiques de PMA, notamment la grossesse postménopausique d'Adriana Iliescu (2004-2005), j'ai allié l'étude de la presse roumaine et internationale s'y rapportant aux analyses dans le champ universitaire s'attachant à comprendre les implications de cet événement dans le champ médical et législatif, en particulier l'accès à la parenté et ses formes légitimes.

Le second volet de la recherche s'est déroulé exclusivement en Roumanie, et est axé sur les entretiens avec les acteurs du champ de la PMA en Roumanie. Ces entretiens ont été réalisés en trois temps : au printemps 2010 lors d'un séjour prolongé en Roumanie, en février 2011 au cours d'une mission de recherche, en mars 2012 lors de la participation à un colloque organisé par l'International Conference for Clinical Ethics Conference (ICCEC) à Iași.

Je me suis entretenue de manière répétée (en personne et au téléphone) avec trois membres fondateurs de l'association SOS Infertilitatea; quatre médecins roumains (praticiens hospitaliers, membres de la Commission nationale de Roumanie pour l'UNESCO); la députée porteuse du projet de loi de 2011 sur la reproduction humaine; un juriste spécialiste des questions de filiation et de parenté, qui a participé à l'élaboration du projet de loi de 2011. J'ai également participé à un groupe de soutien psychologique mené par une psychologue, lors des activités proposées par l'association SOS Infertilitatea. J'ai en outre suivi de manière régulière les *posts* – et les débats qu'ils pouvaient susciter – de cette association sur les réseaux sociaux (Facebook) et sur son site web.

Dans la lignée des travaux de Mariot et Rowell (2009), l'approche comparative avec le contexte français m'a incitée à explorer les raisons sous-tendant l'absence de cadre juridique de la PMA en Roumanie. À la lumière de l'histoire politique roumaine, j'ai alors cherché à comprendre le lien entre la politique de contrôle des corps reproducteurs dans la Roumanie de Ceaușescu et le désengagement des pouvoirs politiques vis-à-vis des questions de reproduction humaine dans la période postcommuniste. J'ai ensuite croisé cette réflexion avec les revendications de justice reproductive portée par la société civile roumaine. Cet article a été rédigé dans ce cadre.

## 1. Des femmes privées de la décision de (non) procréation

Tout d'abord, pourquoi parler de réappropriation du corps? Ce terme prend tout son sens féministe lorsqu'on examine l'histoire de la Roumanie dans la seconde moitié du vingtième siècle et les politiques publiques en matière de contrôle de la procréation qui y furent mises en œuvre. À l'époque communiste, l'avortement fut autorisé – comme dans la majorité des pays du bloc de l'Est –, puis brusquement interdit par Ceaușescu en 1966 au moyen du Décret 770/1966 (ci-après, le Décret). Parallèlement, la contraception ne devint pas illégale, mais les différents moyens de contraception étaient produits à l'étranger et n'étaient plus importés depuis le début des années 1960 (Anton, 2008). De fait, du jour au lendemain, le contrôle de la procréation échappa totalement aux femmes, car l'avortement était le moyen de régulation de la procréation le plus utilisé en Roumanie. La visée de ce transfert de contrôle de la reproduction était clairement nationaliste et pronataliste – il s'agissait de mobiliser les femmes dans la maternité pour augmenter le taux de fécondité et renforcer la nation roumaine, ses forces vitales et productives (Kligman, 1998). La courbe de fécondité grimpa de manière spectaculaire à la fin des années 1960 (Blayo, 1970; Pop-Eleches, 2006, 2010). Le fœtus devint propriété de la société socialiste roumaine, donner vie à des enfants, un devoir patriotique (Băban et David, 1995; Anton, 2008). La femme, dans sa subjectivité d'individu, disparut et fut remplacée par deux catégories : la femme-travailleuse et la femme-mère/corps reproducteur.

Malgré l'absence de moyens de contraception et l'interdiction de l'avortement, le taux de fécondité ne grimpa que quelques années, et au milieu des années 1970, il commença à chuter. Les femmes avaient développé des stratégies de contournement, dont l'avortement clandestin était une pierre angulaire. Le régime de Ceaușescu renforça ses mesures, mobilisant de manière croissante les médecins dans la surveillance des femmes. Ainsi, les ouvrières devaient se soumettre à des examens gynécologiques réguliers sur leur lieu de travail, les villageoises subissaient des examens similaires sur un mode ambulatoire afin que le personnel médical puisse déceler, et donc prendre en charge les grossesses le plus tôt possible. La raison politique de ce contrôle n'était pas énoncée : la justification officielle était celle du dépistage de cancers (Kligman, 1998). En outre, des agents non médicaux de l'État manifestèrent une présence accrue dans les hôpitaux, jusque dans les salles d'opération, où leur fonction était de surveiller les gestes médicaux des professionnels de santé. Lors de chaque avortement, en dehors d'exceptions listées par les autorités, les médecins devaient se référer au procureur. Le biopouvoir (Foucault, 2004) fut poussé à son paroxysme, le pouvoir politique ne déléguant pas le contrôle des corps aux médecins (pour reprendre le concept de biopolitique déléguée de Fassin et Memmi (2004) et Memmi, 2011), mais assumant en grande partie ce pouvoir directement par des mesures coercitives vis-à-vis des femmes et des médecins même si certains adhéraient à cette politique, ou utilisaient ce mécanisme de pouvoir pour assoir leur position politique au sein du régime.

Bien que les hommes furent également concernés par cette politique nataliste forcenée qui eut un impact considérable, quotidien, sur la sexualité de chaque couple, la responsabilité attachée à la procréation – ou plutôt son évitement – restait celle de la femme. Dans son ouvrage précurseur sur la politique pronataliste et ses effets en Roumanie, Gail Kligman montre l'impact de cette politique de contrôle des corps dans l'intimité des couples (Kligman, 1998). De manière similaire, un extrait d'entretien rapporté par Elena Lorena Anton dans son travail de thèse sur les mémoires de l'avortement en Roumanie communiste montre la préoccupation de la femme qui s'applique à expérimenter des méthodes de contraception artisanales et les réactions

de son époux qui s'agace des effets de ses expérimentations sur sa sexualité (Anton, 2010).

Ainsi, c'est la femme roumaine – presque seule, en définitive – qui devait porter les enfants, symboles de prospérité pour la Roumanie future. Parallèlement, l'éducation de ces enfants était du ressort de la famille conjugale, au sein de laquelle les rôles étaient définis selon la tradition rurale roumaine, plus ou moins mythifiée, en tout état de cause mise en exergue comme étant traditionnelle et au cœur de l'identité roumaine : la mère s'occupait des enfants, le père était chef de famille. Ainsi, les femmes roumaines avaient pour tâche, politiquement définie et légitimée par la grandeur patriotique, de faire des enfants en grand nombre, puis de les élever, avec, certes, l'aide de l'État qui mit sur pied crèches, écoles et autres structures et activités de loisirs pour former les jeunes pionniers.

Dans l'ère postcommuniste, la procréation coercitive a cessé, mais la division des tâches selon un mode patriarcal perdure. Dans son livre *Patriarchy after Patriarchy*, Karl Kaser parle de l'influence durable du modèle rural en Europe de l'Est et Centrale et du peu d'impact des politiques d'égalité hommes-femmes à l'époque communiste (Kaser, 2008). Celles-ci se focalisaient sur la participation des femmes dans l'espace public – entendu comme sphères professionnelle et politique – et négligeaient la réalité des pratiques dans l'espace privé, notamment le partage des tâches domestiques. Ce schéma se retrouvait dans d'autres pays communistes des Balkans, telle la Bosnie-Herzégovine (Bretonnière, 2007). Au sein de la famille roumaine contemporaine, l'éducation et les responsabilités liées aux enfants restent du ressort de la mère (Băban, 2000; Grunberg, 2000; Băluță, 2004). Les femmes gèrent tout dans l'espace familial, et la représentation sociale de cette responsabilité est dominante<sup>2</sup>. Les femmes engagées en politique affichent leur volonté de s'occuper des questions sociales (plus proches des instincts féminins, disent-elles) et restent très impliquées dans la prise en charge familiale (Băluță, 2010). Dans le monde du travail, les femmes sont très présentes, mais des modalités spécifiques – totalement illégales – règlent cette sphère. Il existe ainsi des contrats de travail avec une clause qui indique que la femme s'engage à ne pas prendre de congé maternité, en d'autres termes, à ne pas avoir d'enfants.

En ce qui concerne la communauté médicale, la fermeture du pays à l'époque communiste avait isolé les médecins du monde de la recherche scientifique. Dans le champ de la médecine reproductive, les professionnels de santé ne devaient être que les garants du bon fonctionnement des corps procréateurs; ils devaient également respecter les quotas fixés par les autorités quant au nombre de césariennes, au nombre d'avortements, etc. par hôpital ou toute autre structure sanitaire. Aucune initiative n'était tolérée dans la mise en place d'une médecine d'un autre type. La gynécologie était une médecine réparatrice, si l'on considère les interventions réalisées après des avortements clandestins – déclencheurs d'infections pouvant engager le pronostic vital – pour tenter de sauver les femmes, dans une optique déontologique et éthique de bienfaisance et de non-malfaisance (Beauchamp et Childress, 2001). Mais cette médecine était également associée à une condamnation morale des femmes qui transgressaient le dogme pronataliste et était relayée par la police et les instances juridiques. L'hôpital était ainsi le dernier recours, lorsque dévoiler les effets d'un

---

<sup>2</sup> Dans Le baromètre de l'opinion publique de 2002, 78 % des personnes interrogées sont d'accord avec l'affirmation suivante : « *The best thing for a woman is to take care of the household* »; 82% sont d'accord avec cette autre affirmation: « *What women truly want is to have a family and children* » (Robila, 2004).

avortement clandestin – tout en le niant – était la seule façon de sauver sa vie. La relation des femmes à la médecine et aux médecins était ainsi empreinte de suspicion, à l'ère Ceaușescu. Comme le dit Kligman : « La menace de la grossesse aliénait les femmes. Trop souvent, elles percevaient leur propre corps – particulièrement leurs organes reproductifs – comme un ennemi intérieur, capable de trahir leurs intérêts personnels et leurs sentiments » (Kligman, 1998 : 179). Dans cette perspective, la relation patiente-médecin était également ambivalente, car les praticiens étaient les témoins de ces sentiments, de cette intimité nécessairement mise à nu, lorsqu'ils intervenaient après un avortement.

## 2. Processus de réappropriation du corps

Après le renversement du régime de Ceaușescu en décembre 1989, l'une des premières mesures du Parlement fut d'abroger les décrets interdisant l'avortement et les restrictions sur les méthodes de contraception. Symbole fort du contrôle continu, implacable et au plus près des corps, le Décret et ses modifications étaient devenus insupportables. La liberté de procréer, ou pas, est un socle essentiel, premier, du contrôle de soi et de son corps – la possibilité d'accéder à des formes de contraception fut la première étape du processus de réappropriation de leur corps par les femmes. Les enfants nés après 1989 n'étaient plus des *decretei*, des enfants du Décret, des enfants imposés par l'État. Les femmes roumaines continuèrent à avoir recours à l'avortement de manière massive; le nombre d'avortements en 1990 était proche de celui de 1965 (Brezeanu Staiculescu, 1992), ce qui peut s'expliquer par une libéralisation soudaine de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dans un contexte de pénurie d'autres moyens de régulation des naissances. Depuis le début des années 1990, cependant, le nombre d'avortements reste élevé, car l'IVG demeure le moyen de planification de la procréation le plus utilisé par les femmes roumaines. Au début des années 2000, l'utilisation continue et massive de l'avortement – ainsi que le taux élevé de mortalité maternelle (Ghețău, 1997) – fut considérée par les autorités roumaines, mais aussi par les bailleurs de fonds qui les épaulaient, notamment l'agence d'aide au développement United States Agency for International Development, comme étant un problème de santé publique. Un vaste programme fut mis en place pour permettre l'accès des Roumaines, notamment les femmes pauvres et celles vivant en milieu rural, à d'autres formes de contraception que l'avortement. Le préambule du rapport final du Policy Project (*A Policy Approach to Contraceptive Security in Romania, 2000-2003*) note ainsi que le concept de *contraceptive security* est un concept nouveau en Roumanie (Policy Project, 2004 : 1). Băban, dans son travail sur les pratiques et les représentations de la sexualité et de la contraception, note d'ailleurs que les femmes craignent les effets secondaires de la pilule contraceptive et préfèrent avoir recours à l'IVG; elle note également que la « tradition abortive » (les guillemets sont de l'auteure) de la Roumanie ne pourra être modifiée qu'à condition que des campagnes d'information de grande ampleur soient organisées, parallèlement à la mise à disposition de méthodes contraceptives modernes : « Il est possible, précise-t-elle, de créer une culture de la contraception si la volonté existe » (Băban, 2000 : 238).

Mais n'est-il pas possible de lire cette préférence pour l'avortement d'une autre manière? Ainsi, comme le souligne Stenvoll, la posture normative envers la contraception et l'avortement qui est celle des Européens de l'Ouest n'est pas universelle et n'est pas nécessairement perçue ou vécue comme un échec – par rapport à une contraception en amont – dans d'autres contextes (Stenvoll, 2006). Sur la Roumanie, Stenvoll cite un rapport de l'OMS qui rapporte que les femmes roumaines considèrent que l'avortement est une procédure traditionnelle, sécurisée, accessible, rapide et relativement bon marché, même si cela est source de stress et désagréable.

De plus, les femmes voient l'avortement comme un moyen de résoudre un problème déjà existant (une grossesse indésirable) alors que la contraception est un moyen de résoudre un problème éventuel (une grossesse indésirable future) (WHO, 2004). En outre, la référence aux travaux de Luker (1975) sur les choix de procréation est particulièrement éclairante, car cette auteure inscrit les décisions des femmes d'utiliser des méthodes de contraception, quelles qu'elles soient – c'est-à-dire incluant l'avortement – dans une dynamique de parcours de vie où les choix, comme celui d'interrompre une grossesse, ne sont pas déterminés d'avance. Cette perspective me semble particulièrement intéressante dans le cas roumain, car elle permet de réintroduire la notion de réappropriation du corps et de la constitution d'une autonomie, dans un espace historique et culturel où l'avortement est une pratique ordinaire, courante. Il semblerait que ce ne soit pas tant l'avortement en tant que procédure que son inaccessibilité qui pose problème. Ainsi, pourquoi les femmes devraient-elles abandonner une pratique juste parce que le régime politique le leur avait interdit? Il est d'ailleurs intéressant de noter que la condamnation de l'Église orthodoxe roumaine laisse les femmes relativement indifférentes (Băban, 2000) : leur décision d'avorter est ainsi une décision qui les regarde et au sein de laquelle ni l'État ni l'Église n'a plus droit de regard.

Cette liberté dans le recours à l'IVG est donc un élément important d'une autonomie rétablie qui passe par les choix faits sur son corps. Je reviens ici brièvement sur ce concept d'autonomie, non pas pour en délier toutes les définitions, mais pour voir comment il peut être opératoire sociologiquement dans le cas présent. Je privilégie ainsi une dimension d'autodétermination, de fidélité dynamique (Dworkin, 1988), d'authenticité (Spranzi et Fournier, 2011), de réflexivité, en d'autres termes une attitude proche de la subjectivation (Touraine, 2005). Je me place donc à l'opposé du concept proposé par Ehrenberg qui associe l'autonomie à la contrainte de masse (Ehrenberg, 1998). Ainsi, j'envisage l'autonomie comme un principe performatif et non pas prescriptif, pour reprendre les termes de Spranzi et Fournier (2011) : c'est l'utilisation qu'en font les femmes roumaines depuis la chute du communisme qui m'intéresse ici, plus particulièrement dans ce domaine de la procréation et des usages du corps. Dans cette perspective, l'autonomie ne concerne pas uniquement la limitation des naissances, elle concerne également l'instigation de la procréation lorsque celle-ci ne va pas de soi, ce qui représente une image inversée des conséquences du pronatalisme. Le développement des nouvelles techniques de procréation est devenu un vecteur supplémentaire de réappropriation corporelle et d'autonomisation vis-à-vis du collectif, dans ce sens où les femmes roumaines – lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés pour avoir des enfants – peuvent se tourner vers une médecine désormais aidante, source d'apports et de possibilités technologiques.

Car les médecins-gynécologues, dégagés de leurs responsabilités et de leur rôle de soutien au régime pronataliste après 1989, s'engagèrent dans une course pour rattraper leur retard dans le domaine des techniques de procréation assistée. Pour rappel, le premier bébé éprouvette naît en Grande-Bretagne en 1978; le premier bébé éprouvette français naît en 1982. Il n'existe cependant pas de spécialité en médecine de la reproduction en Roumanie – le cursus de formation en médecine n'offre pas d'options particulières en procréation médicalement assistée. Les spécialisations se font *ad hoc* à l'étranger. En outre, l'État roumain, très en retrait sur ces questions depuis 1989, ne réglemente pas le secteur. Des cliniques privées – parfois en partenariat avec des structures israéliennes, grecques, autrichiennes – proposent des protocoles de PMA à guichet ouvert. Le système est très libéral, offrant une panoplie de services payants à des consommatrices (essentiellement), achetant des FIV, des ovocytes, du sperme, ou vendant des ovocytes (ce qui est interdit depuis 2009).

Ce qui est intéressant dans ce revirement total est l'articulation des autonomies des femmes d'un côté, des médecins de l'autre, deux groupes qui s'opposaient par la force du régime et des décisions de politiques publiques portant sur la procréation. Les médecins veulent exister sur la scène internationale de la recherche et de la prouesse scientifiques; les femmes veulent exercer leur autonomie de choix, avoir des enfants, parfois dans des contextes particuliers (infertilité, dépassement de l'âge de procréation physiologique). Toutes et tous veulent décider, expérimenter, choisir pour elles/eux-mêmes.

Ainsi, la mémoire spécifique liée aux politiques natalistes n'est pas transmise de manière linéaire ou exposée dans l'espace public au travers de lieux de mémoire, ou par des revendications d'indemnisation, par exemple. Mais cette mémoire existe, elle se transmet, elle s'est transformée en une volonté farouche d'autonomie, aussi bien pour les femmes que pour les médecins, et se matérialise – au-delà du recours aux IVG désormais légales – dans l'accès et l'utilisation de l'espace des nouvelles techniques de reproduction.

C'est donc la possibilité d'avoir des enfants, et non plus le devoir absolu et illimité de produire des enfants pour la nation socialiste (Harsanyi, 1993), qui prime dans la Roumanie contemporaine. L'État n'impose pas de limites juridiques dans le champ de la parenté/procréation assistée. Comme le dit Delphy, le genre préfigure toute catégorisation sociale et l'absence d'implication directe de l'État ne signifie pas que le système social n'est pas travaillé par les rapports sociaux de sexe (Delphy, 2001). L'injonction à la maternité peut se lire également dans l'utilisation des nouvelles techniques médicalisées de reproduction (Tain, 2004), et les formes autorisées de parenté issues des NTR sont le résultat de rapports sociaux de sexe (Théry, 2010). Cependant, je souhaiterais me démarquer, ou plutôt me décentrer quelque peu de ce paradigme, en analysant les maternités tardives. En effet, il me semble que la temporalité de la maternité, et notamment les maternités tardives ou postménopausiques représentent une figure emblématique de ces autonomies croisées femmes-médecins, en ce sens qu'elles échappent à la norme de l'âge valorisé socialement de la maternité (Bajos et Ferrand, 2008) et, parfois, de la maternité dans le contexte de la conjugalité. La norme hétérosexuelle demeure, le travail sexué autour du rôle de la mère et du père (quand les deux sont présents) ne varie pas, mais les femmes qui s'engagent dans ces maternités exceptionnelles ébranlent les représentations des mères et des femmes ordinaires. Elles sont dans la constitution de repères propres, basés sur leurs corps (Touraine, 2006), en appelant à une autonomie caractérisée par l'authenticité et la cohérence (Spranzi et Fournier, 2011) et en remettant en cause la différence essentialisée des temps de procréation entre femmes et hommes (Tabet, 1998).

## 2.1 Temporalité de la procréation

J'illustrerai mon propos par deux exemples, dont le second eut un retentissement au-delà des frontières de la Roumanie.

Le premier exemple est celui d'une femme de 51 ans, mariée. Cette femme et son mari décidèrent d'avoir un enfant, suite au décès de leur fils de 21 ans dans un accident de voiture. Ils contactèrent le professeur Munteanu, pionnier des FIV en Roumanie, qui suivit de très près la femme pendant sa grossesse, du fait des complications possibles dues à son âge, explique le médecin dans un article de [evz.ro](http://www.evz.ro) du 24 juin 2011 ([www.evz.ro](http://www.evz.ro), 24 juin 2011). Sur la page Facebook d'une association roumaine, Asociația SOS Infertilitatea, les six commentaires réagissant à l'histoire de ce couple soulignent leur courage. Dans l'article, l'âge de la femme est surtout source de préoccupations médicales, bien qu'il soit mentionné que le couple a désiré garder

l'anonymat afin d'éviter des discussions sur son âge dans sa communauté. Ce cas est celui d'une maternité tardive presque simple : le contexte est conjugal et hétérosexuel, la procréation, a priori allogène (il n'est pas précisé si la femme a eu recours à un don d'ovocyte). Seule la temporalité est peu ordinaire, et comme le soulignent les parents, ils anticipaient des commentaires sur leur âge qui aurait pu être celui de grands-parents plutôt que de parents. Mais ces considérations ne les ont pas fait dévier de leur projet d'avoir un enfant dans une temporalité maternelle décalée.

Le second exemple est celui d'Adriana Iliescu. En janvier 2005, M<sup>me</sup> Iliescu, une Roumaine de 66 ans, vivant seule, a donné naissance à une petite fille à la maternité de Giulești à Bucarest. Elle devient alors la mère la plus âgée du monde et est présentée comme telle par les médias roumains et étrangers. Cette professeure d'université, après un long parcours de procréation assistée, avait été enceinte de jumeaux, dont l'une était morte *in utero*; une césarienne avait alors été pratiquée afin de sauver le deuxième fœtus. Les réactions à cette naissance postménopausique montrèrent une certaine indignation en Roumanie, de la part de l'Église orthodoxe, du gouvernement, du Collège des médecins, les réactions à l'étranger suscitant en retour des réactions négatives accrues en Roumanie. Parallèlement, des témoignages de soutien, des félicitations de la part d'autres femmes affluèrent pour cette personne qui était allée au bout de sa volonté, qui avait fait preuve d'autodétermination et d'indépendance. Bien que polémique, Adriana Iliescu est ainsi une figure publique presque héroïque; elle représente la mère absolue, la femme qui est allée au-delà de tous les obstacles pour devenir mère. Tous les ans, les télévisions roumaines réalisent des reportages à l'occasion de l'anniversaire de sa fille. Lors de manifestations contre des réductions de prestations familiales en 2010, en réaction aux réformes imposées par le Fonds monétaire international à la Roumanie, Adriana Iliescu est photographiée au milieu des manifestantes, héraut de la maternité heureuse et défendant le soutien de l'État à celle-ci. Elle est à la une des journaux.

Elle symbolise également un grand exploit médical, personnifiant la capacité des médecins roumains à être présents et performants sur la scène mondiale des technologies de la reproduction humaine. Cette dimension de performance, de succès et de reconnaissance par des pairs – pour les médecins roumains – ne doit pas être négligée, car elle illustre le bond en avant qu'ils ont réussi à effectuer en 15 ans après la sortie du communisme : le premier bébé éprouvette roumain est ainsi né en 1996. Le besoin de s'affranchir du système de santé de la reproduction qui était dominé par l'inspection des corps et le contrôle des « dommages collatéraux » (terme utilisé par une gynécologue roumaine lors d'un entretien que j'ai réalisé en février 2011) sur les corps des femmes à cause des avortements clandestins, s'associe à la volonté d'autodétermination des femmes. En outre, la concurrence internationale dans laquelle se placent les médecins roumains est ressentie par les médecins dans d'autres contextes nationaux. En France, par exemple, René Frydman, gynécologue-obstétricien spécialiste de la PMA, s'est prononcé pour l'autorisation de la recherche sur l'embryon en France afin que celle-ci ne soit pas distancée sur la scène internationale de la recherche biomédicale (*Le Parisien*, 12 octobre 2010). Cette même argumentation fut reprise quelques semaines plus tard par Jean Leonetti, médecin et parlementaire fortement impliqué dans la révision des lois de bioéthique de 2011 (*Journal du Dimanche*, 7 novembre 2010). La logique biomédicale a ainsi sa propre dynamique, qui s'insère certes dans des contextes nationaux, mais qui s'inscrit également dans un univers de la recherche globalisé et hautement compétitif (Jasanoff, 2005).

Dans le cas roumain, les autonomies des médecins et des femmes/couples qui veulent tirer profit, au sens propre et au sens figuré, des techniques de PMA trouvent un agencement même si les conditions ne sont certainement pas toujours idéales<sup>3</sup>. Cela permet la création d'un espace des subjectivités, où s'affirment des pratiques nouvelles, cependant fortement régulées par l'argent. C'est justement cet aspect financier et les inégalités socioéconomiques qu'il met en exergue qui va être à la source de revendications citoyennes pour une réglementation de cette sphère des nouvelles techniques de reproduction. La maternité postménopausique d'Adriana Iliescu a certes relancé un projet de loi sur la reproduction humaine en 2005, mais le projet de loi ne fut jamais ratifié et les autorités médicales ne se sont pas saisies de ce cas pour s'auto-imposer des règles – le questionnement éthique s'est quelque peu évaporé, ou en tout cas n'a pas conduit à la création d'une norme qui se serait traduite par un encadrement juridique, ou interne à la profession médicale. Ainsi, la remise en cause de ce schéma de circulation et d'imbrication des autonomies des femmes/couples et des médecins est venue de la question de l'inégalité d'accès à ces techniques qui ne sont pas prises en charge par les pouvoirs publics. Les registres de l'inégalité, des droits, de la justice (Bretonnière, 2013), dans un cadre comparatif avec d'autres pays européens où les prises en charge existent, ont provoqué une mobilisation de femmes usagères de ces techniques. Leurs revendications s'articulent autour de la reconnaissance ou de l'ouverture de droits pour les femmes et les couples roumains affectés par des pathologies liées à l'infertilité.

### 3. Registre des droits et lutte contre les inégalités

En 2009, quelques femmes ont créé une association intitulée Asociația SOS Infertilitatea (SOS Infertilité). Leur objectif est de favoriser le débat public autour du thème de l'infertilité et de mobiliser les acteurs politiques sur les problématiques de prise en charge des couples infertiles par le système de santé national. Au cours de différents entretiens réalisés entre 2010 et 2012, Nicoleta Cristea-Brunel, l'une des fondatrices, m'a indiqué avoir été surprise par le manque de mobilisation des femmes roumaines sur ce qu'elle nomme le tabou de l'infertilité et sur l'absence de référence aux droits individuels. Ayant vécu en France, où elle a pu être prise en charge dans son parcours de PMA, elle rapporta en Roumanie une vision de droits effectifs, qu'elle voulait utiliser comme source de mobilisation. Il est intéressant de noter que les rares projets de loi qui ont été préparés sur la reproduction humaine en Roumanie faisaient peu référence aux droits individuels, mais se concentraient plutôt sur le problème national que représente le très faible taux de fécondité des Roumaines et la nécessité de remédier à ce souci national par la prise en charge des parcours de PMA de couples roumains. Le préambule d'un projet de loi sur l'assistance médicalement assistée, déposé en 2009 au Parlement roumain, insiste ainsi sur la nécessité de lutter contre la dénatalité en Roumanie (Propune legislativă privind reproducerea umană asistată medical L407/2009). L'individu ne serait qu'un moyen vers une fin nationale, patriotique, en quelque sorte, ce qui n'est pas sans rappeler la politique pronataliste. L'État semble avoir besoin de s'appuyer sur le registre du déclin démographique, dimension collective de la fécondité, pour justifier – s'autoriser, pourrait-on dire – une intervention dans le domaine de la procréation assistée.

Alors que Băban concluait en 2000 sur la nécessité pour les femmes de s'impliquer dans la sphère publique, c'est sur cette question de la procréation assistée que les

---

<sup>3</sup> Ainsi, que savent les usagers des taux de succès des différentes cliniques? Que savent-ils des conditions de collecte et de conservation du sperme et des ovocytes?

femmes engagées dans Asociația SOS Infertilitatea l'ont fait. Leur premier succès fut la mise en œuvre par le ministère de la Santé d'un programme de fécondation in vitro en 2011, qui fut renouvelé en 2012. Ce programme exceptionnel du ministère de la Santé, limité dans le temps et doté d'un budget de 1 million d'euros par an, propose de prendre en charge une FIV par couple infertile. Cet investissement de l'État s'accompagne de critères de sélection pour accéder au programme, notamment l'âge de la femme qui ne doit pas dépasser 40 ans, et introduit ainsi une timide norme dans la temporalité de la procréation. En outre, le programme ne s'adresse qu'aux couples hétérosexuels et n'est pas ouvert aux femmes seules. Ces restrictions ne s'appliquent qu'à ceux qui veulent bénéficier de la prise en charge financière proposée par le programme, cependant, et l'accès à la PMA reste disponible pour des personnes hors cadre : les critères d'entrée dans le programme ne servent que de normes internes au programme et n'ont pas vocation à s'appliquer au champ de la procréation assistée dans sa globalité. La norme est liée à la prise en charge financière, mais il n'empêche que cette implication de l'État valide un paradigme hétérosexuel et conjugal de la procréation assistée qui n'était pas hégémonique ni institutionnalisé juridiquement jusqu'alors, en Roumanie. Ainsi, cette incursion (certes très limitée) de l'État roumain dans le domaine de la procréation assistée heurte un tant soit peu les autonomies des femmes/couples et des médecins qui y circulaient sans entrave aucune auparavant. Cependant, elle met en lumière les droits des couples roumains à accéder à une prise en charge de leurs problèmes d'infertilité, comme cela est le cas dans les autres pays européens, à l'exception de la Suisse, de l'Irlande et de la Pologne, comme le souligne le docteur Szabo Bela, président de la Commission d'attribution du programme, dans un entretien sur Radio Romania International (28 novembre 2012). Du point de vue de la prise en charge, donc, le constat fait par ce médecin est un retard certain de la Roumanie dans le contexte mondialisé, ou tout au moins européen. La Roumanie a acquis une expertise dans le domaine de la procréation assistée, mais répond mal aux droits de ses citoyennes à accéder aux techniques de cette procréation médicalisée.

Cette inscription dans le paysage européen est importante, car elle révèle la nécessité – nouvellement acceptée par les autorités roumaines – de la reconnaissance des droits de ses citoyennes et la mise en place de modalités qui permettent la réalisation de ces droits dans le contexte national. La référence à l'Europe n'est pas anodine, car elle permet de penser une dimension universelle. Comme Touraine l'écrit, le sujet-citoyen en appelle à des droits universels qui s'opposent au monde de l'intérêt et de l'argent (Touraine, 2013). Ces droits du citoyen, proposerais-je d'ajouter, sont transfonctionnels par nature, puisqu'universels, et les acteurs sociaux qui les revendiquent font référence aux politiques mises en œuvre dans d'autres pays. Néanmoins, ces droits ont besoin d'un ancrage national, car la revendication se doit d'être effectuée localement pour être directement opératoire.

## Conclusion

Engeli, dans son analyse des politiques de reproduction en France et en Suisse, explique : « Les rapports de genre traditionnels ont été construits sur la biologisation des différences entre les hommes et les femmes. L'avortement et la procréation médicalement assistée remettent en question la vocation des femmes à la maternité tout comme l'hétéronormativité de la conception traditionnelle de la famille » (Engeli, 2010 : 22).

En Roumanie, la procréation médicalement assistée permet aux femmes de s'approprier une maternité très valorisée par le modèle social roumain, qui a pu leur échapper pour une question d'âge (ménopause), d'infertilité (notamment masculine, ce

qui reste un grand tabou dans la société roumaine), de perte d'enfant. Dans certains cas, l'homme est absent, dans un cas qui fut beaucoup médiatisé, il s'agissait d'un couple homosexuel franco-américain vivant à Bucarest, mais généralement, il s'agit d'histoires de couples hétérosexuels. Une fois l'enfant né, le partage des tâches dans la famille conjugale retrouve toute sa vitalité, toute son épaisseur historique.

L'autonomie semble ainsi segmentée, réservée pour l'individu-femme vis-à-vis d'un corps parfois réticent à procréer, avec en arrière-plan l'histoire politique d'une procréation forcée. Les médecins, soit partie prenante de cette procréation forcée à l'époque Ceaușescu, soit marqués par l'imaginaire collectif de la profession médicale hérité de cette ère, rencontrent et soutiennent les femmes dans ces pratiques nouvelles d'autonomie, qui représentent pour eux un vecteur d'exploration technique et de dépassement de leur ancienne condition de médecins-contrôleurs des corps reproducteurs. Cet espace des nouvelles techniques de reproduction est une sphère autonome dont l'accès est régi par les moyens financiers, mais duquel l'État était, jusqu'à très récemment, totalement absent. Aucune loi ne régleme les paramètres de la procréation médicalement assistée.

Cependant, les différentes propositions de loi concernant la PMA qui ont été déposées au Parlement ces dernières années mentionnaient toutes le problème d'infertilité des couples en Roumanie et la nécessité d'agir sur le plan institutionnel pour contrer le déclin rapide de la population, considéré comme un problème d'ordre national. La rhétorique de la nation roumaine, du délitement de ses forces vives, réémerge ainsi dans la Roumanie postcommuniste, et les NTR apparaissent comme une solution pour aider les individus (consentants, cette fois) et le pays. Dans un entretien accordé à Asociația SOS Infertilitatea, le professeur Ioan Muntenau reprend cette articulation entre le national et l'individuel, en réaction à une question portant sur le programme inédit du ministère de la Santé pour la prise en charge de FIV : « J'ai dit à maintes reprises que, lorsque le taux de fécondité décroît et qu'il y a des couples qui désirent avoir des enfants, mais qui n'y parviennent pas pour des raisons objectives, il serait utile qu'il y ait un programme national pour les aider » (Entretien avec Ioan Minteanu, 30 juillet 2011, Asociația SOS infertilitatea, [www.infertilitate.com](http://www.infertilitate.com)).

Le passage par la catégorie du collectif, défini en termes d'intérêt national, est un passage obligé pour arriver jusqu'aux individus qui seront bénéficiaires de la mise en œuvre d'un dispositif national. Cela peut s'entendre si l'on considère que la problématique abordée est celle du financement par l'État d'une prise en charge de pathologies inscrites dans le registre médical. En ce sens, mais dans le contexte français, Surduts souligne que les pratiques sociales en France en matière de procréation (dont la prise en charge extensive des procédures de PMA) s'inscrivent dans une politique nataliste de quatre-vingts ans. Elle précise : « La France a toujours considéré qu'une démographie élevée constituait une force politique et économique, et elle a su se doter des moyens, à savoir une politique familiale et fiscale adaptée, pour atteindre ce but » (Surduts, 2008 : 14). Là aussi, l'individu est d'abord subordonné aux enjeux nationaux, et ses droits individuels ne surgissent que dans un deuxième temps.

En Roumanie, la figure de l'autonomie radieuse, héroïque, symbolisée par Adriana Iliescu, est remise en cause indirectement par la revendication de droits individuels pour la prise en charge de couples aux prises avec l'infertilité. L'autonomie coûte cher, elle demande des moyens financiers conséquents, qui contraignent les femmes/couples à des sacrifices importants. Au nom de l'accès aux soins et traitements, certaines actrices sociales demandent une prise en charge, une reconnaissance des réalités économiques des citoyens roumains et la « normalisation » de la Roumanie dans un contexte européen où la prise en charge à divers degrés par les

systèmes de santé nationaux est majoritaire. Le régime d'exception roumain par rapport aux autres pays européens, conséquence de la politique pronataliste de Ceaușescu, est remis en cause par ces femmes qui inscrivent leur action dans le registre du combat contre l'inégalité d'accès aux soins et la revendication de droits effectifs pour tous. À ce jour, cette mobilisation s'est concrétisée par la mise en œuvre d'un programme spécifique, mais limité dans le temps et en moyens financiers, de prise en charge de la fécondation in vitro. Les paramètres qui en balisent l'accès instaurent une restriction d'âge pour la femme et réservent l'accès aux couples hétérosexuels. Ces paramètres, ou normes émergentes, coexistent avec un secteur totalement libéral auquel l'accès aux NTR n'est réglementé que par les moyens financiers des individus. En conséquence, le champ de la procréation assistée dans la Roumanie contemporaine est caractérisé par : d'un côté, l'autonomie et l'agencement des autonomies femmes/médecins; de l'autre côté, la lutte pour la consécration de droits individuels rendus effectifs au moyen d'un accès équitable, dans le sens d'une prise en charge financière par le système de santé national, à des NTR. Face à cette tension, l'État roumain est peu enclin à s'immiscer dans un champ que l'histoire récente a fortement traumatisé. Il reste à voir lequel de ces deux registres – autonomie vs droits individuels rendus opératoires par l'implication du législateur et de l'État – prendra le dessus dans ce domaine intime et pourtant foncièrement politique de la reproduction humaine.

## Bibliographie

Anton, E. L. 2008. « 'The foetus is the socialist property of the whole society': Abortion and Pronatalist Policies in Romania's Golden Era » dans *Les politiques du genre*, sous la dir. de I. Engeli, T.-H. Ballmer-Cao et P. Muller, Paris, L'Harmattan, p. 195-216.

Anton, E. L. 2010. *La mémoire de l'avortement en Roumanie communiste. Une ethnographie des formes de la mémoire du pronatalisme roumain*, thèse de doctorat en sociologie, Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux II.

Băban, A., 2000. « Women's Sexuality and Reproductive Behavior in Post-Ceausescu Romania : A Psychological Approach », dans *Reproducing Gender. Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism*, sous la dir. de S. Gal et G. Kligman, Princeton, Princeton University Press, p. 225-255.

Băban, A. et H. P. David, 1995. « Voices of Romanian women: perceptions of sexuality, reproductive behavior, and partner relations during the Ceaușescu era », dans *Learning about sexuality: a practical beginning*, sous la dir. de S. Zeidenstein et K. Moore, New York, Population Council and International Women's Health Coalition, p. 19-31.

Bajos, N. et M. Ferrand. 2008. « Contraception et rapports sociaux de sexe », dans *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leurs corps*, sous la dir. de V. Haudiquet, M. Surduts et N. Tenenbaum, Paris, Éditions Syllepse, p.19-26.

Băluță, I. 2010. « Le Parlement roumain à l'épreuve du genre. Les femmes politiques dans la législature 2004-2008 », *Studia Politica*, vol 10, no. 1, p. 123-151.

Băluță, I. et C. Vintilă-Ghițulescu, C. (dir). 2004. *Bonnes et mauvaises moeurs dans la société roumaine d'hier et d'aujourd'hui*, Bucarest, New Europe College.

Bataille, P. et L. Virole. 2013 « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative », *La nouvelle revue du travail [en ligne]*, no. 2, Paris.

Beauchamp, T. L. et J. F. Childress. 2001. *The Principles of Biomedical Ethics*, 5<sup>th</sup> Edition, Oxford, Oxford University Press.

Bennett, B. 1999. « Posthumous reproduction and the meanings of autonomy » *Melbourne University Law Review*, 23, p. 286-307.

Blayo, Ch. 1970. « Fécondité, contraception et avortement en Europe de l'Est » *Population*, 25<sup>ème</sup> année, n°4, p. 829-846.

Bretonnière, S. 2007. « Parcours entre espace privé et espace public : La transformation des rôles genrés en France et en Bosnie-Herzégovine », dans *Les hommes entre travail et famille*, sous la dir. de P. Gaborit. Paris, L'Harmattan, p. 77-94.

Bretonnière, S. 2013 « From Laboratories to Chambers of Parliament: Producing Bioethics in France and Romania », *Social Science and Medicine*, Vol. 93, p. 95-102.

Brezeanu Staiculescu, A .R. 1992. « IVG entre l'interdiction et la libération : l'expérience de la Roumanie », dans *Les modes de régulation de la reproduction humaine. Incidences sur la fécondité et la santé. Actes du colloque de Delphes*, Association internationale des démographes de langue française, p. 279-286.

Cutas, D. E. 2008. « On a Romanian attempt to legislate on medically assisted human reproduction », *Bioethics*, vol. 22, no 1, p. 56-63.

- David, H. et A. Băban. 1996. « Women's Health and Reproductive Rights: Romanian Experience », *Patient Education and Counselling*, no. 28, p. 235-245.
- Delphy, C. 2001. *L'ennemi principal, tome II. Penser le genre*, Paris, Editions Syllepse.
- Dworkin, G. 1988. *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Engeli, I. 2010. *Les politiques de la reproduction. Les politiques d'avortement et de procréation médicalement assistée en France et en Suisse*, Paris, L'Harmattan.
- Ehrenberg, A. 1998. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Fassin, D. et D. Memmi. 2004. *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Foucault, M. 2004. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris, Gallimard-Seuil.
- Ghețău, V. 1997. *Maternal mortality and abortion 1989-1996*, Bucharest, UNFPA.
- Grunberg, L. (2000) « Women's NGO in Romania », dans *Reproducing Gender. Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism*, sous la dir. de S. Gal et G. Kligman, Princeton, Princeton University Press, p. 307-336.
- Harsanyi, D. P. 1993. « Women in Romania », dans *Gender, Politics and Post-Communism. Reflections from Eastern Europe and the Former Soviet Union* sous la dir. de M. Funk et M. Müller, New York, Routledge, p. 39-52.
- Jasanoff, S. 2005. *Designs on Nature. Science and Democracy in Europe and the United States*, Princeton, Oxford, Princeton University Press.
- Kaser, K. 2008. *Patriarchy after Patriarchy. Gender Relations in Turkey and in the Balkans, 1500-2000*, Berlin, Lit Verlag.
- Kligman, G. 1998. *The Politics of Duplicity, Controlling reproduction in Ceausescu's Romania*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
- Le Coadic, R. 2006. « L'autonomie, illusion ou projet de société? », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 121, p. 317-340.
- Luker, K. 1975. *Taking chances : Abortion and the Decision not to Contracept*, Berkeley, University of California Press.
- Mariot, N. et J. Rowell. 2009. « Visits of sovereignty and the articulation of the national and the local in France and Germany on the eve of World War I », manuscrit inédit, University of Strasbourg.
- Memmi, D. 2011. *La seconde vie des bébés morts*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Moniteur du commerce international 2011. *Fiche pays : Roumanie*, [www.lemoci.com](http://www.lemoci.com)
- Policy Project. 2004. *Romania Core Package Final Report: A Policy Approach to Contraceptive Security in Romania, 2000-2003*.
- Pop-Eleches, C. 2006. « The Impact of an Abortion Ban on Socio-Economic Outcomes of Children: Evidence from Romania », *Journal of Political Economy*, vol. 114, no 4, p. 744-773.
- Pop-Eleches, C. 2010. « The Supply of Birth Control Methods, Education and Fertility: Evidence from Romania », *Journal of Human Resources*, vol. 45, no 4, p. 971-997.

- Robila, M., 2004. « Child Development and Family Functioning within the Romanian Context », *Families in Eastern Europe. Contemporary Perspectives in Family Research*, vol. 5, p. 141-154.
- Spranzi, M. et V. Fournier. 2011. L'autonomie en question : pratique éthique et enjeux politiques, *Raison publique*, no. 15, automne, p. 217-242.
- Stenvoll, D. 2006. « Contraception, Abortion and State Socialism: Categories in Birth Control Discourses and Policies », 20th IPSA World Congress, Fukuoka, 9-13 juillet.
- Surduts, M. 2008. « Pourquoi ce colloque? », dans *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leurs corps*, sous la dir. de V. Haudiquet, M. Surduts et N. Tenenbaum, Paris, Editions Syllepse, p. 13-16.
- Tain, L. « Genre et techniques de reproduction: Evidences, alliances et turbulences », *L'Homme et la société*, 2004/2, no 152-153, p. 229-246.
- Tabet, P. 1998. *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, Paris, L'Harmattan.
- Théry, I. 2010. *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*, Paris, Editions de l'EHESS.
- Touraine, A. 1992. *Critique de la modernité*, Paris, Fayard.
- Touraine, A. 2005. *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde aujourd'hui*, Paris, Fayard.
- Touraine, A. 2006. *Le Monde des Femmes*, Paris, Fayard.
- Touraine, A. 2013. *La Fin des sociétés*, Paris, Seuil.
- World Health Organization. 2004. « Abortion and Contraception in Romania: A Strategic Assessment of Policy, Programme and Research Issue », Geneva, World Health Organization.