

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉCONSTRUIRE L'ACCOUCHEMENT :
ÉPISTÉMOLOGIE DE LA NAISSANCE, ENTRE EXPÉRIENCE FÉMININE, PHÉNOMÈNE BIOLOGIQUE
ET PRAXIS TECHNOMÉDICALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN SÉMIOLOGIE

PAR

STÉPHANIE ST-AMANT

NOVEMBRE 2013

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à exprimer mon immense reconnaissance à mon directeur, Simon Harel, qui m'a donné l'occasion de participer à de nombreux groupes de recherche, colloques et publications, et qui, surtout, a réitéré, pendant toutes ces années, son enthousiasme pour mon projet de thèse et pour mes travaux et a tant de fois renouvelé son appui et ses bons mots.

Je voudrais remercier les professeurs Jean-François Chiantaretto et Michel Tort, respectivement directeur de recherche au Centre d'études en psychopathologie et psychanalyse à l'Université Paris VII – Denis-Diderot et au Centre de recherches des cliniques psychanalytique, sociale et culturelle à l'Université Paris XIII – Villetaneuse et directeur du DEA « Sexualités, procréation, périnatalité, parentalité » à l'UFR des Sciences humaines cliniques à Paris VII, qui m'ont accueillie lors d'un stage d'études et de recherche en 2003. Merci également au Dr Paul Cesbron, alors secrétaire de la Société d'histoire de la naissance, qui m'a ouvert les portes des séances de l'association durant mon séjour. Ce stage m'a permis de rencontrer plusieurs figures marquantes du monde de la périnatalité (sciences humaines et obstétrique) en France et de consolider mes liens avec le réseau associatif européen à l'époque où un mouvement de réflexion critique sur les pratiques entourant la naissance se concertait à l'échelle internationale, lequel n'a cessé depuis de prendre de l'ampleur et de la visibilité. Ce stage n'aurait pu être réalisé sans le soutien financier de la Fondation de l'UQAM (Bourse de mobilité internationale Pierre-Péladeau) et de la Subvention du Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC) aux boursiers-ères pour un stage d'études et de recherche à l'étranger. Merci tout spécial à Marise Ouellet du FQRSC pour l'attention particulière portée à mon dossier complexe. Merci à Dominique Marquette, à Stéphanie et Arnaud Constant pour l'accueil et l'hébergement en France, ainsi qu'à plusieurs autres contacts et amis-es de nous avoir généreusement accueillis, ma famille et moi, à un moment ou un autre au cours de ces trois mois chargés. Enfin, merci à Denis Lord pour les sacrifices et l'implication à mes côtés et sans qui je n'aurais jamais pu concrétiser un tel projet.

Sans conteste, je dois la poursuite d'études supérieures aux organismes subventionnaires suivants : le Fonds à l'accessibilité et à la réussite des études (bourse d'excellence FARE de la Fondation de l'UQAM); le Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC) – auparavant FCAR – et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSHC). Cette aide m'a été inestimable et je crois que mes enfants et ce qu'elles et il sont devenu-es en témoignent. Un merci immensément reconnaissant à mon papa Laurier qui s'est tant et si souvent impliqué et sacrifié pour moi, à plein d'égards, ainsi que pour ma fille Arsinée. Peu de gens en ce bas monde font preuve d'autant de générosité et d'abnégation. À maman, pour avoir pris soin d'Arsinée, merci infiniment; et aussi pour ton soutien dans l'ombre.

Un projet dont la réalisation s'est échelonnée sur tant d'années doit sa concrétisation à l'appui indéfectible et les encouragements nourris de nombreuses personnes. Merci à Éric Ferland d'avoir agi comme chauffeur particulier à deux moments clés de mon parcours doctoral. Merci à Simon Jeannotte pour l'hospitalité montréalaise durant les derniers milles. Tendre merci à Alexandra Liva, ma grande amie de toujours et complice dans l'épreuve de la rédaction, qui s'est donné la mission d'un appel de motivation régulier pour me faire garder le cap. Énorme merci aux collègues de l'équipe de recherche CRI-VIFF-RNR : Lourdes Rodriguez del Barrio, Myriam Hivon, Lorraine Fontaine et Hélène Vadeboncoeur qui ont fait leur le succès de mon projet ces dernières années et m'ont grandement stimulée à écrire. Merci aussi à Nicole Pino, autre complice dans les luttes et dans la vie, qui a su me dérider et se moquer de mes travers. À toi Hélène en particulier : merci un million de fois pour ta lecture attentive et serrée de mon manuscrit, tes suggestions, ton immense investissement en temps et en énergie, ainsi que ton soutien continu durant les dernières semaines avant le dépôt. Tu m'as offert là un cadeau des plus précieux pour lequel je te serai éternellement reconnaissante. Merci enfin à toutes les personnes que j'ai rencontrées dans le monde de la périnatalité et sur mon parcours qui m'ont dit à un moment ou un autre que mon projet avait de l'importance à leurs yeux; c'est grâce à vous si j'ai persévéré malgré les vicissitudes et le caractère insurmontable qu'a pris pour moi la rédaction d'une thèse en contexte de grande précarité.

Je souhaite enfin remercier humblement mes enfants, Arsinée, Aulne et Vladimir, qui n'ont connu de toute leur vie qu'une maman éternellement étudiante. Je sais à quel point cela a été

difficile pour vous, voire très dur durant certaines périodes. Vous avez été patientes, patient. C'est à vous trois que je dois d'être maman et d'avoir eu la chance de connaître trois expériences d'enfantement et de maternité aussi réjouissantes que transcendantes. Une qualité d'expérience dont toutes les femmes qui deviennent mères sont en droit d'attendre. C'est aussi vous qui m'avez impulsé cette passion pour la naissance, une passion qui n'a eu de cesse de s'affirmer au fil des dix-huit dernières années qui vous ont vu grandir tour à tour.

Mylou Sauvage, les mots me manquent pour exprimer ce que j'ai à te dire. Depuis cinq ans, tu as vécu tous les tourments de cette rédaction, en as essuyé les contrecoups, affronté toutes mes tempêtes, et puis tu es toujours indéfectiblement à mes côtés. Tu as aussi célébré chaque moment, chaque pas, chaque page comme autant de petites victoires. Tu m'as fait reprendre contact avec le sentiment d'accomplissement. Ton amour, ta bienveillance et toutes les nourritures dont tu me gratifies depuis notre rencontre m'ont transformée. Merci d'être. Je te dois tant.

À Arsinée, Aulne et Vladimir.

Et à toi, ma belle évidence.

Avec amour.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Liste des abréviations, sigles et acronymes</i>	<i>x</i>
<i>Résumé</i>	<i>xiv</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>Chapitre I : Ancrages théoriques et conceptuels</i>	<i>9</i>
1.1 Cartographie métanarrative	10
1.2 Sémiologie médicale	13
1.3 Le paradigme indiciel, ou la métaconnaissance incarnée de l'expérience féminine	17
<i>Chapitre II : La Construction des risques de la naissance</i>	<i>22</i>
2.1 Socioéconomie contemporaine du risque de la naissance	23
La focalisation sur le risque, un luxe des sociétés privilégiées	23
Interventions en obstétrique : logique préventive?.....	25
La bulle obstétrico-néonatale au bord de l'éclatement.....	28
2.2 Hégémonie narrative et contrenarrations	35
Le savoir faisant autorité	35
Le monopole multilatéral sur la naissance : un contrat coercitif pour les femmes	38
La contestation organisée des groupes d'intérêts	39
L'imaginaire du risque et les politiques publiques.....	42
2.3 À la naissance comme à la guerre – un paradigme puissant	43
La mise au point de l'ocytocine de synthèse : première « arme de guerre ».....	45
Bombe à retardement et catastrophe naturelle.....	47
Normal... mais seulement a posteriori	51
La doctrine Cheney de l'accouchement.....	55
Dommages collatéraux	57
2.4 Temporalité et sens du risque : une position posthume et mortifère	62

2.5 Éléments pour alimenter le doute réflexif sur la dangerosité de la naissance	66
Des causes du déclin de la mortalité maternelle et périnatale	68
Effet négatif de la médicalisation des couches	69
Conditions de vie, mortalité, fécondité.....	71
Perspective évolutionniste	75
<i>Chapitre III : Le Corps maternel performé</i>	92
3.1 Contextualisation historique : comment l'accouchement devint-il affaire d'hommes et de chirurgie – de la Renaissance au début du 20^e siècle	93
Laurence Sterne : satire obstétricale au 18 ^e siècle.....	95
Renaissance : émergence de l'homme sage-femme	98
La lithotomie au service des accoucheurs	100
La césarienne : arme de guerre de confession au 16 ^e siècle	104
Physiologistes contre opérateurs	108
À la défense des femmes et des sages-femmes : Philippe Hecquet, doyen de la Faculté de médecine de Paris (début 18 ^e siècle)	110
Le tournant des années 1780 : le crépuscule de la maïeutique	115
3.2 « The Prophylactic Forceps Operation » et la construction de la passivité féminine dans l'accouchement.....	118
L'épisiotomie, préalable à l'application du forceps prophylactique	121
Narcose amnésiante	124
L'accouchement élevé au rang de pathologie.....	128
Le corps des femmes n'est plus ce qu'il était : une rhétorique itérative	130
La construction actuelle d'un mythe : la césarienne sur demande	134
3.3 La gestion active : le contrôle (presque) parfait	138
Découverte et exploitation de l'ocytocine	138
Le Protocole de Dublin (1969)	142
Mise en incapacitation du corps des femmes	145
3.4 Le déclenchement, ou la naissance des jours et heures ouvrables	148
Méthodes	148
Motifs.....	153
La DPA – « date prévue d'accouchement » : quand le ventre maternel devient dangereux	157

3.5 Le monitoring foetal – The Machine that Goes “Ping!”	164
État de la situation	165
La scène monitorale.....	169

Chapitre IV : L’Expérience et le langage du corps performé : récits des femmes et observations..... 176

4.1 Projet de recherche sur la perspective des femmes et corpus analysé	177
4.2 Le comportement des femmes : docilité et obéissance	182
Le choix éclairé et les droits des femmes à l’épreuve du modèle obstétrical.....	188
4.3 L’induction : figure imposée	203
L’injonction à l’induction : le scénario de la « date prévue d’accouchement »	205
La DPA à l’épreuve de la logique	210
L’auto-induction ou l’impératif d’agir son propre corps.....	212
Le terme anticipé	215
Enceinte pour toujours, ou la naissance improbable	216
Naturalisée, l’intervention n’en est plus une	218
4.4 L’effet toboggan : le scénario de l’induction-stimulation hormonale	219
Josée : la surprise (« je ne savais pas »)	221
Sylvie : sous contention chimique.....	222
Mirabelle : l’expérientiel contre le statistique	230
Louise : cette expérience que je ne souhaitais pas revivre	231
Christine : la cascade des effets secondaires	232
4.5 Le col indocile : synecdoque de la parturiente (« totum partus in cervice ») ...	236
Le « découragement du TV »	238
Caroline : de la détresse à l’échec	242
Le motif de la « bande de col »	245
4.6 L’effet monitoring : modélisation des contractions et du ressenti	252
« Faux travail » et processus historique d’excorporation-effacement des signes de l’expérience féminine du corps gravide	252
L’épreuve de vérité du travail.....	258
Le scénario monitoral, ou le déplacement de la réalité du travail vers la machine	261

4.7 Le schéma doloriste.....	265
4.8 L'impasse de l'application de politiques centrées sur les femmes, la physiologie et la réduction des interventions : une analyse de cas (Politique de périnatalité, Québec 2008-2018).....	278
Chapitre V : Figures du sacrifice.....	288
5.1 Obstétrique, gynécologie et sexualité.....	289
Les débuts de l'exploration manuelle du corps des femmes, imparfait et menaçant	289
Frontière floue entre médecine et licence sexuelle.....	290
18 ^e siècle : changement important dans les sensibilités à l'égard du corps.....	292
Premières charges contre la « violence obstétricale »	292
Le toucher obstétrical : un plaisir coupable?	294
L'homme sage-femme : agresseur et empoisonneur qui s'ignore	295
L'évocation de la dimension sexuelle de l'enfantement évacuée.....	297
Production de la différence sexuelle, perte de pouvoir des femmes	298
5.2 Gynécologie et institutionnalisation de la violence envers le sexe et la sexualité féminines.....	300
Une discipline édifiée sur des cobayes humaines.....	301
Pulsion scopique et chirurgie-performance	303
Gynécologie et psychopathie : corriger les déviances de la femme par ses organes, source de désordres physiques et mentaux, et la réassigner à sa position subalterne.....	307
L'irreprésentation de la normalité du sexe féminin.....	311
Déclinaisons du principe d'excision : supprimer l'en-trop	312
La pathologisation du corps féminin : un projet patriarcal gynocidaire.....	315
5.3 L'épisiotomie : une castration maternelle.....	319
Une intervention mutilante remise en question, mais qui persiste	322
Autres perspectives : rituel, clitorotomie, infibulation puerpérale	328
Rite de passage	328
Clitorotomie.....	329
Infibulation puerpérale	331
Acte punitif.....	334
Pourquoi persiste-t-elle? Rémunération, formation et la part du symbolique en cause	341

5.4 Dispositif gynécologique : désexualisation factice et trauma	345
Lithotomie et viol	345
Du sadisme	346
La violence obstétricale, une dimension de la violence envers les femmes	348
Le « théâtre pelvien » : mise en scène et dissociation gynécologiques	348
Le syndrome de stress posttraumatique relié à l'accouchement.....	352
L'enseignement du toucher vaginal.....	355
De l'importance de comprendre et reconnaître la dimension sexuelle de l'enfantement.....	358
5.5 Expurgation du (plaisir) sexuel : l'expérience prohibée de l'enfantement- exultation	359
L'enfantement envisagé comme expérience sensuelle jouissive.....	360
L'association accouchement et jouissance : malaise?	365
Pousser couchée : esquiver l'apothéose de la sortie de l'enfant.....	367
5.6 Le sacrifice d'expérience – péridurale : une entrave à l'empuissancement	369
Andrée : l'enfantement en quatre naissances	372
<i>Conclusion.....</i>	<i>379</i>
<i>Bibliographie.....</i>	<i>388</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AAD	Accouchement à domicile
ACOG	<i>American Congress of Obstetricians and Gynecologists</i>
AFAR	Alliance francophone pour l'accouchement respecté
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (États-Unis)
AI	Auscultation intermittente
ANA	Accouchement non assisté, ou <i>freebirth</i> , c'est-à-dire sans assistance professionnelle spécialisée, avec ou sans suivi pré ou postnatal
AIMS	<i>Association for Improvements in the Maternity Services</i> (Royaume-Uni et Irlande)
AMA	<i>American Medical Association</i>
AMP	Assistance médicale à la procréation (nouvelle appellation préférée à PMA)
ASD	Accouchement sans douleur, technique de « déconditionnement à l'acquis de la douleur », appelée aussi « psychoprophylaxie obstétricale » ou, selon que l'on réfère à la méthode Lamaze ou à celle de Dick-Read : « accouchement conscient » et « accouchement sans crainte »
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
BOLD	<i>Birth on Labor Day</i> (mouvement lancé aux États-Unis)
BOOB	<i>Le Bétisier officiel de l'obstétrique (l'Étang aux têtards)</i> , blogue satirique français
BPSF	Baccalauréat en pratique sage-femme (Université du Québec à Trois-Rivières)
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (États-Unis)
CDMR	<i>Cesarean Delivery on Maternal Request</i>
CDM	Césarienne sur demande de la mère
CEMACH	<i>Confidential Enquiry into Maternal Deaths and Child Health</i> (Royaume-Uni)
CH	Centre hospitalier
CIANE	Collectif interassociatif autour de la naissance (France)
CIMS	<i>Coalition for Improving Maternity Services</i> (États-Unis)
CRI-VIFF	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (Québec)

CTG	<i>Continuous cardiotocography</i>
DCP	Disproportion céphalopelvienne
DDM	Date des dernières menstruations
DEC	Directeur de l'État civil (Québec)
DPA	Date prévue d'accouchement (de récentes sources, dont l'INESSS, ont remplacé « prévue » par « probable »)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i> (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux)
EEM	<i>Ce que disent les mères : Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité</i> (enquête de Santé Canada)
EFM	<i>Electronic Fetal Monitor</i>
EGN	États généraux de la naissance (France)
ENCA	<i>European Network of Childbirth Associations</i>
Essai QUARISMA	QUALité des soins, gestion du RISque obstétrical et du Mode d'Accouchement au Québec (programme de recherche et d'évaluation des soins)
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (Québec)
FIV	Fécondation <i>in vitro</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> (États-Unis)
FGM	<i>Female Genital Mutilation(s)</i>
FQPN	Fédération québécoise pour le planning des naissances
GECPC	<i>Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth (Cochrane Collaboration)</i>
GEEM	Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (Santé Canada)
GRENN	Groupe radical des excitées de la naissance naturelle (titre humoristique que s'attribuent les auteures du site parodique : les <i>Déchainées.com</i>)
Groupe MAMAN	Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel
GTA	<i>Gynecology Teaching Associate</i>
HBAC	<i>Home-birth after Cesarean</i>
H-CUP	<i>Healthcare Cost and Utilization Project</i> (États-Unis)
ICAN	<i>International Cesarean Awareness Network</i>
ICC	<i>Immediate cord clamping</i>
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé

IMBCI	<i>International Mother-Baby Childbirth Initiative</i> (en français : Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant)
IMBCO	<i>International Mother-Baby Childbirth Organization</i>
IMG	Interruption médicale de grossesse
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPN	Insuffisance de poids à la naissance
LTM et LTMII	Sondages et rapports <i>Listening to Mothers (I et II)</i> , vastes enquêtes étatsuniennes sur les pratiques obstétricales menées auprès de femmes récemment accouchées
MFÉ	Monitoring fœtal électronique
MGF	Mutilations génitales féminines
MIDIRS	<i>Midwives Information and Resource Service</i> (Royaume-Uni)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
NAPW	<i>National Advocates for Pregnant Women</i> (États-Unis)
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i> (États-Unis)
NICHD	<i>National Institute of Child Health and Human Development</i> (États-Unis)
NIH	<i>National Institutes of Health</i> (États-Unis)
NNTB	<i>Number Needed to Treat to Benefit</i> (nombre d'interventions prophylactiques nécessaires à éviter qu'un cas d'une pathologie x se produise; mesure de l'efficacité des traitements préventifs)
NST	<i>Non-Stress Test</i> (test de réactivité fœtale)
OB	<i>Obstetrician</i>
OB-GYN	<i>Obstetrician-Gynecologist</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Procréation médicalement assistée
PROM	<i>Prelabor Rupture of the Membranes</i>
RAM	Rupture artificielle des membranes du sac amniotique, ou amniotomie
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec

RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RNR	Regroupement Naissance Renaissance (Québec)
(x) SA	Nombre de semaines d'aménorrhée (datation usuelle de l'âge gestationnel)
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SHN	Société d'histoire de la naissance (France)
SIM	Syndrome d'inhalation méconiale
SMAR	Semaine mondiale de l'accouchement respecté
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SSPT-A	Syndrome de stress posttraumatique relié à l'accouchement
T2A	Tarifcation (des médecins) à l'acte (France)
TCPIP	Tronc commun provincial d'information prénatale (Québec)
TOLAC	<i>Trial of Labor after Cesarean</i>
TV	Toucher vaginal
VBAC	<i>Vaginal Birth after Cesarean</i> (existe aussi sous les déclinaisons de nombre : VBA2C, VB3C; la même formule est employée avec les acronymes AVAC, TOLAC ou UBAC)
UC	<i>Unassisted Childbirth</i>
UCer	<i>Unassisted birther</i> (femme qui choisit l'accouchement non assisté [UC])
UBAC	<i>Unassisted Birth after Cesarean</i>
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'enfance
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
USAID-TRAction	<i>United States Agency for International Development, Translating Research into Action</i>
WRA	<i>White Ribbon Alliance</i> (international)

RÉSUMÉ

L'histoire des femmes et les études féministes ont exposé le traitement du corps féminin par la médecine, la pathologisation de l'ensemble du système reproducteur de la femme et, par extension, de l'être des personnes identifiées au sexe féminin. Elles ont aussi démontré le contrôle social exercé sur les femmes justifié par la volonté de surveillance de leurs fonctions procréatrices et de leur sexualité. La médicalisation de l'accouchement a bien été reconnue comme l'une des modalités de ce contrôle. C'est d'abord la mise en doute de l'assertion de la médicalisation de l'accouchement comme mal nécessaire qui a constitué le point d'interrogation à l'origine de cette thèse. Afin de nourrir l'hypothèse, une colligation de données de sources hétérogènes fut entreprise, à la fois à l'échelle historique et au plan disciplinaire, pour constituer une toile sur laquelle pourrait apparaître la nature construite de la dangerosité de la naissance et du bien-fondé de la médicalisation de la maternité, ainsi que les fondements sociopolitiques et rhétoriques de cette construction. Ainsi a-t-on constaté que le langage resserre sur le corps maternel, un cran de plus à chaque décennie, le stigmatisme mortifère de sa défaillance et de sa dangerosité en même temps qu'il renforce la perspective antinomique des intérêts de la mère et ceux de l'enfant « à naître ».

Le corpus général de cette étude sémiotique provient, d'une part, du discours social sur l'enfantement et la périnatalité, de la Renaissance à nos jours, et, d'autre part, d'un corpus délimité (données secondaires) provenant de récits d'accouchements ayant eu lieu au Québec entre 1990 et 2004, ainsi que d'entrevues et d'observations issues de deux études québécoises publiées au milieu des années 2000.

Après avoir posé les concepts sémiotiques et les principales théorisations qui ont influencé l'orientation de la recherche, la thèse propose une déconstruction de l'accouchement articulée en quatre axes principaux. Dans un premier temps, elle décortique le paradigme qui domine aujourd'hui tous les modèles de représentations et de narration de la naissance, celui du risque et de la dangerosité, et propose les avenues de la confrontation et du renversement de ce paradigme. La perspective mortifère de la naissance obéit à diverses modalités de la production des faits scientifiques, et ces modalités y sont examinées. Ensuite, à l'issue d'un parcours de l'histoire de l'obstétrique et de la critique de la discipline depuis le 17^e siècle sont exposés les moments charnières de la pathologisation et de la performativité obstétricale du corps féminin. Les modes d'opération de l'agir médical comme performance de l'accouchement tels qu'ils se généralisent, s'appesantissent et se ramifient depuis les dernières décennies sont décryptés. Au final, on arrive au constat que la construction performative du corps des femmes est parvenue à l'invalider pour s'y substituer en tant que condition de réalisation et de possibilité de la naissance. Par la suite, le projet propose une exploration d'expériences contemporaines de l'accouchement, afin de saisir comment la performativité obstétricale est vécue, exprimée, observée et traduite – littéralement – par les femmes à travers les récits d'enfantement livrés au tournant du troisième millénaire, plus particulièrement au Québec. Enfin sont décrites les étapes de la construction du modèle sacrificiel de l'enfantement, et de l'accréditation de ce modèle qui, en s'en prenant à son sexe et à sa sexualité, excise la maternité charnelle d'une de ses dimensions signifiantes et met en

acte un sacrifice symbolique qui a des effets bien réels et durables, physiques et psychiques, sur les femmes elles-mêmes. Ce dernier axe de l'investigation rend compte de ce qui est sacrifié par le traitement gynécobstétrical de l'enfantement, et laisse entrevoir à quoi peuvent ressembler les formes de l'expérience dont plusieurs femmes se disent dépossédées et dont elles réclament la reconquête.

Cette thèse constitue le prolongement d'une réflexion commencée au Québec il y a une trentaine d'années sur l'humanisation de la naissance, réflexion menée parallèlement dans plusieurs régions du monde. Elle offre une compréhension de la construction de l'obstétrique-gynécologie depuis ses origines et expose l'évolution de cette construction. Elle se termine sur un cri d'alarme quant au devenir de la mise au monde, à l'heure où dans certains pays les césariennes constituent l'issue de plus de la moitié des grossesses annuellement : le sujet féminin de la génération a-t-il été définitivement sacrifié sur l'autel de la maternité? Se dirige-t-on, dans un avenir proche, vers une ère où la reproduction se réalisera entièrement hors du corps des femmes? Y a-t-il un avenir pour l'enfantement au-delà de l'accouchement technomédical?

Mots-clés : accouchement – naissance – sexualité – expérience – récit – narration – discours – féminisme – corps féminin – sémiotique – épistémologie – pratiques – obstétrique – gynécologie – médicalisation – performativité – risque – violence – sacrifice

* Note à la lectrice, au lecteur : la règle linguistique de l'accord à la majorité ou à la proximité a prévalu dans la rédaction de cette thèse, ainsi que les principes généraux de désexisation linguistique.

INTRODUCTION

MR. PYCROFT [hospital administrator] :- Oh, very impressive. Very impressive. And what are you doing this morning?

OBSTETRICIAN :- It's a birth.

MR. PYCROFT :- Aahh. What sort of thing is that?

DOCTOR SPENSER :- Well, that's when we take a new baby out of a lady's tummy.

MR. PYCROFT :- Wonderful what we can do nowadays.

Monty Python, « The Miracle of Birth : Part 1 », *The Meaning of Life* (1983)

Faire sortir un bébé du ventre d'une femme, en effet, voilà une fantastique prouesse technique. On pourrait penser que l'image renvoie à la césarienne, opération aujourd'hui sécurisée, banalisée, qui peut se réaliser en des temps record (un quart d'heure, sinon moins). En fait, non, même pas, la satire des Monty Python n'évoquait *que* le simple accouchement vaginal, devenu opération médicale à haute technicité et chasse gardée de professionnels-les qui en ont fait un « acte réservé ». Cela prend donc de nos jours titre et permis pour avoir le droit d'« accoucher »... une femme. Cela prend des compétences particulières. Ce que la boutade pythonesque met en exergue, c'est que la naissance et l'accouchement ont pris des allures d'événements extraordinaires au cours du 20^e siècle dans le monde occidental. *Comme si* nous étions nés-es de la dernière pluie. *Comme si* l'humanité ne survivait au phénomène périlleux qui nous voit venir au monde que depuis les 40 secondes que représente la médicalisation généralisée de la naissance si l'on ramenait à 24 heures le temps d'*homo sapiens*. Cet étonnement qui est le mien – on naît pourtant de toute éternité –, venu se mêler aux paroles de ma mère qui me rassuraient quand j'étais enfant devant la perspective que je donne peut-être naissance à mon tour un jour : « Pense que toutes les personnes sur terre sont nées un jour d'une femme », a inauguré il y a bien des années une réflexion qui allait aboutir à la présente thèse : ces milliards et milliards d'occurrences du phénomène « naissance humaine » devraient pourtant en faire un événement des plus banals, non? Pourquoi

écarquille-t-on des yeux à l'évocation du prodige de l'accouchement? Voilà ce que moi, je n'ai jamais compris.

Pour satisfaire mon irrépressible curiosité à ce sujet, je me suis lancée très, très tôt dans la maternité. Et mes deux premières expériences de l'accouchement ne m'ont que davantage convaincue qu'il n'y a rien là d'extraordinaire. Merveilleux, certes. Mais pas extraordinaire. Un troisième enfantement un peu plus tard vint conforter ma vision. Je ne suis pourtant pas une curiosité de la nature pour que l'enfantement me soit une chose simple et ordinaire. Peut-être ai-je eu la chance marginale d'expérimenter des grossesses et enfantements peu (2 fois) ou pas du tout (le troisième) médicalisés. Il y a toujours eu dans ma perception quelque chose qui clochait à entourer la naissance d'autant d'attention, de précautions, d'interventions – et surtout d'inquiétudes. Si la grossesse n'est pas une maladie, comme le martèle le mouvement de santé autonome des femmes depuis les années 1970, pourquoi aucun-e cancéreux-se ne bénéficie d'un niveau de suivi aussi serré que celui d'une femme enceinte...? Histoire des femmes et études féministes ont exposé le traitement du corps féminin par la médecine, la pathologisation de l'ensemble du système reproducteur de la femme et, par extension, de l'être des personnes identifiées au sexe féminin, et le contrôle social exercé sur les femmes justifié par la volonté de surveillance de leurs fonctions procréatrices et de leur sexualité. La médicalisation de l'accouchement a bien été identifiée comme l'une des modalités de ce contrôle. Il n'empêche que les femmes – dont une grande part des féministes – et la société en général (la nôtre à tout le moins) sont persuadées que cette médicalisation, malgré quelques désagréments possibles, est un mal nécessaire à assurer la survie des femmes et de leur progéniture.

C'est d'abord la mise en doute de l'assertion de la médicalisation de l'accouchement comme mal nécessaire qui a constitué le point d'interrogation à l'origine de la démarche ayant guidé la rédaction de cette thèse. Afin de nourrir l'hypothèse, j'ai entrepris la colligation de données de sources hétérogènes, à la fois à l'échelle historique et au plan disciplinaire, pour constituer en quelque sorte une toile sur laquelle pourra apparaître la *nature construite* de la donne de la dangerosité de la naissance et du bien-fondé de la médicalisation de la maternité, ainsi que les *fondements sociopolitiques et rhétoriques de cette construction*.

Dans un second temps de l'interrogation, et c'est là que mon expérience de la périnatalité entre en jeu, en dix-huit ans de fréquentation assidue de l'univers des services périnatals, j'ai pu constater la vitesse de progression des changements dans les pratiques, les interventions, les tests diagnostics ou de dépistage, une progression corrélée à une enflure nosologique et une taxonomie toujours plus imposante des risques qui menacent le fruit de la gestation (le fœtus) durant la grossesse et au moment de l'accouchement, puis le nouveau-né-e. Et parce que, autre donne essentielle, l'attention est dirigée sur l'enfant « à naître », bien davantage que sur les femmes elles-mêmes; sinon en fait sur les femmes en tant que couveuses d'un fœtus en danger de malnaissance ne fut-ce que de la protection médicale qui lui est octroyée. La dimension d'exposition de ces changements actuels et du sens qu'ils recouvrent a pris une place très importante dans mon projet de thèse : les phénomènes émergents (ou selon l'évolution actuelle de leur acception et signification) – tels, par exemple, le concept de terme gestationnel (et de « date prévue d'accouchement ») – sont les nouveaux syntagmes d'un langage qui resserre sur le corps maternel, un cran de plus à chaque décennie, le stigmate mortifère de sa défaillance et de sa dangerosité en même temps qu'ils renforcent la perspective antinomique des intérêts de la mère et ceux du naissant (soit au moment de la naissance), voire du non-encore-né-e (durant la grossesse). Il m'est apparu pertinent dans le cadre d'un tel projet doctoral de chercher à décoder le sens de ces changements rapides et récents pour ensuite en illustrer les impacts quant au formatage de l'expérience d'enfantement des femmes – et aussi quant à ce à quoi elles n'ont plus ou pas accès.

En troisième lieu, mon projet s'est donné comme visée de combler une part du vide laissé par la réflexion féministe à l'égard de l'enfantement (ou par son refus de l'investir frontalement)¹. Le mouvement féministe nous a surtout habitués-es à appréhender la domination des femmes sous l'angle de l'obligation à la fécondité ou de la restriction de l'accès à la contraception et à l'avortement, mais une part de celui-ci est très réticent à investiguer le contrôle des femmes et la dépossession de leur corps dans l'expérience même de la grossesse et de l'accouchement dès lors qu'elles y ont librement consenti (grossesse désirée) et qu'elles ont accès à un suivi médical et aux services obstétricaux de pointe.

¹ Voir Block (2007, chap. VII et VIII) sur les conséquences de l'abandon du mouvement féministe des questions cruciales relatives aux droits des femmes durant la période périnatale (grossesse, accouchement, postnatal).

Comme si la « sécurisation médicale » de l'accouchement et le soulagement pharmacologique de la douleur étaient les conditions suffisantes et ultimes de la libération des femmes désirant la « maternité charnelle » (selon l'expression de l'historienne Yvonne Knibiehler) et que, ce droit étant désormais acquis, il n'y aurait plus rien à revendiquer en cette matière, hormis la préservation desdits acquis, d'où le sobriquet de « femelléistes » accolé parfois aux féministes du mouvement d'humanisation de la naissance. Comme si la défense des droits des femmes dans la maternité était assimilable à une exaltation de la théorie essentialiste, une perspective on ne peut plus réductrice. En ce sens, mon travail s'inscrit dans une volonté d'outiller le mouvement de défense des droits génésiques des femmes et de donner de la visibilité aux enjeux fondamentaux *pour toutes les femmes* de la justice reproductive au sein du mouvement féministe – et d'en faire comprendre l'urgence.

Une des particularités de mon approche de la thèse est de faire le pont entre le monde de la recherche et des théories anglo-saxonnes et francophones. Réfléchir sur les questions des pratiques entourant la naissance depuis le Québec est une position privilégiée, surtout à une époque où s'articule un discours critique concerté, structuré et pointu à ce sujet, lequel émane de groupes citoyens préoccupés d'humanisation de la naissance, de la défense des droits des femmes et de l'autonomie des parents. Plusieurs organisations internationales ont ainsi été créées au tournant du millénaire, tandis que les associations qui leur préexistaient ont pris un grand essor depuis l'avènement d'internet, à la faveur des listes de discussion, forums, blogues et autres réseaux sociaux qui estompent les frontières. En tant que chercheuse, ma situation à la jonction de deux grands univers, le monde anglo-saxon et francophone, si elle n'est pas exceptionnelle, en est certes une qui distingue mon approche d'autres recherches récentes qui ont axé leur investigation des pratiques périnatales sur un horizon plus circonscrit.

Ce projet propose également la confrontation des ressources faisant autorité dans la sphère scientifique et les écrits ou travaux non académiques (personnels ou « libéraux », au sens large de ce que recouvre le terme *lay* en anglais) qui s'imposent dans la sphère publique, notamment sur la Toile, ce dont témoignent les occurrences « googléléennes », la fréquentation d'un site ou le nombre d'hyperliens renvoyant vers un site ou une page. Pour saisir « sur le vif » la construction des savoirs sur la naissance, l'un et l'autre type de

ressources sont d'une très grande importance. Hypertextuelle, ma démarche est largement redevable aux sources du Web à travers lesquelles elle navigue et les événements, phénomènes, récits et scénarios que je décris ou analyse sont fréquemment ponctués de références internet. Pour cette raison, les différents axes de ma réflexion sont jalonnés d'illustrations ponctuelles tirées de faits d'actualité, de témoignages, de textes d'opinion, d'articles scientifiques et de la presse ou encore de comptes-rendus de recherche repérés dans tout le matériel que je collige quotidiennement depuis une douzaine d'années. Aussi, j'ai souvent décrit ma position par rapport au discours médicoobstétrical comme étant « laïque », c'est-à-dire bénéficiant des avantages que confère la perspective extérieure et dispensée du mandat de défendre les privilèges associés à l'occupation d'une position d'autorité. Le sociologue des sciences Bruno Latour utilisait un peu dans ce sens, mais avec plus de justesse, l'expression de position « agnostique ». Si « la science, c'est la politique continuée par d'autres moyens » (Latour, 1984, p. 257), l'un des objectifs de cette thèse est de faire apparaître les effets des enjeux politiques de la sphère gynécoobstétricale sur l'expérience d'enfantement des femmes au tournant du millénaire, tout en remontant la filière sociohistorique de ces enjeux.

Le corpus large de mon analyse provient d'une part de mon terrain de connaissance et de fréquentation, soit ce que j'entends par « discours social actuel de la périnatalité » propre au contexte nord-américain et européen (France et Royaume-Uni, plus précisément) : les textes, recherches, prises de position, rapports médicaux et paramédicaux du monde périnatal (émis par les autorités sanitaires – les politiques de santé –, mais aussi par les activistes, représentants-es des usagères des services de santé et des groupes citoyens), les actualités (politiques, scientifiques) touchant la périnatalité dans les médias, les livres grand public et aussi les témoignages et débats qui explosent ces dernières années sur internet. D'autre part, de façon plus spécifique, une investigation plus poussée se penche sur un corpus délimité provenant d'une étude sur l'expérience d'accouchement des femmes (en grande majorité québécoises). Ce corpus se compose de récits publiés dans deux recueils, d'entrevues réalisées en postnatal et de rapports d'observations directes en milieu hospitalier. Toutes les expériences rapportées par ces sources testimoniales ont eu lieu durant la période 1990 à 2004.

La thèse s'articule en cinq chapitres. Le chapitre I porte sur les concepts sémiotiques et les principales théorisations qui ont influencé l'orientation de la recherche. Le chapitre II décortique le paradigme qui domine tous les modèles de représentations et de narration de la naissance – risque et dangerosité – et propose les avenues de la confrontation et du renversement de ce paradigme. Le chapitre III, à travers un parcours de l'histoire de l'obstétrique et de la critique de la discipline depuis le 17^e siècle, expose les moments charnières de la pathologisation et de la performativité obstétricale du corps féminin et telle que les modalités de l'agir médical comme performance de l'accouchement se sont généralisées, appesanties et ramifiées depuis les dernières décennies. Le chapitre IV entre au cœur des expériences contemporaines d'accouchement des femmes à travers leurs récits et témoignages et des observations cliniques. L'analyse de ce corpus testimonial intervient en relation avec les modalités de la performance obstétricale décryptées au chapitre III afin d'en illustrer les effets sur les femmes, ainsi qu'avec différentes considérations sur la question du choix et des notions de droit. Le chapitre IV se termine sur une étude de cas provenant de documents relatifs à la mise en application de la plus récente politique de périnatalité du gouvernement québécois. L'étude de ce cas qui se veut exemplaire du paternalisme des autorités publiques et sanitaires à l'égard des femmes enceintes vise à illustrer de façon concrète l'irréconciliabilité entre les intentions et les recommandations gouvernementales et à montrer comment cette antinomie aura pour effet de restreindre encore plus la liberté de choix des femmes alors même qu'on prétend respecter davantage leur autonomie. Le chapitre V se tourne vers l'histoire de la gynécologie et explore le côté obscur des pratiques gynécoobstétricales : celui du contrôle de la sexualité féminine, de la violence et de certaines formes de passage à l'acte que l'alibi de la médicalité invisibilise, et montre comment s'est réalisée au fil du temps cette invisibilisation. Enfin, ce dernier chapitre entend mettre au jour la perspective du sacrifice de la mère, rendre compte de ce qui est sacrifié par le traitement gynécoobstétrical de l'enfantement, et faire voir – si l'enfantement est autre chose qu'un mauvais voire atroce moment à passer, un coup bas de la « nature » ou l'effet de la malédiction biblique – de quoi peut être faite l'expérience dont plusieurs femmes se disent dépossédées et dont elles réclament la reconquête.

J'ai amorcé cette introduction en parlant de mon rapport avec l'enfantement et la maternité. Il est certain que mon intérêt pour un tel objet de recherche est alimenté par ma participation de l'intérieur au mouvement d'humanisation de la naissance, de légalisation de la pratique sage-femme, de défense des droits des femmes et de leur autonomie décisionnelle durant la période périnatale et de promotion de l'accès à un plus large éventail de choix dans l'offre de services de santé. Interlocutrice en périnatalité à différents chapitres – notamment (et pour ne parler que succinctement de mon parcours ici) en tant que représentante du public² ayant siégé au Comité de programme du Baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières durant la période d'implantation (1999-2003); administratrice de plusieurs groupes communautaires ou d'associations à caractère politique (advocacy et défense de droits); participante à titre de chercheuse à un groupe de travail multidisciplinaire en santé publique³ (2000-2005); membre du comité scientifique d'un colloque sur l'obstétrique et la santé publique (2004)⁴; animatrice d'un réseau d'information et de débats sur internet (1999-2011)⁵; consultante et codirectrice d'un recueil qui a joui d'une couverture médiatique et d'un retentissement importants⁶; chargée de projet pour l'organisation de la première Rencontre nationale des accompagnantes à la naissance du Québec (2010); cochercheuse au sein d'un groupe de recherche exploratoire sur la violence obstétricale (2008-2012)⁷ – , j'ai l'avantage d'avoir acquis sur les dix-huit dernières années une réelle

² Nommée par le Regroupement Naissance-Renaissance, l'organisme qui chapeaute les groupes communautaires en périnatalité au Québec. J'avais aussi participé antérieurement à des consultations sur le projet de cursus et l'attribution à une université du premier programme universitaire sage-femme au Québec.

³ Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ). Ce comité était composé de médecins généralistes et spécialistes, d'infirmières-chefs, de sages-femmes, de chercheuses en sciences humaines, de représentantes d'organismes communautaires, politiques et paragouvernementaux ainsi que de membres de la Direction générale des services sociaux (MSSS) dont la responsable des travaux de révision de la politique périnatalité du gouvernement (version qui fut déposée en 2008).

⁴ Colloque tenu dans le cadre des Journées annuelles en santé publique de l'Institut pour la santé publique du Québec (Montréal, 29-30 nov. 2004).

⁵ La M.A.M.A.N. liste (<mamanliste@listes.ulaval.ca>), créée avec Manon Niquette, professeure de communications à l'Université Laval, qui a compté jusqu'à 200 membres.

⁶ Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-ménage, 2004. Ouvrage réimprimé en décembre 2005 (2^e mille) et en janvier 2013.

⁷ Le projet intitulé *L'accouchement en établissement est-il susceptible de donner lieu à de la maltraitance, de la négligence ou de la violence?* était mené sous l'égide du Centre de recherche

connaissance tant des pratiques que de la recherche médicale ainsi que des services en périnatalité dispensés au Québec, au Canada et à l'étranger. Ce parcours m'a permis d'être témoin privilégiée de l'évolution récente et rapide des mouvements citoyens autour de la naissance et me procure une connaissance étendue de l'histoire, des controverses et des grands enjeux actuels du monde de la périnatalité : questions de santé publique et d'éthique du soin, confrontation des connaissances, *evidence-based medicine* et droits des femmes.

Par ailleurs, mes propres expériences d'enfantement sont assez voire très marginales (tout dépendant de laquelle des trois on parle). Bien sûr, ma perspective est teintée foncée de ce biais, mais ce biais est la condition même de l'articulation du questionnement qui a orienté ce projet dès le départ. Celui-ci n'aurait pas été possible – en tout cas sous la forme qu'il a prise – d'un autre angle que celui de l'observation depuis un point radicalement extérieur au bain dans lequel se déroulent la plupart des naissances dans le monde occidental actuel, mais aussi tout à fait intime de certaines formes de l'expérience d'enfantement que les femmes célèbrent comme événement transformateur et « puissantifiant ». À défaut de prétendre à l'objectivité scientifique (illusoire sinon fallacieuse), ou comme l'écrit l'américaniste Rixa Freeze dans l'introduction à sa propre thèse, au lieu de « tenter de décrire sa position de chercheuse en termes d'objectivité/subjectivité » et « sans se cacher derrière l'éthos académique », il conviendrait plutôt de parler d'une « approche *engagée, intéressée et avisée* » (Freeze, 2008, p. 16). Sans vouloir gagner l'adhésion formelle des lecteurs et lectrices à ma vision de ce que peut être l'enfantement, j'espère au moins que cette thèse donnera l'occasion de faire comprendre une perspective qui envisage la naissance selon un cadre de référence tout à fait différent de celui que propose la culture occidentale actuelle.

CHAPITRE I

ANCRAGES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS

Au moment d'élaborer mon projet de thèse, la première question que je me suis posée est : comment la sémiologie peut-elle être utile à une investigation du phénomène de la naissance tel qu'il se passe par le corps de la femme, et permettre de constituer la naissance comme objet de pensée à travers ses *signes* : signes perçus de l'intérieur et dont la femme a seule l'expérience – la connaissance *incarnée* (*embodied knowledge*) des théories féministes; signes de la science, que celle-ci « extrait » du corps féminin pour constituer un objet d'investigation et d'intervention? D'un côté, la sémiologie intervient comme théorie du symbole. En ce sens, une sémiologie de la naissance chercherait à comprendre ce que la naissance symbolise pour nous, collectivement et individuellement, et en quoi cela est différent de ce qu'il a pu en être par le passé, étant donné que le symbole⁸ se conçoit souvent par des équivalences ou par des rapports formalisés : que « prend-on » pour la naissance, pour l'accouchement? Qu'entend-on par « naissant »? Quel statut donne-t-on, au cours des époques, à celui, celle qui est « en instance de naître »⁹? La symbolisation de la naissance et de l'enfantement se trouve dans les représentations, les rituels, des métaphores récurrentes, ou encore dans des récits, des discours, des formes narratives, au sens large. Et c'est par la construction narrative que nos conceptualisations (compréhension, interprétation, savoir, sens) de la naissance et des phénomènes de la natalité¹⁰ prennent valeur de symboles et tiennent lieu de (seule) réalité admissible.

⁸ En particulier le signe linguistique, depuis Aristote : voir Eco (1988), p. 36.

⁹ Bien que j'utilise souvent le terme naissant dans le cours de la thèse, je théoriserai davantage cette notion dans le cadre de travaux ultérieurs à partir d'un corpus déjà identifié (*Les Dossiers de l'obstétrique* [1999, 2001]; Olive [2000]; Poitel [2002]; Tourné [1998, 1999, 2007]), dans l'intention de soustraire la réflexion sur le naissant de l'économie du conflit fœtomaternel et de la personnalisation (juridique et sociale) du fœtus, laquelle constitue une menace sans cesse grandissante à l'autonomie des femmes durant toute la période périnatale et à leurs droits génésiques. J'y reviendrai.

¹⁰ Selon moi, les idées que l'on a sur la naissance (la perspective philosophique) peuvent difficilement être abstraites de l'appréhension de ce que j'appellerai les « phénomènes de la natalité » (c'est-à-dire la naissance dans son extensionnalité : conception-gestation-enfantement) envisagés tant sur le plan

D'un autre côté, la sémiologie sert à définir et comprendre la notion plurivoque de symptôme. Comme un médecin ou une psychologue, je propose de rechercher les symptômes de la naissance-enfantement et d'en proposer une lecture. Ces symptômes peuvent être de plusieurs ordres, et « affecter » la pensée, l'esprit, le corps, la société, l'époque. Il y a, par exemple, des habitudes philosophiques symptomatiques de l'éliision des questions relatives à la naissance, comme la plupart des pensées qui, aux 19^e et 20^e siècles ont concentré la réflexion sur la mort (Edgar Morin, Schopenhauer, Cioran, le *Dasein* heideggérien...), voire ont littéralement professé une « génophobie » (Huston, 2004) qui tient en respect les événements biologiques, les affres du quotidien et ce qui n'appartient pas au registre de la vie de l'esprit, androcentrée, bien entendu. Il y a des pulsions épistémophiles qui, dans la tradition socratique, se canalisait, si je puis dire, par une démarche appelée maïeutique, alors qu'un sujet avide de savoir entraînait en rapport dialectique avec un tiers dans le but de co-naître¹¹. Il y a la cognition gynécoobstétricale, vieille d'un peu plus de trois siècles, qui a réalisé l'éliision de la femme comme sujet de l'expérience de la naissance. Et c'est sur cet aspect qu'est surtout centrée la présente thèse. En s'intéressant au symptôme, on réintroduit en sémiologie la question du sens évacuée par le structuralisme, par la prévalence du signifiant et par la technomédecine postmoderne qui *artificialise* la nature et les événements biologiques en même temps qu'elle *naturalise* son intervention.

1.1 Cartographie métanarrative

La méthode de « cartographie métanarrative » (*meta-narrative mapping*) élaborée par Trisha Greenhalgh (2004) est une approche inspirée des recherches narratives en science de la santé visant à faire la « synthèse des données de sources diffuses et hétérogènes », c'est-à-dire nonobstant la discipline de laquelle ces données sont issues ou le lieu de provenance du discours. Pour l'objet de recherche naissance ou accouchement, les lieux d'expression et les constructions discursives investiguées proviennent : des sciences médicales, de la santé publique et du droit de la santé; de psychologie et de psychanalyse; de philosophie, des études féministes et d'histoire des idées; d'éthique et de bioéthique; d'anthropologie, de

biologique que sur le plan psychologique. À mon sens, il n'y a pas d'idées sans ancrage dans le monde de la vie (*Lebenswelt*, pour reprendre un terme husserlien).

¹¹ Dans une perspective sémiotique, on pourrait proposer que cette démarche (la maïeutique) vers la co-naissance consiste à « enfanter des signes avec l'autre ».

sociologie, des études culturelles; sans oublier les représentations populaires (cinéma, télévision, littérature, publicité, livres grand public, sites internet), ainsi que les discours personnels et intimes non sanctionnés par un éditeur ou une institution (blogues, forums, témoignages librement diffusés). Ainsi, dégager des « histoires », des grands thèmes au sujet de la naissance « permettra de donner du sens à un ensemble de données vaste, chaotique et apparemment contradictoire », comme l'écrit Greenhalgh.

Ce sont donc de grands récits, ou métanarrations, qui fondent ce que l'on sait sur la naissance et l'accouchement – encore faut-il caractériser le phénomène selon l'angle d'approche, la vision du monde des différents narrateurs et narratrices qui définissent de quoi il en retourne –, mais aussi ce qu'on ne cherche pas à savoir, c'est-à-dire ce qu'on a mis de côté au fil de l'échafaudage de tel ou tel savoir devenu avec le temps fondamental, voire immuable ou implicite. Parce que, toujours selon Greenhalgh, les « métanarrations adoptent (et présupposent) une vision du monde et une idéologie particulières que la personne qui conte et celle qui l'entend prennent habituellement pour acquis. » Pour comprendre ce que nous prenons pour acquis, ce qui était pris pour acquis et ne l'est plus (soit un savoir dépassé ou perdu) et aussi ce qui est en bonne voie d'être pris pour acquis, la cartographie métanarrative situe d'abord les événements dans leur contexte historique (ce qui s'est passé pour qu'on en vienne à prendre pour acquis ceci ou cela), pour ensuite en dégager une intrigue (*emplotment*), un scénario qui fait en sorte que tel événement, dans l'histoire du développement des connaissances, a mené à tel autre. Cette cartographie implique également le recensement de personnages importants dans une tradition épistémologique (établir une sorte de distribution de rôles canoniques : expérimentateurs, gourous, serviteurs loyaux, des résolveurs obsédés de casse-têtes, des Saint-Thomas, tous et toutes ayant leur rôle à jouer lors des différentes phases de la vie d'un paradigme scientifique). La cartographie métanarrative observe aussi la place des métaphores et des images dans les discours importants, analyse le langage qui prévaut pour aborder un sujet afin de dégager le potentiel de ces récits à faire sens ou à s'imposer dans l'imaginaire, leur impact culturel, social, scientifique.

La perspective ici n'est pas bien loin de la notion d'*encyclopédie* d'Umberto Eco, également sollicitée dans cet axe de mes ancrages théoriques, qui joue à la fois le rôle de « postulat sémiotique » (ensemble enregistré des interprétations concevables objectivement pour un

individu) et d'« hypothèse régulatrice » à partir de laquelle l'interprète choisit de construire du savoir et d'assigner un certain sens à des données, des textes, des énoncés. Ainsi pour Eco, toute interprétation est un pari et résulte d'une sélection parmi les éléments qui peuvent composer l'encyclopédie. Pour ma part, je cherche à illustrer ce que contient l'article naissance de diverses encyclopédies (selon les individus et leurs statuts, les champs de pratique, les lieux d'énonciation, les disciplines et les époques), à observer comment la définition de l'accouchement a évolué depuis le 17^e siècle, et quels sont les changements et nouveaux éléments qui entrent dans le contenu de cette définition et la transforment depuis les années 1990.

Greenhalgh, dans sa caractérisation des métarécits, accorde une place prépondérante à la notion de paradigme, se référant sur ce point à la définition bien connue de Thomas Kuhn, médecin et historien des sciences, dans *The Structure of Scientific Revolutions* (1996) : le paradigme est la lentille particulière à travers laquelle un groupe de scientifiques (ou, ajoutons, tout autre groupe de personnes) voit le monde et qui lui fait privilégier ou prioriser certaines questions, techniques, méthodes, idées aux dépens d'autres. Selon Kuhn, le paradigme est « incommensurable » (au sens mathématique), ce qui veut dire qu'il est impossible de regarder « rationnellement » le monde à travers deux paradigmes en même temps. En d'autres mots : un paradigme chasse l'autre. Qu'il soit scientifique ou non, un paradigme est un système de sens nécessaire bien qu'arbitraire sans lequel les démarches scientifiques (ou toute recherche de savoir) ne peuvent se concentrer sur un objet. Un paradigme est un modèle de réalité, il énonce les règles du jeu qui seront acceptées comme base pour les travaux et discours ultérieurs. Ceux et celles qui adoptent le paradigme cherchent les morceaux manquant d'un casse-tête : le dessin et la forme du casse-tête représentent ce qui est pris pour acquis, jusqu'à ce qu'un autre paradigme s'impose, rendant caduque le précédent. Kuhn défend le principe selon lequel il est impossible de comprendre un paradigme scientifique en passant par ceux et celles qui l'ont adopté. En fait, un paradigme ne s'explique qu'en faisant référence aux concepts, théories et méthodes de même qu'aux idéologies et cosmologies qui prévalaient au moment de son émergence.

La dimension imperceptible du paradigme aux yeux des personnes qui l'ont façonné m'évoque la formule reprise par le pédiatre et néonatalogiste Marsden Wagner pour l'intitulé

d'un article : « Pour les poissons, l'eau est invisible » (2004). Wagner soutient par là que les obstétriciens-nes, infirmières et autres intervenants-es de périnatalité n'ont pas conscience du formatage qu'opère le cadre hospitalier sur le déroulement des naissances puisqu'ils/elles n'ont pour la plupart d'entre eux jamais observé d'enfants hors du bain technomédical. Cette thèse vise en ce sens à faire apparaître le bocal et à analyser ce que transportent les eaux de cette sorte d'écosystème fermé. Un rapprochement est aussi à faire avec une notion que je considère encore plus fondamentale, celle de la *boîte noire* du sociologue des sciences Bruno Latour, et telle qu'appliquée à la production du savoir obstétrical à partir des années 1780 par l'exégète irlandaise de l'histoire de cette science, Jo Murphy-Lawless. Elle donne ici un exemple concret de catégories de discrimination entre les « formes » d'accouchement, catégories inébranlables au sein de la communauté des premiers hommes sages-femmes (et, nous le verrons, toujours opératoires) :

We have come to understand a 'black box' as a complex set of constructs about which one need [to] have only the most basic information in order to use it. Belief in a 'black box' as a fact is actually strengthened through usage. So for instance, men midwives [from the 1780s] accept that the complexity of labour can be adequately expressed by reference to [the] division between natural and preternatural labour (rather than speaking of labour as a time when like the ripe fruit dropping from the tree the baby is born). There is broad argument that the criteria generated by this basic dyad can be objective, measurable and transferable from case to case while debate and controversy apply not to the dyad itself but to definitions and modes of treatment within its subdivisions. (Murphy-Lawless, 1998, p. 79)

Une fois entrée dans la « boîte noire », la dimension de construction catégorielle de la dichotomie « naturel/«surnaturel» » (eutocie/dystocie) deviendra imperceptible, donc ininterrogeable, et quiconque tentera de la remettre en question sera taxé-e d'esprit non scientifique (n'ayant pas eu accès à la révélation de la doctrine), ce qui n'est rien de moins qu'une modalité laïcisée de l'hérésie. C'est ainsi que des constructions invisibilisées en viennent à fonder des *savoirs faisant autorité* (*authoritative knowledge*) (Jordan, 1993), dont la principale caractéristique n'est pas d'être vrais, mais de *compter* aux yeux de la majorité.

1.2 *Sémiologie médicale*

Cette thèse accorde une place centrale à l'évolution de la pensée médicale, plus particulièrement à l'élaboration de la pensée gynécoobstétricale. La compréhension de la

pensée médicale m'est essentielle, car, d'une part, elle est à l'origine de la sémiologie, et d'autre part, à toutes les époques en Occident, les discours et les savoirs sur l'enfantement ont été soumis à l'influence de l'évolution épistémologique de la médecine, jusqu'à en constituer le principal mode d'interprétation, de compréhension et d'explication (aujourd'hui, parler d'accouchement ne se passe à peu près plus des codes et paramètres technomédicaux). Par ailleurs, il est nécessaire de situer la pensée gynécoobstétricale par rapport à la science médicale, dans la mesure où celle-ci concentre en son évolution différents modes de cognitions tantôt antagonistes, tantôt solidaires, et peut-être en ce sens s'agit-il d'une science « exemplaire », puisqu'elle est, a été – au fil de l'histoire de ses théorisations – à la fois radicalement indicielle et radicalement positive, abstraite. Mon investigation m'a permis d'historiciser la tension continue dans l'histoire de la médecine entre la perspective indicielle et la perspective scientifique. Ainsi, après avoir longtemps résisté à adopter la méthode scientifique en raison de son ancrage dans la tradition judéo-chrétienne, la médecine que nous connaissons est tombée dans l'excès de ne jurer que par les essais cliniques randomisés, au point de ne plus voir l'être sur lequel les protocoles sont appliqués ni s'intéresser à l'expérience singulière de la personne sur qui une conduite thérapeutique normée est appliquée. En fait, l'adoption tardive de la méthode scientifique en médecine explique peut-être aussi la vitesse à laquelle s'imposent de nos jours en ce domaine les nouvelles technologies et tests de dépistage, comme si ce retard à rattraper avait lancé une impétueuse fuite en avant vers le positivisme, où toute innovation est confondue avec le « progrès ».

En outre, si mon projet accorde une place importante à la sémiologie médicale, c'est parce que l'évolution moderne et contemporaine des idées sur la naissance-génération et l'accouchement se caractérise dans le monde occidental à partir du 17^e siècle par la subsomption de plus en plus grande des phénomènes de la natalité sous les discours médicaux, et, plus récemment, biomédicaux et médicolégaux. Il est indéniable aujourd'hui que ce que j'appelle la *détermination pathogénétique* des phénomènes biologiques de la génération (conception, gestation, parturition) occupe une place prépondérante dans le discours social sur la naissance et est tributaire d'une vision essentialiste des dangers, écueils et autres menaces, comme autant de mauvais esprits, qui guettent le naissant – et le processus de la naissance, de l'enfantement. Et cette détermination pathogénétique est opératoire du fait

que la naissance passe par le corps féminin; à défaut de pouvoir se passer du corps de la femme, « on » se comporte – tant au plan langagier qu’au plan de l’agir – comme si on faisait à sa place : toute manœuvre obstétricale et la seule présence fonctionnelle d’un accoucheur, d’une accoucheuse éclipse automatiquement la femme en tant que donatrice de la vie, en tant qu’agente principale. Pire, elle la fait disparaître. Le concept même d’« accouchement » – puisqu’il s’agit bien d’un concept avec sa généalogie et son historicité – est d’origine médicale. Ainsi, à mon sens, on peut recourir aux termes « accouchement » et « enfantement » pour différencier ce qui relève ou non de postulats obstétricaux appliqués au phénomène de la naissance physique tel que ces postulats se sont construits du 17^e siècle à nos jours (voir chap. III).

Compte tenu de l’importance actuelle des discours médicaux et biomédicaux, mon parcours doctoral s’est d’abord intéressé à l’étude de l’hippocratisme pour comprendre comment la pensée médicale occidentale s’est construite en discipline distincte et comment, influencée par la philosophie, elle a évolué au fil des siècles. En explorant les types de conceptualisation médicale à l’ère hippocratique, on observe le passage progressif de la médecine physiologiste (dite préscientifique) à la médecine anatomiste (dite scientifique). Alors que la première, avec Hippocrate, s’est distinguée par le renoncement aux prémisses magico-religieuses de la recherche des augures au profit d’une connaissance individualisante, singularisée en fonction de chaque cas, la seconde a précisément renoué avec une tendance acquise par l’habitude de sacrifier des animaux pour les disséquer à des fins divinatoires et « lire » l’avenir à travers des signes codifiés repérés dans leurs organes. On verra ainsi dans cette thèse comment on arrive aujourd’hui à « lire » et « prédire » un accouchement; en fait, plutôt, comment on en anticipe la défaillance (ce que j’appelle la « chronique de la complication annoncée, scénarisée »).

Le détour par la sémiologie médicale antique me fut essentiel pour comprendre certains paradigmes dans leur contexte d’émergence, par exemple la notion de symptôme. Le symptôme hippocratique, complètement différent du symptôme en médecine moderne (d’aucuns parleraient de « DSMisation » des symptômes de nos jours), est à l’origine de la réflexion sur le signe, en clair de la pensée sémiotique, alors que le sens à donner au symptôme était toujours singulier, inédit, et obéissait à un impératif de contextualisation. La

médecine fut ainsi en ses premiers temps tout à fait indicielle, conjecturale, et ses méthodes informalisables, anthropocentriques et qualitatives, jusqu'à ce qu'elle calque la métaphysique aristotélicienne, adopte le paradigme dit « scientifique », caractérisé par la recherche d'universaux, de propriétés communes ou d'espèces (c'est-à-dire naturelles et non historiques). Ce nouveau paradigme, celui de la tradition anatomiste et naturaliste, accorda une primauté à la connaissance par la vue sur tous les autres sens (d'où la faveur pour la dissection et la chirurgie). Or, Hippocrate avait en aversion, dit-on, autant l'instrumentation que la dissection : on peut penser que ce genre de « visibilisation » représentait pour le médecin de l'ère hippocratique une façon de détruire les signes en tant que signes, soit tels qu'ils se manifestent, abolissant la sensibilité (qu'on qualifierait aujourd'hui, en sémiologie, d'« abductive ») qui se sert de signes perméables aux barrières physiques et aux limitations corporelles. Si Hippocrate usait d'une nomenclature des affections – qui n'était pas systématique –, c'était pour exposer vers quel lieu du corps se déposaient les mauvaises humeurs non évacuées, vers où se portait le mal, mais un mal qui « n'appartenait » pas à telle région corporelle ou à tel organe. La nosologie hippocratique en était une de déroulement, de progression, et non une nosologie pathologique. La « maladie » hippocratique avait le sens d'une « crise adaptative » – sans rapport avec le contenu moderne de la catégorie pathologie – qui tend naturellement à se résoudre. D'où l'idée du *primum non nocere* signifiant que l'intervention du médecin est susceptible d'entraver la résolution spontanée de la « crise ». Dans cette optique, le terme « maladie » fut applicable à la naissance ou à l'enfantement au sens de « crises adaptatives » – mais l'on doit comprendre qu'il était sans rapport avec le contenu moderne de la catégorie pathologie.

Avec l'adoption du paradigme dit scientifique, les symptômes devinrent l'effet de maladies, tandis que celles-ci furent conceptualisées comme des entités malignes cachées dans le secret du corps. Roland Barthes y a vu un schéma animiste, puisque cette perspective rime avec le postulat d'une intentionnalité dans l'univers, celle d'un premier moteur ou d'un « dieu » quelconque. Ensuite, ce sera dans le milieu contrôlé mais non naturel du laboratoire qu'on parviendra à répéter ces expériences qui valideront les hypothèses quant à l'universalité ou l'immuabilité des phénomènes ou des processus, quoique la correspondance sur le « terrain » des résultats obtenus en laboratoire posât et pose toujours problème (Latour, 1984). Enfin, de

nos jours, ce sont aux gènes que l'on attribue des propriétés et des effets universels (le « programme » génétique contiendrait, reproduirait et transmettrait une information venue dont ne sait où), nouvelle ontologie que dénonce, par exemple, le généticien Pierre Sonigo, le biologiste et philosophe Jean-Jacques Kupiec, en exposant très clairement les limites d'un modèle qui se prend encore les pieds dans la métaphysique aristotélicienne qu'on croyait dépassée depuis Guillaume d'Ockham, dénonciation adressée également par les philosophes des sciences Isabelle Stengers et Evelyn Fox Keller, et, au Québec, par l'anthropologue Gilles Bibeau (2004) ou l'épidémiologue Abby Lippman (1993) qui a pour sa part forgé le terme critique de « génétisation » en lien avec la santé et les technologies de la reproduction.

1.3 Le paradigme indiciel, ou la métaconnaissance incarnée de l'expérience féminine

J'emprunte mon interprétation du paradigme indiciel (ou conjectural) au sémiologue et historien italien Carlo Ginzburg (1980) : toute entreprise de connaissance, depuis le geste d'interprétation le plus ancien de l'humanité qui fonde ce qu'on appelle le « savoir cynégétique », repose d'abord et avant tout sur la lecture de traces, d'indices, d'éléments singuliers, sur une intuition qui fait poser une hypothèse, amène à découvrir quelque chose bien avant qu'une quelconque règle soit formulée. De la même manière, Peirce (voir Carontini, 2000), avec sa théorie du raisonnement abductif, montre toute l'importance de ces sortes d'« éclairs » de l'esprit qui, parce qu'ils engagent la créativité, sont nécessaires à l'émergence de nouvelles idées et à l'échafaudage de paradigmes qui entraîneront de nouveaux savoirs possibles. Il est essentiel de reconnaître que tous les savoirs que nous échafaudons sont le produit d'humbles réflexes cognitifs à la portée du commun des mortels, et ce depuis la nuit des temps : ces abductions spontanées qui ouvrent des perspectives pour la connaissance; ces rapprochements faits à l'observation d'éléments parfois triviaux qui permettent d'aborder sous un angle différent, inusité, la complexité du réel; ces idées nées du caractère concret de l'expérience directe, pratique; ces métaphores qui font passer d'un champ sémantique à un autre et produisent du sens. La moindre des connaissances que nous acquérons relève fondamentalement d'un raisonnement abductif, car les modes d'appréhension du monde les plus immédiats ou « élémentaires » – la sensation, la perception, l'émotion, le jugement perceptif – en sont. Or, la pensée occidentale a fait tomber le paradigme indiciel dans l'invisible, celui-ci devenant « implicite – écrasé par le modèle de

connaissance prestigieux (et socialement plus élevé) construit par Platon » (Ginzburg, 1980, p. 17). La scientificité du savoir conjectural n'a cependant rien à voir avec les balises de la science galiléenne. Ainsi Ginzburg écrit :

L'orientation quantitative et antianthropocentrique imprimée aux sciences de la nature à partir de Galilée a enfermé les sciences humaines dans un fâcheux dilemme : soit adopter un statut scientifique faible pour aboutir à des résultats importants [c'est-à-dire qui signifient beaucoup pour un individu, un groupe, la société], soit adopter un statut scientifique fort pour aboutir à des résultats de peu d'importance [sur le plan humain, individuel, ou pour les choses du quotidien]. [...] On peut cependant se demander si *ce type* de rigueur n'est pas seulement impossible à atteindre, mais aussi indésirable pour les formes de savoir plus particulièrement liées à l'expérience quotidienne – ou, plus précisément, à toutes les situations où l'unicité et le caractère irremplaçable des données sont décisifs aux yeux des personnes impliquées. (p. 43)

On comprendra le lien que je veux faire ici avec mon projet doctoral : l'intention de reconnaître la valeur de l'expérience d'enfantement des femmes en tant que savoir *qui compte et devrait prévaloir à toute tentative de formalisation universalisante*. Comme nous allons le voir, on ne construit pas de modèle logicomathématique de l'accouchement idéal sans faire violence à l'expérience individuelle d'un enfantement singulier ni détruire le sens de l'événement unique, inoubliable et... irréparable d'une naissance.

La dimension épistémologique de cette thèse s'attache à la donne que représente la récurrence, au cours de l'histoire des idées, du changement de paradigme ou du renversement, du jour au lendemain ou presque, d'une preuve scientifique formellement établie et reconnue pendant longtemps à titre de vérité incontestable, dès la découverte de nouveaux éléments qui l'invalident. À chaque époque, ses vérités. Il faut donc en rompre, du moins en découdre, avec l'impression de certitude à laquelle les raisonnements analytiques qui ont traditionnellement force de loi nous font adhérer. Ce qui importe par-dessus tout, c'est le sens des connaissances, qu'elles soient prises pour certaines ou non. Compte tenu de la faillibilité de tout raisonnement (ce qu'il ne faut jamais perdre de vue), de la fragilité à l'échelle historique de toute vérité généralement admise dans une période donnée, il est essentiel selon moi de se pencher avec un aussi vif intérêt sur les évidences culturelles, populaires ou marginales, que sur les preuves scientifiques avec lesquelles les premières peuvent être en totale contradiction. Ces types de « connaissances » – bien qu'irréconciliables – sont autant porteuses de sens les unes que les autres pour les communautés ou les personnes

qui en revendiquent la possession; elles ont des implications multiples et témoignent de la diversité des registres d'interprétabilité d'un phénomène, d'une observation, d'une hypothèse. Pour cette raison, un lien se tisse aisément ici avec le concept de cartographie métanarrative, dans l'optique d'envisager une comparaison « égalitaire » entre diverses formes d'énonciation de savoirs, peu importe le degré de crédit de scientificité (telle que sanctionnée par une institution) qu'on accorde à l'une ou à l'autre de ces formes. Par exemple, l'importance et le sens donné aux phénomènes se rapportant à la naissance ainsi que le savoir que chaque personne possède au sujet de ceux-ci relèvent d'abord de l'irremplaçabilité et de l'unicité de chaque expérience directe que cette personne a pu en faire. Dans les affaires de la procréation, nonobstant toutes les « révolutions coperniciennes » du monde, l'expérience est irréductiblement anthropocentrée, pour ne pas dire *gynocentrée* (bien que je ne croie pas l'accès à une expérience intuitive de la naissance inaccessible aux personnes de sexe masculin ou n'ayant jamais enfanté, mais je n'irais pas dans ces cas jusqu'à parler de connaissance « incarnée » [*embodied*]).

Les grands récits qui fondent ce que l'on sait ou pense savoir sur la naissance ont pour effet de provoquer la dévaluation de la connaissance indicielle et conjecturale, de l'occulter entièrement. Mais en même temps – et j'insisterai maintenant sur ce point –, ils nous informent par la négative sur ce qu'on ne cherche pas à savoir, pour peu que l'on s'attarde à ce qui se cache en creux, entre les replis des universaux élevés au rang du sens commun. Par exemple, le surinvestissement philosophique et littéraire, surtout au 19^e siècle, de la réflexion sur la mort sous-tend une distanciation, voire un malaise manifeste devant l'événement de la naissance, ce que Nancy Huston (2004) a d'ailleurs théorisé sous le nom de « génophobie », laquelle est lourde de sens quant à la position que l'on tient à cette époque sur la vie biologique, la filiation, la postérité, l'engendrement et sur ce signifie naître. Je m'intéresse aussi beaucoup aux questions évitées ou passées sous silence, aux non-dits qui témoignent d'un refoulé culturel ou épistémologique, de même qu'aux personnages qui n'ont pas eu voix au chapitre, ou très peu, dans la diffusion ou pour assurer la pérennité de certains savoirs ou idées sur la naissance. Pour paraphraser Walter Benjamin, mes travaux visent pour une part à écrire l'histoire du côté des perdants, qui sont en fait des perdantes lorsqu'il s'agit de retracer la généalogie des différentes constructions de savoirs et de sens sur la naissance... La

philosophe Krista Ratcliffe (1996), dans un ouvrage de critique féministe des traditions rhétoriques, parle justement de la difficulté pour les femmes, d'une part, d'ébranler les traditions établies et les certitudes populaires en faisant apparaître les prémisses manquantes (éludées car tenues traditionnellement pour certaines) sur lesquelles sont fondées les raisonnements enthymématiques dictant l'opinion, et d'autre part, de faire entendre et de valider aux yeux du public des connaissances souvent issues de leur (« simple ») expérience personnelle, de retracer des traditions perdues et, éventuellement, d'en construire de nouvelles.

Une partie de ma tâche consiste donc assurément à apporter de l'eau au moulin de cette entreprise qui vise à retrouver les traditions et les savoirs perdus, à mettre au jour les impensés des rhétoriques dominantes, les enthymèmes des arguments généralement avancés, et à ouvrir des espaces pour l'expression testimoniale et l'accréditation des données de l'expérience personnelle, intime et immédiate des femmes dans la maternité et l'enfantement. J'espère ainsi contribuer à pallier ce que la sémiologue allemande Barbara Duden (1996) nomme les « trous noirs de l'historiographie », les signes de la perception sensible dotés par le passé d'une grande valeur pour la connaissance et respectés en tant que tels, mais tombés au ban des démarches d'investigation récentes.

Trous noirs, boîte noire, absences, impensés : voilà des notions qui réfèrent à une appréhension par la négative de l'objet « naissance ». *A contrario*, l'une des voies d'investigation positive et directe de l'expérience de l'enfantement serait de suivre celle tracée par la philosophe féministe radicale Mary Daly d'une *gyn/écologie*, démarche métaéthique de réappropriation par les femmes du savoir sur elles et de production directe, sur le mode du partage (plutôt que du pillage orchestré de la tradition patriarcale), non déléguée non médiatisée et, surtout, selon leurs propres codes, d'une nouvelle constellation de connaissances significantes :

En subvertissant cette science objectifiante [de la femme : la gynécologie au sens large et étymologique], j'emploie le terme libérateur de Gyn/Écologie, afin de décrire la science qui est le processus de métaconnaissance des femmes qui refusent d'être des objets de recherches. La Gyn/Écologie existe par et pour les femmes qui démontent toutes les « sciences de la femme » fabriquées par les hommes, afin de tisser les tapisseries cosmiques de notre propre genre. Autrement dit, il s'agit de dé-couvrir et de

dé-velopper la toile des relations complexes de vie et d'amour en rapport avec notre propre genre.¹²

Une telle entreprise reste toujours à faire, cependant. Elle demandera beaucoup de concertation parmi les femmes et une volonté réaffirmée de rompre avec la dénégation des formes du savoir indiciel, intuitif ou abductif, ainsi qu'avec les codes épistémologiques de la néantisation de la nature expérientielle des événements de la vie biologique, charnelle, humaine. Encore faut-il contribuer à la prise de conscience des torts ou des préjudices que la compréhension androcentriste du naître et de la mise au monde ainsi que la masculinisation de l'enfantement font subir aux femmes. Pour cette raison – et même si en cela ma démarche relève, en grande partie, d'une modalité d'investigation par la négative –, l'accouchement, en tant que concept médical, en tant qu'épreuve et en tant que catastrophe, est à déconstruire.

¹² Daly (1978), « Introduction. De l'exorcisme à l'extase : le voyage métapatriarcal », traduite de l'anglais par Katherine Roussos sur le site de l'association *Encore féministes!* (en ligne : <<http://encorefeministes.free.fr/textedaly.php3>>, consulté le 14 nov. 2012)

CHAPITRE II

LA CONSTRUCTION DES RISQUES DE LA NAISSANCE

Pourquoi commencer une étude sémiotique sur la naissance par le risque? S'installant en fin de 20^e siècle, le risque est l'habitus par excellence du 21^e siècle. Nous vivons dans un rapport quotidien au risque, nous nous représentons la vie par la lorgnette de sa mise en danger. L'évitement du risque est une quête quotidienne. La poursuite du « risque zéro » est un fantasme communément partagé, l'obsession principale de nos institutions sociosanitaires et juridiques. Phénomène amplement décrit par les historiens-nes et sociologues, le fait de vivre semble aujourd'hui ramené à la simple expression d'un sursis sur les périls qui nous guettent de toutes parts : la maladie occulte (menace intérieure), l'accident (menace extérieure), la catastrophe (menace systémique, environnementale), la contagion et l'épidémie (menaces perpétuelles que représente l'autre sur le moi et qui teintent tous nos rapports interpersonnels). Dans une « société du risque » (Ulrich Beck; Anthony Giddens¹) ou sous le régime de la thanatocratie (Jean Ziegler; Jean Baudrillard), la vie – cet obscur « bios » désincarné – est ramenée à l'expression insignifiante de *survie* (Barbara Duden).

L'appréhension du phénomène naissance en tant que point d'origine de la vie humaine est particulièrement susceptible de tomber sous le spectre mortifère du risque. Ayant accédé depuis longtemps à la « dignité de pathologie » (Joseph DeLee, figure emblématique de l'obstétrique de la première moitié du 20^e siècle), les phénomènes liés à la mise au monde ont entièrement été absorbés par la taxonomie médicale, selon les termes de la sémantique pathogénétique qui caractérise la médecine actuelle : recouverts sous « l'habitus médical de la maladie gravidique » (Claude-Émile Tourné), ils sont inévitablement soumis à notre « rapport fétichiste à la maladie » (Jean-Louis Olive). Bien qu'articulant le « malin » dans un lexique nouveau (virus, bactéries, gènes défectueux, cellules cancéreuses ou précancéreuses, etc.), la médecine n'a jamais vraiment rompu avec les phobies démonologiques des « archaïsmes de l'immunologie » – « la vieille médecine d'Occident, qui s'épuise à paraître

¹ Voir Martin (2010), p. 120.

moderne, repose encore sur une procédure d'exorcisme » (François Laplantine) –, ce dont rend bien compte la description contemporaine de la grossesse comme « lutte immunitaire » entre l'« organisme maternel » et le fœtus-greffon ou parasite.

En plus de constituer un signe des temps actuels, la notion de risque recouvre et domine tous les aspects discutés dans cette thèse : la construction des fonctions du corps maternel dans l'optique de la défaillance toujours possible, en latence, et la redirection mécanique ou chimique du cours de la parturition sitôt que le processus paraît dévier d'une norme confondue ici avec la sécurité (chap. III); l'expérience des femmes du donner-naissance imprégnée de cette « musique de fond » (pour reprendre l'expression de la médecin et chercheuse montréalaise Vania Jimenez [Rivard, 2006]) de la peur omniprésente que « quelque chose aille mal » (chap. IV); l'entreprise gynécoobstétricale de reconstruire ce corps féminin imparfait par son sexe et d'en contrôler l'inquiétante sexualité (chap. V); tout ceci se dessinant sur la toile de fond de la mise en conflit toujours plus aiguë du « naissant » et de la mère, telle une lutte où la survie de l'un-e met celle de l'autre en péril, une perspective qui construit l'« enfant à naître » en tant qu'être nécessairement en danger, à risque de ne pas naître ou de naître mort.

2.1 *Socioéconomie contemporaine du risque de la naissance*

La focalisation sur le risque, un luxe des sociétés privilégiées

Dans une thèse sur le phénomène de l'« accouchement non assisté » (ou *freebirth*) en Amérique du Nord (c'est-à-dire un accouchement planifié sans assistance médicale ou professionnelle²), Rixa Freeze (2008), docteure en études américaines, spécialiste de la naissance et des soins de maternité, recense et expose avec clarté les éléments incontournables relatifs à la notion du risque perçu et à la politique du risque associés à la naissance en Occident³ au tournant du 3^e millénaire. Résumant des travaux récents de

² À ne pas confondre avec un accouchement inopiné, imprévu. Un accouchement non assisté est le fruit d'une démarche volontaire, d'une décision mûrie, tandis que l'accouchement inopiné est celui qui alimente les faits divers : accouchement en voiture, dans un taxi, à la maison avec les premiers répondants, etc.

³ Dans le contexte de cette thèse, lorsque je parle du monde occidental en ce qui a trait à la perspective médicale de la naissance, le terme « Occident » s'applique aux endroits du monde où le modèle obstétrical du suivi des grossesses et de la gestion des accouchements s'est imposé et prévaut, ce qui

sociologie de la santé consacrés à l'étude de l'appréhension des risques de la grossesse et de l'accouchement ayant fait l'objet d'un numéro spécial de la *Health Sociology Review* en 2006⁴ intitulé « *Childbirth, Politics & the Culture of Risk* », Freeze montre bien à quel point nous hantent la volonté sociétale et culturelle de limitation des risques perçus et la question de la place de la sécurité. Ainsi, Alphia Rossamai-Inesedy, adaptant la perspective d'Ulrich Beck (1992) à la sphère périnatale, souligne que le problème de la prévention et de la minimisation des risques a dépassé celui de la production et de la distribution de biens dans les sociétés occidentales. J'ajouterais qu'on peut y voir précisément un produit direct du capitalisme, qui, avec la monnayabilité des risques sur la personne, a doté le puissant secteur de l'assurance d'un champ d'activité immensément profitable. Freeze précise : du fait que la grossesse et l'accouchement sont désormais des événements à la fois privés et publics – la grossesse se rendant tôt ou tard visible –, les femmes enceintes s'attirent inmanquablement conseils et critiques (sollicités ou non) de tout un chacun, la société s'autorisant une telle attention-surveillance auprès de celles-ci, particulièrement vulnérables à l'« envahissement de la conscience du risque ». Pour Rossamai-Inesedy donc,

les individus de ces sociétés du risque ont acquis une plus grande conscience des risques, s'en préoccupent tous les jours et sont beaucoup plus sensibles à ce qu'ils-elles définissent comme « risques » ou comme menaces à leur santé, à leur sécurité économique et à leur bien-être que ne l'étaient les gens dans les temps passés. Dans un tel contexte, le risque est devenu une *force de changement social*. Il peut être envisagé comme donnant activement forme à notre concept de santé, notre désir de perfection et notre relation à la technologie et à la responsabilité.⁵

Si l'on parle de « force de changement social », à mon sens, c'est que le risque représente dans nos sociétés une plus-value; nous nous permettons le luxe, par rapport aux sociétés des

s'étend de nos jours à bien des régions traditionnellement associées à l'Est et à des pays dits en voie de développement ou émergents, en fait, à toutes les « sociétés contemporaines occidental affectées » (pour traduire une expression employée par la sociologue irlandaise Jo Murphy-Lawless [1998, p. 4]).

⁴ Les articles évoqués dans cette section sont les suivants : Alphia Possamai-Inesedy, « *Confining Risk: Choice and Responsibility in Childbirth in a Risk Society* »; Elizabeth Eckermann, « *Finding a 'Safe' Place on the Risk Continuum: A Case Study of Pregnancy and Birthing in Lao PDR* » et Kerreen Reiger and Rhea Dempsey, « *Performing Birth in a Culture of Fear: An Embodied Crisis of Late Modernity* », tous tirés de *Health Sociology Review*, vol. 15, n° 4 (2006). Ces auteures sont citées dans Freeze (2008), p. 239-240.

⁵ Je traduis et souligne. C'est également moi qui traduis toutes les citations à venir dans cette section provenant de la thèse de Freeze.

pays dits en voie de développement, de nous préoccuper en permanence des risques afin de nous en protéger, la hauteur de cette protection correspondant à celle de l'indice de développement de l'État dans lequel nous vivons.

Interventions en obstétrique : logique préventive?

Pour Elizabeth Eckermann, un trait commun des sociétés axées sur le risque est l'accord sur le fait que « la grossesse et l'accouchement présentent de multiples dangers et que le meilleur moyen d'en éviter les risques est de rechercher l'intervention médicale ». Ayant pu observer le haut degré d'anxiété présenté aujourd'hui par les femmes enceintes, Rossamai-Inesedy précise en ce sens que nos nouvelles notions de la santé et de la responsabilité ont créé « les conditions de l'acceptation culturelle de l'intervention médicale sur l'accouchement » et que, le regard scrutateur du public étant toujours posé sur elle, la femme enceinte est devenue la personne « la moins capable d'échapper aux conséquences de la société du risque », et ce, même si les taux de mortalité et de morbidité associés à la naissance sont très faibles dans les pays occidentaux. En clair, pour la femme enceinte, les futurs parents, la parturiente, ces risques sont dans « un état permanent de virtualité et actualisés par l'anticipation ». Nul besoin que les risques soient réellement ou objectivement établis : on impose aux futurs parents et aux futures mères d'y réagir. En d'autres mots, la présence constante de ces risques dans le climat actuel de la culture entourant la naissance les *concrétise* littéralement. Et comme on le verra au chapitre IV consacré aux récits et témoignages de naissance, ceux-ci se réalisent bel et bien, au sens où la direction de l'événement (*medical management*), puis la lecture et l'interprétation de ce qui est arrivé prouvent la théorie de la dangerosité et de l'imprédictibilité du phénomène.

Enfin, les dernières auteures évoquées par Freeze, Kerren Reiger et Rhea Dempsey, décrivent une « culture de la peur » découlant d'un « sentiment de crise » à l'égard de la naissance, crise caractéristique de la culture occidentale de la modernité tardive et de la postmodernité; d'un côté, ce sentiment de crise tient à la surmédicalisation de la naissance, mais de l'autre – et je trouve particulièrement intéressant que cet aspect ait été relevé –, il tient au fait que « l'accouchement physiologique est de plus en plus défini comme [un objectif] difficile, voire inatteignable ». Donc, pour imaginer la problématique : à quoi bon s'adonner au *benji* sans filet

et y entraîner son enfant si ce n'est pour un plaisir purement masochiste et bien entendu irresponsable!

Dans le cadre de l'économie capitaliste, la santé s'est vue déplacée de l'individu à l'ensemble de la collectivité, ce qui a engendré la vision d'une « santé publique » où sur chaque membre d'une société pèse la responsabilité du bien-être du groupe, pas au sens communautariste de la santé comme bien public, mais plutôt au sens où la santé et les services qui y sont reliés reçoivent une valeur monnayable, où les échanges en termes de services, technologies et produits de santé génèrent notre richesse (augmentation du PIB, notamment⁶), où la consommation de soins de santé est la marque de notre avancement. Il semble donc dans notre « intérêt » (au sens économique, tant collectif que personnel) que des phénomènes autrefois considérés normaux soient abordés et construits comme des pathologies. Ainsi que l'a fait remarquer Sarah David (2007, p. 28) dans un mémoire sur l'accompagnement à la naissance, « la santé publique, par les normes et les valeurs qu'elle dicte, détermine une nouvelle “moralité”. Elle détermine notamment la nature, la portée, le financement et la gestion des interventions de prévention de la maladie et de promotion de la santé par une gestion rationnelle des risques en définissant des comportements et des habitudes par prescription ou proscription.⁷ »

Pour Dominique Dupagne, médecin généraliste français, là réside l'essence du problème : alors que par la voie de la santé publique – qui s'articule par l'impératif du dépistage, une inflation de la technique au détriment des aspects humains du rapport thérapeutique et du soin (d'où un rapport qualité/prix de la médecine en chute), la surmédicalisation des risques (ce que Dupagne nomme un peu à contresens « médecine préventive ») et une surévaluation de l'impact positif de la médecine sur la santé –, la médecine échoue à prendre en compte les effets iatrogènes croissants des médicaments et traitements usuels (avec des conséquences qui se comptent en milliers de décès chaque année) et à en rendre socialement compte. De plus,

⁶ Les accidents ou maladies et les traitements, soins ou prescriptions qui leur sont associés font augmenter le PIB d'un État...

⁷ David renvoie ici aux travaux de Raymond Massé sur les « fondements idéologiques de l'intervention des États modernes dans la gestion de l'exposition de leurs citoyens aux “facteurs de risques” », dans le chapitre « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, sous la dir. de Bernard Hours (Paris : Karthala, 2001), p. 358.

le système médical évite de se doter des mécanismes de contrôle qui permettraient d'évaluer la qualité des médecins et des soins actuellement prodigués, endigueraient la pénétration abusive des lobbys pharmaceutiques dans la formation et l'information des médecins ainsi que dans le monde de la recherche, assureraient l'indépendance des experts-es, la transparence du système, la répartition équitable des ressources et une allocation décente et raisonnable des fonds publics à la sphère de la santé. Dans ce contexte, les médecins ont hérité du rôle d'énonciateurs des valeurs et de la moralité dont parlait Sarah David; par elles et eux se transmet à chaque sujet demandeur de soins de santé l'impératif social de la conformation à la norme sociosanitaire. Or, relève Dupagne, il y a là un conflit d'intérêts premier, à l'origine de l'explosion des coûts médicaux : « les médecins sont des agents économiques très particuliers : ils autoprescrivent leur activité et sont quasiment libres de leurs prescriptions », d'où son analogie : « Imaginons des entreprises de travaux publics qui décideraient sans contrôle de la construction de ponts et de routes, et des matériaux à employer ». Pour lui, voilà qui explique entre autres pourquoi nous entrons actuellement dans une « bulle médicale », prête à éclater, à l'instar de la célèbre « bulle des tulipes » hollandaise, première crise spéculative de l'histoire en 1637, qui a donné son nom au phénomène économique :

Une bulle naît quand certaines conditions sont réunies : augmentation durable de la valeur d'un groupe d'objets, négligence du caractère cyclique de l'évolution de cette valeur, opacité du système d'évaluation, conflits d'intérêts entre les experts et les objets évalués. Spéculation et mimétisme collectif sont les deux derniers rouages de la constitution d'une bulle dont la valeur surestimée enfle et s'auto-entretient jusqu'à sa rupture, généralement brutale. [...] La croyance dans le caractère irréversible du progrès médical est donc la première condition de l'apparition d'une bulle médicale. Or le progrès médical n'a pas de raison d'être en croissance continue. Le progrès social a connu une forte régression en Occident avec la chute de l'Empire romain, qui n'était pas la première civilisation à s'écrouler. La technologie des civilisations anciennes a eu des hauts et des bas spectaculaires. L'Histoire nous apprend que lorsqu'un système atteint un niveau de complexité important, il finit par consommer toutes les ressources disponibles pour son administration. Il ne produit alors plus grand-chose et s'étouffe avant de s'écrouler à l'occasion d'un événement imprévu. La santé publique n'a pas de raison d'échapper à ces cycles systémiques universels. La fissuration actuelle de la protection sociale pourrait bien en être un signe avant-coureur [...]. (Dupagne, 2009)

La bulle obstétrico-néonatale au bord de l'éclatement

L'essayiste Dupagne appuie son propos sur un graphique illustrant l'évolution exponentielle des dépenses de la santé en France de 1850 à 2004 à prix constants⁸; ces vingt dernières années seulement, les coûts associés au secteur de la santé auraient doublé dans ce pays (une ponction de 10 % du PIB en 2007, même chose en Allemagne et en Suisse), et il en va très sensiblement de même dans la plupart des pays occidentaux. Des coûts qui ne sont pas le reflet de percées médicales qui se traduiraient concrètement par une amélioration de la santé globale des différentes couches de la population ou par une augmentation de l'espérance de vie *en santé* (car depuis un certain nombre d'années, seule s'allonge la période d'invalidité et de sénescence de la durée de vie, alors que stagne l'espérance de vie en santé). Je me pencherai plus loin sur la question de l'évolution de statistiques de santé maternelle et infantile.

Transposons ici le propos à la sphère de la périnatalité. Pour ce faire, il faut superposer les courbes de l'évolution des dépenses de santé spécifiques au domaine périnatal à celles de la mortalité et de la morbidité néonatales, infantiles et maternelles. On conviendra que l'on se situe d'emblée en plein dans le secteur de la « médecine préventive » selon les termes de Dupagne, bien qu'il soit probablement plus juste de parler ici de « médecine d'anticipation des risques » (par opposition à la médecine curative, sollicitée lorsqu'une nécessité thérapeutique se présente). En matière d'enfantement, nous n'avons pas *a priori* affaire à un postulat de maladie ni à une demande de traitement en tant que telle. Nous avons affaire à une définition de la santé qui « ne concerne plus la gestion individuelle des corps ni le seul corps individuel [mais qui] transforme l'objet de la santé en corps socialisé et en corps social normalisé.⁹ » En fait, ce n'est pas une demande que la citoyenne enceinte de la société du risque adresse au médecin, mais un droit au maintien de son « capital santé » qu'elle fait valoir, tout en remplissant son devoir de prévention à l'endroit de l'« enfant à naître » que la société du risque lui intime : « l'individu n'est pas conscient de l'axe disciplinaire du discours

⁸ Dupagne renvoie ici à cet article de Sandrine Michel et Delphine Valade : « Analyse de long terme des dépenses sociales. Vers un indicateur synthétique de développement des hommes », *Revue de la régulation : capitalisme, institutions, pouvoir*, vol. 1, n° 1 (juin 2007). En ligne : <<http://regulation.revues.org/pdf/1507>>, 30 p. (consulté le 26 janv. 2011) On retrouve le graphique de l'évolution des dépenses en santé à la page 8.

⁹ Bernard Hours, « Introduction », dans Hours (dir. publ.), *op. cit.*, p. 5; cité dans David (2007), p. 38.

sur la santé publique : puisque la santé est considérée comme étant un “droit universel”, la prise de conscience des risques par l’ensemble des individus est vue comme nécessaire et “bienfaisante”¹⁰ ». Ce surmoi sociosanitaire agit donc efficacement sur les femmes enceintes qui se plient, sans trop regimber, aux impératifs du suivi médical et aux prescriptions et proscriptions corollaires.

L’enflure de l’attention aux risques portée sur la grossesse des femmes en tant qu’elles ont à rendre à terme un non-né (bien qu’il en soit de « leur choix » et qu’il s’agisse de « leur corps »... en principe) a donné lieu à la construction d’une personnalité fœtale, fortement alimentée par la généralisation de l’investigation par imagerie échographique depuis le tournant des années 1980 (Duden), avec toutes les conséquences – surtout pour la future mère – qu’entraîne une telle personnification. À titre d’exemple, dans *Baby’s First Picture : Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*, l’anthropologue Lisa Mitchell met au jour ce qu’elle appelle un *récit de la fœtalité* qu’on retrouve dans la littérature grand public destinée aux femmes enceintes, et qui serait la principale source d’information pour les futures mères canadiennes (avant les avis médicaux), selon ses recherches. Mitchell conceptualise et analyse en ces termes la construction narrative et textuelle de la fœtalité que l’on retrouve dans ces livres, revues ou fascicules spécialisés :

Parallèlement à ces descriptions étendues de l’embryon et du fœtus sous les traits d’une personne miniature et autonome, l’attachement fœtomaternel est décrit par les auteurs [de ces livres-conseils] comme une communication sentimentale et privée, médiatisée par l’expertise médicale. On accorde à cet attachement une place centrale dans l’expérience propre des femmes de leur grossesse. Les femmes se voient donner une identité particulière, celle de la mère « altruiste » [désintéressée d’elle-même, dépourvue d’ego], nourricière et sensible aux subtils changements ou états de son corps/son bébé. Les émotions et symptômes physiques de la grossesse sont assimilés à une voix fœtale exprimant ses propres besoins. Cette voix représente celle d’un fœtus qui serait dépendant et vulnérable. Le portrait de cette interaction transporte un message clair de normalisation des comportements maternels. [...]

Exerçant un attrait pour les femmes de par leur prétention à faire autorité en la matière, ces livres-conseils construisent chez elles une expérience normative de la grossesse. Ils représentent la grossesse comme une expérience complexe et risquée en elle-même, mais qui est contrôlable en fonction à la fois d’un suivi adéquat et à la fois de comportements et d’attitudes appropriées adoptées par la femme. Ils définissent

¹⁰ David (2007), p. 40, se référant à Raymond Massé, *loc. cit.*, p. 49.

principalement la grossesse selon les termes de la fœtalité, fœtalité qui met visuellement et textuellement en scène le fœtus sous les traits du « bébé » adorable, fascinant et vulnérable. Ils enseignent aux femmes comment être des mères altruistes, *fœtocentrées*, autodisciplinées, de vrais moniteurs fœtaux vivants.¹¹ (Mitchell, 2001, p. 96-97)

On voit ici comment le texte agit à titre de porte-parole du bébé en danger de *malnaissance*, entendu que ce *malnaître* serait la conséquence directe de la défaillance du surmoi maternel (ou « prématernel ») supposé s'instituer durant la grossesse et régir le moindre comportement tant sur le plan privé (alimentation, hygiène) que public (recours à un suivi médical rigoureux et obéissance aux prescriptions de multiples instances). La future mère intègre graduellement le discours social et culturel dominant, dans la mesure où celui-ci tel qu'elle le reçoit fait entendre la voix de l'enfant qu'elle porte et qui dit : « Mon équilibre physiologique et psychologique précaire dépend de tes actes (alimentation, exercice, repos adéquats...), émotions (évitement du stress et des tensions...), paroles (ton de voix posé, disputes jugulées...) ». La fœtonarration construit le naissant comme toujours en danger potentiel, la menace planant continuellement sur lui, l'englobant de toutes parts, se confondant avec le corps et la personne de la gestante, sorte d'étau utérin perméable et exigü.

On le comprendra mieux au chapitre suivant, ce suivi de grossesse et cette assistance à l'accouchement propres à la médecine d'anticipation – a priori pour des phénomènes non immédiatement pathologiques – ont connu une enflure progressive tout au long du 20^e siècle et qui continue de s'accélérer au 21^e : invention et universalisation du dépistage prénatal, multiplication des tests de dépistage, généralisation du recours à des technologies de plus en plus onéreuses, à des instruments, à la chirurgie et à des produits pharmaceutiques lors des accouchements, augmentation de la proportion des bébés recevant des soins de néonatalogie ainsi que de la durée et des coûts moyens d'hospitalisation et de réhospitalisation des mères et des nouveau-nés-es. Et on omettra ici les coûts particuliers associés aux essais de procréation médicalement assistée, bien que les coûts reliés aux cas de prématurés issus de la PMA ne puissent être soustraits du calcul global de la facture des soins de santé périnataux¹².

¹¹ Je traduis.

¹² Au départ, les coûts des technologies de procréation assistée (ou AMP : assistance médicale à la procréation, la nouvelle appellation privilégiée) étaient absorbés par les parents eux-mêmes. Cependant, on observe désormais une tendance à l'universalisation de l'accès à ces techniques, sur la base de la notion émergente de « droit à l'enfant », qui gagne rapidement en acceptation dans les

Cette enflure est si considérable que, pour prendre l'exemple des États-Unis (l'un des exemples les plus criants du monde occidental, mais tout à fait représentatif sur ce plan de ce qui se passe dans la plupart des autres pays du G20), le secteur des soins de santé périnataux est devenu le plus coûteux tant pour les contribuables que pour les assurances privées :

L'accouchement est le motif principal d'admission dans les hôpitaux aux États-Unis, et l'hospitalisation est l'élément le plus coûteux des soins de santé. Les coûts hospitaliers combinés pour les femmes qui viennent accoucher et les nouveau-nés (75 187 000 000 USD en 2004) ont de loin dépassé les coûts associés à n'importe quel autre état de santé requérant des soins médicaux. En 2004, au moins 27 % des dépenses d'hospitalisation endossées par Medicaid [l'assurance-maladie des personnes à plus faible revenu aux États-Unis] et 16 % des montants facturés aux assureurs privés concernaient les soins obstétricaux et néonataux, le type de soins de santé le plus coûteux autant pour les bénéficiaires d'assurances privées que pour les personnes couvertes par Medicaid.¹³ (CIMS, 2009)

Bien que les États-Unis dépensent plus que tout autre pays au monde dans le secteur des soins périnataux, cela est loin de se traduire par un meilleur bilan de santé, au contraire : *la mortalité maternelle a doublé aux États-Unis entre les années 1990 et 2008*, alors qu'elle a connu une diminution générale de 34 % pendant cette même période pour la grande majorité des autres pays selon les données de l'ONU, et c'est sans compter les « accidents évités de justesse » (ce que le jargon épidémiologique appelle *near misses...*), c'est-à-dire les cas de complications maternelles si graves que la femme a frôlé la mort, ceux-là ayant augmenté de 27 % aux États-Unis entre 1998 et 2005... Le plus bas taux de mortalité maternelle a été

sociétés occidentales. La politique adoptée à cet égard par le gouvernement du Québec durant l'été 2010 en fait foi : Ariane Lacoursière, « Procréation assistée : les traitements payés dès le 5 août », *La Presse*, 13 juil. 2010 (en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201007/13/01-4297874-procreation-assistee-les-traitements-payes-des-le-5-aout.php?>>, consulté le 27 janv. 2011).

Que les coûts des essais de fécondation in vitro (FIV), par exemple, soient financés ou non par le gouvernement, il n'en demeure pas moins que, dans tout État où un système de santé publique est en place, les bébés prématurés-es issus-es de ces techniques devront recevoir dès leur naissance des soins néonatalogiques représentant une ponction non négligeable des fonds publics. Ainsi, comme on peut le lire dans l'article de *La Presse* cité ici, « 20 % des lits [des services de néonatalogie] sont déjà occupés par des bébés issus de la fécondation in vitro ». Et il faut savoir que le coût total des soins néonatalogiques prodigués à un-e grand-e prématuré-e atteint en moyenne 118 000 dollars au Canada (ICIS, 2006); un pédiatre québécois avance pour sa part le chiffre de 200 000 dollars (Moreco, 2004).

¹³ D'après les données sur la naissance du *National Vital Statistics System* des États-Unis pour l'année 2004 (<<http://www.cdc.gov/nchs/births.htm>>). Je traduis. On notera que ces chiffres ne tiennent pas compte des coûts du suivi et des tests diagnostics prénatals.

maintenu de 1987 à 1997, pour augmenter en flèche à partir de 2000. Par ailleurs, selon les rapports statistiques du *Healthcare Cost and Utilization Project* de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), les soins hospitaliers reliés à la grossesse, à l'accouchement et aux nouveau-nés avaient grimpé à 86 milliards USD pour l'année 2006 (Andrews, 2008), puis à 98,4 milliards USD pour 2008 (sur un budget hospitalier national total de 1,2 trillion USD) (Wier et Andrews, 2011). « *A shockingly poor return on investment* », lancent les auteures d'un cri d'alarme, éminentes spécialistes de la santé maternelle (« *Maternal mortality in the United-States : a human rights failure* », Coeytaux, Bingham et Strauss, 2011). Selon un rapport encore plus poussé sur les coûts de la naissance aux États-Unis (Truven Health Analytics, 2013), il appert que le prix payé par les assureurs, et ce pour la courte période allant de 2004 à 2010, a grimpé de 49 % pour l'accouchement vaginal et de 41 % pour la césarienne, tandis que la somme payée par les contribuables quadruplait. Ainsi, le coût moyen d'un accouchement vaginal s'élevait en 2010 à 30 000 USD et à d'une césarienne à 50 000 USD (Rosenthal, 2013). À titre de comparaison, le coût moyen d'une naissance était évalué à 5 829 USD en 1993 pour passer à 11 437 USD en 2007 (en dollars constants) : du simple au double (Leri, Bennett et Leri, 2011). De plus, pour la période 2000-2007, la mortalité néonatale stagnait aux États-Unis autour de 7 pour 1 000 naissances vivantes, alors qu'elle diminuait en moyenne dans les pays de l'OCDE, passant de 7 à 5 ‰. Quant aux bébés de faible poids à la naissance, pour la période 1998-2008, le taux passait de légèrement sous la barre des 8 % à légèrement au-dessus, tandis que la moyenne des pays de l'OCDE se situait à environ 7 %; très loin de la cible de 5 % fixée pour 2010 (*ibid.*)! Enfin, selon les plus récentes données en matière de coût – soit celles de 2010 –, pour un marché de 4 millions de clientes annuellement, les frais reliés à la naissance représentaient donc la faramineuse somme de 146,4 milliards USD... Il n'est pas étonnant que, partout (pas seulement aux États-Unis), on demande aux gestionnaires de rentabiliser les maternités comme des entreprises, on centralise les services, avec pour objectif d'y réaliser 1 200 à 1 500 accouchements par an, par exemple, ce qui déshumanise encore plus les soins, dispensés « à la chaîne »... et oblige à généraliser des interventions (onéreuses) comme le déclenchement et la césarienne sans quoi c'est le chaos organisationnel (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 297).

Pour quelques données sur la situation au Canada, je retiendrai un extrait des faits saillants du rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2006) sur les coûts de la naissance :

En général, les coûts hospitaliers des césariennes sont de plus de 60 % supérieurs à ceux des accouchements par voie vaginale [...]. En 2002-2003, les coûts hospitaliers moyens s'élevaient à environ 2 800 dollars pour les accouchements vaginaux, à 4 600 dollars pour les césariennes et à 7 700 dollars pour les interventions majeures telles que les hystérectomies et les chirurgies réparatrices à la suite d'un accouchement. Au Canada, 24 % des accouchements [ont] été effectués par césarienne en 2002-2003, une augmentation par rapport à 17 % en 1992-1993. [...]

Pour chaque tranche de dix dollars allouée par les hôpitaux aux soins aux patients ayant un séjour de plus de 24 heures, environ un dollar va aux accouchements et aux soins aux nouveau-nés. En dehors du Québec et des régions rurales du Manitoba (pour lesquels des données comparables ne sont pas disponibles), les hôpitaux ont alloué environ 821 millions de dollars aux séjours liés aux grossesses et aux accouchements en 2002-2003 (6 % des frais totaux liés aux patients hospitalisés), et 361 millions aux soins aux nouveau-nés (4 % des frais totaux liés aux patients hospitalisés). Ces chiffres ne comprennent pas la plupart des honoraires versés aux médecins et aux sages-femmes par les régimes gouvernementaux d'assurance-maladie. [...]

En 2002-2003, les régimes gouvernementaux d'assurance-maladie leur ont versé 154 millions de dollars en honoraires à l'acte pour des services obstétricaux (à l'exception des avortements thérapeutiques), ce qui représente environ 1,3 % des paiements gouvernementaux pour tous les services dispensés par les médecins. Les accouchements par voie vaginale représentaient 78 % de la rémunération à l'acte versée aux médecins de famille et aux omnipraticiens qui offrent des soins obstétricaux et 58 % des paiements versés aux obstétriciens-gynécologues.¹⁴

Cette surenchère nous permet de nous faire une image mentale de l'évolution de cette sphère des dépenses depuis les dix, vingt, trente ou cinquante dernières années¹⁵, et de ce qu'elle

¹⁴ Extraits du communiqué de presse diffusé par l'ICIS le 26 avril 2006 sur le réseau CNW Telbec : « Le coût des césariennes est de plus de 60 % supérieur à celui des accouchements vaginaux » (en ligne : <<http://www.newswire.ca/fr>>, consulté le 26 avril 2006).

¹⁵ Pour ma part, les plus « anciens » chiffres que j'ai pu obtenir auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec remontent à... 1986. (Communications personnelles par courriel et par téléphone avec Marc-André St-Pierre, sept. et oct. 2006, sept. 2007.) Il m'a été dit que, dans ce domaine, une période de cinq ans représente une éternité. Lorsqu'on est décideur ou décideuse de politiques de santé publique et de l'allocation des ressources et budgets, comment peut-on avoir une perspective globale de ce qui est en train de se passer si on ne bénéficie pas d'un recul de plus de cinq ans? J'ai eu ma première enfant il y a 18 ans et j'ai pu constater à quel point les pratiques ont radicalement changé depuis ce temps, avec toutes sortes de nouveaux tests diagnostics désormais nécessaires et une conduite des accouchements toujours plus prompte à l'intervention; plus de tests et d'interventions, cela se traduit par des dépenses publiques très élevées. Et on ne peut pas dire qu'aux

sera, si la tendance se maintient, dans un proche avenir. Le rythme est insoutenable, la bulle obstétrico-néonatale montre déjà des signes d'éclatement : primes d'assurance exorbitantes des accoucheurs, désertion de la profession, recours accru aux technologies et aux produits pharmaceutiques en guise de paravent médicolégal, dommages maternels et néonataux collatéraux, crise générale des maternités... Il appert donc que les courbes de l'évolution dans le temps des coûts des soins périnataux et celles de la mortalité/morbidité néonatale et maternelle divergent de façon de plus en plus importante.

D'ici l'éclatement anticipé de la bulle obstétrico-périnatale, il apparaît assez évident que de tels coûts se maintiennent aussi, et surtout, par le fait que la naissance constitue un vaste marché, vers lequel convergent de nombreux intérêts. Si ceux qui en tirent profit aujourd'hui sont en premier lieu les fabricants de produits pharmaceutiques et d'instruments, les assureurs et leurs actionnaires – ainsi que, et de façon non négligeable, tous ceux dont le secteur d'activité repose sur ce que Morley (2003) appelle une « économie de la morbidité néonatale » : néonatalogistes, spécialistes de périnatalogie et avocats¹⁶ –, à l'origine, c'est

années 1990 correspondait une période de relâche sur le plan du suivi médical de la grossesse et de l'interventionnisme obstétrical.

¹⁶ Morley utilise cette expression en conclusion d'un article-choc (« Neonatal Resuscitation : Life that Failed ») qui attaque (et il n'est pas le seul dans le monde médical à le faire) l'incompréhension totale de la physiologie de la transition entre l'alimentation ombilicale du fœtus et la respiration pulmonaire autonome. Au mépris complet de la science, cette incompréhension prévaut depuis plus de deux siècles (!) et permet le maintien de la pratique délétère du clampage immédiat du cordon ombilical, laquelle prive le bébé de 100 ml de sang hautement oxygéné (qui reste dans le placenta au lieu de lui être normalement transfusé *après sa sortie du ventre maternel*), ce qui correspondait au tiers de son volume sanguin, l'équivalent de 1 ¼ l pour un adulte. Erasmus Darwin, grand-père de Charles Darwin, s'élevait déjà contre cette pratique en... 1801 dans son livre *Zoonomia* : « *Another thing very injurious to the child, is the tying and cutting of the navel string too soon; which should always be left till the child has not only repeatedly breathed but till all pulsation in the cord ceases. As otherwise the child is much weaker than it ought to be, a portion of the blood being left in the placenta, which ought to have been in the child.* » (cité dans Morley, 2003) Morley expose avec une grande limpidité comment la réanimation (devenue presque systématique aujourd'hui) des nouveau-nés est dommageable au cerveau en contrecarrant le délicat processus de la transition circulatoire qui s'opère lorsque le cordon est laissé intact jusqu'à ce que les pulsations y aient cessé. Il conclut :

Destruction of physiology invariably produces pathology. Immediate cord clamping (ICC) can destroy the physiology that activates all the life support systems of the newborn child; while ICC may impair the function of various organs, the most vulnerable are the metabolically active areas of the brain where ischemic necrosis produces a lifelong defect. ICC is a very injurious and irrational procedure; those that use it put the newborn, themselves and their profession in jeopardy. Those that use, advocate and promote ICC are invited to explain their morality.

l'établissement même de la profession d'« homme sage-femme » (le futur obstétricien) qui releva d'intérêts pécuniaires. On le verra un peu plus au chapitre suivant, il y eut une prise de conscience historique de la part des médecins du potentiel intarissable de profit que représentaient les enfantements et les nombreuses « maladies » des femmes. Une fois les phénomènes entourant la naissance médicalisés à l'issue de cette entreprise qui se déroula sur quelques centaines d'années, c'est au siècle dernier que devint progressivement admissible pour les décideurs et acceptable pour les contribuables que le domaine de la naissance draine d'énormes subsides, jusqu'à devenir le secteur des soins de santé le plus onéreux entre tous. (Encore faut-il avoir conscience de cet état de choses et je doute que le commun de nos contemporains-es ait une réelle idée de la mesure des coûts associés à la périnatalité...) De manière réciproque, le fait que la maternité en Occident soit entourée d'autant de soins et d'interventions faisant appel à des technologies de pointe valide dans l'esprit des Occidentales et Occidentaux, depuis deux ou trois générations à peine, l'idée que la naissance est *intrinsèquement* un événement à haut risque.

2.2 *Hégémonie narrative et contrenarrations*

Le savoir faisant autorité

La construction des risques de la naissance se fonde ainsi sur une évolution épistémologique. Même si je proposerai plus loin une comparaison entre diverses perceptions ou postulats sur les risques de la naissance à différentes époques, cette idée de « phénomènes intrinsèquement dangereux » n'est valable qu'à partir du 20^e siècle. L'anthropologue Brigitte Jordan, figure bien connue des études sur la naissance, dans son livre *Birth in Four Cultures* (1993) (édité

À l'instar de plusieurs sociétés traditionnelles, le placenta devrait être traité, pour reprendre l'expression de la sage-femme et chercheuse Rachel Reed, comme un « équipement essentiel de réanimation » (Reed, 2011b). Voir également ce blogue consacré exclusivement à ce sujet : <http://cord-clamping.com/>.

L'économie – tant financière que sémiotique – de la morbidité néonatale est à mon sens un aspect absolument essentiel de la réflexion sur l'articulation du conflit fœtomaternel par les soignants-es au cours de la naissance. En opposant les intérêts du bébé à ceux de la mère dans la façon dont on construit et conduit conséquemment la naissance, on cause *aussi* grand tort à celui/celle qu'on prétend sauver. Malheureusement, je n'aurai pu qu'effleurer cette question fondamentale ici et là (quand je traite du mythe du manque d'oxygène à la naissance, par exemple) dans le cadre de cette thèse. J'aurais voulu démontrer comment la médecine obstétrico-néonatale construit et performe l'idée d'une naissance asphyxiant, pour s'arroger le *don du premier souffle* à travers les manœuvres d'oxygénation et réanimation quasi systématisées et, en d'autres mots, *donner la vie* à celui ou celle qui, sans son secours, est condamné-e aux limbes mortinatals. J'y consacrerai certainement de prochains travaux.

quatre fois depuis 1978) ainsi que dans des articles subséquents, examine la notion de « savoir faisant autorité » (*authoritative knowledge*) dans la perspective de son objet de recherche. Elle en donne la définition suivante : il s'agit d'« un savoir qui, à l'intérieur d'une communauté, est considéré légitime, conséquent, officiel, digne objet de discussion et approprié ». Rixa Freeze ajoute à cette définition une précision importante : « Ce n'est pas simplement le savoir de ceux et celles en position d'autorité, comme le terme pourrait le suggérer, mais plutôt un "état réalisé de façon collaborative à l'intérieur d'une communauté de pratique" ». Le pouvoir du savoir faisant autorité réside ainsi dans une adhésion consensuelle, qui lui confère une valeur d'« inquestionnabilité ». Ce savoir n'a pas à être « bien » ou « vrai » ni même « correct »; sa valeur tient à ce qu'il *compte* aux yeux de la majorité. Parfois, des systèmes de savoir rivalisent et coexistent, mais lorsque l'un d'eux est finalement adopté comme faisant autorité – notamment dans le cas qui nous intéresse ici : l'appréhension médicale, focalisée sur le risque, des phénomènes entourant la naissance –, il prend les aspects « d'ordre naturel des choses », délégitimant alors les autres systèmes conceptuels possibles ou antérieurs pour les rendre finalement *impensables*¹⁷ (Freeze, 2008, p. 157-159).

Sous l'horizon épistémologique dans lequel nous interprétons la naissance aujourd'hui, c'est la notion omniprésente du risque qui est la plus difficile à remettre en question, d'autant que celle-ci habite l'ensemble des activités que nous menons, les décisions que nous avons à prendre et nos rapports sociaux. La confrontation du système de savoir sur la naissance qui domine actuellement déchaîne la plupart du temps les passions et la critique généralisée. L'individu-e proposant un autre système de savoir sera taxé-e d'irresponsabilité, de

¹⁷ Thomas Laqueur, dans son érudite présentation du modèle du corps unisexe ayant prédominé de l'Antiquité jusqu'aux 18^e et 19^e siècles (un corps essentiellement indifférencié mais dont l'étalon était mâle) et à l'égard duquel même l'enfantement n'était pas un critère de différenciation décisif (1992, p. 77), décrit de façon remarquable l'ampleur de la difficulté à laquelle nous, ses contemporains-es, faisons face lorsqu'il s'agit d'aborder et de comprendre la persistance d'un modèle révolu, en d'autres mots repenser ce qui nous est devenu impensable :

Les thèses empiriquement testables de l'ancien modèle, qui représentent l'idée transcendante qu'il n'existe qu'un seul et unique sexe en même temps qu'elles sont représentées par elles, sont si outrées pour l'imagination scientifique moderne qu'il faut consentir un considérable effort d'imagination pour comprendre comment des gens raisonnables ont jamais pu y adhérer. C'est un effort qui en vaut la peine, ne serait-ce que pour ébranler la stabilité de nos propres constructions de la différence sexuelle en mettant en évidence les soutiens d'une autre vision et en montrant que les différences qui font la différence sont historiquement déterminées. (p. 96)

narcissisme, d'égoïsme. Puisque les décisions relatives à la naissance impliquent un-e « autre », le fœtus – dont l'existence et l'humanité sont aujourd'hui entièrement acceptées par nos sociétés¹⁸, les femmes enceintes qui envisagent des options ou font des choix à contre-courant de ceux de la majorité se heurtent très fréquemment à cette imparable accusation : mettre la vie du bébé en danger, d'abord, et risquer la leur, ensuite. Car qui détient l'autorité de la définition du risque définit en même temps les paramètres de la moralité : une femme qui rejette le cadre de référence obstétrical en tant qu'assurance tous risques et omet de se plier aux impératifs de suivi et d'assistance sera automatiquement blâmée en cas d'événement fâcheux. Une mort ou un accident à l'hôpital ne soulève pas de questions morales; une mort ou un accident à domicile est par contre le résultat d'un comportement à risque : « par une curieuse inversion des présomptions habituelles, les femmes qui s'en remettent entièrement aux praticiens-nes sont jugées plus morales que celles qui demandent à prendre certaines responsabilités pour elles-mêmes et leurs bébés »¹⁹.

Comme le souligne Freeze, la notion de sécurité, toujours en opposition à celle de risque – car qui se collette de nos jours aux discours sur la dangerosité de comportements ou de phénomènes doit user d'arguments portant sur la sécurité –, est en fait indisputable : « Les arguments sur la sécurité ne sont seulement que la couche superficielle d'une lutte acharnée au sujet de qui détient l'autorité de définir la réalité. » (p. 197) Mais bien qu'indisputable selon une perspective épistémologique qui concéderait à tout être humain « normalement constitué-e » les aptitudes sensibles et cognitives pour définir la réalité à partir de ses propres perceptions, intuitions, compréhensions, ou, plus simplement, selon une perspective citoyenne où toute personne majeure est libre de décider pour elle-même, on fait de la sécurité en matière de naissance l'enjeu d'un débat sur la propriété de la connaissance, c'est-à-dire :

Une lutte à savoir qui – si seulement il doit y avoir quelqu'un – devrait avoir le monopole de départager les comportements appropriés des comportements qui ne le sont

¹⁸ Même si le fœtus n'a pas de personnalité juridique dans la plupart des États occidentaux, de nouvelles dispositions légales en plusieurs endroits du monde font en sorte que cette donne change rapidement (voir la dernière partie de la note 28, chap. IV).

¹⁹ Paraphrase et citation de Nadine Pilley Edwards (*Birthing Autonomy: Women's Experiences of Planning Home Births*, New York: Routledge, 2005), p. 91; extrait tiré de Freeze (2008), p. 255.

pas. Cette lutte porte sur le contrôle social et sur jusqu'où notre culture est prête à tolérer la dissension et la différence. Le débat sur la sécurité siège au cœur d'un fossé philosophique fondamental entre l'autonomie des femmes et le contrôle institutionnel (p. 198).

Le monopole multilatéral sur la naissance : un contrat coercitif pour les femmes

Même si le nœud du problème est que l'enfantement ne devrait pas être envisagé comme un « événement uniforme dont la vraie signification et la nature réelle [seraient] universelles et potentiellement accessibles à tous-tes », il n'empêche que l'existence actuelle d'un monopole multilatéral sur la naissance qui se traduit par la possession par le domaine biomédical à la fois « de l'autorité professionnelle, des ressources matérielles et de ce qui peut être appelé *capital linguistique*²⁰ » détermine en amont ce qui constitue pour les femmes un choix légitime, responsable et moral, tout en constituant pour elle un « contrat coercitif²¹ ». Pour l'essentiel, l'issue de ce débat sur la possession du savoir légitime la contrainte sociale (et désormais légale) de la liberté des femmes *dès qu'elles font le choix de l'expérience de la maternité biologique (c'est-à-dire qui acceptent de mener une grossesse à terme)* – ce qui représente rien de moins qu'une forme de discrimination basée sur le sexe, qu'on ne reconnaît pas encore comme telle²².

Ainsi, dans le cadre d'une étude qui se veut une entreprise de validation de contrenarrations sur la naissance (en tant qu'événement intime et singulier), Rixa Freeze adopte-t-elle une perspective ascendante (*from the bottom up*) du concept de sécurité qui part des femmes elles-mêmes, une position en droite ligne avec le paradigme indiciel, une validation de la construction empirique et singulière des savoirs, centrée sur l'expérience personnelle et incarnée (*embodied knowledge*) – et féminine dans le cas présent –, qui est aussi la mienne à l'égard de l'investigation sémiotique de l'« objet accouchement ». Cette perspective permet d'avancer une notion de sécurité plus large que celle qui se résume à la formule « la mère et

²⁰ Paula A. Treichler (1990), p. 113-138; citée dans Freeze (2008), p. 257. Je souligne.

²¹ Expression empruntée à Edwards, *op. cit.*, p. 105; tirée de Freeze, *ibid.*

²² Sauf par une organisation telle que la *National Advocates for Pregnant Women*, un regroupement d'avocates pour la défense des droits des femmes enceintes et des parturientes, qui documente le phénomène de « criminalisation de la grossesse » et recense de plus en plus de cas où des femmes durant la période périnatale se voient privées de leurs droits constitutionnels fondamentaux. Voir leur site : <<http://www.advocatesforpregnantwomen.org/>> (consulté le 19 oct. 2012).

le bébé se portent bien » – au sens parfois minimaliste d’« être en vie » – de laquelle la dimension expérientielle est insécable, et encore moins opposable (sous la forme : ou bien la sécurité, ou bien la qualité d’expérience). Bref, une sécurité – autant pour la mère que l’enfant à naître – garantie et optimisée d’abord et avant tout par le bien-être (émotionnel, physique et même spirituel) de la principale intéressée. Une auteure comme Pamela Klassen a parlé à cet égard de la revendication d’une « éthique de la naissance », qui ne peut être réduite au calcul bénéfices-risques dont rendent compte les statistiques sociosanitaires, mais qui, plutôt que de la refouler dans l’irreprésentable, l’innommable, l’*ob-scène* (de Certeau, 2007), recouvre et embrasse la mort comme l’un des risques possibles de la naissance... intrinsèque à la vie elle-même²³.

La contestation organisée des groupes d’intérêts

À propos de l’énonciation contrenarrative, je saurai gré une dernière fois ici à Freeze d’avoir mis en lumière les travaux de Craig J. Thompson²⁴, directeur du département de marketing de l’*University of Wisconsin School of Business*, sur le doute réflexif au sein d’une communauté de consommatrices, consommateurs²⁵, celle des partisans-es de l’« accouchement naturel ».

²³ Pamela E. Klassen, *Blessed Events: Religion and Home Birth in America*, Princeton : Princeton University Press, 2001, p. 46-47; citée dans Freeze (2008), p. 242.

²⁴ Craig J. Thompson, « Consumer Risk Perceptions in a Community of Reflexive Doubt », *Journal of Consumer Research*, no 32 (sept. 2005), p. 245-46; *Id.*, « What Happens to Health Risk Perceptions When Consumers Really Do Question Authority? », *Association for Consumer Research*. En ligne : <<http://www.acrwebsite.org/topic.asp?artid=356>> (consulté le 4 janv. 2011).

²⁵ Pour une analyse sociologique de l’expérience récente de la mise en branle d’un mouvement citoyen dynamique et concerté en périnatalité dans le monde francophone et tel que rendu possible par l’arrivée d’internet, on peut lire l’article « Naissance d’une communauté virtuelle » de Bernard Bel (2003). Ce mouvement est aujourd’hui étroitement lié à une action internationale sans précédent, qui se traduit par des actions telles que la Semaine mondiale de l’accouchement respecté (SMAR), avec des activités annuelles recensées dans une quinzaine de pays sur trois continents, ou l’Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IMBCI : *International MotherBaby Childbirth Initiative*) et des regroupements comme l’Alliance francophone pour l’accouchement respecté (AFAR), le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) en France, le Réseau européen des associations de périnatalité (ENCA : *European Network of Childbirth Associations*) et la *Coalition for Improving Maternity Services* (CIMS International), d’origine américaine, ou encore, tout récemment, la *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*, à qui l’on doit la rédaction de la toute première Charte des droits des femmes en période périnatale (*Respectful Maternity Care : The Universal Rights of Childbearing Women*). Voir également « Les “communautés virtuelles” au service d’une approche citoyenne de la périnatalité » (Bel, 2005), ainsi que les travaux récents menés par la sociologue Madeleine Akrich : « Les associations d’usagers dans le domaine de la périnatalité : un engagement

S'il a été plus tôt question de la notion de santé dans le cadre d'une économie capitaliste, cette fois la perspective consumériste, typiquement capitaliste certes, est-elle mise au service du remaniement des cadres de référence habituels sur les moyens de préservation de la santé, au sens où la réflexion critique vise à défendre une réalité de substitution et proposer des frontières ou des évaluations divergentes de la notion de risque. Bien entendu, nous nous situons toujours ici dans le cadre référentiel d'une logique du risque, mais cette fois, des « groupes de consommateurs²⁶ » la prennent à bras le corps, mettant en doute la parole sacrosainte des « experts ». Pour être opératoires, les mécanismes de régulation et de gouvernance responsables de la protection du bien-être public doivent recevoir une adhésion tacite générale de la part des consommateurs et consommatrices. C'est le cas aujourd'hui à l'égard de la nécessité de médicaliser les processus entourant la naissance. Selon Thompson, le fait d'appréhender la naissance comme un événement risqué et d'y répondre par la médicalisation est le résultat du processus de socialisation par lequel nous avons intégré « une culture du risque particulière en intériorisant un ensemble de jugements heuristiques communs naturalisés (c'est-à-dire traités en tant que réalité prise pour acquise) » (voir Freeze, 2008, p. 244). Au sein de la culture du risque qui est la nôtre, les comportements relatifs à la santé sont tout particulièrement ceux à l'égard desquels nous croyons qu'il existe une distinction franche et indisputable entre comportements « sécuritaires/protecteurs » et comportements « risqués/nocifs », une distinction indisputable du moins parmi les gens dits raisonnables et instruits.

Ainsi, les groupes organisés de consommatrices de services de maternité opposeront à ce système heuristique opératoire un « doute réflexif » que Thompson décrit comme une réflexion critique bivalente : celle-ci porte d'abord « sur les risques que posent des systèmes technologiques complexes et, en second lieu, [sur] les forces institutionnelles, politiques et économiques qui modèlent la détermination des niveaux de risque acceptable par les experts et les autorités socialement sanctionnées » (p. 241). L'élaboration de « scénarios de risques »

fondé sur la connaissance? » (Akrich, Leane et Roberts, 2012); « Practising childbirth activism : a politics of evidence » (Akrich *et al.*, 2012).

²⁶ On pourrait préférer ici l'expression « groupes citoyens », associée à la vie démocratique plutôt qu'au pouvoir d'un groupe donné qui s'exprime par le poids de la détention (ou de la rétention) de capitaux.

différents constitue la modalité contrenarrative du doute réflexif, laquelle, dans le monde des défenseurs-es de l'accouchement dit naturel, se traduit par des arguments qui tombent sous trois principales catégories. La première catégorie est celle qui propose un déplacement de focalisation : il s'agit de faire la démonstration que des activités courantes réputées plutôt sécuritaires – conduire une voiture, emprunter les escaliers de sa propre maison (parmi tous les autres risques d'accident domestique), traverser une rue à pied, etc. – sont associées à un risque de mort ou d'accident grave bien supérieur à ce que l'enfantement se traduise par une issue funeste pour la mère ou pour le bébé (dans des conditions d'hygiène minimales et d'accès suffisant à l'eau potable et à la nourriture). L'obstétricien-gynécologue français Paul Cesbron recourt pour sa part à une analogie pour délier l'association permanente que l'on fait, dit-il, en ce domaine entre pathologie et physiologie : « Tout sujet bien portant peut faire une mauvaise chute dans une course en montagne, il ne viendrait à personne l'idée d'assurer un accompagnement sanitaire à toute randonnée. Les accidents y sont pourtant plus fréquents que lors d'un accouchement physiologique. » (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 328) Pourtant, on évite le plus souvent de porter quelque attention au danger réel de ces activités courantes.

Il s'agit ici de souligner l'aspect relatif de la perception du risque, pour mieux contrer la rhétorique de l'« agitation du linceul » (*shroud-waving*)²⁷, comme on agite un drapeau en signe de mise en garde, assénée aux femmes qui veulent soustraire leur maternité au tout-(hyper)médical et les décourager de critiquer le système en place érigé, clame-t-on, « pour leur salut » et leur plus grand bien. Hélène Vadeboncœur utilise par exemple un outil comme l'« échelle de Paling²⁸ » pour relativiser par une représentation graphique certains risques obstétricaux en les comparant aux risques d'activités usuelles (2012, p. 96). Le second type d'arguments vise à mettre l'accent sur les risques associés aux protocoles et interventions obstétricales de routine ainsi que, ajouterais-je, aux impacts et interférences du milieu hospitalier sur le processus spontané d'enfantement (argument neurobiologique, évolutionniste et mammalien). Le troisième type regroupe les arguments de nature sociohistorique : ceux-ci mettent en lumière les forces politiques et sociales qui ont concouru

²⁷ Cette expression est de l'anthropologue sociale et spécialiste de la naissance, Sheila Kitzinger, citée dans Murphy-Lawless (1998), p. 18.

²⁸ Voir le site du *Risk Communication Institute* : <<http://www.riskcomm.com/scales.php?p=3>> (consulté le 21 sept. 2012).

à ce que l'accouchement devienne un événement médical et public plutôt qu'intime et communautaire, situent historiquement la déchéance du savoir et du modèle de soins sage-femme dans le cadre d'un projet politique, et illustrent enfin comment la formation et la pratique médicales contemporaines, assorties au culte de la technologie, renforcent la position dominante de la médecine sur la naissance (Freeze, 2008, p. 242). Les chapitres III et IV illustreront bien ces deux derniers types d'arguments.

L'imaginaire du risque et les politiques publiques

Pour illustrer par un cas concret la nature des enjeux auxquels on se collette lorsqu'il est question de confronter la perception démesurée du risque aux données épidémiologiques, je prendrais un article de Thomas B. Newman, professeur d'épidémiologie, de biostatistique et de pédiatrie, intitulé « *The Power of Stories over Statistics : Lessons from Neonatal Jaundice and Infant Airplane Safety* » (2004). Cet article s'inscrit tout à fait dans la perspective de la construction narrative, illustrant comment le récit social alimenté (voire surnourri) par les médias oriente des politiques publiques qui ne devraient pourtant pas résister à une analyse rationnelle. L'auteur y décrit comment l'enflure de la peur associée à des cas précis de morts d'enfants ayant frappé lourdement les esprits (de rares cas de jaunisses néonatales mortelles ou celui du décès d'un très jeune enfant à la suite d'un accident d'avion, décès attribuable à l'absence de siège d'appoint) – et parce que ces cas ont été fort médiatisés – a mené à l'adoption de normes qui, dans les faits, pour l'un et l'autre cas, ont entraîné un bilan bénéfices-risques négatif. D'une part, les mesures de surveillance déployées et l'extension du séjour hospitalier destinées à prévenir l'ictère nucléaire du nouveau-né ne présentaient qu'un bénéfice infime relativement aux coûts engendrés par leur application. D'autre part, pour le cas des sièges d'appoint, la solution envisagée déplaçait le problème en faisant augmenter grandement les risques sur un autre plan qui, cette fois, frappait moins l'imaginaire : ainsi, les études avaient démontré que l'installation de sièges d'enfants dans tous les avions des lignes intérieures aux États-Unis allait entraîner une augmentation suffisante du coût des billets pour qu'une proportion non négligeable de la clientèle privilégie la voiture pour les déplacements qu'elle effectuait jusqu'alors en avion, ce qui se traduirait par la hausse des morts d'enfants lors d'accidents de voiture... Malgré ces « études d'impacts », on a tout de même recommandé l'installation de sièges d'enfants à bord des avions. Dans le monde des soins

gynécoobstétricaux et de la médecine périnatale, les exemples de rapports bénéfiques-risques négatifs de pratiques, d'usages et d'interventions courantes sont légion : la bulle obstétricale en est l'effet le plus patent. Ainsi, on retrouvera plusieurs illustrations concrètes du phénomène, commentées chaque fois, dans le cours de cette thèse.

2.3 *À la naissance comme à la guerre – un paradigme puissant*

L'enflure actuelle de la construction narrative du risque de la naissance a donné lieu au paradigme hyperbolique que j'ai décelé dans de nombreux textes des champs médiatique et scientifique contemporains, une image explosive qui fait une sorte d'écho à celle de la bulle médicale décrite plus tôt. À première vue, le paradigme guerrier pour parler d'accouchement semble venir d'âges lointains; a priori donc, pas de nouveauté ici. L'historienne Yvonne Knibiehler l'atteste pour l'Antiquité : « Les souffrances et les périls que l'accouchement impose aux femmes sont représentés dans l'Antiquité comme équivalents à ceux que les hommes affrontent à la guerre. » (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 29) Pour sa part, Mireille Laget, dont l'enquête historique porte sur la période qui va du 17^e siècle au début du 20^e siècle en France, évoque cette « épreuve » dont mère et enfant doivent triompher et l'importance du récit dans le façonnement de l'imaginaire individuel et collectif autour de ces sujets centraux que sont les guerres et les naissances :

On transmet donc des souvenirs tragiques, de génération en génération, de voisins à voisins, et une peur quasi rituelle paraît être un élément fondamental du patrimoine culturel féminin. Nos grands-mères, au moment de la naissance de leur enfant, disaient, si c'était un garçon : « il faudra qu'il fasse la guerre », et si c'était une fille : « elle souffrira ce que j'ai souffert pour accoucher ». L'enfantement n'est-il pas à la femme ce que la guerre est à l'homme? Jusqu'à la vieillesse, elle raconte ses accouchements comme l'homme raconte ses batailles. Il est des tribus d'Amérique où la sage-femme, pendant les couches, pousse des cris de guerre qui concrétisent cette correspondance. (Laget, 1982, p. 171-172)

La correspondance posée ici entre l'accouchement et la guerre se situe sur le plan de leur valeur dramatique dans l'histoire à la fois sociale et personnelle, au sens où l'analogie *distingue* expériences féminine et masculine pour les comparer plus qu'elle ne les associe, et renforce en même temps le concept de la différenciation sexuelle. Ailleurs cependant, Laget insiste sur le fait que l'« étalage d'horreurs » de l'abondante littérature des médecins du 18^e siècle a faussé notre vision de l'accouchement d'autrefois (p. 240). On peut affirmer que cette

époque a élevé le récit natal au rang de réelle dramaturgie (il s'agissait de mener une bataille sans merci contre les sages-femmes pour éradiquer leur pratique), conférant à ce type de « littérature » une étroite parenté avec le récit guerrier où il est de bon ton d'exagérer les périls et les victoires (on n'a qu'à penser à la médiévale *Chanson de Rolland* comme archétype du genre...).

Coauteur avec Knibiehler, Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien, apporte un contrepoint important : « Certes les femmes ont depuis des temps immémoriaux une expérience directe et précise des dangers mortels de l'accouchement. Mais elles ont aussi l'expérience de son habituelle simplicité. » (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 29) Cette phrase, saisissante par sa valeur oxymorique, pourrait en elle-même représenter le terreau duquel se nourrit le doute réflexif à l'égard de la naissance : un parfait antagonisme dans la construction/perception de l'événement. Mortel, mais simple? Facile ou fatal? Et le cours de l'événement serait susceptible de glisser de l'un à l'autre en un instant (d'après la rhétorique de la complication obstétricale impossible à anticiper...)? Bien sûr, les femmes d'autrefois avaient une expérience quasi continue de la grossesse, ce qui rendait la succession des naissances et des fausses-couches plutôt banales à leurs yeux, mais je doute qu'il s'agisse là de pure résignation devant le destin et d'acceptation tacite de la fatalité. Laget confirme :

La femme mariée d'autrefois considère que l'état de grossesse fait partie de sa vie; sans surprise, sans calculs. Lorsqu'on vit dans l'état de mariage, l'attente d'un enfant revient comme la maturation des fruits, et la récolte sera bonne ou sera perdue, de même l'enfant arrivera à la vie ou non. On le vit sans révolte. Les rares femmes qui ont fait, au XVIII^e siècle, le journal de leur vie familiale mêlent des allusions à leur grossesse et à leur accouchement au déroulement des événements extérieurs, sans changement de ton, sans attendrissement sur leur propre sort. (Laget, 1982, p. 44)

La résignation dont elles faisaient preuve était peut-être plutôt à l'égard de la grande mortalité néonatale et infantile, dont on les tenait d'ailleurs responsables (non-respect des interdits, susceptibilité aux forces maléfiques, pensées et émotions tératogènes...) (p. 44-46) (voir aussi : Darmon, 1977; Gélis, 1984). En fait, cette proximité, voire cette coprésence, entre des issues tout à fait opposées – donner la vie/mourir en couches – dans un même phénomène n'est possible à mon sens que sous l'horizon épistémologique historiquement récent où la « santé », le « normal », le « physiologique » sont définis par la négative, c'est-à-dire des états qui n'existent qu'en l'absence et jusqu'à la survenue (toujours potentielle) de la

pathologie (voir Canguilhem, notamment; ou Sontag). Elle s'applique mal à l'imaginaire de la naissance d'autrefois. Il est aussi difficilement soutenable que les femmes enceintes d'« avant l'âge de la clinique » (pour paraphraser le titre de l'ouvrage de Laget) abordaient la perspective de leur enfantement imminent à la fois avec terreur et avec simplicité. À moins que la grossesse ait jadis maintenu les femmes dans un état schizophrène rendant possible en même temps l'anticipation de sa mort éventuelle et une neutralité devant le cours des événements de la vie fertile... En ce sens, si enfanter et guerroyer ont été représentés comme analogues, c'est avant tout pour leur dimension rituelle, marquant traditionnellement des moments fondamentaux du passage à la vie adulte pour les filles et les garçons dans bien des cultures²⁹. Or, la littérature médicale, à partir du 18^e siècle, récupère et transforme l'analogie, lui conférant le statut de métaphore, au point où, littéralement, l'accouchement *deviendra* une guerre, un événement construit comme plus meurtrier que donateur de vie. Sans oublier les autres idées que contient le paradigme : défense, conquête, ennemi à abattre. C'est donc la *mutation de l'analogie en métaphore* qui est la nouveauté que j'ai pu observer sur ce plan dans l'évolution de la construction du phénomène naissance.

La mise au point de l'ocytocine de synthèse : première « arme de guerre »

Une étape essentielle sur le chemin de l'approche de la naissance comme guerre est la découverte de l'hormone ocytocine et de ses effets sur l'utérus. Le début de la production synthétique de cette hormone – on le verra en détail au prochain chapitre – apparut plein de promesses aux obstétriciens à l'aube du 20^e siècle, bien que cet enthousiasme fut condamné par certains. On eut tôt fait de réaliser qu'on allait maintenant détenir la clé du déclenchement opportun du travail³⁰ et pallier ce qui apparaissait comme l'une des plus grandes problématiques de l'enfantement : son imprévisibilité. Je traiterai au chapitre III de la place et

²⁹ Tout comme le mythe de la chute du jardin d'Éden (étymologiquement : utérus), où l'homme et la femme, après avoir goûté au fruit de la connaissance (et non à une pomme, autre méprise étymologique), prennent conscience de leur nudité (de leur capacité procréatrice) et ainsi de leurs futures responsabilités d'adultes maintenant sortis du giron maternel : elle, donner la vie; lui, travailler, cultiver, nourrir les siens (pour reprendre une lecture psychanalytique du texte biblique).

³⁰ Ce n'est cependant plus si clair aujourd'hui : on a découvert que l'utérus possède des récepteurs d'ocytocine qui se développent au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse (Claude-Émile Tourné utilise l'expression « imbibition gravidique »), ce qui vient expliquer les échecs de déclenchement artificiel du travail pour des grossesses statistiquement – mais non physiologiquement – « à terme ». De telles situations mènent quasi automatiquement à la césarienne selon les protocoles et pratiques généralement en vigueur.

du rôle des procédures d'induction du travail dans le cours de l'histoire de la performativité obstétricale. Pour l'instant, j'aborderai spécifiquement l'inscription de cette intervention dans l'optique des représentations catastrophiques de l'accouchement et de la construction symbolique du phénomène. Il faut aussi prendre en compte que le déroulement de cette étape est concomitant de la montée de la métaphore militaire dans la médecine en général, symbolisation qui avait émergé en Europe dans les années 1880 pour s'accroître grandement durant la Deuxième Guerre mondiale (Oakley, 1984; voir aussi Sontag, 1993), mais ce qui est inédit est l'extension à un système du corps féminin en entier d'une construction mentale qui référerait d'abord aux vecteurs de la maladie, puis aux agents pathogènes.

Le premier obstétricien à envisager l'usage de l'ocytocine aux fins de déclenchement du travail, Charles B. Reed, en 1920, s'exprimait en ces termes : « *Whether or not the maturity of the child be generally accepted as a satisfactory and legitimate basis for bringing on the labor, at all events our ability to produce the delivery at will is an important addition to our obstetric armamentarium.* » (Block, 2007, p. 39) Dans une formulation laissant supposer que l'intérêt pour la pratique se place au-dessus de l'intérêt pour l'enfant à naître, ce mot latin, *armamentarium*, introduit dans la langue anglaise à la fin du 19^e siècle dans la sphère médicale, est assez évocateur au plan symbolique, signifiant à la fois « arsenal » et « armement ». On y voit poindre ce à quoi correspond de plus en plus l'accouchement pour les obstétriciens, d'abord en raison de son caractère jusqu'alors imprédictible : un assaut guerrier, une attaque ennemie. L'analogie balistique est aussi utilisée pour mettre en garde de ne pas aggraver un phénomène déjà dangereux : ainsi, en augmentant l'intensité et la durée des contractions utérines, « celles-ci peuvent atteindre une violence provoquant la rupture de l'organe si la résistance à l'avancée du projectile (le bébé) est plus grande que la robustesse de la paroi de la chambre d'explosion (l'utérus)³¹ »; « *[f]orces may be set in motion which cannot be controlled [... and] such violence will destroy the whole internal pelvic architecture* » (DeLee, 1940). Littéralement, l'« enceinte (la citée) maternelle » ne doit pas être détruite dans la manœuvre... Bien sûr, la panoplie d'outils obstétricaux – probablement la discipline médicale qui détient la plus vaste collection d'instruments fabriqués tout au long de

³¹ Je traduis.

son histoire³² –, conjuguée aux nouvelles « armes » chimiques du 20^e siècle, contribue grandement à cette impression que l'obstétrique approche l'accouchement tel un maréchal la stratégie militaire. Et comme le dit l'adage, la meilleure défense est souvent l'attaque! Les mises en garde de DeLee ou d'autres n'ont pas pour autant freiné la marche constante du progrès obstétrical, et il apparut plus avantageux à la majorité des praticiens de déclencher la réaction, et ainsi influencer en amont sur le déroulement des événements, que de se laisser surprendre à toute heure du jour ou de la nuit. Pour renforcer cette idée que l'accouchement est approché comme une bataille, des entrevues récentes menées auprès d'obstétriciens et obstétriciennes dans le cadre d'une étude sur les communications infirmières-médecins ont relevé l'emploi répété du mot « agressif » pour qualifier le mode d'administration de l'ocytocine qu'ils ou elles privilégiaient : « Le facteur principal [pour la bonne conduite de l'accouchement], c'est une infirmière qui n'a pas peur du "Pit", qui est capable de gérer activement le travail et d'être agressive en l'augmentant de façon régulière.³³ » (cité dans Block, 2007, p. 15) Il faut savoir que « Pit » ici est un diminutif de Pitocin, l'un des noms commerciaux de l'ocytocine de synthèse. La connotation plutôt badine de ce diminutif ajoute néanmoins à mon sens à la banalisation de la procédure.

Bombe à retardement et catastrophe naturelle

Poursuivons l'analogie. Comme à la guerre, parer à l'attaque malgré quelques « dommages collatéraux » et prendre l'ennemi de court vaut mieux que riposter. La mère et l'enfant sont appréhendées comme étant à la merci d'une issue funeste pour peu qu'on ait mal anticipé la survenue de l'accouchement et qu'on n'arrive plus à contenir les débordements d'un phénomène toujours susceptible de s'emballer. C'est dans une telle perspective que s'inscrit cette thèse assez universellement admise dans le monde obstétrical qu'*un accouchement ne peut être déclaré eutocique*³⁴ (c'est-à-dire normal) *qu'a posteriori*. Les auteures-vedettes Ricki Lake³⁵ et Abby Epstein décrivent ainsi dans leur récent ouvrage grand public *Your Best*

³² Pour s'en convaincre, on n'a qu'à feuilleter le volumineux et effrayant ouvrage d'iconographie obstétricale d'Harold Speert (1973).

³³ Je traduis.

³⁴ Il s'agit de l'antonyme du terme fourre-tout « dystocique » dont je traiterai plus amplement au prochain chapitre.

³⁵ Ricki Lake est une animatrice télé bien connue aux États-Unis.

Birth (2009) les représentations de la naissance telles que rendues par ce que j'appelle pour ma part les télérealités de la naissance, les émissions étatsuniennes *Maternity Ward* et *A Baby Story*, ou encore leur pendant québécois *Quand passe la cigogne*, diffusé à Canal-Vie :

La manière dont nous voyons dépeinte la naissance à la télévision et dans les films est une expérience réellement effrayante. Nous ne voyons rien [qui soit du registre] doux et paisible [de certains accouchements]. Cela ne ferait pas de la très bonne télévision. Les scènes qui nous restent à l'esprit débutent avec les portes d'un département d'obstétrique que l'on voit brutalement ouvertes par une civière sur laquelle est transportée une femme enceinte en panique.³⁶ La civière fonce vers nous, tandis que médecins et infirmières courent à côté, traînant le sac de la perfusion intraveineuse. La naissance en crise! Le mari incrédule tente de tenir la main de sa femme et de la rassurer : « Tout va bien se passer. Il ne va rien t'arriver. Tu t'en tires super bien. » On peut voir dans ses yeux qu'il ne croit pas un traître mot de ce qu'il dit, et nous non plus. La mère n'est pas l'héroïne de cette scène, c'est le médecin. Il est en train de les sauver elle et le bébé des périls de son corps dysfonctionnel.³⁷

Cette scène canonique des télérealités de la naissance rappelle étroitement celles des films de guerre, alors que la vie des soldats blessés se joue en quelques secondes lors d'un sauvetage – catastrophe. En fait, elle est ainsi construite par le montage prisé dans ces séries, surtout dans leurs versions étatsuniennes, imposant cette forme de dramatisation³⁸. Cependant, selon l'avis de Lake et Epstein, une telle appréhension de la naissance ne relève pas que du registre de la représentation, elle est mise en acte au quotidien dans les pratiques obstétricales. Ainsi poursuivent-elles l'analogie martiale :

³⁶ C'est exactement sur cette représentation que s'amorce le sketch « The Miracle of Birth » du film *The Meaning of Life* des Monty Python (1983) (voir chap. III).

³⁷ Je traduis.

³⁸ Lors du colloque *Obstétrique et santé publique : élargir les perspectives sur les réalités de la naissance* qui a eu lieu à Montréal en novembre 2004, Manon Niquette, professeure de communications à l'Université Laval, et moi-même avons présenté un atelier analysant justement ce que traduit le montage, le langage télévisuel et les choix de réalisation d'extraits de ces télérealités. On retrouve un compte-rendu de cet atelier dans le document synthèse *Perspectives sur les réalités de la naissance : Échos d'une conférence* (Rivard, 2006).

Autre exemple : le 11 avril 2009 à Sherbrooke, dans le cadre d'une projection du documentaire *Le Premier Cri* (de Maistre, 2007) construit autour de dix naissances dans dix cultures différentes aux quatre coins du monde, l'une des protagonistes du film, Vanessa, une Québécoise ayant accouché de son premier bébé sans assistance médicale dans un écovillage au Maine, racontait comment la naissance a été scénarisée pour les besoins du film, alors que la réalisation a fortement dramatisé l'épisode de la rétention placentaire, accentuant ainsi l'aspect « risqué » de cette naissance hors cadre.

Les hôpitaux et la plupart des médecins abordent le travail comme une crise. Remarquez comment ils vous entreprennent en vous menant à la salle de triage, et souvent, de surcroît, en fauteuil roulant. Est-ce sérieux, leur affaire de triage? Triage est un terme hérité des champs de bataille où l'on érige un hôpital d'urgence afin de permettre au personnel médical de déterminer qui des blessés pourra être traité et qui ne survivra pas. Le triage est une méthode d'allocation de ressources limitées. Cela semble exagéré, mais il s'agit d'une fenêtre sur le modèle médical de l'accouchement, celui qui a cours dans la plupart des hôpitaux, là où 99 pour cent des femmes donnent naissance dans une atmosphère de crise. C'est un endroit où des batailles rangées se livrent et les Américaines sentent qu'elles doivent y venir avec en main un plan de naissance défensif et accompagnées d'une petite armée de supporters pour les aider à se défendre face aux manœuvres d'un personnel rusé obéissant aux ordres venus d'en haut quant à la manière de mener l'accouchement.³⁹ (*ibid.*)

Ainsi nombre de narratifs, qu'ils appartiennent au registre de la fiction, de la pseudoréalité de la télévision-vérité, de la littérature scientifique ou populaire, construisent la naissance comme une attaque. Un article repéré dans le journal *La Tribune* de Sherbrooke du 29 janvier 2008 est sur ce plan tout à fait exemplaire, car il va jusqu'à décrire le fait divers d'un accouchement inopiné⁴⁰ dans des termes appartenant au registre sémantique de l'attentat terroriste, d'un spectaculaire accident ou de la catastrophe naturelle. Ainsi peut-on lire qu'« une impressionnante chaîne d'opération de services d'urgence s'est mise en branle, tard lundi soir, lors de l'accouchement d'un enfant [sic] dans une résidence » : « les pompiers [...] stabilisent la scène », « des policiers accourent sur place aussi », des ambulanciers « prennent la situation en main » et, une fois l'enfant au monde, un médecin « à son tour prend le contrôle des opérations »⁴¹. Comme l'écrivent les anglophones, voici une belle illustration de l'appréhension de l'accouchement comme « *a disaster waiting to happen* », expression qui se traduit de façon éloquente en français par « une bombe à retardement ». Dans le même registre, cette citation repérée par Freeze d'une chroniqueuse du *Calgary Sun* : « Donner

³⁹ Je traduis.

⁴⁰ Selon les données des services d'urgence, les accouchements inopinés et précipités – plutôt fréquents –, qui surviennent à la maison ou souvent durant le transport en route vers l'hôpital, sont réputés particulièrement faciles et exempts de complications. Laura Shanley compile sur une page de son site *Bornfree* des articles de journaux sur les accouchements non assistés et aussi sur les accouchements inopinés remontant aux années 1950 : <http://www.unassistedchildbirth.com/media/ubnews.html> (consultée le 13 janv. 2012). Malheureusement, la plupart des articles en ligne référencés – ceux qui n'ont pas été recopiés sur son site – ont depuis disparu du Web.

⁴¹ Claude Plante, « Les services d'urgence accourent pour un accouchement », *La Tribune*, 29 janvier 2008). C'est moi qui souligne.

naissance est extrêmement dangereux et à moins que vous ne soyez un soldat entraîné au combat, c'est probablement la chose la plus périlleuse que vous ne ferez jamais.⁴² » (Freeze, 2008, p. 194); ou encore « la naissance est un événement naturel, aussi l'est la mort, mais permettre qu'il en soit ainsi est une toute autre histoire » (Murphy-Lawless, 1997, p 18, citant un obstétricien anglais) pour mieux marquer l'idée d'une proximité, et assimiler la première à la seconde : sans intervention, la naissance *ferait mourir*, un argument (qui n'en est pas un) souvent repris.

Dans sa préface au livre de Lake et Epstein, Jacques Moritz, directeur du service de gynécologie du St-Luke's-Roosevelt Hospital à New York, décrit pour sa part comment, ces dernières années, le poste central du département d'obstétrique des grands hôpitaux s'est littéralement transformé en quartier général :

À l'étage de [notre] département, la première chose que vous remarqueriez, ce sont deux écrans plasma de 150 centimètres affichant des tableaux de données telles que : rythme cardiaque fœtal, lecture de pression intra-utérine, pression sanguine, oxymétrie de pouls, et la liste continue. Face à ces moniteurs se trouve un groupe de médecins et d'infirmières bien intentionnées en train de « gérer », tous et toutes ensemble, les femmes en travail. Cela me fait penser à des contrôleurs du trafic aérien à l'aéroport JFK conjuguant leurs efforts afin qu'un 747 atterrisse en un seul morceau.⁴³

Au poste de commandement – analogue au *panopticon* foucaldien –, les intervenants-es devenus agents-es de services de sécurité semblent guetter l'éventuel détournement, la perte de contrôle, la défaillance des moteurs ou empêcher une tragique collision, d'effroyables périls aux conséquences incommensurables s'ils devaient advenir. Comme l'écrit Freeze, un des aspects de la définition de la sécurité relativement aux accouchements selon le paradigme médical tient à l'obligation de donner naissance à l'hôpital, là où l'équipement d'urgence et le personnel sont immédiatement à disposition (ce qui reste tout de même théorique, car il est rarissime de trouver chirurgiens-nes, anesthésistes ou néonatalogistes en service en tout temps sur les lieux ou à tout le moins disponibles), cette obligation reposant sur la croyance que le déroulement de l'accouchement est intrinsèquement imprévisible et risqué, et que les

⁴² Licia Corbella, « Childbirth may be natural, but so is dying », *Sun Media*, 2 sept. 2007 (en ligne : <http://chealth.canoe.ca/channel_health_news_details.asp?news_id=22566&channel_id=7>, consulté le 29 janv. 2011). Je traduis.

⁴³ Je traduis.

désastres obstétricaux peuvent survenir à n'importe quel moment, sans avertissement. Les complications de la grossesse sont envisagées comme étant la plupart du temps occultes, latentes et impossibles à prévoir – bien que le type de suivi de grossesse proposé aux femmes qui est la norme occidentale se concentre totalement sur la recherche et l'identification de facteurs de risque –, et ainsi suppose-t-on que les complications qui se présentent sont d'emblée dramatiques et nécessitent une intervention médicale immédiate. Comme « tout bien portant est un malade qui s'ignore⁴⁴ », l'accouchement eutocique ne l'est que jusqu'à la survenue de l'inévitable complication... Pourtant, les complications « surprises » les plus redoutées – procidence du cordon, dystocie des épaules, hémorragie maternelle ou apnée néonatale – ont toutes une étiologie dont la prévalence iatrogène, on le verra, est assez facile à identifier : pour la procidence, la rupture artificielle des membranes du sac amniotique; pour la dystocie des épaules, l'immobilité de la mère, la position sur le dos et les manœuvres usuelles de dégagement de la tête; pour l'hémorragie, la gestion active du travail, les hormones de synthèse et la traction exercée sur le cordon ombilical durant la phase de la délivrance placentaire; et l'apnée néonatale, encore une fois la gestion active et le décubitus dorsal, ainsi que le clampage intempestif du cordon ombilical.

Normal... mais seulement a posteriori

L'attention étant focalisée sur un « spectre de risques toujours en présence », on estime donc obligatoire pour toutes les femmes de donner naissance à l'hôpital (Freeze, 2008, p. 204), même les femmes dont les grossesses sont considérées à « bas risque ». En fait, cette exigence masque surtout ce que Paul Cesbron nomme le rôle d'instrument d'encadrement sanitaire et socioculturel de la grossesse et de la naissance joué par l'hôpital (bien que le rôle coercitif de l'hôpital et de la clinique ne soit pas un concept nouveau, et que tout ordre social

⁴⁴ D'après Jules Romains (*Knock, ou Le Triomphe de la médecine*, 1993, p. 78), une pièce écrite en 1923 :

Knock – « Tomber malade », vieille notion qui ne tient plus devant les données de la science actuelle. La santé n'est qu'un mot, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide. Naturellement, si vous allez leur dire qu'ils se portent bien, ils ne demandent qu'à vous croire. Mais vous les trompez. Votre seule excuse, c'est que vous ayez déjà trop de malades à soigner pour en prendre de nouveaux.

Mousquet – C'est une très belle théorie.

Knock – Théorie profondément moderne, monsieur Mousquet, réfléchissez-y.

« ne peut se dispenser d'un ordre sanitaire » [Cesbron, ici lecteur de Foucault]) et de « maintien sous une forme nouvelle de la vieille culture d'oppression des femmes [...] au cœur même de ce qui la "justifie" : le contrôle de leur fécondité » (dans Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 113 et 123). Notons au passage que le postulat sur le degré de risque d'une grossesse est nécessairement posé, c'est-à-dire que, de nos jours, toute femme enceinte voit automatiquement sa grossesse quantifiée – étiquetée – selon le risque statistique qu'elle présente (à « bas risque » ou « GARE » : grossesse à risque élevé); ainsi l'événement de l'enfantement est d'emblée situé à l'intérieur du paradigme du risque et déterminé par lui. De surcroît, comme l'a fait remarquer la sociologue Béatrice Jacques (2007), la catégorie du risque élevé n'a jamais cessé d'enfler pour empiéter sur le bas risque, la frontière de l'une à l'autre étant parfaitement floue. Enfin, l'attribution de l'étiquette « à risque » a fini par prendre le sens de « valeur ajoutée », d'« importance accrue accordée au statut d'une grossesse », voire de « bébé précieux », ce phénomène constituant un nouveau problème de bioéthique (Plante, 2009) : par exemple, les bébés de stars ou issus de traitement de fertilité naissent plus souvent que les autres – à risque obstétrical égal – par césarienne⁴⁵.

À l'instar du 747 qui doit se poser en catastrophe, si on ne peut déclarer le vol réussi qu'une fois l'atterrissage complété, on ne peut considérer l'accouchement normal qu'à l'issue de celui-ci, soit deux heures après l'expulsion du placenta, lorsque tout est fini (certains repoussent cette issue jusqu'à la sortie de la mère et de l'enfant de la maternité [Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 122]). Le même raisonnement s'applique : l'attente de « résultat » (la naissance d'un être humain vivant et la survie de la mère) est rapportée à l'ensemble des processus qui mènent audit résultat. Or, un tel raisonnement autorise une réduction logique *ad absurdum* à partir d'un postulat sur le risque : étant donné que, de fait, on échoue à prévoir ce qui peut faire en sorte qu'un accouchement tourne mal, on considère donc toutes les femmes enceintes et tous les fœtus à risque jusqu'à preuve du contraire (Oakley, 1984).

⁴⁵ On fait même des césariennes pour les animaux de grande valeur, par exemple le clone du super taureau reproducteur Starbuck ou lors des rares gestations en captivité de certaines espèces en voie d'extinction : voir « Le clonage de Starbuck deux ans après sa disparition », *Université de Montréal : communiqué*, 20 sept. 2000 (en ligne : <http://www.iforum.umontreal.ca/Communiqués/ArchivesCommuniqués/2000/200920.htm>). Pour l'anecdote, faute d'avoir représenté un intérêt financier, le clone « a été éliminé » le 30 sept. 2010 (« Starbuck II est mort », *La Terre de chez nous*, 1^{er} oct. 2010; en ligne : <http://www.laterre.ca/elevage/starbuck-ii-est-mort/>). Liens consultés le 28 sept. 2012.

Professeure d'études des femmes et sociologue, Jo Murphy-Lawless, dans sa recherche sur la pensée obstétricale, ajoute que cette logique repose sur l'un des trois principes organisationnels fondamentaux (ou « couplages par paires » [*pairings*]) sur lesquels l'obstétrique s'est érigée en tant que science au 18^e siècle : 1) la dyade mère-enfant, ou la revendication de la science du plus haut intérêt à la fois de la mère et du fœtus, centrée sur la préservation de la vie (un thème récurrent depuis les plus anciens textes obstétricaux); 2) la capacité de distinction entre le « naturel » et le « surnaturel » (qui deviendra le problème moderne de la différenciation normative entre le normal et l'anormal); 3) l'identification de l'« erreur » sur la « vérité » (sous la forme de perpétuels débats théoriques entre confrères, une sorte de combat viril dont le corps des femmes est l'arène). C'est le deuxième principe – une dichotomie dont l'établissement est qualifié par Murphy-Lawless d'« étape pivot de la genèse de savoir obstétrical » (1998, p. 58, 68) – qui donnera lieu à ce que je suis tentée d'appeler l'*empiètement phagocytaire de la catégorie de l'anormal (le risqué) sur le normal* :

Obstetric science consistently states that there are difficulties attached to the birth process, difficulties which they, as scientists, are far better equipped to identify and deal with than are women midwives, whether trained or untrained. However, what they must be able to do is to distinguish between what is natural and what is preternatural or abnormal; their science turns on that moment of identification. Consistency ends there, of course, in that moment. They are all agreed they must be able to identify this distinction but cannot agree about what defines that moment. (p. 58)

Ainsi, devant le constat de son incapacité à accomplir une distinction sur laquelle elle fonde son établissement en tant que science – l'identification de ce fameux instant *kairologique* (au sens hippocratique), moment de basculement d'un état en un autre, de dépassement d'un point critique⁴⁶ –, la pensée obstétricale en vient à rassembler tous les cas, tous les accouchements individuels, sous la catégorie de l'anormal (comme potentialité toujours en présence). « *Searching to establish normality has permitted an ever-expanding domain of the abnormal* » (p. 59). Ainsi l'obstétrique est-elle devenue à mon sens *autoproductrice de pathologie : pathogénétique*. À défaut de la capacité à établir quand et pourquoi un accouchement tourne mal, en reconnaître les causes afin de les anticiper et agir sur elles (« dénouer le nœud plutôt que le trancher », une analogie à laquelle l'épisiotomie, la

⁴⁶ L'hippocratisme n'admet cependant pas la notion d'irréversibilité, ce fatalisme qui ontologise l'anormalité ou le pathologique.

symphyséotomie, l'amputation cervicale ou la césarienne procurent un sens littéral...)⁴⁷, l'obstétrique s'est peut-être donné les moyens de *réaliser le scénario de la « complication-toujours-latente »*, selon une temporalité de « futurisation du présent » (Beck, 1992), suivant une modalité de la « production de faits » dont parle Ludwig Fleck ou Bruno Latour [Murphy-Lawless, 1998, p. 64-65] ou procédant par l'inférence déductive, diagnostique, où la conclusion est déjà contenue dans la prémisse. La célèbre boutade du professeur G. Malinas, obstétricien-gynécologue, a très bien rendu le sens de l'autoprédicativité qui sous-tend l'approche obstétricale de l'enfantement : « L'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants. L'obstétrique moderne consiste à perturber ledit phénomène de telle sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible. C'est beaucoup plus difficile.⁴⁸ »

La quête épistémologique lancée par l'homme sage-femme au début du 18^e siècle pour distinguer l'« accouchement surnaturel » (*preternatural labour*) (c'est-à-dire, à l'origine, difficile) de l'accouchement naturel (facile)⁴⁹, en établissant les conditions catégorielles et normatives de ce dernier – qui donnera lieu à la définition ultérieure de l'« accouchement normal »... qui donnera lieu à celle de l'« accouchement eutocique »... – afin de baliser son

⁴⁷ En 1760, la sage-femme Elizabeth Nihell s'en prenait au caractère « insatisfaisant pour l'esprit » et réducteur des écrits de ses « collègues » hommes sages-femmes quant à l'étiologie de la complication obstétricale et de leurs propositions d'intervention : « *the "causes of difficult labors are far from solidly or sufficiently explained"; "they give us no tolerably sure method for preventing or remedying those difficulties"; "the whole boasted improvement of the art is reduced, to a pernicious recourse to instruments, which cut at once the knot they cannot unty."* » (Murphy-Lawless, 1998, p. 67-68). Je souligne.

⁴⁸ G. Malinas, dans *Le Dauphiné libéré*, 8 mai 1994; cité notamment dans Gamelin-Lavois (2005), p. 7. Certains ont également forgé l'expression d'« obstétrique du pompier pyromane » : CIANE, « Communiqué de presse : Étude INSERM : l'ocytocine pendant l'accouchement est un facteur de risque indépendant d'hémorragie grave », *Ciane.net*, 7 févr. 2012 (en ligne : <<http://ciane.net/blog/2012/02/inserm-ocytocine-facteur-d-hpp-graves/>>, consulté le 12 avril 2012).

Une autre critique file l'analogie incendiaire : « *One might as well say that improved equipment and techniques for rescuing people from burning buildings makes tossing accelerant on the fire or starting the fire yourself a good idea.* » (Goer, 2006). Dans cette analogie, les techniques de sauvetage représentent la césarienne rendue de plus en plus sécuritaire, tandis que les accélérateurs font référence aux interventions obstétricales usuelles (ce qu'on verra au chapitre suivant).

⁴⁹ Pour Nihell, le caractère naturel ou surnaturel d'un accouchement n'était pas associé immédiatement à sa facilité ou sa difficulté, refusant par là une assignation automatique de la nécessité d'intervention sur des cas prédéfinis.

champ d'exercices (c'est-à-dire les cas qui nécessiteront son intervention instrumentée) trouvera son aboutissement logique dans la subsumption pleine et entière du phénomène sous le registre de la pathologie, d'où la formule consacrée évoquée plus tôt – « l'accouchement ne peut être déclaré normal qu'a posteriori » – qu'on a l'habitude d'appeler le « dogme de l'obstétrique » :

[The] division of easy and difficult labours [...] gradually opened up the most amazing field in which the dense singularity of each individual birth process was made to conform progressively to averaged-out and normative criteria. It established that the scope for a birth attendant was non-interventionist only when such a range of contingent conditions could be met that almost nothing was excluded. Finally, it set in train the notion that only in retrospect could a birth be considered natural, for only a completion of the third stage of labour, once the placenta was delivered, could all these criteria be assessed. The consequence of this theorising was that a field of continuous surveillance and intervention, stretching to cover all births, was legitimated. (p. 69)

La doctrine Cheney de l'accouchement

À son point culminant, cette logique donnera lieu à la pensée de l'omniprésence du risque (et par là de sa potentialité de réalisation), une pensée en tout point assimilable à la politique antiterroriste⁵⁰ étatsunienne : « *If there's even a 1 % chance of a terrorist act occurring, we must treat that as if it were a certainty* ». Cette déclaration de l'ancien vice-président républicain Dick Cheney a été décrite par Eugene Declercq, assistant-doyen à l'enseignement doctoral de la *Boston University School of Public Health*, et Judy Norsigian, directrice générale des collectifs d'information sur la santé des femmes *Our bodies Ourselves*, comme une illustration parfaite de la philosophie contemporaine des soins de maternité : « Lorsque vous mettez en place un système qui se focalise sur les problèmes qui surviennent dans un pour cent des cas, vous minez les soins pour les 99 pour cent des femmes qui n'ont pas besoin de ces services.⁵¹ » Ils évoquent à titre d'exemple un médecin qui, lors d'une réunion commanditée par les *National Institutes of Health* en 2006, a défendu très sérieusement les avantages d'un taux de césarienne de 100 % en rapport à l'évitement d'une pathologie dont

⁵⁰ La sage-femme et docteure en sciences humaines appliquées Céline Lemay a eu cette expression fort parlante pour qualifier le type de gouvernement que met en place la « société du risque » vouée à baliser la moindre activité ou événement de la vie : un régime « terroriste » (C. Lemay, « Accouchement », *AFARliste* [liste de discussion de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté; adresse courriel : <AFARliste@yahoogroupes.fr>], 31 oct. 2004).

⁵¹ Je traduis.

l'incidence est de 3 cas sur 10 000 accouchements, soit un risque de 0,03 % (Declercq et Norsigian, 2007)... Autre exemple de logique à l'œuvre : W. Benson Harer Jr., président de l'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) de 2001 à 2002, ardent promoteur de la « césarienne prophylactique sans raison médicale » (*elective prophylactic cesarean*), a tenu à la journaliste Jennifer Block un argumentaire s'appuyant sur le raisonnement fallacieux du type « argument d'ignorance » (*Argumentum ad Ignorantiam*) pour justifier sa position, sophisme par lequel on prétend que s'il n'y a pas de preuve de la fausseté d'une prémisse, celle-ci est donc vraie par défaut : « *There's no evidence to refute the statement that the safest way for the baby to be born is by the elective cesarean section at 39 weeks.* » Pour Harer, la césarienne est rien de moins qu'une procédure d'« amélioration » ou « optimisation de la vie » (*life-enhancing*), ajoutant que la naissance « est le plus dangereux voyage que chacun-e de nous ne fera jamais » (Block, 2007, p. 56). Certes, l'idée n'était pas nouvelle, Harer faisant sienne une profession de foi positiviste d'un éditeur du *New England Journal of Medicine* en 1985 : « *since birth is such a dangerous and traumatic process for both woman and child, the best obstetric care should perhaps come to include complete removal of the risks of "normal" labor and delivery* » (tiré de Davis-Floyd, 1992, p. 54). Aussi tôt qu'en 1921, dans les pages du tout nouveau et très positiviste *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (créé en 1920, voir chap. suivant), la césarienne universelle était envisagée comme l'option du futur, plus sûre pour le bébé et « indolore » pour les femmes (qui la réclamaient, apparemment, déjà⁵²) :

*Normal women come to us demanding a cesarean delivery to avoid the agonies of childbirth. While none would grant this request, it is well to remember that what is a fantasy today may be a fact tomorrow. A cesarean section is the easiest way for any primiparous woman to have her baby, and it is the surest way of having a live baby. It is the only painless childbirth that occurs today.*⁵³

Une fois de plus, on peut observer comment l'accouchement en vient à être interprété comme un processus intrinsèquement mortifère. La loi de l'évolution fut bien en mal de donner lieu à

⁵² Voir chap. suivant, section : « La construction actuelle d'un mythe : la césarienne sur demande ».

⁵³ O. Paul Humpstone, « Cesarean section versus spontaneous delivery », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 1 (juin 1921); cité dans Nancy Schrom Dye, « The Medicalization of Birth », in *The American Way of Birth*, sous la dir. de Pamela Eakins (Philadelphie : Temple University Press, 1986, p. 34); tiré de Martin (2010), p. 132.

un phénomène aussi mortel comme voie ordinaire du naître... On se surprendra qu'un philosophe, Philippe Descamps, recoure lui aussi à l'argument d'ignorance pour faire valoir l'intérêt du projet d'utérus artificiel comme solution ultime à la dangereuse reproduction humaine, qu'il qualifie de « fiction utile » : même « si l'ectogenèse pose effectivement des problèmes d'ordre éthique et social [...] cela ne justifie en aucune manière [...] que l'on refuse de voir les bénéfices médicaux que l'on pourrait tirer de la mise au point de cette technique »⁵⁴.

Dommages collatéraux

Or, le déploiement de telles logiques artificieuses a un prix, économique certes, mais d'abord humain. La politique Cheney de l'accouchement, soit la césarienne à tout crin (qui connaît une augmentation stable et équivalente dans toutes les couches de la population maternelle [grossesse à risque ou non, classe sociale, ethnicité], pour toutes les tranches d'âge maternel, tous les âges gestationnels et toutes les indications médicales usuelles⁵⁵), produit ses dommages collatéraux, lesquels se traduisent notamment par un *accroissement de 54 % de la mortalité maternelle aux États-Unis entre 2000 et 2005*, une statistique explicable par le seul facteur de « la surutilisation [de cette] intervention utile⁵⁶ » (Ford, Pascali-Bonaro et Declercq, c2008)⁵⁷. Au Canada, la même tendance s'observe : un rapport gouvernemental de 2004 annonçait imminente l'augmentation de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave en raison de la hausse constante des taux de césariennes au pays (Santé

⁵⁴ Philippe Descamps, *L'utérus, la technique et l'amour. L'enfant de l'ectogenèse* (Paris : Presses universitaires de France, 2008), p. 41 et 66; cité dans Martin (2010), p. 17 et 160-161.

⁵⁵ Autrement dit, le seuil à partir duquel on pratique une césarienne dans un cas clinique donné, quel qu'il soit, s'est considérablement abaissé depuis 1996 pour chacun des principaux facteurs de risque médicaux et complications *intrapartum* des accouchements dits à « bas risque » (bébé unique, à terme, en présentation vertex) : diabète, éclampsie, hypertension gestationnelle, hypertension chronique, travail prolongé, poids fœtal estimé supérieur à 4 000 g (des indications de césarienne fréquentes mais non absolues); décollement placentaire, prolapsus du cordon, travail dystocique, détresse fœtale, placenta praevia (des indications de césarienne plus systématiques).

⁵⁶ Selon une déclaration commune UNICEF-OMS-UNFPA (1997), le taux « optimal » de césariennes se situerait entre 5 et 15 %, un taux inférieur à 5 % indiquant que certaines femmes avec des complications sévères ne recevraient pas des soins adéquats, tandis que, au-delà de 15 %, on juge le recours à l'opération abusif, les effets adverses globaux dépassant alors les bénéfices attendus.

⁵⁷ Pour d'autres données confirmant la tendance, voir cet article sur la situation californienne : Nathanael Johnson, « More women dying from pregnancy complications; state holds on to report », *California Watch*, 2 févr. 2010 (en ligne : <<http://californiawatch.org/health-and-welfare/more-women-dying-pregnancy-complications-state-holds-report>>, consulté le 10 févr. 2011).

Canada, 2004). Bien que moins dramatique, l'augmentation des taux de césariennes coïncide aussi, dans les pays à revenus élevés, à une augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale (MacDorman *et al.*, 2006; Ford, Pascali-Bonaro et Declercq, 2008; Tita *et al.*, 2009)⁵⁸.

La prévalence de la dialectique absurde de la « prévention à tout prix » rend aujourd'hui énonçable un tel discours – une promotion de l'idée de la césarienne universelle –, et ne fait plus sourcilier grand monde, sinon peut-être quelques logiciens-nes ou épidémiologues. Les risques d'une chirurgie abdominale majeure ont été gommés de l'équation. Ce qui est risqué, c'est la naissance. Culturellement, cela s'explique par la construction historique de la défaillance du corps féminin (ce qui fait l'objet du prochain chapitre) et a fortiori par l'assignation d'une malignité à la sexualité et à l'esprit des femmes, tel que l'entend notamment la philosophe Mary Daly (ce qu'on verra au chap. V). À qui la politique Cheney de l'accouchement assigne-t-elle la position du terroriste, si ce n'est au corps maternel? Une femme citée par Freeze dans sa thèse propose une analogie par renversement genré, si je puis dire, et applique la médecine de la politique Cheney de l'accouchement à la population masculine : « Selon le même raisonnement, en supposant que 5 %⁵⁹ des hommes pourraient être enclins à violer, devrions-nous emprisonner tous les hommes “au cas où” ? » (Freeze,

⁵⁸ Pour une énumération détaillée des risques de la césarienne, voir la section « le choix éclairé et les droits des femmes à l'épreuve du modèle obstétrical » au chap. IV.

Sur l'augmentation combinée de la mortalité maternelle et néonatale attribuable à la césarienne, je citerai cet extrait d'un article :

A 2004 systematic review of the research found that women were more likely to die from complications directly attributable to cesarean surgery compared with women birthing vaginally.

A 2006 study of all French women having babies between 1996 and 2000 agrees. After eliminating women with conditions that would both influence their likelihood of a cesarean and their risk of dying, women having cesareans were 3 1/2 times more likely to die than women having vaginal births. Excess causes of death related to surgery were anesthesia complications, infection, and deep venous clots.

Another 2006 study reported that among U.S. women with no indicated medical risks having babies between 1998 and 2001, 1 more newborn per 1000 died with cesarean delivery than vaginal birth. In order to eliminate factors that might have led to a cesarean and increased the risk of death, investigators further excluded babies with congenital anomalies and babies born in poor condition. Babies still had double the risk of dying after a cesarean. (Goer, 2006)

⁵⁹ Ce 5 % vient en fait d'une estimation au sein des parturientes de l'ANA (extrapolée à partir de leurs propres statistiques ainsi que de données sociohistoriques) de la proportion des accouchements pour lesquels, en l'absence de toute intervention nuisible, un acte clinique se justifierait véritablement.

2008, p. 248) Les partisanes de l'ANA [en anglais « UCer »] – et cela est valable aussi pour bon nombre de défenseuses de l'accouchement « naturel » – se donnent le droit d'appliquer le principe de précaution au même titre que la présomption d'innocence aux phénomènes de la naissance : « UCers believe that birth is innocent unless proven guilty and deem it prudent to leave birth undisturbed unless they find convincing evidence that something is wrong. » (*ibid.*)

La logique de la doctrine du 1 % est également imposée à d'autres sphères de la vie du corps féminin et de son système reproducteur si prompt au dérèglement. Pour en donner un exemple, elle s'exprime dans l'« humanisme » du « docteur Nichon » dont Josée Blanchette avait brossé le portrait dans l'une de ses chroniques publiées dans le journal *Le Devoir* en 2010. Le bon « docteur Nichon » est un spécialiste qui conseille aux femmes une mammographie annuelle dès 40 ans, alors qu'on ne recommande au Québec qu'un dépistage bisannuel à partir de 50 ans : « La santé publique, c'est comme l'armée [...], dit-il. Elle envoie des soldats au front et s'attend à ce qu'un certain pourcentage meure. C'est un choix de société. Moi, je traite chaque soldat...⁶⁰ » Les risques de l'exposition aux rayons X (bioaccumulatifs) et des surdiagnostics (faux positifs, détection et traitement de masses qui n'évolueraient jamais au point de menacer la vie⁶¹, cancers métastatiques radio-induits : des

⁶⁰ Josée Blanchette, « Ne plus savoir à quel sein se vouer », *Le Devoir*, 29 oct. 2010 (en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/309793/ne-plus-savoir-a-quel-sein-se-vouer>>, consulté le 10 févr. 2011).

⁶¹ Là-dessus, Dupagne, encore une fois, qui résume bien toute l'ambiguïté de ces formes de dépistage :
 Depuis quelques années, un engouement marqué s'est installé pour la recherche de petits cancers afin de les traiter au plus tôt et d'éviter le cancer-maladie. Cette stratégie semble frappée au coin du bon sens. Malheureusement les choses sont beaucoup plus compliquées. En effet :
 – Nous fabriquons des cellules cancéreuses tous les jours, et nous les détruisons dans les mêmes proportions.
 – Mêmes quand ces cellules se regroupent en petits nodules, il ne s'agit pas d'un cancer-maladie pour autant. Ces nodules peuvent disparaître ou rester quiescents jusqu'à ce que la personne meure d'autre chose. La recherche de ces cellules cancéreuses peut donc être une très mauvaise idée et aboutir dans de nombreux cas à des inquiétudes inutiles, ou pire, à des traitements dangereux ou mutilants. Il n'est pas rare que les complications immédiates d'une biopsie ou d'une opération tuent un patient, qui n'aurait jamais entendu parler des cellules cancéreuses qu'il portait sans le savoir.

Un autre événement rend certains dépistages dangereux : le faux diagnostic. Pour éviter de « laisser passer » un cancer, le médecin qui analyse les biopsies au microscope a tendance à englober des lésions suspectes, mais peut-être bénignes, dans le groupe de celles qu'il qualifie de cancéreuses. (Dupagne, 2009)

dommages collatéraux bien documentés associés au dépistage du cancer du sein⁶²) sont ici aussi occultés d'une pensée qui se veut empathique et soucieuse. « Traiter chaque soldate » n'est qu'une façon de signifier qu'en toute femme réside une cancéreuse potentielle, malade de sa différence sexuelle.

On trouve une déconstruction de cet argument dans un texte qui propose une application universelle du dogme⁶³ selon lequel « on ne peut savoir qu'après coup si on a eu affaire à un accouchement normal » presque systématiquement opposé aux individus-es et aux initiatives qui veulent sortir la naissance du tout-médical :

Chez le pédiatre :

« Bonjour Docteur. Je vous amène mon fiston, il a beaucoup de fièvre et je me demande s'il ne fait pas de la bronchite. »

Examen du pédiatre, qui au passage pèse et mesure l'enfant.

« Rassurez-vous Madame, ce n'est qu'un bon rhume, mais pas de bronchite. Je vous fais une petite prescription pour diminuer la fièvre et calmer la toux.

Pour une compréhension de la cellule cancéreuse et du système immunitaire recentrée dans la théorie de l'évolution, on lira le passionnant dialogue entre le biologiste moléculaire Pierre Sonigo et la philosophe Isabelle Stengers (2003).

⁶² Je ne veux pas m'avancer indument dans la controverse entourant l'utilité du dépistage du cancer du sein, mais elle est énorme (bien qu'au Québec, contrairement à l'Europe, il ne semble pas que cette controverse soit digne d'attention critique et médiatique, autrement que pour déplorer des politiques qui iraient dans le sens d'un dépistage moins étendu). Je me limiterai à donner ces quelques références : un ouvrage journaliste récent, Rachel Campergue, *No Mammo?* (2011), les travaux du médecin chercheur Bernard Junod en France, spécialiste de l'étiologie des tumeurs, et surtout la somme de Peter Gøtzsche, *Mammography Screening: Truth, Lies and Controversy* (2012), cofondateur de la Cochrane Collaboration et fondateur du Centre nordique Cochrane. Selon Gøtzsche, « le mépris du principe de consentement éclairé, le déni collectif, la manipulation des données concernant le surdiagnostic et le faible bénéfice du dépistage, tout cela représente peut-être le plus grand scandale éthique qu'ait jamais connu la santé », un scandale qui a trompé « des centaines de millions de femmes » (citation tirée de Catherine Riva, « Si le dépistage était un médicament, il aurait été retiré », *Femina.ch*, 26 févr. 2012 [en ligne : <www.femina.ch/ma-vie/sante/%C2%ABsi-le-depistage-etait-un-medicament-il-aurait-ete-retire-%C2%BB>,]). On retrouvera les grandes conclusions du Centre nordique Cochrane à l'égard de la mammographie à cette adresse : <<http://www.cochrane.dk/screening/index-fr.htm>>. En gros : le dépistage ferait plus de victimes par traitement non nécessaire qu'il ne sauverait de vies. Voir également cette entrée du blogue *Pharmacritique* tenu par Elena Pasca : « Taux élevé de régression spontanée en cancer du sein, selon une étude. Occasion de rappeler les effets néfastes du surdépistage : faux positifs, cancers radio-induits... », posté le 26 nov. 2008 (en ligne : <<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/11/26/taux-eleve-de-regression-spontanee-en-cancer-du-sein-selon-u.html>>). Liens consultés le 22 sept. 2012.

⁶³ Bien que la parodie évoque le « dogme de l'obstétrique française », le prédicat n'a rien d'une singularité hexagonale.

- Et est-ce qu’il a grandi comme il faut Docteur?
- Il se trouve sur le 50^e percentile des courbes de croissance en poids et en taille.
- Ah bon, alors il est vraiment parfaitement normal mon fiston.
- Ah non! Madame, tout ce que je puis vous dire c’est qu’il est à bas risque de devenir squelettique, obèse, nain, ou géant.
- Pardon?
- Eh oui, on ne pourra dire que sa croissance a été normale qu’a posteriori, lorsqu’il aura atteint l’âge adulte. »

Voyage en train :

- « Allo Karine? Oui, c’est moi. Comme convenu, je te bigophone pour te dire qu’on arrive à la gare dans 30 minutes. Voyage sans histoire, ennuyeux, enfin normal quoi.
- Ah non! T’es juste à bas risque d’être en retard, de percuter une voiture ou un train en sens inverse, d’écrabouiller un fou suicidaire, et de prendre un hélicoptère ivre sur le toit du wagon.
- Qué?
- Ben oui, tu ne pourras dire que ton voyage a été normal qu’a posteriori, une fois assise sur le canapé du salon chez moi. » (Loup, 2008)

Cette parodie met en lumière l’absurdité à laquelle on fait face lorsqu’on s’interdit de juger du déroulement d’événements présents pour n’accepter que le seul point de vue rétrospectif. Elle démontre aussi que l’adoption d’une telle perspective est absolument impraticable dans la vie de tous les jours. Enfin, la parodie se termine avec une patiente consultant un psychologue pour « phobie des moments présents ». Celui-ci lui dit : « Je vois. [...] Vous croyez que tout ce que vous êtes en train de faire ne pourra être réellement que dans le futur, et une fois le futur atteint, vous ne pouvez plus que vous pencher sur le passé. » Ce à quoi la patiente répond : « Ben oui, en gros c’est bien ça, Docteur. Mais comment je peux atteindre le futur pour pouvoir regarder le passé si je ne peux pas agir au présent? Oh Docteur, j’en perds la tête. N’y a-t-il pas une seule chose que je peux faire en étant certaine de ce qui se passera? » La réponse logique du psychologue est bien entendu que la seule chose dont nous soyons absolument certains-es est de mourir un jour, ce qui finit par rassurer la patiente : « Ahhh, merci, merci Docteur. Je vais donc attendre le jour de ma mort, et là enfin, je saurai si ma vie a été normale. » Nous voilà en plein délire nihiliste : si on ne peut donner un sens « acceptable » à sa vie (ou la trouver normale, utile, satisfaisante) qu’une fois mort-e, la vie ne vaut pas la peine d’être vécue... Encore moins vaut-il la peine de naître puisque l’on en meurt. Cioran et les autres « professeurs de désespoir » génophobes (Huston, 2004) s’en réjouiraient!

2.4 *Temporalité et sens du risque : une position posthume et mortifère*

À ce point-ci, on peut utilement se demander : comment désormais penser un phénomène apparemment en rupture avec le présent, avec la temporalité? N'est-ce pas là une illustration de la néantisation de l'événement, alors qu'il disparaît du registre de ce qui est, renvoyé irrémédiablement à l'« ayant-été »? Tel qu'illustré par la parodie, il n'est absolument pas viable d'appréhender ce qui advient au moment où cela se passe par la lorgnette de l'infini des possibles – d'autant que les possibles en regard du naître s'inscrivent sous le paradigme du risque, ils sont donc funestes. Alors, peut-on encore aujourd'hui envisager la naissance dans son actualité? Dans un article intitulé « Un facteur pathogène prédominant : l'obsession de la santé parfaite » (1999), le philosophe Ivan Illich, bien connu pour sa *Némésis médicale* (1981) et ses écrits sur la culture de l'expert légiférant la production du savoir, écrivait que, pour faire entrer un événement biologique dans notre histoire de vie, nous avons besoin de l'éprouver au présent, et pour cela, les mots jouent un rôle fondamental, car c'est par la métaphorisation que nous donnons sens et corps à ce qui nous arrive. Or, le paradigme biomédical dominant piège les événements biologiques dans les rets de la configuration du risque, interrompant ainsi le processus de métaphorisation et de signification (ce qui donne un sens à ce qui advient) :

Les métaphores sont des trajets d'une rive sémantique à l'autre. Par nature, elles boitent. Mais, par essence, elles jettent une lumière sur le point de départ de la traversée. Ce ne peut plus être le cas quand la santé est conçue comme l'optimisation d'un risque. Le gouffre qui existe entre le somatique et le mathématique ne l'admet pas. Le point de départ ne tolère ni la chair ni l'ego. La poursuite de la santé les dissout tous deux. Comment peut-on encore donner corps à la peur quand on est privé de la chair? (Illich, 1999)

À une époque où la vie procréatrice se résume à une question de santé plus ou moins à risque d'être compromise, l'intégration à la fois physique et psychique de la peur, qui permet de la circonscrire et limiter son emprise, paraît extrêmement difficile à réaliser. L'historienne et sémiologue allemande Barbara Duden nous dira que nous avons rompu avec l'espérance et la vie intérieure sensible : « Nous vivons dans un monde d'un rationalisme pragmatique dans lequel nous planifions, attendons, risquons, mais où il est rare que nous espérons⁶⁴. » (1996,

⁶⁴ La traductrice porte à notre attention cette expression traditionnelle allemande pour parler d'une femme enceinte à laquelle Duden se réfère implicitement ici : « elle est de bonne espérance ».

p. 20) Les signes de la grossesse désormais excorporés du corps féminin par une pléthore de techniques (« les mains de l'accoucheur, le stéthoscope, puis la radioscopie, et enfin l'échographie », auxquelles on ajoutera : les tests de grossesse, le fœtoscope, le bilan sanguin et le monitoring) ont progressivement fait disparaître « la sphère de l'expérience féminine » (p. 106). Premier signe à disparaître : le tressaillement (*quickenning*) du bébé dans le sein maternel, signe que seule la femme pouvait ressentir, était jusqu'au 19^e siècle l'unique critère de validation à la fois de la réalité de la grossesse et de l'être d'un-e enfant *s'animant*⁶⁵. La temporalité de la grossesse et de l'enfantement a glissé du « pas-encore » (*non dum*) en voie d'actualisation au futur anticipé de ces configurations de probabilités dont parlent Duden et Illich sur lesquels se cristallisent nos peurs désincarnées :

L'enfant à naître se trouve par nature dans le domaine du non-encore-présent, il est un enfant « espéré ». Jusque dans les premières décennies du siècle dernier, l'absence des règles était un état d'incertitude et la grossesse un état d'espérance, et non un syndrome déclenché par la fécondation. L'espérance peut être trompeuse, tandis que les tests ne peuvent qu'être erronés. La symptomatique moderne exclut le « finalement, ce n'était rien ». L'enfant à naître était objet d'espoir, et non le produit de calculs probabilistes. (Duden, 1996, p. 20)

Alors que des présocratiques jusque tard au 16^e siècle, la « vie de la nature » était « perçue et vécue comme une *matrix* de femme enceinte, une mère : *natura a nascitura dicitur* », une image à laquelle la pensée chrétienne ajouta un caractère transcendantal – « le pouvoir [matriciel] qu'a la nature de produire la vie [...] expliqu[é] par un acte de souveraineté du Créateur » –, la modernité se caractérisa en contrepartie par l'extraction progressive de la nature de la contingence de son fondement en Dieu ou en le cosmos tel que les Grecs le concevaient. Avec l'héliocentrisme, « l'ordre des choses [devint] leur nature, et [celle-ci ne fut] plus que métaphoriquement leur matrice ». Puis, avec Descartes, la nature fut repliée sur elle-même : « tout être est par nature doté d'un droit à l'être qui se fonde en lui-même, toujours en fonction de sa nature ». S'appuyant ici sur les travaux de Carolyn Merchant (1983), Duden constate que la pensée moderne réalisa *la mort historique de la nature*, « un événement qui a bouleversé non pas la conception de la nature, mais sa perception »⁶⁶. Depuis lors, une question fondamentale s'est posée : « comment expliquer l'existence des

⁶⁵ Au sens littéral du moment où il/elle recevait une âme.

⁶⁶ Voir aussi Laqueur (1992), p. 98.

formes vivantes dans un cosmos éteint, la nature ayant perdu ses deux attributs, puisqu'elle n'était plus ni jaillissante et vivante, mais pas non plus entre les mains du Créateur (Duden, 1996, p. 140-142). Ce terrain permit à la vie objectivée de s'ériger peu à peu comme fétiche, pour devenir l'idole de la science biologique qui l'a créée. Si, dans l'Antiquité, il n'y avait pas de « vie », que des êtres vivants (*bios* signifiant « destin individuel »; et *zoé*, « quelque chose [...] en rapport avec la magnificence de la créature vivante »), à partir de Lamarck, la nature s'est scindée en règnes, et la vie est devenue un caractère organisationnel, critère départageant l'organique de l'inorganique : « Depuis Lamarck, la biologie recherche le fondement de cette organisation, dans les tissus, les cellules, les protoplasmes, le code génétique, voire les champs morphogénétiques ». Finalement, au 20^e siècle, on s'autorisera une explication de la vie par une logique parfaitement circulaire : « La vie est la fonction qui rend optimales les conditions environnementales de son maintien [Lovelock] » (p. 138-139).

La vie autoexplicative, fétichisée, détachée de l'horizon du monde, qui ne jaillit plus, ne se donne plus, une idole enfin sacralisée sous la forme du « droit à la vie », de la « vie à préserver » (parfois « à tout prix »), correspond à ce concept mortifère décrit par les hérauts de l'ère thanatocratique évoqués en introduction à ce chapitre. Au nombre de ceux-ci, Duden ajoute le nom d'Erich Fromm, qui voit de la « nécrophilie » pure et simple au mot « survie ». Dans le prolongement de cette idée, j'ajouterais ce mot de Marcel O'Gorman (2003), directeur d'un programme interdisciplinaire d'études médiatiques et numériques, qui a utilisé l'expression « nécromédia » pour décrire l'échographie et la situer parmi ce qui appartient selon lui au fruit de la collusion entre mort et technologie, contribuant à construire le germe d'humanité dans le ventre maternel comme un être à part entière *en tant que menacé*. Pour Duden, il est clair que ce n'est pas à la lutte antiavortement telle qu'elle a réellement pris forme et moyens et s'est mondialisée depuis les visualisations fœtales des années 1960 et les « photomontages » du célèbre photographe Lennart Nilsson⁶⁷ que nous devons notre idolâtrie pour une abstraction du vivant à laquelle nous donnons le nom de « vie »; c'est plutôt à cause

⁶⁷ Il est clair que les clichés de Nilsson publiés dans une fameuse édition de la revue *Life* en 1965 font montre d'une mise en scène et ont été retouchés. Ils ont aussi pour une grande part été réalisés à partir de produits d'avortements ou de FIV (voir Duden, 1996, p. 23-25 et, plus généralement, son chapitre « L'effet Nilsson : "voir" à la commande »).

d'« un glissement sémantique passé quasi inaperçu jusqu'à ce jour : le poids nouveau accordé à la "survie" » au détriment du vivant :

Le sens de la vie n'est plus dominé par le plaisir qu'inspire la vie de toute la nature, de l'ancolie, du merle, du coq de bruyères [sic] et du nouveau-né, mais par l'angoisse de perdre la vie, d'en être dépossédé, par la volonté de la programmer et de l'améliorer.

L'emblème [du fœtus] devenu idole occupe dans la sensibilité actuelle une place qu'il ne partage qu'avec une autre image, celle de la « planète bleue ». De même que la vue de la Terre par satellite symbolise « la vie en soi », le fœtus représente « une vie »; de même que la « planète bleue » représente la biosphère, garante de la perpétuation de tout le système, le fœtus est garant de la perpétuation du processus de vie. Sous le signe de ces deux images, la « survie » est devenue un mot-clé : il faut à tout prix « survivre » aux crises individuelles, sociales et même globales. À la fausse réalité concrète du fœtus à protéger est tacitement associé l'impératif normatif universel de la « survie » (Duden, 1996, p. 146-147).

Adoré comme un « miracle », le bébé, ce nouvel humain, est un fœtus ayant survécu à ce que j'ai décrit plus tôt comme la « crise de la naissance », une crise qui se joue sur le corps de la mère... : le fœtus « est une idole dans laquelle un néant se révèle valeur suprême : "la vie" en tant qu'inversion totale du "vivant" à qui tout doit être sacrifié. » De la même manière qu'à la vie comme objet sacré, irréel et insaisissable⁶⁸ a-t-on sacrifié la nature, à la vie du fœtus sacrifie-t-on symboliquement (et parfois réellement) la mère, en particulier à travers sa sexualité⁶⁹ : « Pour résumer historiquement : après la mort de la mère nature et du Dieu vivant, le corps de la femme est devenu le théâtre irréel d'une violation qui n'est possible que dans notre tradition. » (p. 147)

Duden nous expose brillamment comment le culte morbide de la vie en Occident a envahi le corps des femmes pour se ruer sur leur fécondité, en prendre possession. C'est le terreau de pensée dont a germé la « tyrannie externe de l'évitement désespéré du risque » (Cartwright, 1998, p. 250). On peut envisager que la faillite des autres modes majeurs de production du

⁶⁸ À cet égard, Barbara Duden expose de façon lumineuse que le *sacrum* avait de tout temps été un « objet concret, visible, qui ne devait pas apparaître ni se représenter », au « seuil de l'*ontophanie*, l'apparition de l'être ». Désormais, cette *ontophanie* s'est muée en *hiérophanie*, une apparition du sacré. Le fœtus public, comme objet de culte actuel – représentation de la « vie » – est en ce sens un « *sacrum* inhabituel », car on exige de le voir, qu'il soit montré, exposé; « et le lieu dans lequel il [cet objet sacré] se trouve est tout aussi inhabituel : la femme. Elle n'est pas seulement devenue le *life support system* du fœtus, mais le théâtre de l'*hiérophanie* de cette idole, qu'elle s'est incorporée par un acte de foi, mais qui a aussi été implantée en elle de l'extérieur par la société. » (*Ibid.*, p. 147.)

⁶⁹ C'est ce que nous verrons au chap. V.

sens — notamment la désacralisation des phénomènes naturels et biologiques en général et la fin des grands rites (de passage : baptismaux ou mortuaires, par exemple) — a laissé toute grande ouverte la porte à une signifiante d'ordre technologique d'autant puissante sur le plan symbolique et sur celui de l'imprégnation de l'imaginaire qu'elle officie sous la double égide de la scientificité et de l'écranité (le vrai « tel que vu à la télé », pour reprendre un air connu). Pour disputer de la véracité actuelle du risque natal, j'entends maintenant entreprendre un exercice de relativisation qui va tout de même se jouer sur le terrain et dans les termes de la notion du risque, même si celle-ci peut apparaître anachronique à l'égard de certaines des « preuves » avancées. La raison en est que sur ce terrain-là, à notre époque, on avance force arguments massue à l'encontre de qui voudrait laisser la naissance tranquille, ou du moins, lui laisser un espace de liberté tel qu'il appartiendrait à chaque femme enfantant d'en déterminer l'ampleur. Cet exercice se veut sémiotique, au sens où il procède par collage et juxtaposition de discours et représentations où s'articule l'image changeante que l'on se crée du « danger ».

2.5 *Éléments pour alimenter le doute réflexif sur la dangerosité de la naissance*

On peut certes adopter une position angélique, basée sur une profession de foi aveugle envers la nature qu'il ne faut pas contrarier ou sur l'acceptation résignée des desseins impénétrables du divin, il n'est pas tant question ici de nier l'existence de risques associés à la naissance que de contester l'idée que ces risques méritent le traitement qu'on fait de la naissance à la fois en tant que phénomène biologique et en tant qu'événement, un événement d'ailleurs majeur dans l'histoire intime d'une femme et quant au devenir-parent. Il s'agit surtout de montrer que la gestion maniaque de ces risques est une prédiction qui s'autoréalise continûment, apportant à chaque naissance catastrophique qu'une nouvelle journée amène la preuve vérifiant l'hypothèse et la renforçant davantage aux yeux de tous et toutes (chap. III et IV). Dans mon esprit, ce *scénario catastrophe* n'est autre qu'une modalité de la production sociale des faits scientifiques, pour situer la perspective dans le prolongement de la pensée d'un Latour, par exemple. Cette construction, qui fait de « l'anecdotique une généralité » (Dupagne), est historiquement récente et *confrontable*. Le problème central de la pensée obstétricale est qu'elle prétend par sa *praxis* garantir la sécurité (*safe outcome*), alors qu'elle y échoue, à preuve : la mortalité-morbidité maternelle et infantile n'a jamais été éliminée et

est en augmentation, mais ce discours arrive à se maintenir parce qu'on ne demande pas à la médecine périnatale de rendre des comptes de sa « performance » et parce qu'elle jouit d'une parfaite exonération de responsabilité *dès lors qu'elle met l'intervention en acte et jamais pour cela* (au sens du *primum non nocere*).

Comment relativiser ces risques, leur donner un ancrage qui n'est pas de l'ordre d'une mythologie propre à l'ère thanatocratique? Bien qu'il soit impossible de soustraire le phénomène à l'infinité des variables qui l'influencent, on peut tout de même solliciter quelques données historiques, statistiques et épidémiologiques d'ici ou d'ailleurs, ou même la lettre scientifique d'une autre époque alors que le récit natal s'articulait bien différemment dans les esprits, afin de moduler la perception actuelle de sa dangerosité. Sur quelles bases évaluer la nécessité d'allouer des milliards de dollars annuellement aux services et soins périnataux, par exemple? De quel ordre serait le « risque obstétrical absolu » (côté mère et côté naissant-e) par rapport à d'autres risques quantifiés comme le risque de mourir dans un accident de la route, le risque de décéder d'un accident vasculaire cérébral, d'une erreur médicale, de causes iatrogènes ou d'une complication nosocomiale? Prenons ici des risques statistiquement importants, afin de mettre en perspective l'arsenal de ressources et de fonds déployés en périnatalité, où le « risque perçu » est énorme bien que le risque absolu soit minime. Au moment de prendre sa voiture, qui a à l'esprit que, selon l'Organisation mondiale de la santé, les accidents de la route sont la première cause de décès dans le monde, tuant quatre fois plus que la guerre? Au moment de quitter son domicile pour se rendre accoucher à l'hôpital, quelle mère n'a pas peur d'y rester ou de repartir sans bébé ou avec un enfant handicapé...? Quelles sont les dépenses annuelles des pays occidentaux pour améliorer la sécurité routière et imposer des normes plus sévères aux constructeurs automobiles? Nous sommes bien conscients-es, intellectuellement, que lorsqu'un risque se trouve surestimé donc surreprésenté, c'est qu'il occupe une place prépondérante dans l'imaginaire individuel et collectif. Car sur ce risque-là, avec lequel composent notre culture et notre société tout entières, s'est fondée une véritable – et profitable – industrie. Mais au-delà des chiffres et des sous, il y a des personnes et des histoires, des femmes qui enfantent et des enfants qui naissent encore d'elles. Alors que les seconds-es n'ont pas immédiatement accès au langage,

les premières s'expriment, de plus en plus nombreuses et publiquement, nous ouvrant à une réalité expérientielle que l'on découvrira malmenée, laissant parfois de douloureuses traces.

Des causes du déclin de la mortalité maternelle et périnatale

Avant d'aborder l'expérience des femmes, l'exercice sémiotique auquel je me livrerai est d'approcher certaines données sur le risque périnatal comme un récit en évolution, dans le temps et dans l'espace. Ce que je veux confronter ici est le fait prétendument indisputable que la chute historique de la mortalité maternelle et néonatale observée au cours du 20^e siècle est attribuable à l'obstétrique moderne. Freeze évoque le concept du « récit de la médecine-en-tant-que-progrès⁷⁰ », qui défend une explication technomédicale de la grande amélioration du bilan sociosanitaire de la population des mères et des bébés (2008, p. 201). L'obstétrique moderne aurait donc engendré en moins de cent ans « une baisse de la mortalité néonatale de 90 % et de la mortalité maternelle de 99 % » (d'après une médecin blogueuse, farouche opposante de l'accouchement à domicile, citée dans *ibid.*, p. 202). On recule même dans le temps la contribution de l'obstétrique à ce bilan : conjointement avec « de multiples mesures scientifiques et sociosanitaires (instauration de programmes de santé publique, amélioration de l'hygiène, assainissement des eaux, aseptisation, vaccins, maîtrise de la fièvre puerpérale) » elle aurait permis, du milieu du 18^e siècle à aujourd'hui, que « la mortalité maternelle [soit] divisée par 131, et la mortalité infantile par 69⁷¹ », créditant au passage la discipline pour l'éradication du phénomène nosocomial que sa pratique hospitalière avait rendu épidémique : la fièvre puerpérale⁷². Cette dernière assertion contient néanmoins les facteurs déterminants plus vraisemblablement responsables de la chute globale de la mortalité durant cette période *dans toutes les couches de la population occidentale* : l'amélioration générale des conditions de vie – l'hygiène, la qualité de l'eau et un l'accès suffisant à la nourriture dès l'enfance et au soleil aussi (le rachitisme⁷³ étant le grand responsable de la

⁷⁰ D'après Katherine Beckett et Bruce Hoffman, « Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth », *Law & Society Review*, vol. 39, n° 1 (1^{er} mars 2005), p. 125.

⁷¹ Martin (2010), p. 79-80; d'après Paul Yonnet, *Le recul de la mort. Tome I : L'avènement de l'individu contemporain* (Paris : Gallimard, 2006).

⁷² J'y reviens aux chap. III et V.

⁷³ Murphy-Lawless (1998, p. 279, note 68) mentionne les travaux d'Audrey Eccles (*Obstetrics and Gynecology in Tudor and Stuart England*, Londres : Croom Helm, 1982) qui montrent que le rachitisme était un problème virtuellement inconnu avant le 17^e siècle. Ce problème a été engendré par

déformation du bassin causant les cas d'*obstructed labor*, sans oublier que le mode de vie reclus, le manque d'activité physique et les corsets ont passablement compliqué les enfantements à l'ère victorienne). Paul Cesbron observe qu'à l'égard de la sécurisation des couches,

l'argumentation médicale a toute l'apparence de la scientificité. Qui peut raisonnablement mettre en doute la « prodigieuse » efficacité de ce dispositif au seul examen de l'évaluation des grands indicateurs obstétricaux : mortalité et morbidité maternelles et néonatales? Les courbes des pratiques médicales et de ces marqueurs ne sont-elles pas étonnamment corrélées? Il n'est heureusement pas nécessaire d'être statisticien pour savoir que *corrélation ne signifie pas causalité*.⁷⁴ (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 123)

Effet négatif de la médicalisation des couches

C'est à la confrontation de cet argument que Marjorie Tew, chercheuse statisticienne rattachée pendant de nombreuses années à la *Nottingham University Medical School* au Royaume-Uni, a consacré un volumineux ouvrage : *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care* (1998). Ses travaux démontrent que les spectaculaires déclinés des taux de mortalité survenus dans toutes les couches de la population à partir de 1870 ne sont pas attribuables aux avancées médicales, mais à des « *life-saving consequences of non-medical developments* » : les progrès médicaux de base tels que le lavage des mains, les techniques d'aseptisation et de stérilisation ainsi que les transfusions sanguines eurent en ce domaine un impact modeste, alors que les routines obstétricales entraînaient, au mieux, des résultats discutables. En fait, dans la plupart des pays économiquement mieux nantis, alors que le suivi médical des grossesses et l'accouchement en clinique s'étendaient, deux sous-groupes de la population n'ont pourtant pas connu une diminution aussi franche de la mortalité : les femmes récemment accouchées et les bébés durant leur première année de vie. En d'autres mots, les maternités hospitalières et la pratique des accoucheurs, en tant que nouveautés historiques, auraient ralenti, dans ces deux franges de la population, l'infléchissement général à la baisse des taux de mortalité. Ce facteur expliquerait pourquoi les nouvelles mères et les bébés étaient les seuls-es à ne pas avoir bénéficié de l'effet des meilleures conditions de vie

l'urbanisation, forçant les plus pauvres à vivre dans les pires conditions possible, souvent sans accès à la lumière du soleil. De plus, la peur des courants d'air a entraîné l'habitude d'un emmaillotement exagéré des enfants également responsable de la carence en vitamine D causant le rachitisme.

⁷⁴ Je souligne.

(Tew, 1998, p. 1-6, 27). Aux États-Unis, alors que la naissance se transportait peu à peu du domicile vers l'hôpital entre 1900 et 1950, la mortalité maternelle et infantile n'a pas connu de baisse véritable avant 1930, mais a plutôt grimpé pendant plusieurs années précédant la Deuxième Guerre mondiale (Block, 2007, p. 214); selon un rapport de la Maison-Blanche, la mortalité néonatale aurait même grimpé de 50 % durant la période 1915-1929 en raison de blessures subies à la naissance (Cassidy, 2007). Par contre, dans l'esprit du public et en méconnaissance de ce bilan, la dangerosité et le caractère extrême de la naissance devinrent un fait acquis; certaines familles allaient jusqu'à sacrifier une demi-année de salaire dans les années 1920 pour bénéficier des nouvelles méthodes obstétricales. De l'avis d'une femme à cette époque :

The cost was such a burden and a worry that our joy in the child and interest in the birth were under a cloud [...]. Our mothers had their babies delivered for \$25 by country doctors, but of course that was before the days of the enlightenment. We knew now about prenatal care, anesthesia, and hospitals. The best was none too good, especially when one was in a flutter about something so unusual and dangerous as the birth of a baby.
(Citée dans *ibid.*)

Revenons aux travaux de Tew pour la période 1950-1970 en Grande-Bretagne. Mis par certains au crédit de la médicalisation de la naissance, le fort déclin de la mortalité périnatale qui s'y est produit durant ces vingt ans s'est stabilisé après 1970, lorsque les conditions sanitaires ont cessé de s'améliorer franchement, cependant que la médicalisation franchissait de nouvelles étapes. Il m'apparaît significatif que l'émergence historique identifiée par Ann Oakley de la peur d'accoucher et d'y laisser la vie (un discours qui n'était pas vraiment présent au début du 20^e siècle) survienne dans le contexte de l'Angleterre de l'après-guerre (et durant l'entre-deux-guerres aux États-Unis, comme en témoigne la citation précédente), impulsant de la part des jeunes femmes une demande publique pour un plus grand nombre de lits dans les maternités et un accès étendu à l'anesthésie : « *What is being done to make childbirth easier? Or are all our brilliant doctors and specialists still content to tell us that childbirth is a 'natural function'?* » (citation tirée d'Oakley, 1984, p. 130) On y décèle l'appropriation du discours positiviste en vogue pour remplacer les aléas de l'enfantement par un processus standardisé et « contrôlé ». Tew a aussi démontré que le phénomène largement attesté pour les États-Unis, le Royaume-Uni et le Québec jusqu'au milieu du 20^e siècle de la mortalité périnatale supérieure pour les accouchements en hôpital par rapport aux naissances

à domicile s'est maintenu en Angleterre selon l'analyse extensive qu'elle a faite des données des années 1970, laquelle a révélé que pour toute catégorie de risque (sauf pour le risque le plus élevé dont le nombre de cas s'avérait insuffisant pour dégager des conclusions statistiquement significatives), les bébés étaient moins susceptibles de mourir durant la période périnatale s'ils/elles étaient nés-es à la maison ou dans les centres de naissance gérés par des généralistes ou des sages-femmes plutôt qu'à la clinique. Le taux de mortalité périnatale pour les naissances à haut risque à la maison ou en centre de naissance était légèrement inférieur à celui associé aux naissances à bas risque en hôpital. Qui plus est, son analyse a révélé un taux de mortalité périnatale à domicile et en centre de naissance similaire pour les catégories de risque qualifiées de « très bas », « bas » et « modéré », alors que, en hôpital, ce taux augmentait du double de l'une à l'autre catégorie, ce qui suggère que la gestion hospitalière (plus étroite selon le degré de risque) intensifie les risques appréhendés et cause cette « mortalité statistiquement excessive » (*excess of death*). En définitive, l'analyse confronte ici le prédicat selon lequel les cas que le suivi de grossesse permet d'identifier comme présentant un « risque élevé » de complications profitent nécessairement de la gestion hospitalière de l'accouchement : au contraire, cette gestion avèrerait la complication, alors que la naissance à domicile présenterait un facteur de protection. Tew concluait que, n'eût été la campagne gouvernementale en faveur de l'accouchement en établissement (notons qu'une campagne du même ordre eut lieu également en Amérique du Nord et dans la plupart des pays européens), le taux de mortalité néonatale de 1981 aurait été inférieur (Tew, 1998; voir aussi Goer, 2006, Freeze, 2008). Enfin, je soulignerais le fait qu'une étude du genre de celle-ci portant sur les données de 1970 serait pratiquement irréproductible de nos jours, parce que les réglementations professionnelles en vigueur pour l'accès à l'accouchement à domicile ou en maison de naissance en Amérique du Nord et en Europe excluent désormais généralement tous les cas qui tombent hors de la catégorie du « bas risque ».

Conditions de vie, mortalité, fécondité

Deuxième volet du présent exercice de relativisation du risque : la comparaison historique de la mortalité dans la population féminine et masculine. Aussi importants que puissent paraître les taux de mortalité maternelle les plus élevés enregistrés au 18^e siècle (les taux répertoriés en France y oscillaient alors entre 1 % et 7 % selon les régions) – avant l'hospitalisation des

couches, donc hormis les épisodes épidémiques connus dans les grands hôpitaux –, les études démographiques n'ont pas permis de dégager une véritable disparité entre la mortalité des hommes et des femmes en âge de procréer. Du point de vue de l'historienne de la naissance Mireille Laget :

[L]es comptages ne présentent jamais de grands écarts et même, *à âge égal, les hommes disparaissent parfois en plus grand nombre que les femmes*. [...] C'est en fait l'âge fécond et adulte qui met l'individu des deux sexes dans des conditions d'existence où la fatigue, les dangers, le travail le rendent vulnérable. Le travail extérieur, ses servitudes et ses risques sont peut-être à l'homme ce que la gestation et l'accouchement sont à la femme⁷⁵.

N'a-t-on pas, au XVIII^e siècle même, puis dès que les historiens ont commencé à s'intéresser à ces questions, surestimé le nombre de femmes décédées? Des mères mouraient, certes, mais dans des proportions qui ne menaçaient pas vraiment l'équilibre démographique. Ces données évoluent peu jusqu'à la fin du XIX^e siècle. La mortalité en couches ne s'infléchit vraiment que par les habitudes de propreté et d'asepsie. L'époque de Pasteur marque un premier recul. On ne disposera vraiment de moyens de juguler les infections, et de rendre la mort des accouchées exceptionnelle, que vers les années 1950.⁷⁶ (Laget, 1982, p. 281-282)

Du constat que fait l'historienne, avant le confinement des naissances à l'institution hospitalière les femmes ne semblaient pas avoir été les victimes de prédilection au jeu cruel de la reproduction.

On peut dégager un autre argument du registre de l'« agitation de linceul », utilisé pour conforter la thèse de la dangerosité de la naissance : le « spectre du Tiers Monde » (*Third World Argument*) (Freeze, 2008, p. 201-202). Il s'agit de l'argument par lequel on use des statistiques périnatales horribles de nombreux pays ou régions défavorisées du monde (ou zones de conflits), en soi un drame humanitaire inqualifiable, pour défendre la nécessité du modèle technocratique et interventionniste des soins à l'occidentale. Cet argument reçoit une relativisation à travers les constats de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, laquelle pointe du doigt les atteintes aux droits génésiques des femmes, essentiellement environnementales, culturelles et socioéconomiques :

⁷⁵ Sans oublier qu'elles aussi travaillaient durement à l'extérieur, même enceintes.

⁷⁶ Je souligne.

Les causes de mortalité maternelle remontent souvent à une période de la vie des femmes bien antérieure à la grossesse. Elles peuvent se situer dans la petite enfance, voire même [sic] avant la naissance, lorsque se déclarent les carences en calcium, en vitamine D ou en fer. Lorsqu'elles persistent durant l'enfance et l'adolescence, ces carences peuvent entraîner une contraction du pelvis puis la mort par suite de complications lors de l'accouchement ou d'hémorragies, ou encore une anémie ferriprive chronique. Les facteurs négatifs se succèdent tout au long de la vie de la femme : les risques particuliers liés aux grossesses intervenant durant l'adolescence; l'épuisement résultant de grossesses trop rapprochées; les risques liés à l'accomplissement de durs travaux physiques pendant la grossesse; les risques graves que présente la procréation chez les femmes âgées de plus de 35 ans et, a fortiori, 40 ans; les risques cumulés résultant de grossesses multiples; et, toujours présents, les dangers épouvantables de l'avortement illégal, auquel la femme est contrainte de recourir en désespoir de cause. Tels sont les différents maillons de la chaîne dont seuls le tombeau ou la ménopause pourront la délivrer. (ONU, 2007, p. 27)

En clair ici, il appert que le problème de la mortalité maternelle doit être envisagé sous une perspective globale et sociale, car elle appartient à une réalité plus complexe que celle des aléas biologiques du corps féminin, un pronostic qui se joue en amont de l'événement-naissance. D'hier à aujourd'hui, l'étiologie de la mortalité maternelle est fortement liée à la pauvreté et à des conditions de vie difficiles.

En ce qui a trait à la mortalité néonatale, une preuve flagrante du caractère décisif d'enjeux macroscopiques en cette matière nous est fournie par la diminution spectaculaire de la mortalité infantile périnatale observée dans des régions du monde qui n'ont bénéficié d'aucune médicalisation des accouchements. Ainsi, dans un article de 1998, une démographe, étudiant le cas de l'Inde, arrivait au constat que « l'énorme déclin de la mortalité infantile, depuis l'Indépendance, s'est produit pour ainsi dire sans hospitalisation de la naissance⁷⁷ ». *A contrario*, « pour des populations de niveaux socioéconomiques comparables, en Inde, la mortalité périnatale est aussi élevée (parfois plus) dans les dispensaires médicaux qu'à domicile. » Ceci conforte les résultats des études qui montrent que la mortalité maternelle et néonatale régresse considérablement lorsque les conditions sanitaires s'améliorent, même si les pratiques d'accompagnement de la naissance demeurent inchangées. (Bel *et al.*, 2002)

⁷⁷ Pauline Kolenda, « Fewer Deaths, Fewer Births », *Manushi*, n° 105 (mars-avril 1998), p. 5-13; citée dans Bel *et al.* (2002).

Le caractère déterminant des conditions sociosanitaires sur le pronostic maternel et néonatal est également corroboré par les taux de fertilité atteints à la fin du 19^e siècle. Souvent citée en exemple, la situation québécoise n'était pas exceptionnelle, comme le souligne l'historien Claude Bélanger : « En réalité, le taux de naissance et de fertilité du Québec jusqu'en 1870 n'avait rien d'extraordinaire. Les taux répertoriés en Nouvelle-France et au Québec jusqu'à la fin du 19^e siècle ne se situaient que *dans la moyenne normale supérieure des populations bien nourries* d'origine européenne sur le continent nord-américain; ils étaient seulement un peu plus élevés que ceux observés en Europe à cette époque.⁷⁸ » On parle d'une moyenne de 6-7 enfants par femme. Ce qui est plus exceptionnel au Québec, néanmoins, est la persistance de ce taux de natalité élevé au 20^e siècle, sous l'influence de l'Église catholique, avec une disparité évidente entre le monde rural et urbain. Par exemple, en 1901, le taux de fertilité atteint dans le Québec rural était de 7,8 enfants/femme contre 3,1 en ville. Plus fascinants encore sont les taux de fertilité d'avant 1700 en Nouvelle-France. Calculés en rapport avec l'âge de la femme au moment de son mariage, les taux de fertilité atteignaient 12,3 enfants chez les femmes mariées avant l'âge de 15 ans, 9,2 chez celles mariées entre 20 et 25 ans et 4,9 pour celles qui ont convolé après 30 ans (Bélanger, 2000). Suivant notre schème mental actuel de risque surreprésenté, si l'on suppose que l'enfantement menacerait la vie de la femme une fois sur cinq, disons, on peut en conclure qu'elles seraient toutes mortes en ces temps-là, et certaines deux fois plutôt qu'une! L'enquête ethnologique menée dans Charlevoix par Jean-Philippe Gagnon (1979) portant sur la période 1900-1950, époque où, en campagne, les sages-femmes traditionnelles assistaient à domicile la quasi-totalité des accouchements, apporte un autre élément à cette réflexion sur la dangerosité présumée de la naissance : selon le souvenir unanime des répondantes, femmes de plusieurs générations, aucune mort maternelle n'a été déplorée, tandis que les morts néonatales ou les enfantements compliqués pour lesquels on appelait le médecin s'avéraient rarissimes. La scène dramatique du médecin prenant le père à part pour lui demander s'il devait sauver « la mère ou l'enfant » d'une naissance périlleuse appartient à une mythologie populaire alimentée à la sauce téléromanesque.

⁷⁸ Je traduis et souligne. Sur l'histoire démographique du Québec, on se rapportera également aux travaux incontournables de Jacques Henripin.

Ce dernier exemple vient en fait introduire un motif important : celui de la *construction de l'idée de mort intrapartum par déplacement métonymique du concept de « mort en couches »*. Laget l'exprime fort bien : les morts d'accouchées ne sont pas brutales; la mortalité maternelle est « *une mort lente, désolidarisée de l'accouchement* » (Laget, 1982, p. 262). En fait, on a affaire à une *ellipse* : on a oublié que « les couches » des femmes étaient jadis une période particulière, non restreinte au moment de l'enfantement, plus ou moins en correspondance avec ce qu'on appelle les relevailles et qui pouvait durer jusqu'à plusieurs mois. Outre les fièvres puerpérales, une septicémie souvent iatrogène, les femmes faisaient face au danger surtout dans le mois *après* la naissance : elles pouvaient mourir d'épuisement, de malnutrition ou de maladie dans les suites de couches. Elles mouraient beaucoup plus rarement *en accouchant*, image canonique de la culture populaire, expédient dramaturgique puissant : une femme gémit comme si on la poignardait, puis elle expire alors qu'on tente désespérément d'extraire l'enfant ou dans les minutes qui suivent la naissance... Dans les faits, les grandes multipares étaient les plus menacées par l'épuisement puerpéral. Quant aux principaux problèmes obstétricaux réels qui auraient pu justifier une intervention chirurgicale lors de la parturition, ils étaient le résultat, comme on l'a dit, d'un rachitisme en bas âge, causé par une mauvaise alimentation due à la famine, à la pauvreté et à une carence grave en vitamine D, ou encore d'une déformation (accident, maladie, corset). Dans les pires extrémités, c'est bien plus souvent l'enfant qui mourait ou se voyait occis pour être extirpé⁷⁹. Sauf une fois que les théologiens eurent décrété que la césarienne devait être tentée sur le simple postulat que le bébé pourrait être sorti vivant afin de recevoir le baptême qui le sauverait des limbes éternels. Dès lors, la vie de la mère, déjà baptisée, passa au second plan (voir chap. III).

Perspective évolutionniste

Dernier élément de réflexion : la perspective évolutionniste. Même si cela est anachronique, je ferais remonter l'origine de cet argument aux critiques exprimées dès le début du 18^e siècle à l'encontre de l'irruption du personnage de l'accoucheur dans le monde intime de la naissance. Les prétentions de ce dernier à performer mieux que les sages-femmes

⁷⁹ Sans intervention, il se pouvait que l'enfant mort à terme *in utero* ait été plus facilement expulsé, de façon spontanée par l'organisme maternel, après une période de dégradation de ses tissus.

traditionnelles s'appuyaient entre autres sur sa pratique de disséqueur qui lui conférait l'avantage de notions anatomiques inaccessibles à ses prédécesseurs (en général, ses prétentions reposaient essentiellement sur les instruments dont il se réservait l'usage, plus que sur une quelconque formation, très accessoire dans la population des hommes sages-femmes). Mais la raideur cadavérique et l'immobilité, on le verra de façon itérative dans le cours de cette thèse, sont de piètres alliées dans la compréhension de la dynamique de la parturition. Une citation de l'un de ces dénonciateurs, l'anglais Francis Foster, glanée dans un article de l'historien de la médecine Roy Porter (1998) et datée de 1779, me semble soulever un point fondamental, surtout considéré en regard des éléments de réflexion présentés jusqu'ici dans cette section : « Les connaissances anatomiques ne sont pas nécessaires dans 999 accouchements sur 1000, car si cela avait été le cas, les sociétés primitives se seraient éteintes il y a très longtemps ». Au sujet de Foster, Porter commente :

For Foster, the basic fact about childbirth was that labour was 'Nature's work'. Women were nature's midwives, and male practitioners were not as 'safe' as women. Their services should be necessary only in the extremely exceptional case. Man-midwifery was, therefore, totally redundant (a surgeon could perform the exceptional operation). (Porter, 1998, p. 219)

L'argument que j'appelle évolutionniste se confond quand même ici avec l'idée de « nature qui fait bien les choses », mais en tant que cette nature joue en faveur des femmes qui ont l'habitude et l'intuition du phénomène tel qu'il se déroule, savent empiriquement de quoi il en retourne et en font la démonstration « de toute éternité ».

En France, à la même époque, un ancien « médecin-chirurgien en chef dans les hôpitaux militaires, et maître en chirurgie, aidant les accouchemens⁸⁰ » avançait semblables arguments, au bénéfice de la pratique des sages-femmes, plus patiente, seyant à la pudeur féminine et à l'ordre naturel des choses, tout en évoquant le caractère exceptionnel (un pour cent, voire un pour mille) du besoin d'en venir à des manœuvres instrumentées ou chirurgicales :

Jusqu'à l'empêchement absolu naturel bien constaté d'accoucher, l'accouchement ne demande qu'à être *aidé* par une personne intelligente et sensible, prémunie de principes élémentaires et d'une patience exercée, sous tous les rapports, dans la pratique des accouchemens. Est-ce donc un homme ou une femme qui est appelé aux fonctions de ce

⁸⁰ Graphie d'époque.

puisque ministère? Il y a longtemps pour la première fois que la nature, la pudeur et l'amour-propre des femmes ont décidé de la question. C'est donc une femme et exclusivement une femme qui doit *aider* et non *faire* l'accouchement...

Point d'accoucheurs, ni d'art dans les accouchemens naturels, qui font les neuf cent quatre-vingt-dix-neuf millièmes des accouchemens; point d'accoucheur et fort peu d'art dans les accouchemens où la nature dévient de sa marche commune ne doit encore y être remise que par les mains. Enfin, point d'accoucheur et rien de son art, où il faut un chirurgien-opérateur pour extraire l'enfant devenu un corps-étranger, et qui ne peut *absolument* se produire ou être amené par les voies naturelles, car où *finis l'accoucheur, le chirurgien commence*.⁸¹ (Cité dans This, 1982, p. 138-139)

Selon les différentes estimations du risque obstétrical qui ont cours de nos jours, on avance à l'encontre de la politique Cheney de l'accouchement les taux de 15, 10 voire 5 % pour chiffrer le nombre des accouchements qui se compliqueraient (nécessitant l'« opération exceptionnelle », pour reprendre les mots de Porter), par opposition aux enfantements dits normaux sur lesquels les techniques obstétricales ne présenteraient aucun bénéfice. Je ne veux pas confronter ici ces postulats à une démonstration rigoureuse qui validerait l'un des taux proposés au détriment des autres. Je me limiterais à laisser ici l'imagination mathématique à l'œuvre : en associant à l'un ou l'autre de ces taux une mortalité, morbidité ou invalidité maternelle assurée sans un secours mécanique ou chirurgical, combien cela prendrait-il de temps à une population donnée pour s'éteindre? Même avec le 5 %, l'extinction survient assez rapidement... On me dira que la technique sauve par contre bien des bébés. Mais je répondrai : les sauve-t-on *de la naissance*? Ou arrivons-nous plutôt à faire survivre des bébés qui seraient autrement morts-es parce que trop malades, malformés-es, handicapés-es ou faibles? Le déplacement métonymique opère encore une fois : on suppose que la naissance elle-même met les bébés en danger... de mort. Alors, reprenons l'argument évolutionniste : par quelle loi pourrait-on expliquer que la population humaine ne se soit jamais éteinte si l'enfantement eût été un processus intrinsèquement périlleux pour le naissant, la naissante? Comment expliquer aussi que les régions du monde avec le plus fort accroissement populationnel n'aient à peu près aucun accès à des soins obstétricaux ou de néonatalogie? Par ailleurs, certains-es voudraient arguer que l'accouchement est devenu dangereux de nos jours. On leur demandera de trouver – et prouver – un facteur d'explication

⁸¹ Le soulignement est dans le texte.

à cette théorie (l'argument « les femmes d'aujourd'hui ne sont plus ce qu'elles étaient », assorti parfois de celui « les bébés sont bien plus gros », sera examiné au chap. suivant).

La thèse du « un pour cent, un pour mille » n'était pas neuve à la fin du 18^e siècle. On la retrouve soixante-dix ans plus tôt sous la plume du médecin français Philippe Hecquet, l'une des rares critiques du genre répertoriées en France (en Angleterre, les critiques publiques à l'égard de l'accoucheur se faisaient plus nombreuses et plus venimeuses, et surtout, contrairement à la France, on comptait des dénonciatrices). Dans un pamphlet de 1707, Hecquet défendit une thèse à contre-courant de l'opinion de plus en plus dominante au sujet de l'utilité des chirurgiens lors des accouchements et de l'impéritie des sages-femmes, thèse qu'il introduisit justement par un argument que j'assimile à la logique évolutionniste :

Mais si l'on considère qu'il n'y a peut-être pas une femme entre cent, peut-être pas une entre mille, qui se trouve dans cette prétendue nécessité, il sera vrai de dire, que de cent femmes il y en aura quatre-vingt-dix-neuf où il sera inutile. Si d'ailleurs ce besoin est de nature à pouvoir être aussi sûrement soulagé par la main d'une femme habile et expérimentée, que par celle d'un homme; s'il demande presque toujours plus de tête que de bras; si enfin l'habileté d'un sage médecin est ordinairement plus nécessaire que la main de qui que ce soit; le secours d'un Accoucheur deviendra alors inutile ou dangereux, et sa profession deviendra rarement nécessaire.

Or il est certain que c'est presque toujours par des secours tirés de la Médecine, que les accouchements laborieux se terminent heureusement, quelquefois par la main soutenue d'un grand usage, rarement par quelque opération.⁸² (Hecquet, 1990, p. 55)

Pour Hecquet, il est d'ailleurs évident que « les couches des femmes deviendraient plus rarement laborieuses, si les sages-femmes seules s'en mêlaient » (p. 64). Cette critique, comme les précédentes, exprimait une réelle conscience du potentiel iatrogène de la perturbation d'un processus physiologique, ordinairement eutocique. À trop intervenir, l'enfantement se complique. Et ces mots résonnent d'un écho tout particulier lorsqu'on les confronte, en nous autorisant une projection dans le temps de trois siècles en aval, à l'expérience couramment laborieuse de la naissance au tournant du millénaire dont les femmes témoignent (voir chap. IV et V). Je reviendrai sur le pamphlet de Hecquet au chapitre suivant.

⁸² Je souligne.

Depuis le début du 20^e siècle s'est développé en obstétrique et en anthropologie un argumentaire qui en appelle à la théorie de l'évolution pour justifier une assistance universelle aux femmes au moment de l'accouchement et l'extension de l'interventionnisme à toutes les naissances. Je voudrais à ce point-ci montrer comment cet argumentaire prend l'évolutionnisme à contresens. Cela commence avec l'américain Joseph DeLee qui, en 1920, faisait la promotion d'une méthode (« l'opération prophylactique aux forceps », qu'on étudiera au chap. suivant) destinée à remplacer l'enfantement :

In fact, only a small minority of women escape damage during labor, while 4 per cent of the babies are killed and a large indeterminable number are more or less injured by the direct action of the natural process itself. So frequent are these bad effects that I have often wondered if nature did not deliberately intend women should be used up in the process of reproduction in a manner analogous to that of the salmon, which dies after spawning? Perhaps laceration, prolapse and all the evils soon to be mentioned are, in fact, natural to labor and therefore normal, in the same way as the death of the mother salmon and the death of the male bee in copulation are natural and normal. If you adopt this view I have no ground to stand on, but if you believe that a woman after delivery should be as healthy, as well, as anatomically perfect as she was before and that child should be undamaged, then you will have to agree with me that labor is pathogenic because experience has proved such ideal results are excessively rare. (DeLee, 1920)

Tout comme la journaliste et le médecin cités plus tôt assimilant la « naturalité de la naissance » à celle de la mort, DeLee use de la fausse analogie pour défendre l'idée qu'une large proportion des femmes et des bébés sont en même temps sacrifiés-es ou « endommagés-es » par l'accouchement. L'auteure d'un blogue satirique français y dénonce un « exemple caricatural [d'une] mauvaise foi [par laquelle on s'autorise à] choisir parmi des millions d'espèces animales celle qui illustre sa conviction, et même pas un mammifère en plus⁸³ ». On pourrait déplorer que la logique de DeLee ne soit valable que pour un processus du corps des humaines (saumons mâles ne survivent pas plus que les femelles au-delà de la fraie, ne lui en déplaise); ou encore qu'elle n'explique pas par quel prodige l'espèce humaine a survécu en dépit d'un rythme reproductif bien inférieur au produit d'un alevinage (sans compter que les alevins, ces pauvres orphelins, sont laissés à eux-mêmes durant toute leur maturation) malgré le pourcentage si élevé des dommages et accidents associés prétendument au processus de la mise au monde.

⁸³ Betty Boob, « Des saumons et des femmes », *Le Bêtisier officiel de l'obstétrique*, entrée du 15 juin 2008 (en ligne : <<http://boob.over-blog.fr/article-20434773-6.html>>, consulté le 24 sept. 2010).

Chirurgien américain contemporain fort médiatisé et en vue, Atul Gawande (2006) s'exprimait dans un long article à saveur historique publié dans le *New Yorker* sur les bénéfices attendus du recours grandissant à la césarienne : tout comme la péridurale a amélioré le pronostic par rapport au *Twilight Sleep* (un cocktail médicamenteux en vogue au début du 20^e siècle s'étant avéré très dangereux pour la mère et le bébé) et à l'anesthésie générale, la césarienne semble présenter des résultats avantageux comparativement à l'épisiotomie et aux forceps de la tradition deléenne. Mais ne s'agit-il pas, comme l'a souligné Henci Goer (2006), d'échanger une intervention pour une autre (« *“frying pan” versus “fire” comparisons* »)? Aucune comparaison n'est proposée entre intervention et non-intervention. D'ailleurs, l'un des dogmes de l'obstétrique est qu'à chaque étape du processus, l'enfantement peut mal tourner. Ce prédicat autoprédicatif suffit à éviter de s'interroger quant à son rôle dans l'étiologie des complications possibles (les chapitres III et IV proposent une démonstration de l'autoprédicativité du scénario). Pourquoi la césarienne universelle sera-t-elle préférable? L'explication de Gawande est simple : l'obstétrique, contrairement aux autres spécialités médicales (elle se classerait bonne dernière quant à son usage des données probantes), n'a jamais attendu la preuve scientifique avant d'introduire une nouvelle intervention, mais ce qui seul importe en fin de compte est le résultat « incontestable » que l'interventionnisme obstétrical, en tant que « *package* » (la standardisation de l'accouchement, concept dont le chapitre suivant se veut une déconstruction), fonctionne :

In obstetrics, meanwhile, if a strategy seemed worth trying doctors did not wait for research trials to tell them if it was all right. They just went ahead and tried it, then looked to see if results improved. Obstetrics went about improving the same way Toyota and General Electric did: on the fly, but always paying attention to the results and trying to better them. And it worked. Whether all the adjustments and innovations of the obstetrics package are necessary and beneficial may remain unclear—routine fetal heart monitoring is still controversial, for example. But the package as a whole has made child delivery demonstrably safer and safer, and it has done so despite the increasing age, obesity, and consequent health problems of pregnant mothers.⁸⁴

L'obstétrique, dit-il, serait la plus cancre des spécialités médicales, mais paradoxalement la plus efficace : aucune autre n'aurait engendré aussi grande chute de mortalité au sein du sous-groupe de la population qu'elle dessert. Voilà l'essence de l'hubris de l'obstétrique-

⁸⁴ La rhétorique « le corps des femmes n'est plus ce qu'il était » sera examinée au prochain chapitre.

gynécologie : elle n'a que faire de la preuve scientifique, *elle incarne sa propre preuve*. La standardisation de l'accouchement est un concept *autodémonstratif*, par lequel une corrélation dans le temps devient causalité. L'obstétrique-gynécologie n'a que faire non plus d'un examen macroscopique, épidémiologique et historicisé de ses prodiges. Comme si la comparaison entre les chaînes de production de l'industrie automobile et un processus biologique, soumis aux lois millénaires de l'évolution, trouvait une légitimité rationnelle. Par conséquent, Gawande en vient à affirmer que, logiquement, la prochaine étape dans le cours de cette évolution naturelle des pratiques obstétricales est un recours plus spontané à la césarienne prophylactique (par opposition à la césarienne dite d'« urgence », c'est-à-dire décidée durant le travail). Face aux nouvelles exigences en matière de fiabilité, l'obstétrique doit, de son point de vue, se concevoir désormais comme une industrie plutôt qu'un art, et ainsi privilégier une méthode d'intervention unique et éprouvée – la césarienne – sur les manœuvres artisanales difficiles à apprendre (la poêle à frire *versus* le feu). De toute façon, la césarienne est « facile à enseigner », « fiable » même si elle ne représente pas à chaque fois la meilleure option, « confortable » pour l'obstétricien-ne, elle peut être pratiquée avec uniformité (*with consistency*), elle constitue « une façon plus simple et plus prévisible d'intervenir » et on la croit moins risquée que l'« enfantement naturel » (au sens de : les praticiens-nes sont plus à l'aise devant quelque chose qu'ils/elles contrôlent à peu près entièrement et qui les protège légalement). En définitive, le choix déchirant à faire est de « parfois opter pour la fiabilité au détriment de la possible perfection occasionnelle » (Gawande, toujours). Il est certain que si l'on situe l'« enfantement réussi » – au sens où la mère et l'enfant s'en sortent sain-es, sauf-ves et entier-ères – dans l'orbe de la rareté statistique, il devient aisé de rallier la lectrice, le lecteur, au bien-fondé du postulat qui applique à l'ensemble des cas la solution la meilleure dans une situation définie et avérée. C'est aussi pour cela que Gawande se sert d'un cas particulier (le 1 % de la politique antiterroriste), celui d'Elizabeth Rourke qui a dû consentir à la césarienne après 39 heures de travail infructueux (non sans plusieurs interventions – stimulation hormonale, RAM, péridurale – ayant toutes un lien potentiel établi avec la dystocie de progression), pour illustrer et prouver sa théorie. La naissance qui se passe sans heurts est pour lui une exception.

Il ne reste qu'un pas à franchir pour sauter à la conclusion que, même si « *our complication rates for even simple procedures remain distressingly high [,] yet in the next decade or so the industrial revolution in obstetrics could make cesarean delivery consistently safer than the birth process that evolution gave us* ». Hubris formidable : en quelques décennies seulement, la technique humaine arrivera à faire la démonstration de sa supériorité sur un processus qui a assuré la survie de l'espèce et sa grande prolifération; la césarienne déclassera la naissance, la rendra obsolète. Normalement en chirurgie, on ne propose pas, sur des sujets en santé, une appendicectomie ou un remplacement de hanche prophylactiques (les exemples sont de l'auteur). Or, en obstétrique, l'exigence de performance en vaudrait la chandelle, parce que – argument d'ignorance – il est certain que nous en arriverons un jour à prouver la supériorité de la césarienne universelle. Or, en matière de science, spéculation n'est pas raison. De quelle performance parle-t-il? Rapidité et facilité d'exécution, d'une part; protection médico-légale, d'autre part : en cas de poursuite, jamais en cour une césarienne est-elle reprochée, le litige repose toujours sur une césarienne qui n'a pas été faite ou aurait été décidée trop tard. Tout autant qu'elle est « fiable », la chirurgie présente quand même, de l'aveu presque candide de Gawande, quelques désagréments (d'ici à ce qu'on puisse – fort improbablement – réduire à quasi-néant les complications chirurgicales, la douleur postopératoire et – ce qui est impossible – le temps de récupération pour la mère ainsi que les risques pour les grossesses subséquentes) :

Straightforward as these operations are, they can go wrong. The child can be lacerated. If the placenta separates and the head doesn't come free quickly, the baby can asphyxiate. The mother faces significant risks, too. As a surgeon, I have been called in to help repair bowels that were torn and wounds that split open. Bleeding can be severe. Wound infections are common. There are increased risks of blood clots and pneumonia. Even without any complication, the recovery is weeks longer and more painful than with vaginal delivery. And, in future pregnancies, mothers can face serious difficulties. The uterine scar has a one-in-two-hundred chance of rupturing in an attempted vaginal delivery. There's a similar risk that a new baby's placenta could attach itself to the scar and cause serious bleeding problems.

Plus loin, il ajoute : « *[p]utting so many mothers through surgery is hardly cause for celebration. But our deep-seated desire to limit risk to babies is the biggest force behind its prevalence; it is the price exacted by the reliability we aspire to* ». Les complications maternelles sont donc assimilées à un « prix à payer », tandis que la fiabilité est celle de la

chirurgie (peu importe le pronostic) sur la boîte de Pandore du système reproducteur féminin... Encore une fois, l'intérêt des mères et des bébés est opposable et l'on décide en faveur des seconds-es. Comment arrive-t-on à concevoir que l'évolution ait favorisé un processus nuisible soit à la mère, soit à l'enfant, plutôt qu'au bénéfice des deux, et à expliquer du même coup la survie improbable de l'espèce humaine?

Privilégier la césarienne repose sur un autre argument : l'art obstétrical – techniques manuelles et maniement délicat des instruments – est une science perdue, sinon trop compliquée à enseigner; trop d'incompétents-es s'y adonnaient, il a donc fallu recommander à tous-tes l'option plus simple et uniforme de l'opération, tandis que celles et ceux qui possédaient adéquatement les techniques « artisanales » durent eux aussi y renoncer par crainte des poursuites. Là-dessus, Gawande fait l'impasse sur trois siècles d'histoire trouble relativement à l'usage intempestif de manœuvres hasardeuses et d'instruments, de même que sur l'emploi systématique de ceux-ci préconisé au 20^e siècle par DeLee et consorts. « *We are losing our connection to yet another natural process of life. And we are seeing the waning of the art of childbirth.* » On trouve réponse à cet argument chez Marsden Wagner, éminent pédiatre et néonatalogiste qui dirigea successivement la Division de la santé maternelle et infantile des Services de santé de l'État de la Californie, le Centre de recherche sanitaire UCLA-Université de Copenhague, et, pendant quinze ans le secteur Santé des femmes et des enfants à l'Organisation mondiale de la santé. Wagner confronte cette foi inébranlable et positiviste dans la linéarité du progrès, qui suppose un usage toujours plus grand de toutes les techniques, interventions et technologies disponibles, telles que celles-ci seraient automatiquement garantes de notre mieux-être :

[N]ous dérogeons à la biologie à notre péril. Prenons un exemple : si nous cessons d'utiliser nos corps, ils se détériorent. C'est « moderne » de se déplacer en voiture ou par les transports en commun, ce qui fait que nous marchons peu et courons encore moins. Or la science a démontré que nos corps ont besoin d'exercice sinon nous connaissons des problèmes cardiovasculaires. Ainsi, l'idée postmoderne veut qu'on renoue avec nos habitudes de marche ou de course et cela est perçu comme progressiste et non pas rétrograde. Suivant ce raisonnement, humaniser les services de maternité [et démédicaliser] ne serait pas rétrograde, mais postmoderne et progressiste. (Wagner, 2004, p. 222)

Wagner en appelle donc à renouer avec la compréhension du processus physiologique de la parturition, compréhension qui s'appuie sur l'observation du déroulement spontané de l'enfantement en l'absence de toute intervention et en évitant les perturbations. Et cet art n'est pas perdu : en fait, il s'agit de maïeutique, art de la sage-femme, qu'on aurait intérêt à apprendre d'elles et à apprendre auprès des femmes elles-mêmes, qui ont l'instinct d'enfanter.

Dernier aspect de la rhétorique qui a partie liée avec une certaine interprétation de l'évolutionnisme : Gawande, comme tant d'autres, n'hésite pas à imputer la complexité de l'enfantement humain à un « problème évolutionnaire » que la césarienne résoudrait. La bipédie combinée avec l'important volume crânien du fœtus humain a rendu l'enfantement difficile et périlleux, et cela distinguerait l'humain de tous les autres mammifères et l'isolerait parmi les grands singes. Premièrement, et là-dessus je me répète : que ce péril ait occasionné une mortalité maternelle et néonatale statistiquement significative, l'humanité aurait certainement disparu des millénaires avant ce que j'appelle l'ère obstétrique. Deuxièmement, l'hypothèse traditionnellement défendue par les anthropologues selon laquelle la difficulté unique de l'enfantement humain se serait traduite par le besoin d'une assistance au moment des couches (assistance directive ou technique) est battue en brèche, d'une part, par l'incidence non marginale des accouchements solitaires sur la planète⁸⁵ et, d'autre part, par la

⁸⁵ Une anecdote repérée dans le compte-rendu d'une émission diffusée sur France 2 le 2 oct. 2012 me semble assez révélatrice d'une réalité qui nous échappe. Dans cet épisode de la série *Rendez-vous en terre inconnue*, l'actrice Sylvie Testud était emmenée au Tchad où elle a séjourné parmi les Goranes, tribu nomade du désert, où elle s'est liée avec une femme enceinte de huit mois avec qui elle a longuement échangé sur la maternité et l'accouchement. L'auteure d'un *mommy blog* rapporte cet échange qui l'a saisie entre l'actrice et la femme gorane enceinte de son quatrième enfant :

Testud – Et tu accouches avec qui?

La femme – Avec personne. J'appelle les autres une fois que j'ai coupé le cordon.

T. – oÔ!

La femme – Ce n'est pas comme ça chez toi?

T. – Heu... non. On accouche à l'hôpital, avec tout le monde. Mais donc personne ne t'aide?

La femme – Mais je n'ai pas besoin d'aide...

La blogueuse d'ajouter : « [Ça fout u]ne claque, c'est le mot je crois. Alors que cette femme disait qu'elle n'avait pas besoin d'aide, on lisait sur le visage de Sylvie Testud un ahurissement profond. L'espace d'un instant, cette femme du désert l'extirpait des protocoles occidentaux pour lui rappeler que oui, les femmes savent accoucher seules, et y arrivent, partout à travers le monde. » (« Un juste milieu », *Working Mama*, entrée du 3 oct. 2012; en ligne : <<http://www.working-mama.fr/working-mama-sinterroge/un-juste-milieu>>, consulté le 4 oct. 2012)

découverte récente par une équipe de biologistes que les chimpanzés naîtraient comme naissent le plus souvent les bébés humains, c'est-à-dire en tournant le dos à leur mère (le nez du bébé pointant vers le coccyx de la mère). Ce qui signifie que la constitution du bassin maternel chimpanzé exige aussi du fœtus une progression plus complexe qu'on ne l'avait cru dans la filière pelvienne, par flexion et déflexion de la tête, pour s'ajuster aux périmètres des

L'une des anthropologues citées par Cassidy (2007), Wenda Trevathan, affirme pourtant que l'enfantement en solitaire n'est que très rarement observé dans les sociétés humaines, et que les rares exceptions sont répertoriées chez les peuples qui promeuvent et valorisent le concept et que l'expérience serait souvent traumatisante. Je crois qu'il y a une distinction à faire entre l'obligation d'enfanter à l'écart du clan et la survenue factuelle ou le choix de l'enfantement en solitaire, qui n'est en rien anecdotique. D'autres anthropologues et ethnologues ont établi une corrélation entre la difficulté de l'expérience des couches et les tabous entourant la sexualité dans les sociétés « primitives ». D'après Prescott (1975), neuropsychologue, le capital de violence d'une société humaine tiendrait à l'ampleur des carences en stimuli sensoriels et affectifs de l'environnement dans lequel sont élevés les enfants et au degré de répression de l'affection sexuelle et de la sexualité féminine. Il me semble que la crainte des femmes et de leurs fonctions reproductrices est justement liée au contrôle de la sexualité féminine et, comme on le verra au chap. IV (section 4.7) et plus particulièrement au chap. V, les pratiques gynécoobstétricales sont une expression très poussée de ce contrôle violent de la sexualité féminine : en contraignant l'expression sexuelle et la possible expérience du plaisir/exultation durant l'enfantement, elles dolorisent et compliquent la parturition, ce qui, en retour, sanctionne une toujours plus grande médicalisation de la naissance et par là une plus grande violence faite au corps féminin.

Sur la perspective des enfantements en solitaire délibérés (UC, ANA), Freeze (2008, p. 196) cite en exergue un obstétricien-gynécologue, Richard Chudacoff, qui a déclaré à cet égard : « *It's Darwinism at its best.* » On remarquera ici la confusion entre darwinisme (variation-sélection) et néodarwinisme (hasard-sélection), théorie de la loi du plus fort et du déterminisme, où seuls les plus aptes survivent, tandis que les autres sont plus ou moins sacrifiés-es; à l'égard de cette théorie, l'intervention humaine salutaire s'interpose contre les lois cruelles de la nature. *A contrario*, le darwinisme n'envisage pas l'évolution comme un combat. Rien n'explique que la « sélection naturelle » se jouerait à la naissance, plutôt que, par ex., au moment de la conception, dans les mécanismes de la fertilité et de l'infertilité (personnelle ou de couple), ou encore durant la gestation, d'où la fréquence des avortements spontanés (1/3 des grossesses se terminent par une fausse-couche) (voir notamment Stengers, dans Sonigo et Stengers, 2003, p. 135, note 47 ; voir aussi Kupiec et Sonigo [2003]).

En refusant, avec raison, la soumission à un impitoyable « ordre naturel des choses », on s'en prend en fait à l'interprétation eugéniste de l'idée de « sélection naturelle », attribuable en fait aux inventeurs du darwinisme social, Herbert Spencer et Francis Galton, où à « survie des plus aptes » ont été accolées les notions de lutte et de hiérarchie, alors que Darwin entendait plutôt par cette aptitude une « plus ou moins grande réactivité à un environnement donné » (Guillebaud, 2001, p. 379, en plus généralement, tout le chapitre « Un mauvais usage de Darwin », p. 368-397), ce qui est très proche de la définition hippocratique de la nature. Sorte de protection cosmique ou biologique des espèces contre la dégénérescence, la sélection naturelle, selon l'interprétation des darwinistes sociaux, s'oppose radicalement à l'altruisme de l'esprit humaniste et judéo-chrétien qui défend les plus faibles, les indigents, les malades et les handicapés. Or, Darwin voyait dans l'altruisme et la progression des qualités morales humaines un produit direct de l'évolution. Le naturel continue d'avoir mauvaise presse d'amoralité et de cruauté, mais si l'on en croit Darwin (*La descendance de l'homme*), sympathie et compassion habitent naturellement l'humain.

détroits du bassin. L'un des coauteurs de l'étude a fait remarquer : « Nous avons tendance à penser que nous sommes uniques sans en connaître (assez) sur les autres animaux »⁸⁶.

Pourtant, à problème évolutionnaire, stratégies évolutionnaires : en premier lieu, l'évolution de la conformation du bassin. Dans *Birth*, Cassidy (2007) fait intervenir sur cette question Owen Lovejoy, professeur d'anthropologie biologique à la *Kent State University* d'Ohio et d'anatomie humaine au *Northeastern Ohio Universities College of Medicine*. Il explique que, entre notre ancêtre Lucy et nous, la forme du bassin s'est adaptée non plus tant à la bipédie (qui était chose faite) qu'au passage d'un bébé à l'important volume crânien : l'ouverture la plus large du bassin au détroit inférieur devenant plus large entre l'os pubis et le coccyx (en sens opposé à l'ouverture au détroit inférieur). En second lieu, la grande néoténie de l'être humain à sa naissance, exigeant un maternage proximal d'une durée au moins aussi longue que celle de la grossesse avant que le petit, la petite, puisse ne serait-ce que se déplacer seule, est une réponse adaptative à l'augmentation du volume cérébral humain. Chez *homo sapiens*, le crâne quadruple de volume entre le moment de la naissance et l'âge adulte, alors que chez la plupart des primates, tout au plus double-t-il. En d'autres termes, on qualifie l'humain d'espèce « à développement tardif » (*altricial species*). Enfin, en troisième lieu (non traité par Cassidy) : la plasticité du crâne fœtal humain, composé d'os non soudés, confère à ceux-ci la capacité de se chevaucher durant la naissance (ce phénomène appelé « moulage » donne à la tête de certains-es nouveau-nés-es une apparence *cone head* caractéristique, qui se résorbe en quelques jours).

Lovejoy n'aborde pas ce qui suit, mais il importe d'ajouter que la progression du bébé dans le dédale pelvien demande qu'il/elle effectue une rotation durant son engagement, combinée, comme je l'ai dit, à la flexion et déflexion de la tête, pour émerger enfin le nez vers le dos de sa mère. Ce qui ne veut pas dire que d'autres types d'engagement fœtal soient impraticables : on parle alors de bébé en postérieur (qui émerge le nez vers le ventre maternel), en siège (complété, décomplété, par les pieds). Ces dernières présentations nécessitent normalement une plus grande ouverture pelvienne. Quelle que soit la présentation fœtale, ouverture et

⁸⁶ Radio-Canada et BBC News, « Les bébés chimpanzés naissent comme les humains », *Radio-Canada.ca*, section « Science et santé », 21 avril 2011 (en ligne : <<http://www.radio-canada.ca/nouvelles/science/2011/04/21/003-chimpanze-naissance-position.shtml>>, consulté le 21 avril 2011).

mobilité iliaques sont quand même les meilleurs adjuvants de l'enfantement. Deux facteurs essentiels garantissent cette ouverture : la liberté de position maternelle et la souplesse des cartilages et ligaments reliant les os du bassin (ses articulations). Ce qui guide étroitement le bébé pour l'adoption de la position idéale à chaque moment de son avancement dans la filière pelvienne, ce sont les postures que prend la femme en cours de travail et que lui imposent les sensations de pression ressenties. Les sages-femmes, les accompagnantes à la naissance et les femmes elles-mêmes rapportent la grande variété des positions spontanément adoptées au cours de l'enfantement, parfois très impressionnantes ou surprenantes, lorsque la mobilité de la parturiente n'est pas entravée. Par exemple, dans le recueil de témoignages *Au Cœur de la naissance*, Stéphanie raconte s'être tenue à genoux très penchée en avant un bon moment, puis placée « en grenouille, les cuisses posées au sol, appuyée sur les coudes », pour finalement expulser sa fille toujours à genoux, mais cette fois droite et verticale, sans appui – et elle est restée longtemps dans cette position fort difficile à maintenir en temps normal (dans Grégoire et St-Amant, 2004, p. 386-390). Quant à la souplesse de la structure pelvienne, ce sont les hormones en fin de grossesse qui agissent à ce niveau. En ce sens, l'induction artificielle de l'accouchement, habitude de plus en plus répandue, est susceptible d'intervenir avant que ce processus d'« amollissement » ne soit achevé, forçant à tenter l'accouchement alors que le bassin n'est pas optimalement souple. De surcroît, la position sur le dos, symétrique et immobile (dans laquelle le bassin est fermé au maximum avec le sacrum et le coccyx rentrés⁸⁷, ce qui empêche les mouvements de nutation et contrenutation essentiels à accommoder l'engagement du « mobile fœtal »), le déclenchement de l'accouchement, ainsi que la stimulation hormonale des contractions compliquent d'un bon cran un processus décrit par les anatomistes et anthropologues comme délicat.

Bien que la grosseur du crâne fœtal et un bassin conçu pour la marche et la station debout peuvent être envisagés en termes d'« exigences conflictuelles », pour reprendre l'expression d'une autre anthropologue citée dans *Birth*, Wenda Trevathan, la conclusion que celle-ci en tire m'apparaît erronée au vu de la perspective évolutionniste : « *The result of this conflicting requirements is a species with obstetrical problems and mortality related to birth that is rare among undomesticated animal species.* » (Cassidy, 2007) L'évolution n'est-elle pas le fruit

⁸⁷ Voir chap. III, section 3.1, « la lithotomie au service des accoucheurs ».

d'exigences adaptatives multiples (et par là toujours potentiellement conflictuelles) – et permanentes (chaque corps, comme chaque cellule, est en perpétuelle adaptation à son environnement)? En elle-même, l'invocation d'une quelconque exception humaine constitue une négation du darwinisme : « Pour reprendre les termes d'Isabelle Stengers, la sélection naturelle est l'actualisation, sur le terrain, d'une promesse et de son destinataire. Ni hasard. Ni nécessité. L'innovation évolutive est faite de rencontres inattendues entre le potentiel et l'utile. » (Sonigo, dans Sonigo et Stengers, 2003, p. 53) À la conclusion de Trevathan, Cassidy ajoute : « *If we had just one more inch of pelvic width, there would be no need for cesareans, forceps, vacuums, and episiotomies.* » Ce pouce-là correspond justement à ce que le fait d'être placée en décubitus dorsal pour accoucher (position sur le dos ou lithotomie) enlève au diamètre pelvien. La restriction du diamètre pelvien occasionné par cette position est aussi chiffrée à -25 % ou -30 % de son potentiel (Lake et Epstein, 2009).

De la pratique de la lithotomie, entrave mécanique iatrogène, a découlé la notion de disproportion céphalopelvienne (DCP), rapidement élevée au rang de problème obstétrical courant. Puis, le concept de DCP a donné lieu à différentes tentatives pour prédire l'éventualité de la DCP : d'abord, le pelvimètre (outil ressemblant à un compas) suivi des rayons X (utilisés jusque dans les années 1960 alors que les premières preuves de leur nocivité et tératogénéité remontaient à 1928) et la pelvimétrie par échographie (laquelle pose aussi certains risques développementaux encore méconnus chez l'humain, mais observés chez d'autres espèces [Beech, 1999; Beech et Robinson, 1994]). On doit à ces techniques la prolifération artificielle des pronostics de DCP, étendus aux femmes ne souffrant pas au départ de rachitisme, parce que, en plus d'une grande imprécision, aucune ne peut prendre en compte la malléabilité tant du bassin maternel que du crâne de l'enfant à naître, *a fortiori* considérant que pour mener ces examens la femme doit être couchée à plat dos. C'est ainsi que de nombreuses femmes ont été conduites sous le bistouri sur l'assertion anténatale que leur bassin était trop petit.

Reprenant à son compte le sens commun, l'essayiste Cassidy écrit qu'en matière de parturition humaine, le succès de l'alignement des parties devant s'emboîter est chaque fois un coup de dés... tout en soutenant à peine plus loin que les 6,5 milliards de personnes sur la planète en prouvent la réussite dans la vaste majorité des cas. Mais un nouveau péril

guetterait la naissance : l'alimentation trop riche (type *fast food*), voire simplement trop « accessible », générerait plus que jamais des bébés hors proportion, incapables de passer. Outre des cas extrêmes reliés au diabète ou à une grave obésité (encore que Cassidy cite un cas de bébé gigantesque né par les voies naturelles), il n'existe pas de données pour soutenir l'idée que les bébés grossissent *in utero* au péril de leur naissance, un point de vue que confronte l'éminente chercheuse canadienne Ellen Hodnett (voir chap. suivant). Si on trouve des données statistiques montrant que les bébés naissent en moyenne plus gros depuis les années 1950, pourquoi sont-elles disjointes (comme le fait Cassidy) des données selon lesquelles la taille des femmes a augmenté pendant la même période? Lorsque ce n'est pas le « corps des femmes qui n'est plus ce qu'il était », un argument historiquement itératif que l'on examinera également au chap. suivant, ce sont les bébés qui ont changé : « *it seems evident that evolution's legacy and modern life seem to be increasingly at odds* » (Cassidy)... Toujours dans la perspective de maintenir les pratiques obstétricales qui ont déjà cours ou de les étendre. Comme si, en un clin d'œil à l'échelle du temps de l'évolution, nous étions arrivés-es à modifier structurellement la physiologie humaine de manière à rendre nos techniques obstétricales obligatoires. Cassidy va même jusqu'à envisager que l'augmentation en fréquence des grossesses gémellaires ou multiples présenterait un avantage évolutionnaire, permettant d'accoucher de bébés plus petits-es et plus immatures encore... Comme quoi, les technologies d'assistance médicale à la procréation, responsables de l'augmentation en flèche des grossesses multiples, représenteraient la solution adaptative toute trouvée à un « nouveau problème », tout comme les extractions instrumentales (puis la césarienne) ont constitué la solution au problème mécanique généré par la lithotomie... Par contre, rajouter artificiellement à la néoténie de l'être humain à sa naissance la prématurité de la gémellité en surnombre a des conséquences fâcheuses sur la santé des enfants, plus susceptibles de souffrir de handicaps, de retards, de diverses sensibilités (asthme et allergies, par ex.) ou de problèmes développementaux.

Cette perspective des bébés trop gros pour naître relève aussi d'un courant de pensée répandu qui conçoit l'évolution humaine terminée depuis longtemps, car les changements culturels et technologiques auraient annulé l'effet de la sélection naturelle. À l'encontre de ce courant de pensée – une perspective toute néodarwinienne, car il n'y a pas de fracture d'espèce dans le

continuum biologique darwinien en perpétuelle évolution, une évolution qui se déroule aussi à l'intérieur de l'humain, aux niveaux organique, cellulaire, moléculaire et jusqu'au plus petit niveau d'organisation de la matière (Sonigo, dans Sonigo et Stengers, 2003, p. 73), une récente étude québécoise (Milot *et al.*, 2011) ayant eu grand retentissement dans le monde, menée sur la population de l'île aux Coudres, a illustré les mécanismes de ce que les auteures appelle « microévolution », observables sur quelques générations à peine et qui, dans le cas étudié ici, se traduit par un recul de l'âge maternel à la naissance du premier enfant.

Pour conclure sur ce thème de l'évolution défavorable au naître, laissons un dernier mot à l'anthropologue et anatomiste Lovejoy, qui rejoue l'argument d'ignorance, doublé d'une fausse analogie :

Given the rate of technology, one hundred years from now no one will be given birth. We'll make children up from artificially conceived fetuses, all done technologically [...]. What people don't realize today is the explosive advancement of technology that can override evolution. We override evolution to make better tomatoes. There's no reason we can't override evolution to make better humans. (Cité dans Cassidy, 2007)

Cassidy en conclut : « *And so the pelvis, obstetrically speaking, could be made obsolete.* » Du reste, le concept de mélioration, de progrès qui supprime l'évolution – qu'il en aille des tomates OGM ou de l'ectogénèse – demeure questionnable, très ancré dans l'hubris de la science ou le sentiment humain de supériorité.

En gardant en tête que la perception des risques de la naissance est le fruit d'un échafaudage hyperbolique, nous allons maintenant voir comment, au fil de son histoire, la cognition obstétricale du phénomène de la naissance physique (en tant que métarécit) a mené à une intervention grandissante sur le corps des femmes ayant eu pour effet de réaliser les risques appréhendés, lesquels sont devenus plus fréquents et plus dramatiques et ont, en retour, justifié des approches de plus en plus intrusives et dures correspondant chaque fois à un échelon supplémentaire dans l'échelle de l'intervention. Le chapitre suivant propose la déconstruction précise des étapes de la conceptualisation pathogénétique de la naissance assortie des innovations techniques qui ont mené à la performativité complète – à la fois endogène et exogène – du corps féminin dans l'accouchement telle qu'on la connaît

aujourd'hui, et illustre comment cette performativité a permis le forgeage de la preuve de l'incompétence de la physiologie féminine (et de la femme par métonymie) à donner naissance, en même temps que celle de la nécessité d'envisager les voies de substitution pour soustraire la venue au monde à un risque de défaillance omniprésent.

CHAPITRE III

LE CORPS MATERNEL PERFORMÉ

Sans vouloir récrire l'histoire de l'obstétrique-gynécologie et de la médicalisation des couches¹, il est impossible de faire abstraction d'éléments historiques dans un projet qui pose la donne biologique incontestable qu'est le fait de « naître d'une femme », pour reprendre le titre français du célèbre ouvrage d'Adrienne Rich. Ce qui distingue l'approche ici, c'est que nous allons aborder les moments charnières de cette histoire comme les éléments d'un langage, le langage de la performativité obstétricale par lequel s'est construit le phénomène naissance tel qu'on le comprend aujourd'hui. Cette démarche « étymologique » vise à mettre en lumière comment le corps féminin en est venu à être littéralement performé par un tiers dans l'enfantement, ou, en d'autres mots, comment en est-on venu à « accoucher les femmes » d'abord, et symboliquement « faire à leur place » ensuite. Si le corps féminin n'est aujourd'hui théoriquement nécessaire que pour une période de plus en plus réduite de la grossesse, parce que, d'une part, la mise en branle d'un « processus gestationnel » peut s'effectuer *ex utero* (par la fécondation *in vitro*) et que, d'autre part, la terminaison de ce processus se passe de mieux en mieux de la matrice humaine (survie des grands prématurés) (voir Martin, 2010), cela fait un bon moment que la naissance n'est plus obligatoirement une fonction de ce corps. La symbolique de la césarienne opère (pour faire un mauvais jeu de mots...), « comme si » l'on se passait désormais des femmes. Cependant, même lorsqu'elles « accouchent », ce n'est plus par leurs propres moyens : la performance obstétricale se joue tant de l'intérieur – biochimiquement – que de l'extérieur – mécaniquement. À la naissance phénoménologique s'est substitué un « faire naître », une praxis. Ce chapitre propose donc une brève histoire sémiotique de l'obstétrique intégralement placée sous l'angle de la

¹ La rédaction d'un essai d'histoire critique de l'obstétrique est une activité qui connaît une vague de popularité sans précédent aux États-Unis ces dernières années, avec les ouvrages de Block (2007), Cassidy (2007), Epstein (2010). Sans compter la très vaste audience mondiale qu'ont connue ces deux documentaires remettant en question les pratiques obstétricales actuelles : *The Business of Being Born* (2007) et *Orgasmic Birth* (2009). La grande popularité du premier a même impulsé la production d'un second opus, sous la forme d'un documentaire en quatre parties : *More Business of Being Born* (2011).

performativité et de la signification des gestes, mettant un accent net sur l'évolution contemporaine des pratiques et les enjeux qui y sont rattachés.

3.1 Contextualisation historique : comment l'accouchement devint-il affaire d'hommes et de chirurgie – de la Renaissance au début du 20^e siècle

C'est au cours de la Renaissance que l'homme prit place auprès des femmes en couches. Le changement de mentalité s'effectua d'abord à la cour. Après la Renaissance, des chirurgiens seront appelés au chevet des reines enfantant et, comme l'écrivit le psychanalyste Bernard This, « le roi leur demanda de prendre la place de la sage-femme au Siècle des Lumières » (1982, p. 20). Dans leur ouvrage consacré à l'histoire de l'obstétrique, les obstétriciens Dumont et Morel (1968) s'exprimaient en ces termes :

Après l'obscurantisme moyenâgeux pendant lequel l'Obstétrique, laissée en général aux mains des sages-femmes, ne savait que s'inspirer des Anciens, survint la Renaissance avec tout ce qu'elle apporta de nouveau dans le monde des lettres, des arts et des sciences. La Médecine en général, l'Obstétrique en particulier (qui alors représentait la plus grande part de la Médecine) devaient bénéficier d'une manière considérable de l'apport inventif et des rajeunissements des esprits ouverts à des horizons et des idées révolutionnaires.

Tirés d'une œuvre qui relève de l'hagiographie, de tels propos ne sont pas sans rappeler une illustration qu'on retrouve dans l'ouvrage du chirurgien François Mauriceau publié trois siècles plus tôt, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* (1694) où l'auteur se fait représenter montrant le Soleil d'une main et son livre de l'autre sur lequel apparaît sa devise en latin « Moi, c'est le soleil et non pas l'ombre qui me guide »² (This, 1982, p. 21). On peut dire qu'à partir de cette époque où des hommes partiront à la conquête de l'« obstétricie », la principale visée sera celle de la mise au point de manœuvres d'extraction – revendiquées comme préférables à une approche que l'on nomme aujourd'hui attentiste, du seul fait de leur rapidité présumée. On a alors envisagé d'éviter à l'enfant les affres de la compression de la filière pelvienne maternelle. Ainsi, Mauriceau fut un grand promoteur de la version podalique. Très vantée et pratiquée à l'époque, ressuscitée de

² Pour voir cette image en ligne :

<<http://books.google.ca/books?id=fhI7AAAAcAAJ&dq=related%3AGENT900000115560&hl=fr&rvew=1&pg=PP9#v=onepage&q&f=false>> (consulté le 19 août 2012).

l'Antiquité³, cette manœuvre désormais disparue, on le comprendra, exigeait des heures de manipulations hasardeuses consistant à retourner manuellement l'enfant dans la matrice pour l'extraire en le tirant par les chevilles...⁴ On lui préférera le forceps, dès que cet outil réapparaîtra, lui aussi ressuscité de l'Antiquité (voir Laget, 1982, p. 242-243). Enfin, plusieurs sources attribuent également à François Mauriceau l'imposition de la lithotomie (position sur le dos) aux parturientes (Leroy, 2002), plus seyante à la « faiblesse » des femmes, selon la rhétorique émergente, et donc à soutenir les douleurs du travail.

Ce que l'on connaît aujourd'hui de l'obstétrique nous vient des historiens de la discipline, les obstétriciens eux-mêmes, les vainqueurs de la « lutte à l'obscurantisme » menée contre les matrones traditionnelles. Bien entendu, l'histoire n'a pas retenu l'avis de ces dernières, puisqu'elles n'avaient pas, pour l'immense majorité d'entre elles, accès à l'écriture, encore moins les moyens d'assurer leur défense. Il n'est pourtant pas si évident que cela que l'arrivée du personnage de l'accoucheur fut unanimement saluée à l'époque comme un progrès. Si l'on situe à un bout du spectre les hagiographes de la discipline, à l'opposé, on retrouve les accusateurs pamphlétaires (Nihell, Sacombe), les sceptiques (Hecquet) et les satiristes, tel le grand auteur anglais du 18^e siècle Laurence Sterne, qui tourna amplement en dérision les prétentions des obstétriciens (version podalique, forceps, césarienne) à vouloir contrecarrer les périls de l'enfantement à travers les personnages de son fameux et monumental *The Life and Opinions of Tristram Shandy, Gentleman* (dont le narrateur et personnage principal est un fœtus omniscient!). Je consacrerai donc un des premiers moments de cette contextualisation historique aux éléments de l'œuvre de Sterne relevant de ce que Bernard This a qualifié de « satire obstétricale ».

³ On attribue la paternité de cette manœuvre à Soranos d'Éphèse, un médecin grec du 2^e siècle. Cependant, il en serait aussi fait mention apparemment dans le premier traité médical connu, le papyrus Ebers d'Égypte (écrit, selon les égyptologues, au 14^e, 15^e ou 16^e siècle av. notre ère), dans lequel il est pourtant question d'enfantement qu'à une seule occurrence (Rich, 1976, p. 132).

⁴ Sachant que la version podalique fut jadis si prisée, il est quand même fascinant de constater que, de nos jours, le *footling breech* (présentation du siège les pieds en premier) est l'une des présentations fœtales les plus redoutées, réputée impraticable, vis-à-vis de laquelle aucun-e *birth attendant* ou presque n'ose plus se commettre. Néanmoins, on trouve en circulation certains témoignages écrits ou photographiques de telles naissances sans complications pour autant, mais sans praticien-ne pour tirer l'enfant : Freeze (2008), section « Embodied Knowledge », p. 179-188; Wagner (2007); Barrett (2011).

Laurence Sterne : satire obstétricale au 18^e siècle

Sous la plume du satiriste, les esprits éclairés de son temps voient en la naissance naturelle une « absurde méthode de nous emmener au monde la tête la première », car, dans le processus, le siège de l'âme et de l'entendement se trouvent écrabouillés et leurs humeurs irrémédiablement troublées, faisant des neuf dixièmes de l'humanité des êtres « désâmes » dès leur premier jour : « [N]'est-ce point assez pour rendre le plus clair liquide bourbeux et féculent? [...] Par les cieux! Le monde conspire pour nous enlever le peu d'esprit que Dieu nous a donné » (Sterne, 1882, p. 176). Le conflit posé ici entre Dieu et le monde constitue un bel exemple de l'humour impie de l'auteur. D'ailleurs, les personnages sterniens n'évoluent-ils pas dans l'« un des plus vils mondes qui aient jamais été créés » (p. 8)...? Outre la profonde irrégiosité de l'œuvre, ses commentateurs ont bien identifié le parti-pris de l'auteur pour les humbles, les caractères effacés et les « sentimentaux » (c'est-à-dire les intuitifs), comme la mère Shandy (enceinte de Tristram) ou l'oncle Toby, face aux « raisonneurs », dont le principal représentant est le père Shandy. Ce débat entre les deux hommes en fait foi, alors que Toby met à mal l'argumentaire de son frère par une question aussi laconique que percutante :

----- Frère Toby, dit mon père, je te crois un aussi honnête homme, et doué d'un cœur aussi bon et aussi droit que jamais Dieu n'en ait créé; — ce n'est pas non plus ta faute si tous les enfants qui ont été, seront, peuvent ou doivent être engendrés, viennent au monde la tête la première; — mais, crois-moi, cher Toby, les accidents qui inévitablement leur tendent des embûches non seulement à l'article de la conception, — quoique ceux-ci, selon moi, méritent considération, mais les dangers et les difficultés dont nos enfants sont assiégés après qu'ils sont arrivés au monde, sont suffisants; — il n'est guère besoin de leur en attirer sans nécessité au moment d'y entrer. ----- — Est-ce que ces dangers, dit mon oncle Toby, mettant sa main sur le genou de mon père et le regardant sérieusement en face dans l'attente d'une réponse, est-ce que ces dangers sont plus grands aujourd'hui, frère, qu'anciennement? (p. 188-189)

Concrètement, le récit de naissance hyperbolique qu'est le roman *Tristram Shandy* est en même temps l'arène d'une lutte entre la pensée scientifique en élaboration (éclairée désormais par la raison et les « lumières des Lumières » sur le biologique) et la persistance du sentimentalisme, qualificatif dont on affuble surtout les vues, prérogatives et solidarités féminines. Représentant des esprits bornés, prétentieux et imbéciles, le personnage du Docteur Slop, accoucheur, ridiculise les médecins et papistes du temps :

[Ce] savant opérateur [...] avait précisément écrit un livre à 5 shillings sur l'art d'accoucher, dans lequel il avait exposé non seulement les bévues des sages-femmes, – mais avait ajouté nombre de perfectionnements curieux pour l'extraction plus prompte des fœtus qui se présentent mal, et autres cas de dangers qui nous barrent l'entrée du monde [...]. (p. 50)

Maniant d'une même main sa panoplie d'instruments obstétricaux et quelques ustensiles cultuels de façon très périlleuse, ce bigot doublé d'un abruti émasculera symboliquement le héros en lui brisant le nez avec son forceps. Malgré ce « fait d'armes », Slop sera généreusement rétribué pour cet office. Par là, Sterne illustre bien le contexte de l'établissement professionnel des premiers accoucheurs au détriment des sages-femmes traditionnelles : l'on favorisa l'homme sur la femme, l'instrumentation et l'intervention sur le mérite et l'expérience. Mais Sterne dénonce surtout le motif occulte de cette nouvelle compétition : l'appât du gain⁵. Dans les rangs des chirurgiens, on menait une campagne inlassable pour que la population en vienne à croire que l'exercice de l'obstétrique par des hommes constituait un réel progrès justifiant de payer bien davantage que les faibles gages traditionnellement consentis aux sages-femmes, et ainsi s'assurer cette manne.

Le père Shandy a d'autres motivations pour valoriser l'intervention obstétricale : « les angoisses de l'amour paternel et conjugal » imposent que rien ne soit plus laissé « au hasard ». La naissance doit désormais s'inscrire dans l'orbe des événements contrôlables, son issue sera d'autant favorable que la science masculine en aura éclairé le processus. L'obstétrique devient, dans l'esprit du père, la seule voie pour éviter à l'avenir de l'humanité les périls de la naissance en permettant aux nouveau-nés de voir le jour par les pieds ou d'émerger du flanc de leur mère. Le père Shandy entend ainsi faire se conformer le phénomène à la théorie au moment même où il la formule. Pour l'auteur, par contre, les théories sont prétentieuses, vaines et interchangeables, ce qu'illustre très bien l'extrait qui suit, au sujet de l'opération césarienne :

Quand mon père fut parvenu jusque-là, — quels torrents de lumière l'histoire de l'opération césarienne et des sublimes génies qui, grâce à elle, étaient venus au monde sain et sauf, jeta sur cette hypothèse! – Ici, vous le voyez, disait-il, il n'y a pas eu

⁵ La prise de conscience que les « maladies » des femmes représentaient une source intarissable de profit potentiel est largement attestée par les historiens-nes de la médecine (voir Porter, 1988; Knibiehler et Fouquet, 1983).

d'atteinte au *sensorium*; — pas de pression de la tête contre le *pelvis*; — le *cerebrum* n'a pas été poussé vers le *cerebellum*, soit par l'*os pubis* de ce côté-ci, soit par l'*os coxygis* de ce côté-là; ----- et je vous prie, quelles ont été les heureuses conséquences? Eh! monsieur, votre Jules César qui a donné son nom à l'opération⁶; et votre Hermès Trismégiste qui est né de la sorte avant même que l'opération eût un nom; — votre Scipion l'Africain; votre Manlius Torquatus; notre Édouard VI — qui, s'il eût vécu, eût fait le même bonheur à l'hypothèse : ----- ces hommes et bien d'autres qui ont tenu une grande place dans les annales de la renommée, — sont tous venus au monde de travers, monsieur. (p. 178-179)

Ici, l'effet satirique est rendu à travers le raisonnement par l'absurde sur lequel se termine l'argumentaire. Par ailleurs, il est manifeste que Sterne fait ici référence à cette tradition propre au récit héroïque depuis l'Antiquité, observable dans un grand nombre de cultures, qui consiste à attribuer à un héros ou à un personnage marquant de l'histoire une naissance prodigieuse et fantasmagorique (Rank, 1983; Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 257).

La suite de l'extrait donne un exemple des luttes entre les sexes et entre la raison et le sentiment qui prévalent dans l'œuvre sternienne et à l'issue desquelles celui ou celle qui occupe traditionnellement le rôle du ou de la plus faible sort victorieuse :

L'incision de l'*abdomen* et de l'*utérus* roula six mois de suite dans la tête de mon père; — il avait lu, et était convaincu que les blessures à l'*épigastre* et celles à la *matrice* n'étaient pas mortelles⁷ : — en sorte que le ventre de la mère pouvait parfaitement être ouvert pour donner passage à l'enfant. — Il cita la chose un après-midi à ma mère — simplement comme un fait; mais la voyant rien qu'à cette parole devenir pâle comme la cendre, quelque résultat flatteur qu'il se promît de l'opération, — il pensa qu'il ferait aussi bien de n'en plus parler, — se contentant d'admirer — ce qu'il jugeait complètement inutile de proposer. (Sterne, 1882, p. 179)

Si la mère Shandy jouissait d'un avantage certain sur son mari et d'un pouvoir décisionnel tacite devant les visées d'expérimentation de celui-ci, il n'en allait pas nécessairement de même pour ses contemporaines, surtout celles de très basse ou très haute naissance, comme nous allons le voir plus loin. Du reste, cette digression littéraire visait surtout à montrer l'existence d'une littérature polémiste ou pamphlétaire où le personnage historiquement

⁶ Ce qui serait faux : « césarienne » vient plutôt du latin *cæsus*, le participe du verbe *cædere* (tailler), tandis que César est issu du latin *cæsaries*, chevelure, « parce que les empereurs romains, à l'exemple de César qui était chauve, coupèrent leur chevelure » (d'après Jean-François Sacombe; cité par This (1982, p. 143). Il est d'ailleurs impossible que Jules César soit né par césarienne, car la présence auprès de lui de sa mère est historiquement attestée.

⁷ L'auteur est manifestement au fait du traité de François Rousset (voir note 24).

nouveau de l'accoucheur n'est pas uniformément dépeint sous les traits de l'acteur d'une épopée glorieuse.

Renaissance : émergence de l'homme sage-femme

Permettons-nous de revenir en arrière, là où nous avons laissé un peu plus tôt notre survol historique : à la Renaissance. Bien que les historiens Dumont et Morel évoqués précédemment associent aux 15^e et 16^e siècles « des horizons et des idées révolutionnaires » pour la science obstétricale, il appert que cette époque ne vit pas tant des inventions que la réintroduction progressive des chaises et tables d'accouchement – « machines à accoucher » et autres *sella perforata* – puis, au 17^e siècle, des forceps⁸, ou la version podalique, toutes des inventions de l'Antiquité gréco-romaine (Gélis, 1984, p. 209; This, 1982, p. 45-55), et même la lithotomie⁹. Elles seraient tombées en désuétude pendant quelques siècles, principalement en raison de la chute de l'Empire romain occasionnant l'interruption de la transmission de ces techniques¹⁰ (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 23). En ce sens, le domaine de l'obstétrique connut bel et bien sa propre Renaissance. À la différence de l'Antiquité cependant, le 16^e siècle inaugura à mon avis le début de la véritable « ère obstétrique » (au sens étymologique de « se tenir debout devant une ac-couchée »), caractérisée cette fois par la transformation de l'enfantement, essentiellement phénoménologique, en accouchement, une *praxis*, qui deviendra au fil du temps une véritable *performance*. Pour sa part, la psychanalyste féministe Lucy Holmes Johnson, qui a consacré une thèse à l'expérience de l'enfantement, soutient que l'introduction du forceps « a révolutionné à la fois physiologiquement et sociologiquement les pratiques entourant la naissance et préparé le terrain pour la lente, mais implacable *masculinisation de l'accouchement*¹¹ » (1997, p. 13).

⁸ Les forceps ont été « réinventés » en Angleterre à la fin du 17^e siècle, puis introduits en France.

⁹ Murphy-Lawless suggère – et cela apparaît plus que vraisemblable au vu de ce que la Renaissance obstétricale a exhumé de l'Antiquité – que Mauriceau s'était inspiré d'écrits d'Aristote sur la maïeutique pour intimer à la parturiente l'adoption du décubitus dorsal (au détriment d'autres manuscrits antiques privilégiant la verticalité) (1998, p. 271, note 62).

¹⁰ Seraient-elles tombées en désuétude si elles étaient vitales et nécessaires...? On peut tout de même se poser la question.

¹¹ Je traduis et souligne.

Ce changement profond vis-à-vis des phénomènes de la génération s'affirme linguistiquement encore davantage avec l'apparition au 17^e siècle du personnage et du mot « accoucheur » (1677 : D. Fournier), en correspondance avec la réapparition des forceps. Un bref détour étymologique permet de constater que ce terme accoucheur revêt des connotations révélatrices : alors que les verbes essentiellement pronominaux et réflexifs « s'accoucher » (13^e siècle) ou « se délivrer », qui transmettent une certaine intentionnalité, sont remplacés progressivement par le verbe transitif direct « accoucher » (1671), la langue française fait de l'enfantement un acte passif, qu'un tiers peut accomplir. La femme elle-même disparaît linguistiquement en tant qu'agente principale de la mise au monde : ce n'est plus elle qui « accouche », et encore moins « s'accouche ». Par ailleurs, à partir du 16^e siècle, le terme « accoucher » remplace définitivement en français les termes « agésir » et « gésiner ». Notons ici qu'à l'origine, avant le 16^e siècle, le verbe « accoucher » n'avait qu'accessoirement un lien avec l'enfantement et voulait dire « s'aliter ». Accoucher en allemand se dit *Niederkunft*, de *Nieder*, « s'accroupir », et *Künftig*, « futur prochain ». Enfin, « obstétrique », comme adjectif, apparaît au début du 19^e siècle (1803 : Sterne¹²) et un peu plus tard comme nom (1834 : Boiste). Ce terme vient du latin *ob stare* : « qui se tient devant »; et – fait intéressant –, intime parent du mot « obstacle »¹³... Il faut noter l'opposition debout-couchée que transmettent implicitement les nouveaux termes des réseaux sémantiques « accouchement » et « obstétrique » (comme dans l'illustration tirée du livre de Mauriceau évoquée plus haut, où l'accoucheur pointe le soleil). Le substantif accoucheur n'a pas d'équivalent linguistique direct dans d'autres langues (au sens de faire naître en lieu et place de la mère). Quoiqu'il puisse être repris tel quel en anglais, le mot « accoucheur » n'est que très rarement utilisé et plusieurs dictionnaires l'ignorent. On dit d'abord (*man* ou *male*) *midwife*, puis, vers la fin du 19^e siècle, *obstetrician*. En allemand, on trouve le terme *Geburthelfer*, littéralement « personne qui aide à la naissance ». L'expression *heben ein Kind bei der Geburt* signifie « lever un enfant à la naissance » et correspond à l'ancien sens français de « lever » l'enfant de la femme qui « s'était accouchée ». À l'époque où le personnage de l'homme sage-femme faisait son apparition, on disait que l'expression avait

¹² Selon toute vraisemblance, la première occurrence de l'usage adjectival du terme obstétrique serait justement apparue dans une édition française des œuvres de Laurence Sterne (*Œuvres complètes de Laurence Sterne*, trad. française, 1803), donc en contexte satirique, ce qui est éloquent.

¹³ Les références étymologiques françaises sont tirées de Dubois, Mitterand et Dauzat (2001).

quelque chose d'« amphibie » (Porter, 1988), une contradiction dans les termes. D'ailleurs, le docteur Slop dans *Tristram Shandy* demande à se faire appeler du nom que les Français ont trouvé pour – on peut le supposer – faire accepter cette pratique : *accoucheur*, terme plus noble que ce sobriquet efféminé d'« homme sage-femme ». Il est intéressant de remarquer que, de nos jours, dans la francophonie, la féminisation du titre de sage-femme fait l'objet de vifs débats. En France, on a recommandé l'emploi du terme « maïeuticien » comme masculin officiel, tandis qu'au Québec, sage-femme est un titre protégé par la loi. À cet égard, l'Office de la langue française a fait remarquer que « sage-femme » signifie « avoir la connaissance sur la femme » et non pas « être une femme sage ». Comme les sages-femmes ont depuis longtemps mauvaise presse, on peut voir dans la recommandation française du mot maïeuticien une intention d'anoblir et de scientifier le terme lorsqu'il s'agit de l'appliquer aux hommes, et ultimement de donner du crédit à la profession dans l'opinion publique, ce que les sages-femmes « femmes » ont toutes les difficultés du monde, même au 21^e siècle, à accomplir.

La lithotomie au service des accoucheurs

Jusque vers 1750, la lithotomie (position couchée ou dite « en décubitus dorsal ») ne s'était imposée qu'auprès de la clientèle urbaine et aisée ou noble d'accoucheurs masculins en France et en Angleterre (une classe de la population où, d'ailleurs, l'infériorité de la femme sur l'homme est beaucoup plus marquée). Par la suite, on réussira de plus en plus, « par la voie de remontrance » (Gélis, 1984), pour des questions de décence¹⁴, d'abord, et d'aisance pour l'intervention instrumentalisée, ensuite (qu'elle rend nécessaire d'ailleurs, coinçant le bébé dans le bassin immobilisé), à horizontaliser l'enfantement :

Enfanter en s'accroupissant ou en se tenant debout devant l'âtre implique une certaine conscience du corps et de la vie, une manière à soi d'accueillir le nouveau-né. Il y a là tout un ensemble [sic] cohérent de références et de sensibilités qui, après avoir

¹⁴ Un lien est à faire ici entre cette position et une volonté d'« humaniser » la naissance, mais dans un sens tout autre de ce qu'on entend aujourd'hui par le concept d'« humanisation de la naissance », c'est-à-dire pour distinguer « en sa naissance » l'humain de l'animal. Les impératifs philosophiques et religieux ont en ce sens joué un rôle de premier plan : la nomination des sages-femmes ne se fera plus à la faveur populaire, mais passera sous l'égide du clergé et ce statut sera octroyé en fonction de la moralité des candidates et de leur aptitude à ondoyer (baptiser) les nouveau-nés (voir notamment Gélis, 1984 et Laget, 1982).

longuement résisté à la médecine et au progrès, va sombrer dans le grand naufrage de la culture rurale à partir de 1914. (p. 214)

En outre, cette position s'avère « la plus mauvaise possible¹⁵, parce qu'elle entraîne la compression par l'utérus gravide des gros vaisseaux abdominaux (aorte et veine cave inférieure); ce qui accentue la souffrance fœtale et constitue un facteur d'hypotension et d'hémorragie maternelles » (p. 211). Qui plus est, il s'agit de la position dans laquelle le bassin est fermé au maximum : lorsque les jambes sont écartées, le sacrum rentre et le périmètre iliaque se resserre aux ischions¹⁶ (de Gasquet, 2002; Sutton et Scott, 1995)¹⁷. Adrienne Rich (1976, p. 146) cite un manuel d'obstétrique de 1966, rédigé par 42 hommes et une femme, énonçant même que l'inconfort et l'aspect « relativement non physiologique » de la position sont « largement compensés » par les avantages pour le praticien : commodité et maintien de l'asepsie¹⁸.

On sait que le bébé qui s'engage dans le bassin effectue naturellement un mouvement très précis de rotation avec flexion et déflexion de la tête au passage des ischions et des détroits supérieur, moyen et inférieur du bassin. L'ouverture la plus large du premier est dans le sens opposé à celle du dernier (l'un ovale horizontal, l'autre vertical). La mobilisation du bassin est un élément essentiel de l'enfantement physiologique et c'est pour cette raison que la femme doit bouger pour faciliter l'expulsion, la mécanique du bassin le prévoyant ainsi :

Les deux iliaques sont mobilisés symétriquement, dans le même sens, et il en résulte alors un mouvement global : a) de fermeture du grand bassin [...] et ouverture du petit bassin [...] s'il s'agit de rotation postérieure d'iliaque avec extension du sacrum; ce mouvement d'ensemble est nommé « nutation »; b) d'ouverture du grand bassin [...] et

¹⁵ Un médecin uruguayen, Roberto Caldeyro-Barcia, ayant mené des études sur les positions d'accouchement dans les années 1950, écrivait : « À part pendue par les pieds, [...] être couchée sur le dos est la pire position imaginable pour le travail et l'accouchement » (tiré d'Adrienne Rich, 1976, p. 178; je traduis).

¹⁶ Voir p. 88.

¹⁷ La médecin Bernadette de Gasquet est reconnue comme l'une grande figure de la physiologie de la parturition. On lui doit la technique APOR ou Approche posturo-respiratoire. Quant à Jean Sutton et Pauline Scott, respectivement sage-femme et instructrice prénatale néozélandaises, elles ont étudié et développé la méthode appelée *Optimal Fetal Positioning*.

¹⁸ En d'autres mots, badigeonner les « parties honteuses et sales » d'antiseptique, une autre pratique reconnue aujourd'hui nocive.

fermeture du petit bassin [...] s'il s'agit de rotation antérieure d'iliaque avec flexion du sacrum; ce mouvement d'ensemble est nommé « contre nutation ».

Ces mouvements de nutation / contre nutation ont un rôle primordial dans l'adaptation du bassin pendant l'accouchement, la contre nutation accueillant l'engagement du fœtus au niveau du détroit supérieur, la nutation facilitant son passage du détroit inférieur dans l'expulsion (Servant-Laval, 2004).

Bien qu'elle ne soit soutenue par aucune preuve scientifique, au contraire (Enkin *et al.*, 2000), cette position prévaut encore aujourd'hui dans la plupart des services obstétricaux du monde. Au Québec, les femmes accouchaient toujours – en 2006-2007 – sur le dos les pieds dans les étriers lors de 73,4 % des accouchements vaginaux! (Santé Canada, 2009) Jacques Gélis le montre bien dans son ouvrage : selon le témoignage des anthropologues, les femmes n'adoptent spontanément que des positions verticales d'accouchement (debout, accroupie, à quatre pattes ou en appui sur un dossier de chaise, une table, etc.), l'horizontale ne s'observant qu'en cas d'épuisement ou dans les situations critiques (quoique, on l'a dit, parmi les arguments déployés par les premiers accoucheurs pour inciter à l'adoption de la position couchée, on prétendait que celle-ci allait mieux accommoder la faible constitution féminine [Murphy-Lawless, 1998]).

En fait, l'imposition de la lithotomie entraine dans le cadre de la nouvelle construction genrée du rapport spectateur-spectacle qui émergea dans les images scientifiques et médicales au 18^e siècle (Jordanova) : « *Whereas the physician-spectator who maintain the scientific and medical gaze is traditionally gendered male, the object of that gaze is gendered female.* » (Kapsalis, 1997, p. 23) Cet argumentaire justifia du même coup la supplantation des sages-femmes, qui, en tant que femmes elles-mêmes, se trouvaient également inaptes à accomplir une charge aussi difficile, et l'emploi du forceps pour abrégé les souffrances, préférable aux efforts expulsifs débilissants, voire mortels : « *For in the most favourable Labours, poor Women endure as much Pain as Mortals are able to undergo; and how wickedly cruel and hard hearted must he be, that would do any Thing except of Necessity, to increase their Misery?*¹⁹ » Jo Murphy-Lawless cite ceci comme exemple du langage performatif qui, à compter du 18^e siècle, fut si efficace à construire l'idée de l'incommensurable souffrance de

¹⁹ Fielding Ould, *A Treatise on Midwifery in Three Part*, 1742; cité dans Murphy-Lawless (1998), p. 51.

l'enfantement – les contractions utérines ne sont-elles pas nommées « douleurs »? – et à valider dans l'esprit du public le rôle nécessaire et la supériorité de l'obstétricien :

[...] l'usage par les professionnels d'un langage métaphorique arrive souvent à prouver le bien-fondé de leur travail sans qu'ils aient à divulguer comment ils ont acquis leur savoir, et ainsi une métaphore simple et puissante façonne rapidement dans l'opinion publique l'importance de cette profession particulière. Le « supplice » [*Misery*] de l'enfantement est l'une de ces métaphores motivant l'importance d'avoir un homme sage-femme pour assister les couches. Le passage [d'Ould] peut également être compris selon les termes de ce que Ludie [Ludmilla] Jordanova nomme l'« empesage » [ou l'« affermissement : *stiffening*] des polarités genrées au dix-huitième siècle par lequel la médecine a produit des métaphores capables d'ancrer définitivement l'identification de la femme au domaine de la nature. Comme Elisabeth Nihell elle-même l'avait noté, la médecine a construit avec succès des métaphores autour du « fantôme de l'incapacité des femmes », qui ont été liées à des mots genrés à connotation féminine tels que « doux » et « faible »²⁰. (1998, p. 51)

Donc, le passage de l'idée – la fragilité féminine, mieux servie par une position passive – à la pratique ordinaire réalisa le « supplice » que la cognition de l'homme sage-femme avait métaphorisé : le travail devint effectivement beaucoup plus douloureux; l'engagement fœtal et l'expulsion effectivement ralenties et complexifiées; les bébés trop gros pour passer et les bassins trop étroits... mécaniquement parlant, par l'effet de l'entrave posturale.

On invoque encore souvent aujourd'hui la « disproportion céphalopelvienne » – DCP, de son nom de code – comme indication clinique à l'extraction instrumentale (forceps, ventouses) ou à la césarienne programmée à l'issue d'une pelvimétrie, mais compte tenu du fait que la lithotomie ou la position semi-assise (sa variante tout aussi problématique) est imposée tant en intrapartum qu'au moment d'effectuer cet examen, la réalité et la fréquence de ce problème anatomique sont mises en doute. À titre d'exemple, Ellen Hodnett, chercheuse, professeure en sciences infirmières à l'Université de Toronto, consultante spéciale auprès de la Division de la Santé reproductive à l'OMS et membre de l'équipe d'évaluation scientifique Grossesse et accouchement de la Cochrane Collaboration (la plus haute autorité en matière d'évaluation des données probantes dans le domaine de la recherche médicale) affirme à cet égard : « Cette idée [que les bébés ne peuvent pas passer] me fait mourir de rire. Le bassin

²⁰ Je traduis.

maternel est une structure du corps très bien faite et vraiment flexible en fin de grossesse²¹. » (Block, 2007, p. 20) On fait pourtant encore aujourd'hui accoucher la quasi-totalité des parturientes dans cette position « inventée » fin 17^e siècle : si l'on se fie à la récente *Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM)* (Santé Canada, 2009, p. 130-131), 47,9 % des Canadiennes ayant accouché par voie vaginale étaient en décubitus dorsal et 45,8 % en position semi-assise (une version modernisée de la précédente, permettant à la femme de voir ce qui se passe, mais qui immobilise tout autant le bassin et en restreint l'ouverture), pour un total de 93,7 %, tandis que 57 % d'entre elles se voyaient de surcroît imposer les étriers au moment de la deuxième phase du travail (expulsion), et 73,4 % au Québec (le taux le plus élevé parmi les provinces et territoires canadiens)²². C'est dire à quel point la liberté de position d'expulsion est loin d'être reconquise (la prévalence de la péridurale n'y aidant pas). À cet égard, je note un élément particulièrement charmant au point de vue langagier dans le rapport EEM, soit le libellé du tableau statistique portant sur les positions d'accouchement qui parle de la « proportion de femmes [...] qui ont utilisé [sic] les étriers »²³...

La césarienne : arme de guerre de confession au 16^e siècle

Si accoucher avec un homme et couchée fut initialement une façon pour la noblesse de se distinguer de la vulgaire paysanne, de la « bestialité » des rustres et autres femmes de basse naissance afin de signifier son statut social, cela allait favoriser la généralisation de l'usage des forceps en raison du coincement du bébé dans le bassin que la position est susceptible de provoquer, et plus tard la césarienne, dont la pratique se développera néanmoins concurremment. Opération mortelle jusqu'au 20^e siècle, il faut savoir, de sombre mémoire – et c'est ce que documente Bernard This – que la césarienne sur femme vivante aurait d'abord servi au 16^e siècle à éliminer des épouses gênantes, lorsque la vie d'un enfant « précieux » (un Dauphin, par exemple) primait sur celle de la mère (c'est le sort que réserva notamment Henri VIII à Jeanne Seymour en 1537), ou d'arme de guerre de confession : protégé de

²¹ C'est moi qui traduis ici, de même que tous les autres extraits de l'ouvrage de Jennifer Block que l'on rencontrera dans le texte.

²² La différence entre la moyenne canadienne (déjà élevée) et le taux québécois est quand même frappante.

²³ Peut-être ont-elles aussi « utilisé » les forceps ou la ventouse!

Catherine de Médicis, François Rousset²⁴ parcourait les campagnes pour opérer des protestantes – et inciter les chirurgiens-barbiers locaux à le faire. Par milliers, elles auraient ainsi été césarisées; en clair, occises :

Ainsi une « parpaillote » disparaissant, un petit catholique apparaissait, dûment baptisé. On n'insiste jamais sur cet aspect des « guerres de Religion », mais comme, ici, nous tentons de comprendre l'intrication du réel, de l'imaginaire et du symbolique, l'influence du mythe dans la vie de tous les jours, l'importance des préoccupations religieuses dans le champ de l'obstétrique, nous sommes bien forcés d'ouvrir les yeux sur cette réalité que les livres d'histoire nous cachent le plus souvent. (This, 1982, p. 153)

Les théologiens servirent utilement la légitimation de ces actes :

À partir du XVII^e siècle, l'intervention des casuistes dans les questions obstétricales donne une tout autre portée à ce dilemme [pratiquer l'opération qui revient, au nom de l'enfant à naître, à commettre sciemment le meurtre de la mère]. Le jésuite Théophile Raynaud, avec ses *Opuscules moralia* de 1630, s'empare très habilement des exemples fournis par François Rousset pour démontrer que la césarienne est anatomiquement possible. La question du pourcentage réel de succès est tout à fait secondaire à ses yeux, car prime la nécessité de sauver l'âme de l'enfant par le baptême; le chirurgien est alors tenu de faire taire ses scrupules et de refuser les autres manœuvres, par les fers ou le crochet, qui délivreraient la mère aux dépens de son fruit. (Berriot-Salvadore, 1991, p. 389-390)

La seule évocation d'une « possibilité » de survie à la césarienne (toute hypothétique fut-elle, mais on osa prétendre autrement) suffisait à maintenir la position théologique justifiant le sacrifice maternel, au bénéfice de « la conservation spirituelle de l'enfant ». Ainsi, un siècle plus tard, en 1758, le chanoine et inquisiteur italien Cangiamila, auteur d'une « embryologie sacrée » (nouvelle notion théologique qui sera lourde de conséquences pour les femmes) écrivait : « Une femme est tenue à souffrir l'opération césarienne, quand il y aurait quelque danger pour sa propre vie, *pourvu que ce danger ne soit pas certain*, si par là elle peut empêcher que son fruit meure sans recevoir le baptême.²⁵ » (Knibiehler et Fouquet, 1983,

²⁴ Auteur de l'*Hysterotomotokie – extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher, et ce, sans préjudice à la vie ni de l'un, ni de l'autre, ni empêcher la fécondité maternelle après* (1581) (cité dans This, 1982, p. 154), ouvrage dans lequel on peut lire que cette opération est indolore et ne nécessite aucunement de suturer le muscle utérin incisé avant de refermer l'abdomen... Par ailleurs, aucun usage de narcotique lors des césariennes n'est attesté avant le milieu du 19^e siècle (Laget, 1982, p. 258).

²⁵ Je souligne.

p. 129) Rappelons que les docteurs de la Sorbonne s'étaient entretemps prononcés quant à l'irrecevabilité de l'option du baptême intra-utérin lorsque l'enfant à naître est menacé²⁶...

²⁶ Dans *Tristram Shandy*, Laurence Sterne tourne éloquentement en dérision le débat théologique autour du baptême intra-utérin (1940, p. 58-62 : édition anglaise). Ce passage est étrangement escamoté dans la traduction française. S'agit-il de la censure d'une attaque contre les Français sous la figure des « docteurs de la Sorbonne » qui y sont évoqués? Dans ce passage, Sterne reprend, en le parodiant, le texte d'un débat mené par ces docteurs de la foi, à savoir s'il est théologiquement acceptable de baptiser le bébé dans le sein de sa mère au moyen d'une petite canule, « sans faire de tort à la mère », lorsqu'on présume que l'enfant ne survivra pas ou qu'on devra le tuer pour sauver la mère comme c'était jusque-là la pratique dans ces sortes d'extrémités. Les docteurs en théologie répondirent non, stipulant que l'enfant doit être né physiquement pour recevoir le baptême, sa naissance spirituelle, et que cette naissance-là ne peut précéder la naissance physique. Cette conclusion théologique aura plusieurs conséquences : d'une part, l'élection des sages-femmes, on l'a vu, ne se fera plus en fonction du mérite et de la confiance que la population leur accorde; leur nomination passera sous l'autorité d'un ecclésiastique se fondant sur la moralité irréprochable des candidates et sur leur capacité à conférer le baptême chrétien au nouveau-né qui, dorénavant, doit être sorti vivant de sa mère par quelque moyen que ce soit. D'autre part, la vie de la mère – celle-ci étant déjà baptisée (ou bien, elle n'est pas catholique...) – ne préoccupera plus autant. Ce n'est pas dans son intérêt à elle qu'on développe une obstétrique d'abord et avant tout baptismale. Il n'empêche que le personnage de Tristram se moque tout à fait de la rhétorique de ces docteurs et des raisons théologiques qui donnent préséance à la naissance physique sur la naissance spirituelle : il règle la question en suggérant le baptême – lors du mariage – de tous les Homonculi (c'est-à-dire les spermatozoïdes) dans le lieu même de leur génération « au moyen d'une petite canule et sans faire de tort au père » : et vlan! dans les dents de l'orgueil viril! La plume de Sterne fait ressortir les aspects les plus vils des « subtilités » dont se targue la science religieuse (et dont les femmes paieront lourdement le prix).

Cette caricature en évoque une autre, celle-là beaucoup plus contemporaine : le deuxième volet du « Miracle of Birth » (« Part II : The Third World ») du film à sketches *The Meaning of life* (1983) des Monty Python, mettant en scène une famille de 63 enfants, et durant lequel on entend cet hymne, la plus célèbre chanson des Monty Python, *Every Sperm is Sacred*, dont voici un couplet : « *Every sperm is sacred. / Every sperm is good. / Every sperm is needed / In your neighbourhood. / Every sperm is sacred. / Every sperm is great. / If a sperm is wasted, God gets quite irate!* » L'encyclopédie *Wikipédia* nous fournit une description détaillée de la chanson et du sketch en question :

The song is a tongue-in-cheek take on the Catholic teachings which stress that one should not use contraception, and that every act of sexual union must be open to conception. The song starts with a man and his family of many, many children. So many, in fact, that they fill the entire first story of their small terraced house (rowhome) and the (pregnant) mother calls one of them to 'get the others', implying that there are many more outside. Whilst she washes the dishes, she gives birth--the baby falls out of her womb and lands on the floor; whereupon she asks one of her older children, "Get that, would you Diedre?" The man comes home from work to tell his family that he has lost his job at the mill, and must sell his kids for medical experiments. The kids ask why he couldn't wear a condom, but the man says that to do so would go against their Catholic faith. One child suggests to his father that he have his testicles surgically removed, but the father explains that God would know. He then explains, through song, that in the eyes of God, every sperm is sacred and can't be wasted. If sperm were to be wasted, God would seek revenge just like on Onan according to Genesis 38:7-9. (« Every Sperm is Sacred », 2007)

Voilà un tableau qui illustre formidablement la thèse de Barbara Duden au sujet de la marche à la sacralisation de la « vie », alors que la vie dans sa potentialité, le *germen*, devient plus sacrée que

François Rousset, premier promoteur zélé de la césarienne, osait donc prétendre faire œuvre salvatrice. Ses allégations selon lesquelles les femmes survivaient à l'opération césarienne furent fustigées par plusieurs de ses contemporains, dont l'illustre Ambroise Paré. Un siècle plus tard, Mauriceau dénonçait encore la pratique de la césarienne, puis Peu ou Mauquest de la Motte après lui, sans pour autant y mettre un frein. Les prétentions de survie ont néanmoins été crues et rapportées telles quelles par les historiens de l'obstétrique... Fin 18^e siècle, comme la césarienne était toujours fatale malgré ce qu'affirmait notamment son plus fervent défenseur de l'époque, Jean-Louis Baudelocque, d'autres médecins, Jean-René Sigault et Alphonse Leroy, tentèrent de populariser à sa place la symphyséotomie, c'est-à-dire la section de la symphyse pubienne, dont les femmes réchappaient certes, mais lourdement handicapées. À l'instar de la version podalique²⁷, la symphyséotomie fut assez vite abandonnée. Ce ne fut pas le cas des tentatives de césarienne : il fallut donc attendre 1876 pour en « réussir » une et l'entre-deux-guerres pour que la mortalité maternelle des suites de cette opération devienne exceptionnelle (elle s'avérait encore fatale dans sept cas sur huit au début du 20^e siècle). Une société « anti-cæsaro-symphyséenne²⁸ » avait d'ailleurs été créée au 18^e siècle par un physiologiste, défenseur de la patience d'abord et de manœuvres manuelles (dont une technique « en spirale »), Jean-François Sacombe, ennemi

l'enfant réel (que l'on peut pratiquement vendre, du moins abandonner à son sort, comme dans le sketch des Monty Python). Depuis le 18^e siècle, cette sacralisation se déplace du naissant (à qui l'on doit conférer absolument le baptême aux dépens de sa mère) à la simple cellule sexuelle, laquelle est en phase de recevoir une personnalité juridique. Or, toutes les cellules sexuelles n'étant pas créées égales par ailleurs, ce sont bien entendu vers les cellules femelles – les ovocytes – que sont dirigées les manœuvres légales en cours (aux États-Unis principalement), visant à rendre impossible l'avortement et à interdire plusieurs méthodes contraceptives. (Voir cet article : Holly L. Derr, « *I Am a Person; My Eggs Are Not* », *Ms. Magazine Blog*, entrée du 21 sept. 2011; en ligne : <<http://www.msmagazine.com/blog/blog/2011/09/21/i-am-a-person-my-eggs-are-not/>>, consulté le 26 sept. 2011).

²⁷ Un certain médecin américain l'aurait pratiquée au début du 20^e siècle : « *The most radical apostle of early surgical delivery is Potter, of Buffalo. In all cases, as soon as the cervix is fully opened (and often times before), he completes the preparation of the soft parts manually and performs podalic version followed by immediate extraction.* » (DeLee, 1940)

²⁸ Ce type de société n'est pas sans rappeler les initiatives (associations nationales ou internationales) telles que ICAN (*International Cesarean Awareness Network* : <<http://www.ican-online.org/>>), et la prolifération actuelle de blogues très actifs et consultés, par exemple *The Unnecesarean* (<<http://www.theunnecesarean.com/>>, 2009-2012 [l'auteure publie désormais uniquement via la page Facebook du même nom]), visant – nous le verrons plus loin – à faire contrepoids à ce qu'il est convenu désormais d'appeler l'hypermédicalisation de l'accouchement et, plus particulièrement, à contrer la hausse fulgurante des taux de césariennes partout dans le monde.

juré du célèbre Baudelocque. L'histoire officielle de l'obstétrique dépeindra Sacombe comme le personnage le plus réactionnaire de son temps.

Physiologistes contre opérateurs

Contrairement à son prédécesseur du début du siècle Philippe Hecquet (auquel nous nous attarderons un peu plus loin), Sacombe, l'accoucheur contre les accoucheurs, n'était pas homme à vouloir laisser aux femmes le privilège d'officier dans l'univers de l'enfantement :

On devine que des problèmes « économiques » sont, ici, en jeu, beaucoup plus importants qu'on ne peut imaginer quand on observe, d'un œil amusé, le conflit des médecins et des chirurgiens. Avec [la querelle entre] Baudelocque et Sacombe [en France], deux corporations s'affrontent, et il ne s'agit pas seulement d'un conflit de personne : les médecins et les chirurgiens se partagent le domaine qu'ils viennent d'enlever aux sages-femmes; ils se disputent la clientèle des femmes aisées. (This, 1982, p. 125)

Résultat d'une minutieuse recherche documentaire, *La Requête des enfants à naître* du psychanalyste français Bernard This (1982) est un essai consacré surtout à réhabiliter Sacombe, ainsi que d'autres personnages tombés au ban de l'histoire (comme Frank Nicholls ou la sage-femme anglaise Elizabeth Nihell²⁹, laquelle était reconnue pour des prises de position publiques acerbes dénonçant la cupidité, la brutalité et les formations instantanées des accoucheurs, qu'elle accusait d'ailleurs nominativement). Le titre de l'ouvrage reprend celui d'un pamphlet anonyme anglais, attribué à Nicholls (alors qu'on l'a d'abord imputé à Nihell), inspiré du thème du massacre des Innocents : *Petition of the Unborn Babies to the Censors of the Royal College of Physicians of London*. Édité trois fois à 6 000 exemplaires entre 1751 et 1755, traduit et diffusé en français dès 1751, ce texte vilipendait les gestes barbares attribués aux accoucheurs instrumentés, notamment une prédilection pour la perforation du crâne fœtal. Dans la foulée du retentissement considérable de ce pamphlet, il fut décidé en 1756, lors de la réunion des accoucheurs de Londres, de moyens pour contrer la fréquence de la craniotomie. Du reste, le projet que This propose dans son livre est de

²⁹ Outre Elizabeth Nihell (1760 [1709]), plusieurs sages-femmes anglaises se sont élevées publiquement à l'époque, par des pamphlets contre ces nouveaux venus dans le monde de l'accouchement : Sarah Stone, Mary Stephen, Martha Mears, entre autres. Ce qui n'a pas été le cas en France et en Allemagne. En Angleterre, contrairement à ces deux pays, l'opinion publique était généralement défavorable aux hommes accoucheurs. Des médecins aussi réprouvaient cette pratique.

relancer et de réactualiser le débat qui eut cours au 18^e siècle entre les tenants d'une approche anatomophysiologique et ceux de l'approche « instrumentiste », en redonnant voix aux premiers :

La mensuration externe du bassin fut si longtemps utilisée pour « deviner » les dimensions internes, seules utiles en cette affaire, nous ne pouvons pas dire que ce fût sans conséquence pour les mères et les enfants! En affirmant que l'enfant ne pouvait pas passer par les voies naturelles (mesurées faussement, en se trompant de plusieurs centimètres³⁰), on se condamnait à l'interventionnisme instrumental ou chirurgical, tout à fait inutilement. Mais pour un « chirurgien-accoucheur », la physiologie du mécanisme de l'accouchement n'était pas essentielle : elle venait freiner les prétentions de l'intervention chirurgicale. Si Sacombe offrait d'accoucher, par *les voies naturelles*, toute femme jugée, par ses confrères, incapable de mettre au monde naturellement, c'est parce que « médecin accoucheur », il avait soigneusement étudié les dimensions des bassins normaux ou rachitiques, non pas extérieurement, mais intérieurement, au niveau des détroits supérieurs et inférieurs : il savait qu'à condition de faire *tourner la tête et le corps*, pour qu'ils se présentent correctement dans l'axe praticable, il pouvait mettre au monde presque tous les enfants qui se présentaient³¹. (This, 1982, p. 169-170)

Abstraction faite de la vantardise et de la superbe imprégnant l'écriture des médecins et chirurgiens de l'époque, on qualifierait de nos jours l'approche décrite par Sacombe d'« attentiste » (*expectant management*), selon un paradigme holistique de l'enfantement, en opposition à une approche « interventionniste » (*active management*) héritée des disciples de Baudelocque et correspondant à ce qu'on appelle aujourd'hui le paradigme biomédical. À peu près seul dans son camp en France, Sacombe s'en prend à la hardiesse, à l'agressivité et au manque de scrupules de ses confrères, et non aux sages-femmes. Le seul lien qui subsiste entre la pensée de Sacombe et celle de son prédécesseur du début du siècle Hecquet réside dans l'angle d'attaque : chirurgiens et accoucheurs instrumentés ne disposent pas du savoir qui convient en matière d'enfantement (en fait les enfantements réputés impraticables).

³⁰ À cela, il faut ajouter que les hormones dans les semaines ou les jours précédant le déclenchement spontané de l'accouchement ramollissent les cartilages du bassin, ce qui permet une ouverture encore plus grande au moment du passage de l'enfant que le diamètre mesuré antérieurement.

³¹ Le soulignement est de l'auteur.

À la défense des femmes et des sages-femmes : Philippe Hecquet, doyen de la Faculté de médecine de Paris (début 18^e siècle)

Les écrits de Philippe Hecquet méritent un bref détour. S'il ne se prétendait pas accoucheur lui-même, il s'est porté à la défense des sages-femmes et a voulu provoquer la défiance des femmes contre ce nouveau personnage. Plus important encore, le propos de Hecquet atteste fort bien ce qui était en train d'advenir : la chute des femmes dans l'échelle sociale. Ainsi, la perte des prérogatives féminines dans le monde de l'enfantement ne fut à cet égard que l'une des diverses manifestations d'une dégringolade qui aboutira au confinement des femmes à la sphère domestique, puis au contrôle de plus en plus étroit de leurs fonctions reproductrices.

Philippe Hecquet était médecin des religieuses de Port-Royal et doyen de la faculté de médecine de Paris. En 1707 paraît sans nom d'auteur une suite de trois essais, dont je parcourrai le premier : *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes*. D'abord, Hecquet défend les sages-femmes comme étant aussi capables sinon plus que les hommes en matière de couches. Ses arguments sont de deux ordres. D'une part, ils s'appuient sur la tradition : la profession de sage-femme est aussi vieille que le monde et les couches ont été l'affaire exclusive de celle-ci, tel que l'attestent d'innombrables sources historiques depuis l'Antiquité. D'autre part, la présence de l'accoucheur ne constitue pas une avancée : « Face à la tradition, l'irruption du chirurgien sur la scène de la naissance ne pourrait se soutenir que si elle constituait un progrès par rapport à la pratique des matrones. Or il n'en est rien. » (Hecquet, 1990, p. 11) Ce deuxième argument, expliquant pourquoi « il n'en est rien », se subdivise en quatre sous-arguments : a) On fait intervenir les chirurgiens, parce qu'on dit les sages-femmes ignorantes. Hecquet répond : qu'on les forme, et non : qu'on leur substitue des hommes. b) Les chirurgiens sont peut-être instruits, mais ils n'ont souvent pas d'expérience : « Si l'on ramassait avec autant de soins et aussi peu de charité les fautes des accoucheurs; si ceux qui sont capables d'en juger et sont témoins voulaient ouvrir la bouche, peut-être ne trouverait-on d'autres différences entre les fautes des uns et des autres, sinon qu'on a soin d'exposer au grand jour les fautes des unes, tandis qu'on se tait sur celles des autres. » (p. 12) c) Pour les accouchements ordinaires, les femmes font l'affaire; pour les maladies, ce sont les médecins qui sont connaisseurs, et ceux-ci sont adéquats concernant les maladies de la grossesse et après les couches. Le chirurgien ne devrait intervenir qu'en cas d'extrême

nécessité, quand il faut « couper, arracher, dépecer un enfant dans le sein de sa mère... parce que lui seul sait manier les instruments ». Sinon, « [p]eut-être sera-t-il pis que tous ces remèdes : déconcerté par l'excès du danger, à défaut de tête il emploiera des bras, il engagera la malade dans un travail prématuré, et l'enfant dans un danger imminent : vous demandez d'où viennent ces contretemps? D'un homme hors de place qui fait ce qu'il peut, parce qu'il ne sait pas ce qu'il faut. » (p. 58) On notera cet argument très intéressant, à savoir que le chirurgien *ne disposerait pas du bon savoir*. S'il possède un savoir technique, il ne dispose pas du savoir pratique et empirique des sages-femmes et des médecins. d) Depuis que les chirurgiens ont envahi le territoire de l'enfantement, il n'y a pas moins de douleurs et pas moins de morts. Les chirurgiens ont confisqué un savoir que les meilleurs d'entre eux (seulement) ont acquis auprès des médecins ou en lisant de savants traités d'anatomie. Leur savoir est usurpé : « Tout cela est écrit, les accoucheurs l'ont appris, et au lieu d'en instruire les femmes ils s'en sont instruits eux-mêmes, et se sont mis en leur droit et place : c'est à la vérité une sorte d'infidélité qu'ils ont commise. » (p. 13) Dans sa préface à une édition contemporaine des essais de Hecquet, Hélène Rouch évoque justement la clairvoyance de ce dernier, car effectivement, au cours de la deuxième moitié du 18^e siècle, les chirurgiens-accoucheurs seront reconnus officiellement et l'éducation des sages-femmes passera définitivement sous leur autorité.

Malgré ses propos sur la pudeur « plus naturelle » aux femmes qu'aux hommes invoqués pour soutenir que la profession d'accoucheur « répugne à la nature même », propos qu'on peut penser obligés dans leur contexte historique d'énonciation (puisqu'il s'agit de s'adresser à la fois à des lettrés et à des croyants), Hecquet développe surtout un argumentaire tout à fait féministe, qui conteste le statut inférieur des femmes :

D'où viendrait aux femmes cette prétendue infériorité [à pratiquer des accouchements]? Mais tous les accouchements ne sont pas laborieux : ainsi pour l'ordinaire il faut plus d'adresse et d'habitude pour cette opération que de vigueur et de force. Mais s'il est vrai que les femmes sont au moins aussi adroites de leurs doigts que les hommes puisqu'elles ont plus de finesse et de délicatesse qu'eux dans les organes, il ne leur faudra que de l'habitude, dont elles sont aussi capables certainement que les hommes. (p. 14-15)

L'argument de la nature est ici repris, cette fois pour justifier une position *égalitaire* : « L'esprit de la femme est de même nature que celui de l'homme, créé de même main, anté

pour ainsi dire ou renfermé dans la même matière, également organisé [...]. D'où viendrait donc cette inégalité d'esprit dans les deux sexes? [...] Il est donc plus naturel de penser que les femmes ne sont ignorantes que parce qu'on les rend telles. » (*Ibid.*) En outre, les femmes se laissent abuser par les discours des hommes, solidaires dans le dessein de les contrôler davantage. Hecquet n'hésite pas à qualifier la pratique des chirurgiens de « si manifestement dangereuse » et, selon lui, la raison de la progression très rapide de celle-ci dans la société n'est autre que sa *contagiosité* : une femme prétendument sauvée d'un accouchement dangereux en persuadera une autre de faire appel au chirurgien. Plus surprenant encore, Hecquet dénonce le fait que les femmes se convainquent elles-mêmes de l'infériorité de leurs consœurs : « Ce sont des hommes, et c'est pour elles un signe d'habileté, persuadées qu'elles sont qu'un homme est plus habile qu'une femme. » (p. 64) Voilà un autre argument tout à fait actuel. Et pourquoi les femmes en viennent-elles à se méfier des sages-femmes, si de toute éternité elles ont assisté aux enfantements? (Hecquet note qu'en campagne, à la fois les traditions et le prix à payer pour le chirurgien y freinent la « contagion ».) La réponse est la même que celle que pourrait avancer une historienne contemporaine de la périnatalité et des soins de santé prodigués aux femmes : « Les hommes peut-être auront utilement entretenu ces frayeurs [celle de l'accouchement]; attentifs autant qu'ils le sont à se rendre les maîtres, peut-être auront-ils habilement profité de l'occasion pour étendre une autorité sur un sexe qu'ils aiment à assujettir. » (p. 16) Hecquet s'étonne en des termes très durs de ce défaut de solidarité féminine. Ainsi l'exemple des sages-femmes honorées au temps de pharaon, roi d'Égypte,

[...] aurait dû leur mériter une reconnaissance immortelle dans les esprits de toutes les femmes des siècles suivants : au lieu que, par un indigne renversement, ces femmes infidèles au contraire envers leurs bienfaitrices, les ont aujourd'hui privées de leur confiance pour la donner aux accoucheurs. Étrange oubli d'elles-mêmes! Est-ce donc qu'elles manquaient de maîtres? Ou leur en fallait-il d'un nouveau genre parmi les hommes? (p. 38)

Bref, la pudeur serait naturelle aux femmes, mais la soumission et l'infériorité, non, quoiqu'elles se rendent elles-mêmes coupables d'entretenir leurs propres soumission et infériorité. Bien que la préfacière, Hélène Rouch, relève que nombre de discours « éthiques » actuels sur la procréation ont recours aux arguments de « nature », comme ceux invoqués par Hecquet, pour « se dispenser d'une analyse sociale en termes de rapports de sexe » (Rouch,

dans Hecquet, 1990, p. 18), on ne peut reprocher à ce dernier d'éviter d'adresser directement les questions des rapports de sexe. C'est justement ce qui fait la singularité de ce texte parmi les écrits médicaux sur l'accouchement. Et par là, on décèle une parenté évidente avec Sterne le satiriste. En fait, c'est frontalement que Hecquet adresse l'inégalité homme femme. Lorsqu'il se demande ce qui fait l'homme et ce qui fait la femme, Hecquet élabore, selon Rouch, une réflexion qui contient en elle-même toute la problématique actuelle de distinction sexe-genre (la distinction biologique par opposition avec la distinction sociale homme-femme) (p. 19). Pour Hecquet, si on pense que l'organe définit le sexe, on se trompe : c'est la fonction qui fait le sexe. Indéniablement, il se fait défenseur de l'égalité :

Mais en parlant des sexes, on se demande s'il en est un plus excellent que l'autre. L'on croirait presque, par cette question, que les hommes, ennemis du beau sexe, auraient dessein de le déprimer [...]. Peut-être dira-t-on que l'homme est le souverain, puisqu'il est le chef de la femme. Mais tire-t-il cette souveraineté de son fond? A-t-il fallu moins que la vertu d'un sacrement, et que la force des lois, pour la lui valoir ou l'y maintenir? (p. 21)

Enfin, Hecquet use d'arguments étymologiques et historiques pour justifier la présence des femmes dans l'exercice non seulement de l'obstétrique, mais aussi de la médecine. Il invoque d'abord que le mot « accoucheur » n'a pas un siècle d'existence, et même moins de cinquante ans. Par ailleurs, « il n'est point de mot dans les langues mères ou originales, pour signifier cette profession dans un homme, au lieu que ce qui signifie accoucheuse se trouve dans toutes les langues » (p. 33). Il ajoute que cette profession a fait très peu de progrès dans les pays voisins de la France, où elle est née, et qu'elle est saugrenue dans les provinces éloignées de Paris. Il prétend qu'en Allemagne, « les juges et les médecins ne s'en rapportent qu'aux témoignages de sages-femmes » (p. 36). Bien entendu, la situation changera rapidement, comme on l'a vu plus tôt. Ensuite, Hecquet invoque des témoignages dont les sources remontent à l'Antiquité : « Dès les premiers siècles du monde, il y avait un art d'accoucher dont les femmes étaient seules en possession » (p. 38). Il cite des exemples bibliques de couches difficiles (enfant se présentant mal) habilement résolues par des sages-femmes : Rachel, Tamar (Genèse 35 v. 17; 38 v. 27). Toujours dans la Bible, Ruth, une femme riche, n'est entourée que de femmes même si elle n'est plus jeune au moment d'enfanter. Qui plus est, dans l'Antiquité, il y avait des sages-femmes, mais aussi des « femmes médecins » appelées *ameotpides* ou *iapivas*, dont Artémise, reine de Carie, et

Cléopâtre, reine d'Égypte et ses livres sont cités tant par Gallien que par d'autres auteurs grecs après lui. Il y a aussi Socrate qui se fait gloire d'être le fils d'une célèbre sage-femme, Phanarete (Hecquet se réfère ici à Platon et à Diogène Laerce). La liste des femmes célèbres en médecine, honorées par Gallien ou par Pline, est longue. Il en va de même à Rome, du temps des empereurs (Martial), ou encore à Vérone, et dans le duché d'Urbino (p. 40). Hecquet conclut : « La médecine donc n'était pas moins illustre parmi les femmes que parmi les hommes. » (p. 39) Au chapitre III de son ouvrage, Hecquet rappelle en outre que les païens ont toujours confié les couches à des divinités féminines : Alemone, Partule, Lucine, Statine (p. 42). La cérémonie du lever de l'enfant était présidée par une sage-femme, la déesse Levana (p. 43). Sages-femmes et nourrices officialisaient la légitimité des naissances. Une tentative à Athènes de l'Aréopage pour interdire aux femmes la profession de médecine et pour établir des accoucheurs faillit : la condamnation d'Agnodice, une jeune femme déguisée en homme pour assister aux accouchements, provoqua une révolte des femmes qui fit en sorte que les sages-femmes et les médecins furent rétablies dans leur droit d'exercice.

La dernière série d'arguments soulevée par Hecquet dont je traiterai ici appartient à une critique contre le progrès à tout prix et les nouveaux usages adoptés aveuglément. D'une part, s'il existe de mauvaises sages-femmes, elles peuvent être formées, non pas remplacées : « Si d'ailleurs il fallait ôter de place tous ceux qui s'acquittent mal de leur devoir, il faudrait presque désertier les professions, et changer toute la face du monde : il suffit de réformer les abus, sans détruire ou ruiner ceux qui les commettent. » (p. 71) D'autre part, à ceux qui prétendent que les hommes auraient fait faire d'énormes progrès à l'art obstétrical à l'égard duquel les femmes illettrées ne se sont jamais rendues capables, Hecquet répond que les accoucheurs n'ont même pas diminué les douleurs de l'accouchement, « progrès qui serait digne de leur habileté, et rien ne les rendrait plus nécessaires; mais ce progrès est encore à venir, et ce qu'ils ont découvert de nouveau est peu de chose au-dessus du rien » (p. 75). Encore une fois, malgré toutes ses références à l'honneur, à la morale et à la vertu des bonnes chrétiennes, Hecquet évite d'invoquer la malédiction biblique pour justifier les douleurs éprouvées par les parturientes.

Le tournant des années 1780 : le crépuscule de la maïeutique

Il est bien attesté que c'est sans trop de formation – sinon quelques expériences sur les cadavres (ce qui est de peu d'utilité pour comprendre la dynamique de la parturition) – ni connaissance des techniques manuelles que les premiers partisans de l'intervention, les promoteurs des forceps, officiaient, avançant unanimement des arguments de rapidité : l'important, disait-on, était de « faire le plus d'accouchemens possibles dans le plus court espace de temps³² ». Or, user de force avec cet outil, sans tenir compte de la configuration du dédale pelvien, avait souvent pour conséquence la luxation sinon la fracture d'une épaule du bébé ou la redoutée « dystocie d'épaule³³ », sans compter les effets sur le cerveau de l'énorme pression intracrânienne ainsi engendrée et les lésions infligées aux mères. Il n'empêche que les multiples mises au point de l'instrument (dont la confection particulière était chaque fois tenue secrète, baptisée du nom de son inventeur, et transmise de père en fils) passionnèrent littéralement les chirurgiens anglais et français³⁴. Ainsi, ce zèle finira par leur valoir la victoire sur les sages-femmes³⁵, mais aussi sur les médecins traditionnels dans ce domaine. L'historienne Mireille Laget en situe le tournant dans les années 1780 (1982,

³² Citation d'André Levret, accoucheur de la Dauphine, à qui l'on impute les débuts de l'usage « impérieux » du forceps et dont l'influence se fit sentir dans toute la France et jusque dans les écoles d'Allemagne, d'Italie et d'Autriche. Levret serait un bel exemple de ces « formations instantanées » évoquées précédemment : ayant hérité d'une fortune à la mort de son maître, ce jeune domestique s'était littéralement « acheté une charge de chirurgien ordinaire auprès du roi » (voir This, 1982, p. 185-187).

³³ Voir note 84.

³⁴ On peut apprécier l'ampleur de la frénésie d'invention qui eut cours en parcourant l'ouvrage *Iconografia gyniatrica* d'Harold Speert (1973). Cet ouvrage inspira grandement le cinéaste David Cronenberg pour son film *Dead Ringers*, film que je qualifierais de « satire gynécologique », certainement la plus dérangeante du genre (bien qu'assez unique en son genre), puisqu'elle aborde de façon frontale le côté trouble et obscur, voire sadique, de la gynécologie. Je reviendrai sur ce film au chap. V.

³⁵ L'usage du forceps et surtout l'exercice de la chirurgie dont il relève finirent par être interdits aux femmes (1755). Une des dernières à pouvoir user du forceps, Marie-Louise Lachapelle, début 19^e, chirurgienne, bras droit de Baudelocque à titre de sage-femme en chef à la maternité de Port-Royal, est l'auteure d'une célèbre manœuvre de pose de l'instrument, dite du « tour de spire ». Pendant longtemps, les ouvrages lui ont crédité la manœuvre, mais la référence ne figure plus aux manuels d'obstétriques actuels, et a disparu de la 6^e édition du *Précis d'obstétrique* de Merger, Lévy, Melchior en... 2001! Quand on dit que le 20^e siècle (pourtant qualifié de « siècle du féminisme ») a fait disparaître nombre de personnages historiques féminins des manuels d'histoire, on ne peut que constater que cette entreprise n'est pas terminée. Soulignons que Cesbron et Knibiehler relèvent plusieurs cas où les travaux scientifiques de femmes ont été attribués à des hommes ou ont tout simplement été ignorés (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 74, 78, 102, 345).

p. 201), alors que le rôle du chirurgien accoucheur devient dans l'esprit populaire signe de progrès et de savoir : « Tout ce qui est relatif aux accouchements est du ressort de la chirurgie! », déclarait-on en 1809 (This, 1982, p. 71). Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien, apporte un éclairage intéressant expliquant pourquoi la parturition a fini par être assimilée à une opération chirurgicale : malgré des appels répétés des autorités sanitaires pour leur fermeture en raison de la grande mortalité nosocomiale qui y sévissait (épidémies de fièvres puerpérales), les maternités hospitalières ont subsisté parce qu'elles constituaient le terrain privilégié de l'enseignement et de l'expérimentation. Dès que les bases de l'antisepsie puis de l'asepsie furent intégrées, leur « efficacité a été très vite appréciée à sa juste valeur tant en chirurgie dans un premier temps qu'en obstétrique secondairement », ce qui rend compte de la filiation historique entre les deux spécialités (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 113).

On peut situer dans une veine similaire à celle de Bernard This un projet plus récent mené par Ina May Gaskin, probablement la sage-femme la plus connue du monde occidental, projet visant à démontrer en la documentant par des données épidémiologiques recensées sur une longue période la valeur essentielle de l'expérience et d'une connaissance empirique de la physiologie, piliers de l'approche attentiste traditionnelle. Gaskin a ainsi publié un livre compilant des données sur les « statistiques périnatales » de célèbres sages-femmes de l'histoire tant européennes qu'américaines ayant vécu entre les 17^e et 20^e siècles. Selon les chiffres répertoriés, le bilan de chacune d'elles, en terme de mortalité maternelle et néonatale, se comparait avantageusement aux statistiques hospitalières de l'entre-deux-guerres, époque où l'accouchement en milieu hospitalier devint courant (Gaskin, 2003; Freeze, 2008, p. 206-207). Dans un même ordre d'idées, mais plus près de nous, l'enquête ethnologique de Gagnon (1979) dans Charlevoix (évoquée au chap. précédent) était arrivée à des constats similaires, bien qu'à une petite échelle. Toujours au Québec, coïncidant avec la fin de l'époque couverte par l'enquête de Gagnon (soit fin des années 1940 ou début des années 1950), l'écrivain et médecin accoucheur Jacques Ferron commit, après avoir travaillé auprès des sages-femmes en Gaspésie, un texte (resté inédit) intitulé *L'accoucheur, personnage insolite*. Il y décrit ce personnage comme une incongruité de l'histoire et annonce sa disparition prochaine :

Ce personnage n'existe pas depuis longtemps, il disparaîtra bientôt. Son actualité est accidentelle, causée par les bouleversements du siècle. Il a pour rôle de transformer le mode d'accouchement, le faisant passer du stade familial au stade du collectivisme. Ce rôle, strictement révolutionnaire, ne peut être que transitoire. Après l'avoir arraché aux sages-femmes, l'accoucheur devra remettre l'accouchement entre les mains d'autres femmes qui, si elles ne sont pas sages, du moins seront savantes, et vider le paysage de son inquiétant personnage. Tel est mon sujet.

[...]

À l'université, on m'a enseigné que les sages-femmes étaient des ignorantes. Et l'on m'a laissé croire que leur élimination avait été une œuvre pie. Je crois aujourd'hui le contraire. Je crois que les médecins qui, avec des forceps à manche de charrue, ont succédé aux sages-femmes ne valaient pas celles-ci. [...] Les médecins, en s'imposant ainsi, avaient pour mobile secret d'augmenter leur revenu. Autrefois, il n'en coûtait rien pour naître. Aujourd'hui, il en coûte. Mais là n'est pas le pire, les médecins avaient d'autres armes : le mensonge et la violence. Le mensonge : ils crièrent sur tous les toits qu'eux seuls pouvaient faire un accouchement. La violence : ils firent servir à leur profit l'appareil judiciaire. Il n'existe plus de sages-femmes. Dans les coins reculés de la province, on les a remplacées à défaut de médecins, par des garde-malades. La Faculté détient le monopole des accouchements, et son action ne s'arrête pas là. Le monopole n'est qu'un commencement. La sage-femme délogée, le médecin ne se contente pas de triompher à domicile; il déplace le lieu de l'accouchement; l'hôpital succède au domicile. Et c'est là que le médecin commence à s'apercevoir qu'il est le fou de la farce. Il a délogé la sage-femme au domicile; c'est lui qui perd sa patiente à son tour, aux mains du spécialiste. Le spécialiste, lui, est débordé; il a trois ou quatre accouchements chaque jour; il s'en remet aux garde-malades; celles-ci l'appellent pour couper le cordon. Un jour, il n'aura plus d'intérêt à couper le cordon. Ce sera les garde-malades expérimentées qui feront les accouchements à l'hôpital.³⁶

S'il s'est trompé sur la disparition du personnage, Ferron était néanmoins prophétique : les coûts associés aux accouchements représentent aujourd'hui, on l'a vu au chapitre précédent, une industrie de milliards de dollars annuellement en Amérique du Nord. De plus, le médecin fut effectivement remplacé par le spécialiste, et celui-ci s'est trouvé de plus en plus débordé, au point qu'en ce moment, on assiste à peu près partout dans le monde occidental à une « crise des maternités³⁷ » et bien des femmes se retrouvent sans suivi et sans médecin. De plus, accoucher avec le ou la praticienne de son choix est devenu désormais un événement exceptionnel. Ultime étape de la fragmentation des soins, un nouveau personnage vient d'apparaître dans les établissements hospitaliers : le « laboriste », appelé-e au dernier

³⁶ Texte publié par Luc Gauvreau dans les journaux *Voir* et *Le Devoir* en 1999, et qu'il m'a transmis par courriel le 28 août 2001.

³⁷ Pour des articles de journaux sur la question dans le contexte québécois, voir le chapitre suivant, note 30.

moment pour « attraper des bébés », à la chaîne (Moritz, *in* Lake et Epstein, 2009). Enfin, on peut affirmer que, si les médecins ont, au milieu du 20^e siècle, mis l'appareil judiciaire à leur service, la judiciarisation de la période périnatale est aujourd'hui complètement installée, car la conduite à tenir par les intervenants-es médicaux à chacun de ses moments – grossesse, accouchement, postnatal – est dictée par des protocoles médicolégaux plutôt que par les preuves scientifiques, protocoles eux-mêmes dictés par les compagnies d'assurance. En clair, c'est l'*assurabilité du risque*³⁸ qui décide des pratiques en vigueur. Et il s'agit là d'un aspect fondamental de la transformation radicale du phénomène et du paysage de la naissance. Mais pour le moment, voyons les étapes décisives de la performativité obstétricale elle-même du 20^e siècle à aujourd'hui³⁹.

3.2 « *The Prophylactic Forceps Operation* » et la construction de la passivité féminine dans l'accouchement

Quelques siècles d'utilisation de la force pour pallier le manque de connaissances anatomophysiologiques et surtout au mépris de celles-ci – la médecine, œuvre des mains, était considérée comme une discipline triviale et suspectée de licence sexuelle (Wagner, 1988; Porter, 1988; Knibiehler et Fouquet, 1983) – conjuguée d'une part aux ravages physiques attribuables aux prescriptions de l'ère victorienne (déformations pelviennes par l'usage du corset et restriction de l'activité physique pour les femmes des classes aisées) et d'autre part au rachitisme endémique chez les populations urbaines pauvres achevèrent de forger une conception chirurgicale de la mise au monde et de construire la naissance comme un mouvement d'extirpation d'un bébé du « corps-étau » de sa mère. C'est ainsi qu'en 1920, un éminent obstétricien de Chicago, Joseph DeLee, proposa ce qui devint le canon rituel de

³⁸ Il va sans dire que cette assurabilité est antinomique des droits des patients – ici droits de *la patiente*, et par extension, droits des femmes à disposer de leur corps.

³⁹ Je me dois de souligner ici l'importance cruciale du travail de Jennifer Block pour la rédaction des prochaines sections de ce chapitre. À mon sens, l'auteure, aussi journaliste, a su cerner dans *Pushed* tous les enjeux de l'hypermédicalisation de la naissance de façon inégalée, autant à travers une enquête documentaire remarquable, que par une compréhension vulgarisée des questions médicolégales et juridiques qui modèlent et transforment de façon extrêmement rapide à la fois les pratiques médicales et l'expérience de la maternité pour les femmes au tournant du millénaire (ce que j'appelle le paysage de la naissance).

l'obstétrique moderne : « l'intervention prophylactique⁴⁰ au forceps », une scansion parfaitement codifiée de gestes. Pourtant, comme le démontre l'enquête historique de Jennifer Block dans *Pushed : The Painful Truth about Childbirth and Modern Maternity Care*⁴¹ (2007), il se trouvait encore des partisans de l'approche attentiste, tel le médecin Brooke Anspach qui, en 1923, affirmait que l'obstétricien se doit d'apporter à la patiente une attention qualifiée dès le début du travail « peu importe quand il commence [...] et combien de temps il dure », ou encore, trente ans plus tôt, William Dewees, obstétricien du Kansas pour qui la préservation du périnée maternel représentait « le but le plus élevé à poursuivre ». D'ailleurs dans les années 1880 avait cours un débat sur la meilleure manière d'assurer la protection des muscles et tissus périnéaux : dans un texte de 1889, Dewees écrivait par exemple que, selon la « loi naturelle [...] normalement n'importe quel périnée se distendra adéquatement pour permettre la sortie de l'enfant, et laisser tous les tissus intacts » (cité p. 28). Or, pour DeLee, les lois naturelles étaient manifestement toutes autres : quant à l'enfantement la nature est non seulement mal faite, elle est carrément destructrice : « *I claim that the powers of natural labor are dangerous and destructive in many instances to both mother and child, and that interference by a skilled accoucheur at the proper time can prevent a goodly portion of this danger and much of this destruction* » (cité p. 22). DeLee a en fait repris à son compte l'idée de son contemporain Ralph H. Pomeroy, lequel voyait en l'accouchement une violence pour l'enfant, et la tête du fœtus, un « bœuf [tentant] de briser un portail qui résiste »; Pomeroy avait donc suggéré dès 1918 « de couper et reconstruire le périnée de toutes les primipares » sur la prémisse qu'un « deuxième stade prolongé [la poussée] a anéanti d'innombrables enfants ». En fait, Pomeroy et DeLee ont universalisé un

⁴⁰ Prophylactique qualifie une intervention ou une méthode « préventive » ou « qui vise à protéger », c'est-à-dire réalisée *avant* une indication clinique, un terme qui s'employait traditionnellement à la prévention des *maladies*. Voilà une belle illustration de l'emploi d'expressions absconses, fourre-tout et à connotation effrayante dont est friande l'obstétrique, à l'instar de « dystocie » (accouchement laborieux dans l'esprit de l'intervenant-e, souvent parce que quelque chose traîne en longueur), par exemple, ou encore de « macrosomie » (gros bébé). En obstétrique, tout est susceptible de récupération par la rhétorique de la prophylaxie : l'épisiotomie, les forceps, la gestion de la douleur, et désormais... la césarienne (voir chap. II). Je me permettrais d'avancer ici que le concept médical de prophylaxie et l'inverse direct du *primum non nocere* de la tradition hippocratique : intervenir pour prévenir est en parfaite contradiction avec une pensée de l'intervention comme nuisance potentielle (j'y reviens au chapitre suivant).

⁴¹ Les éditions étatsuniennes, même les plus sérieuses, sont portées sur ce genre de titres à sensation qui ont malheureusement tendance à discréditer des ouvrages pertinents et fouillés.

geste introduit en 1851 aux États-Unis par Taliaferro (qui crut l'inventer), mais condamné aussitôt comme une pratique « inopportune et non nécessaire » par Carl Braun (1857), celui qui forgea pourtant le terme retenu (bien que fautif) d'« épisiotomie » (étymologiquement « incision du pubis »). Le réel inventeur de cette intervention fut l'homme sage-femme dublinois Fielding Ould, qui l'a décrite pour la première fois dans un traité de 1742 (*Theory and Practice of Natural Deliveries*). Ironie de l'histoire, cette pratique a été condamnée comme le fait de sages-femmes ignorantes par William Wilde en Irlande (1849); elle fut donc plutôt abandonnée en Europe, tandis que l'Amérique en récupérait l'idée, pour lui donner une impulsion immense et durable, qui ne s'infléchit pas avant les années 1980 (Thacker et Banta, in Young, 1983; Scott, 2005; Murphy-Lawless, 1998, p. 53, 62-64). La conception de l'accouchement « naturel » transmise par Ould – ou « lecture du corps », pour reprendre l'expression de Murphy-Lawless – vaut la peine d'être ici relatée : l'image que décrit Ould est celle de la tête de l'enfant « prise dans une bourse », et si l'on ne force pas une sortie rapide, « l'orifice de la matrice se contractera autour du cou de l'enfant » (p. 62). Nous avons là à mon sens les premiers éléments de ce qu'on peut décrire comme l'échafaudage du mythe de l'étouffement/étranglement/manque d'oxygène à la naissance⁴². Outre le danger imaginaire que représente cette construction de l'esprit d'un col qui se resserre autour du cou du bébé tel une mâchoire et comme s'il n'attendait que ça – il est vrai que l'on décrit la matrice depuis l'Antiquité sous les traits d'un animal doté d'une volonté propre, en étroite correspondance au thème du *vagina dentata* –, la vision du périnée gonflé sous la pression de la tête de l'enfant qui tente de l'enfoncer (ce n'est donc pas la matrice comme muscle qui le pousse vers l'extérieur, puisque cette matrice veut le garder à l'intérieur et le « manger ») accommode la nouvelle donne de l'enfantement horizontalisé; elle en est un effet direct. L'observation est correcte : le bien-être fœtal se trouve réellement compromis alors que, à contresens du bassin, le bébé se trouve poussé-e vers le haut plutôt que vers le bas, recevant un apport en oxygène diminué par la compression de la veine cave que provoque la position allongée. Mais cette observation découle, comme dans le laboratoire de Pasteur, de sa propre mise en scène, de la sélection des conditions d'expérimentation contrôlée (voir Latour et Woolgar, 1988). Dans le cas de l'obstétrique masculine, l'« ensemble conceptuel » est mis au service de la volonté de triompher du corps féminin – à preuve : l'*ac-couche*-ment est un

⁴² Voir chap. II, note 16.

enfantement rendu dangereux – au lieu de travailler avec (« trancher le nœud plutôt que le dénouer », selon l’analogie d’Elizabeth Nihell) (Murphy-Lawless, 1998, p. 62-68).

L'épisiotomie, préalable à l'application du forceps prophylactique

Considérée dans le contexte favorable du déploiement de la nouvelle discipline de la gynécologie au milieu du 19^e siècle, l’arrivée en Amérique de l’épisiotomie correspond à un changement de mentalité qui autorise une intervention chirurgicale systématique sur le corps féminin durant l’accouchement. Cette épisiotomie « prophylactique », donc, préventive au sens d’universelle, constitue le premier geste essentiel de la méthode deléenne, qui rapidement s’impose partout. L’intérêt maternel n’était pas l’argument premier dans l’esprit des Pomeroy, DeLee ou encore d’une Bertha Van Hoosen⁴³ pour défendre la pratique d’une épisiotomie de routine, mais bien l’accélération de la sortie du bébé (la vitesse étant envisagée d’emblée comme la garantie d’un meilleur pronostic). Or, peu à peu, les bénéfices de l’épisiotomie seront déplacés sur la mère dans le discours médical : on prétendra que la « petite coupure », droite et nette, est préférable à une déchirure et sert à préserver la sexualité future de la mère. Par un intéressant revirement, on accordera ainsi à l’épisiotomie les vertus prêtées auparavant à la préservation des muscles périnéaux. En trente ans, soit dès 1950, l’épisiotomie devint la procédure chirurgicale la plus courante (avec la section du cordon ombilical), une intervention de routine pratiquement inévitable pour les primipares depuis lors. Par exemple, 65,1 % des accouchements vaginaux en 1979 aux États-Unis impliquaient cette intervention (pourcentage tombé à 25 % en 2005⁴⁴), 70 % au Québec en 1990 (tombé à 30 % en 2000-2001, puis à 24,1 % en 2006-2007, mais au-dessus du taux

⁴³ Voici en quels termes Van Hoosen, fondatrice de l’*American Medical Women’s Association*, vantait l’épisiotomie :

*The most widespread innovation in modern obstetrics is the cutting of the muscles at the vaginal outlet. [...] Older midwives and obstetricians made an art of the slow and careful delivery of the baby’s head without inflicting any injury to the muscles of the perineum, [but now] the obstetrician assumes the responsibility for the time when the baby shall come, and the depth to which the mother shall be laid open to hurry the birth. (Citée par Barbara Birgman Perkins dans *The Medical Delivery Business : Health Reform, Childbirth, and the Economic Order*, 2003, p. 41; tiré de Block, 2007, p. 29.)*

De tels propos illustrent bien comment, par l’épisiotomie, l’intérêt des médecins accoucheurs se déplace de la mère vers l’enfant à naître : sa prompte extraction plutôt que la préservation de l’intégrité physique maternelle.

⁴⁴ Néanmoins, la prévalence toujours grandissante de la césarienne joue quand même un rôle dans le recul de l’épisiotomie, où une chirurgie plus importante en remplace une autre...

moyen canadien de 20,7 %) (MED-ECHO; Santé Canada, 2009; Chalmers *et al.*, 2009). En France, « le taux global d'épisiotomie se situait, en 2002/2003 à 47 % (68 % chez la primipare et 31 % chez la multipare), en diminution depuis 1997 (respectivement 79 et 42 %) » (Mignot, 2006). Très prisée en Amérique du Nord et en France, comme l'indiquent ces chiffres, en Amérique latine également (soit une moyenne de 92 % au début des années 2000 [Jakobi, 2003])⁴⁵, on constate que la pratique de l'épisiotomie est en grande partie affaire de culture : à titre comparatif, son incidence n'est que de 13 % au Royaume-Uni et de 6 % en Suède (toujours pour les années 2000-2001) (Bel et AFAR, 2004). Bien qu'immensément répandue, introduite comme on l'a vue sur la simple prémisse partagée par les Pomeroy et DeLee, cette intervention n'avait fait l'objet d'aucune étude scientifique avant les années 1980. L'un des premiers à remettre ouvertement en cause l'épisiotomie, l'obstétricien britannique Michael House interrogeait ainsi ses pairs en 1981 : « On pourrait s'attendre à ce que, pour une procédure qui est la norme, pratiquée des centaines de milliers de fois chaque année, il existe une preuve solide dans la littérature mondiale la comparant avec les résultats d'accouchements sans épisiotomie. [...] En fait, de telles preuves n'existent pas. » (cité dans Block, 2007 p. 31) Même avant House, au cours des années 1960 et 1970, quelques voix avaient tenté timidement de remettre en question l'intervention dans les grands journaux médicaux (*The Lancet* ou le *British Medical Journal*), mais l'épisiotomie étant devenue *sacrosainte* – pour reprendre l'expression de Jennifer Block –, les commentaires furent publiés anonymement. Les innombrables études et plusieurs métaanalyses sur la question menées des années 1980 à aujourd'hui⁴⁶ ont depuis démontré que cette procédure est associée à l'exact contraire des bénéfices qu'on lui prêtait – et que l'on continue de lui prêter

⁴⁵ On pourrait émettre l'hypothèse qu'une telle propension à l'épisiotomie n'est pas étrangère aux taux records de césariennes recensés en Amérique latine (voir note 82) : il ne serait pas étonnant que les femmes préfèrent une cicatrice au bas-ventre à une entaille dans leur sexe assortie du rituel avilissant et souvent traumatique de la scène gynécoobstétricale (voir chap. V).

⁴⁶ Une abondante littérature médicale s'accumule sur le sujet depuis les années 1980 (voir Block, 2007, p. 30-31; Enkin *et al.*, 2000; Hartmann *et al.*, 2005; Klein *et al.*, 1992, 1994, 1995; ou les 291 études compilées à ce jour par l'AFAR sur la question, lesquelles contredisent unanimement les prétentions attribuées à l'épisiotomie : en ligne, <<http://afar.info/subject=episiotomy>>. En mai 2004, l'AFAR avait produit une compilation de 93 études sur le sujet (AFAR, 2004). On se référera également à cette série d'articles et documents référencés sur *Cianewiki* : <<http://wiki.naissance.asso.fr/index.php/Portail/Articles#toc10>>. Liens consultés le 14 mai 2012.

encore souvent aujourd'hui⁴⁷ : en résumé, l'épisiotomie (l'équivalent d'une déchirure de deuxième degré) ne protège pas le périnée maternel, mais augmente substantiellement le risque de déchirure des 3^e et 4^e degrés et d'atteinte au sphincter anal. Quant aux prétendus bénéfices pour le fœtus (protection contre les hémorragies intracrâniennes ou l'asphyxie intrapartum), ils ont été écartés (Bel, 2004; AFAR, 2004). Le pharmacoépidémiologue Marc Girard en rajoute : « En matière de rationalité, rappelons également que la technique même du geste correspond à une aberration à peu près unique en chirurgie, à savoir couper un muscle transversalement. » (2013, p. 28) Quoi qu'il en soit, l'épisiotomie reste encore à ce jour bien ancrée dans les mœurs obstétricales.

L'« opération prophylactique aux forceps » de Joseph DeLee ne se limitait pas à l'épisiotomie, puisque celle-ci n'en était que l'un des mouvements. Dans l'éditorial du tout premier numéro de l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* (1920), Joseph DeLee, défendant d'abord sa position quant à la nature intrinsèquement pathogène de l'accouchement, exposa rigoureusement les étapes de sa méthode : administration de morphine et de scopolamine puis d'éther pour endormir la mère, ensuite épisiotomie, extraction du bébé par forceps en conjonction avec une manœuvre d'expression abdominale (pousser sur le ventre), suture de l'incision, réadministration de morphine et scopolamine

⁴⁷ Voici quelques exemples glanés sur le Web qui montre la résistance à arrimer le discours médical et paramédical aux données de la science à ce sujet : le *Larousse médical* en ligne : « L'épisiotomie dépend de l'appréciation de l'obstétricien [...]. Cette intervention permet de prévenir d'éventuelles déchirures du périnée et d'éviter la survenue à long terme de troubles urinaires tels qu'une incontinence. » (<<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/%C3%A9pisiotomie/12876>>); l'intitulé d'un article du magazine féminin français *Questions de femmes* (oct. 2003) : « L'épisiotomie : un petit mal qui fait le bien » (d'après Céline David, « articles sur l'épisiotomie », sur la liste de discussion publique *Re-Co-Naissance* [en ligne : <<http://fr.groups.yahoo.com/group/Re-Co-Naissances/message/845>>, envoi du 30 nov. 2003]); le forum *Doctissimo.fr*, à l'article « Qu'est-ce qu'une épisiotomie? » de son dossier « Accouchement » écrit : « Il est évident qu'une incision bien nette est plus facile à recoudre qu'une déchirure irrégulière. Mais depuis une quarantaine d'années, l'épisiotomie est également utilisée de manière préventive [...] » (<http://www.doctissimo.fr/html/grossesse/accouchement/gr_4261_episiotomie.htm>, 17 mars 2011); ainsi que les commentaires sur le *BOOB* à des articles médicaux et un texte publicitaire (« Épisiotomie, le retour », en ligne : <<http://boob.over-blog.fr/article-23847144.html>>, entrée du 19 oct. 2008; « Lutte aux ciseaux entre Pampers et Besançon », en ligne : <<http://boob.over-blog.fr/article-35825598.html>>, entrée du 8 sept. 2009). Liens consultés le 20 oct. 2012.

« afin de prolonger la narcose plusieurs heures postpartum et *éliminer le plus possible le souvenir du travail*⁴⁸ ».

Narcose amnésiante

Nous allons maintenant nous pencher sur ce deuxième aspect fondamental de la routine de l'« opération prophylactique aux forceps ». Cette narcose amnésiante était appelée *Twilight Sleep*, une innovation d'origine allemande qui avait rapidement gagné en popularité. Un peu plus d'un demi-siècle plus tôt, en 1853, la Reine Victoria avait ouvert la porte de l'acceptabilité de l'anesthésie obstétricale en inhalant du chloroforme dans le cours de l'accouchement de son huitième enfant. Jusqu'à cet événement marquant, l'idée même du soulagement des douleurs de l'enfantement, qui soustrairait la femme à la « malédiction biblique », était impensable pour une bonne chrétienne. Bien que l'on parle d'anesthésie, techniquement, les premières substances employées – protoxyde d'azote, chloroforme, éther – n'inhibaient pas tant la douleur qu'elles endorment ou annihilent la conscience. Dès le début du 20^e siècle, assimilé par les suffragettes à un droit politique, l'accès au *Twilight Sleep* fut l'objet d'une ardente campagne féministe menée aux États-Unis par le biais de nombreuses *Twilight Sleep Societies*. Entre 1900 et 1955, cette technique fut utilisée durant l'accouchement dans une prévalence qui passa, sous l'impulsion non négligeable de DeLee, de 5 % à 95 %. Il s'agit d'ailleurs de l'un des facteurs qui favorisèrent le transfert de l'accouchement de la maison vers l'hôpital (Block, 2007, p. 169). Pas même la mort en couches en 1915 de la leader du mouvement et fondatrice de la *National Twilight Sleep Association*, Frances X. Carmody, ne freina l'engouement, bien que l'hémorragie qui l'emporta était un risque connu associé au cocktail morphine-scopolamine. C'est plutôt la découverte des effets toxiques sur le bébé, l'inhibition du réflexe respiratoire (d'où cette fameuse claque assénée au nouveau-né afin qu'il pleure), qui poussa – bien plus tard, à compter des années 1970 – au développement de nouveaux modes d'anesthésie⁴⁹ (voir notamment Cassidy, 2007).

⁴⁸ Je souligne.

⁴⁹ Il est dit également que les diverses formes d'anesthésie gazeuse ainsi que les sédatifs neurotropes « avaient pour inconvénient de plus ou moins déprimer la fonction cardiorespiratoire de l'enfant et de la mère » (David, 2007, p. 30).

Noble intention, certes, d'épargner à la parturiente l'éprouvé de la douleur en l'endormant au moment le plus intense du travail, cette volonté d'« éliminer le plus possible le souvenir du travail » soulève d'emblée des questions. D'une part, il est improbable que cette série de gestes ne laisse de séquelles physiques : la compression abdominale intense laisse des ecchymoses sur le ventre de la femme, les forceps, des lacérations, tandis que l'épisiotomie s'accompagne d'une guérison qui se compte en semaines, voire en mois, en plus d'être associée à de fréquentes complications. Cependant, les femmes ne consultent pas beaucoup pour les problèmes touchant leur intimité (infections des plaies, incontinence, fistules, dyspareunie...); les effets adverses de l'opération ne sont pas rapportés, encore moins étudiés. D'autre part, il faut aussi s'interroger sur les effets psychiques du trou mnésique ou de la béance mémorielle chez les femmes ayant été ainsi *mises en absence* de la naissance de leur enfant par une telle procédure, lorsque le moment crucial de la rencontre entre la mère et son ou sa nouveau-née ne coïncide plus avec celui de l'émergence de l'enfant. DeLee n'y voyait cependant que des bienfaits pour la femme, un sommeil dont elle émergera tout souriante et pleine de gratitude; il donnait ainsi du *Twilight Sleep* une description quasi paradisiaque :

Arriving [at the hospital ...] she is immediately given the benefit of one of the modern analgesics or pain-killers. Soon she is in a dreamy, half-conscious state at the height of a pain, sound asleep between spasms. Though hours must elapse before the infant appears, her conscious self is through; the rest is up to the doctor and her own reflexes.

She knows nothing about being taken to a spotlessly clean delivery room, placed on a sterile table, draped with sterile sheets; neither does she see [...] the doctor and nurses, garbed for her protection in sterile white gowns and gloves; nor the shiny boiled instruments and antiseptic solutions. She does not hear the cry of her baby when first she feels the chill of this cold world, nor see the care with which the doctor repairs such lacerations as may have occurred. She is, as most of us want to be when severe pain has us in its grasp – asleep –. Finally she awakes in smiles, a mother with no recollection of having become one.⁵⁰

⁵⁰ Extrait tiré de R.P. Finney, *The Story of Motherhood* (New York: Liveright, 1937), p. 6-7; cité dans Rich (1976), p. 171, en note.

Les témoignages et photos d'époque ne rendent pas compte d'une vision aussi rose : durant leur « sommeil crépusculaire », les femmes souvent hurlaient et leur corps s'agitait de violents spasmes; la contention ou la camisole de force était donc obligée⁵¹.

Dans son ouvrage *Reproducing the Womb. Images of Childbirth in Science, Feminist Theory, and Literature* (1994), Alice E. Adams réfléchit aux effets psychiques de cette forme de sédation en analysant un extrait du récit *The Bell Jar* de Sylvia Plath, un extrait qui avait aussi fort marqué Adrienne Rich (1976, p. 170-171). Alors enceinte et visitant l'hôpital où son copain Buddy est résident, le personnage d'Esther se trouve témoin de l'accouchement de madame Tomolillo. On lui dit qu'il ne faut pas voir ça, qu'elle ne voudra jamais avoir un bébé après : « Ils ne laissent pas les femmes regarder ». Bravant l'interdit scopique, Esther tente de calquer l'attitude d'objectivité médicale des hommes, d'observer leur détachement. Le corps inerte d'une femme est hissé sur une table d'accouchement, où son abdomen gonflé cache son visage des observateurs et du personnel. Elle n'a rien d'identifiable à quelque chose d'humain. Sa stupeur, son corps informe et sa position avilie ne font rien pour susciter la sympathie, mais malgré elle, Esther s'identifie avec la « grosse masse blanche » qui gémit de façon incohérente sur la table. Buddy explique qu'on lui a donné un médicament, le Nembutal, *qui lui fera oublier la douleur*, et Esther se fait cette réflexion amère : « *It sounded just like the sort of drug a man would invent* ». Puis elle décrit ce qu'elle voit et ressent devant cette femme :

*Here was a woman in terrible pain, obviously feeling every bit of it or she wouldn't groan like that, and she would go straight home and start another baby, because the drug would make her forget how bad the pain had been, when all the time, in some secret part of her, that long, blind, doorless and windowless corridor of pain was waiting to open up and shut her in again.*⁵²

Dans la perspective des hommes – telle la description que fait DeLee de l'opération –, madame Tomolillo est simplement absente, se noyant dans les tréfonds du *Twilight Sleep*. Mais Esther comprend qu'en « quelque endroit secret », celle-ci conservera la connaissance

⁵¹ Un épisode de la populaire télésérie étatsunienne *MadMen*, intitulé « The Fog » (épisode 5, saison 3), mettant en scène le troisième accouchement du personnage de Betty Draper, traduit de façon vibrante la dimension traumatique de l'expérience du *Twilight Sleep*.

⁵² Sylvia Plath, *The Bell Jar* (New York : Harper & Row, 1971), p. 72; citée dans Adams (1994), p. 33.

de cette expérience. Une expérience hors de portée du symbolique. L'endroit secret se refermera une fois le bébé né-e, mais le travail et la douleur ne seront pas balayés, juste scellés dans le « corridor aveugle »... Adams poursuit la réflexion : qu'est-ce qui motive l'administration d'un médicament qui n'enlève pas la douleur, mais seulement garantit que la femme ne se rappellera pas avoir donné naissance du tout...? En plus de laisser la femme souffrir, la sédation lui bloque l'accès à un souvenir qui lui permettrait de faire par la suite des choix autodéterminés, la handicapant ainsi dans ses essais futurs pour se réinstaurer en tant que sujet (ce que Tina Miller [2000] appelle « rupture narrative » [voir chap. V]). En ce sens, selon Adams, l'accouchement de madame Tomolillo représente une régression où celle-ci perd accès au symbolique, une régression inhérente non pas à l'expérience du devenir-mère mais aux efforts fructueux des médecins pour interférer dans le processus. La prise de possession – le viol – par les médecins de l'être de madame Tomolillo est complète : ayant réussi à attaquer la capacité d'une femme à produire du sens, c'est son esprit qu'ils attaquent, bien plus que ses organes génitaux (Adams, 1994, p. 33-34). Dans son essai de 1976, Adrienne Rich allait déjà dans ce sens : « Cette "libération de la douleur", comme la "libération sexuelle", place physiquement la femme à disposition de l'homme, tout en la maintenant à distance des potentialités de son propre corps. Sans modifier d'aucune façon sa sujétion, la chose est publicisée comme une innovation progressiste.⁵³ » (p. 171) Ce que Rich écrivait s'applique aussi à l'expérience plus contemporaine de la péridurale, décrite par plusieurs femmes comme une contention chimique (voir chap. V), les rendant plus susceptibles de subir des interventions qui laissent des traces.

Bien que les femmes ne soient que très rarement endormies de nos jours lors de l'accouchement, même lors d'une césarienne – progrès indéniable –, l'abondance de témoignages qui foisonnent depuis l'avènement d'internet rend bien compte malgré tout de la profonde douleur des femmes associée aux « rendez-vous manqués » avec le bébé, c'est-à-dire lorsque le bébé est emmené-e pour des soins dès sa naissance et n'est pas laissé-e sur sa mère. Cette douleur culmine chez les femmes qui n'ont pas pu voir l'enfant immédiatement : d'aucunes doutent, de façon plus ou moins consciente, que le bébé qui leur est présenté-e soit bel et bien le leur; parfois le doute ne fait que leur traverser l'esprit, parfois il persiste et

⁵³ Je traduis.

perturbe grandement le processus précoce d'attachement⁵⁴. C'est peut-être l'un des facteurs qui expliqueraient la hausse constante des problèmes vécus en postpartum dont rend compte l'historienne Yvonne Knibiehler (Cesbron et Knibiehler, 2007, p. 269), affirmant que l'on identifie – du moins en France – des difficultés d'établissement de la relation mère-bébé dans environ un cas sur dix, témoignage des nouveaux écueils qui, pour reprendre un langage psychanalytique, guetteraient la maternité psychique (Delassus, initiateur de cliniques de « maternologie »). De plus, l'étude à laquelle je participe depuis 2008, portant sur l'expérience d'accouchement des femmes en milieu hospitalier (CRI-VIFF-RNR), a permis d'observer que le rendez-vous manqué et les séparations d'avec leur bébé dans les premiers instants de vie (pour des soins de routine pas toujours immédiatement ni absolument essentiels) ou les premiers jours postpartum (dans les cas plus sévères où le bébé séjourne en néonatalogie) représentent sans conteste l'aspect le plus sensible de l'expérience de la naissance. À l'occasion d'un retour sur ces circonstances des mois voire des années après l'événement – *et ce, peu importe la façon dont l'accouchement s'est déroulé pour elles*, c'est-à-dire même dans les pires situations –, les mères en éprouvent encore une souffrance très vive⁵⁵.

L'accouchement élevé au rang de pathologie

Le personnage de Joseph DeLee est l'incarnation parfaite à mon sens de l'esprit de triomphe du scientisme professé itérativement au fil de l'histoire de l'interventionnisme obstétrical sur les « ratés de l'évolution ». Dans sa vision, « couper et reconstruire » était un service à rendre aux femmes, afin qu'elles se tirent vivantes « elles aussi » des affres de l'accouchement, en même temps qu'un service au nouveau-né-e, une pression de courte durée et exercée habilement avec un forceps étant selon lui moins dommageable qu'une pression prolongée de ce qu'on nommait pourtant les « *soft parts* » du corps féminin sur le cerveau fœtal (on croirait

⁵⁴ Des recherches ont démontré l'importance de la non-rupture du contact *dans les premières minutes de vie* (Odent, 2001a, 2001b; Uvnäs Moberg, 2003; Hastie et Fahy, 2009) dans l'établissement du lien d'attachement primaire mère-nouveau-né-e (*bonding*): reconnaissance du bébé comme sien-ne, phénomène du « coup de foudre », attitude protectrice accrue, plus grande facilité de démarrage de l'allaitement, réduction du *baby-blues*, sentiment de compétence maternelle.

⁵⁵ À preuve, cette récente entrée du blogue de la journaliste Marie Charbonniaud sur le site Web *Naître en grandir*, « Quand les premières avec bébé nous sont volées » (2012), a suscité en très peu de temps un déferlement de témoignages douloureux.

à un calque des propos du père Shandy du roman de Sterne!). DeLee est d'ailleurs l'auteur d'une autre analogie encore plus célèbre prouvant selon lui le caractère intrinsèquement pathologique du processus de l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant :

Si une femme tombe sur une fourche et que le manche enfonce son périnée, nous qualifions cela de pathologique, d'anormal, mais si un gros bébé est poussé à travers un plancher pelvien, nous disons que cela est naturel et, par conséquent, normal. Si un bébé devait avoir sa tête coincée par une porte, très légèrement, mais suffisamment pour causer une hémorragie cérébrale, nous affirmerions cela franchement pathologique, mais lorsque la tête d'un bébé se trouve pressée contre un plancher pelvien tendu, et qu'une hémorragie au cerveau le tue, nous appelons cela normal ou, du moins, nous disons que la fonction est naturelle, et non pas pathogène.⁵⁶ (DeLee, 1920)

La comparaison avec des accidents n'est pas anodine : à côté d'un empalement, d'une cloison défoncée ou du coincement entre une porte et son montant, le forceps paraît leste et l'épisiotomie délicate, et leur recours dans la conduite de l'accouchement d'emblée plus acceptable.

Outre l'argument d'une évolution défavorable à l'enfantement, il faut ajouter que la vision professée par DeLee s'inscrivait dans un projet plus fondamental, beaucoup moins rationnel que corporatif, en fait : conférer enfin un statut à cette branche dédaignée de la médecine en élevant les processus auxquels elle s'attache au rang de pathologies. Développant les arguments de sa campagne pour l'éradication des sages-femmes, il est on ne peut plus clair que DeLee emploie sa plume à construire la nature pathologique de l'accouchement, une entreprise répondant à la nécessité pour l'obstétricien de justifier son rôle et sa praxis, et ainsi légitimer son établissement professionnel :

*The fundamental reason why obstetrics is on such a low place in the opinion of the profession [...] is just because pregnancy and labor are considered normal, and therefore anybody, a medical student, a midwife, or even a neighbor, knows enough to take care of such a function. [...] Once we can convince the profession and the laity that labor has a pathologic dignity, we will be able to draw to this specialty the best minds in the profession.*⁵⁷

⁵⁶ Je traduis.

⁵⁷ Joseph DeLee, « Progress toward Ideal Obstetrics », un texte de 1915 retranscrit dans le blogue *The Unnecesarean* (Arnold, 2009b). Je souligne.

Le corps des femmes n'est plus ce qu'il était : une rhétorique itérative

Du reste, DeLee hésitait à mettre la faute sur le dos de la nature mal faite ou sur celui de la culture débilite, qualifiant dans la « défense et illustration » de sa méthode (1920) les femmes de « *nervous inefficient products of modern civilization*⁵⁸ ». L'argument de la « surcivilisation » rendant le corps de la femme moderne incapable de soutenir les efforts de l'accouchement était d'ailleurs une rhétorique fort exploitée par les obstétriciens du début du 20^e siècle (Epstein, 2010). Si se généralisent ces attaques contre la supposée « pusillanimité des femmes et son aggravation par le luxe et le confort » (pour reprendre les termes de Paul Cesbron décrivant ce type de propos), elles n'étaient pourtant pas neuves. Prenant pour preuve le roman satirique *Tristram Shandy* (entre autres sources), ce discours accusant tour à tour la dégénérescence du corps tant physique que social découlait d'une critique générale des sociétés occidentales, « thème obsessionnel dans une partie des milieux scientifiques hantés par l'amélioration de l'espèce, quand ce n'est pas principalement de la race blanche » (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 147). Considérées plus facilement corruptibles par les nouvelles tendances et responsables de la dégradation de la race, les femmes firent ainsi directement les frais de ces critiques : « alors que les femmes des “sociétés primitives” mettent leurs petits au monde courageusement, quand ce n'est pas dans la joie, les épouses de l'homme occidental crient et pleurent » (*ibid.*). En outre, comme le montre l'étude fouillée des écrits des accoucheurs anglo-saxons entre les 17^e et 19^e siècles de Murphy-Lawless, la théorie de la faiblesse et de la dégénérescence du corps féminin a servi la résistance des médecins à accepter leur responsabilité directe dans la propagation des fièvres puerpérales – « *the painful subject which as come before us* », selon les termes de l'Américain Oliver Wendell Holmes, qui, à peu près en même temps que Semmelweiss en Autriche (décennie 1840), a défendu la thèse de la contagiosité de l'affection, soit cinquante ans après l'Écossais Gordon :

⁵⁸ Pour renchérir sur cette image de la femme devenue inapte, il y a celle de la femme rébarbative. Ainsi, on peut encore retrouver dans des textes professionnels sérieux cette indication clinique à l'emploi des forceps et ventouses : l'« indocilité » ou la « non-coopération maternelle » (comme dans ce compte-rendu de colloque « Extractions instrumentales : ventouses ou forceps : que choisir? », 2000 [en ligne : <www.jpgtarbes.com/detail/archives/02120801.asp>, consulté le 20 févr. 2005], un exemple parmi d'autres de l'emploi d'expressions sous-entendant que le comportement maternel durant le travail constitue un danger pour l'enfant à naître. La page Web évoquée ici étant disparue depuis, on se référera à une lettre ouverte en réaction à celle-ci : « L'“indocilité des femmes en couches” – réponse du CIANE » (en ligne : <<http://www.ciane.info/article-2000997.html>>, consulté le 24 sept. 2010).

[T]he issue that puerperal fever was spread by contagion touched on nascent sensibilities within the science, which grew rather than lessened over that fifty-year period, and were further strengthened with the tightening of logical arguments around female frailty. So often, these gendered arguments doubled back on a woman, her frailty making her responsible in effect for her own death. (Murphy-Lawless, 1998, p. 134)

C'est ainsi que, avec le rayonnement de la théorie pasteurienne et l'intégration définitive des mesures d'asepsie et d'antisepsie en milieu hospitalier afin d'enrayer la contagion, le vecteur infectieux sera, au 20^e siècle, conceptuellement transposé de la main de l'accoucheur (qui avait eu jadis l'habitude d'aller et venir entre la table de dissection et le « lit de misère » [c'est-à-dire d'accouchement]) au sexe des femmes. Par ce déplacement, la « main » – qu'on lavait désormais – fut du même coup lavée de tout blâme... Les parturientes furent donc attachées, sanglées « pour leur propre confort et leur sécurité » (comme disaient les infirmières des années 1950 et 1960) et désinfectées localement dans le but d'éviter l'« autocontagion » qui les décimait auparavant, a-t-on prétendu. *L'obstétrique venait de prouver sa victoire sur la mortalité maternelle endémique... dont elle avait été la cause.* Jamais l'institution médicale fit-elle amende honorable à ce sujet.

À peine remanié, l'argumentaire selon lequel « le corps des femmes n'est plus ce qu'il était » est encore repris de nos jours pour expliquer la hausse exponentielle récente des taux de césariennes. Ainsi pouvait-on lire dans *La Presse* du 7 avril 2008 :

Plusieurs facteurs expliquent la hausse des césariennes au Québec. Entre autres, les femmes ont leur premier enfant de plus en plus tard. En 1990, l'âge moyen pour un premier enfant était de 26 ans, selon l'Institut de la statistique du Québec. Aujourd'hui, il est de 28 ans. « Plus les mères sont âgées, plus les risques de complications et donc de césariennes augmentent », explique le président de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec, le Dr Dominique Pilon. [...]

Selon plusieurs médecins interrogés par La Presse, les mères d'aujourd'hui sont plus grosses et les bébés aussi. « Les cas d'obésité augmentent, et ça joue sur les taux de césariennes », confirme le Dr Gérard Landry, gynécologue à l'hôpital du Haut-Richelieu depuis 25 ans.⁵⁹

⁵⁹ Ariane Lacoursière, « Le taux de césariennes ne cesse d'augmenter ». En ligne : <http://www.cyberpresse.ca/article/20080407/CPACTUALITES/804070620/5358/CPRESSE>, consulté le 7 avril 2008. Je souligne.

L'éditrice de la revue scientifique *Birth : Issues in Perinatal Care* commentait dans un éditorial de 2003 l'extension sous tous azimuts des indications de césarienne, un phénomène nullement cantonné aux États-Unis :

Aux États-Unis, une femme court un risque élevé d'avoir une césarienne si elle est trop grosse ou trop petite; si son accouchement arrive trop tôt ou trop tard; si elle est trop vieille ou trop craintive; fatiguée d'être enceinte ou trop fatiguée pour être en travail; si elle attend des jumeaux, si son bébé se présente par le siège, si elle a déjà eu une césarienne; ou si la date prévue de son accouchement tombe une fin de semaine ou le jour de Noël, à l'Action de grâces, ou la veille du Jour de l'An. Elle court aussi plus de risques d'en avoir une si son médecin hésite, s'il a peur des poursuites, s'il est trop occupé, s'il doit s'absenter, ou s'il est convaincu que la césarienne est toujours plus sécuritaire... les raisons sont sans fin.⁶⁰ (Young, 2003, p. 151)

Maternité tardive, sédentarité, obésité, quand ce n'est pas la « mode » de la « césarienne sur demande maternelle » : en tenant les femmes responsables des interventions pratiquées sur elles (ou bien elles ne sont plus aptes physiquement, ou bien elles réclament ces interventions), l'explication donnée par les médecins détourne l'attention populaire des vraies causes et les dédouane de leur rôle décisif dans l'évolution des pratiques. À propos de la responsabilité présumée des femmes dans la hausse des interventions, la sage-femme Isabelle Brabant commentait :

Partout l'émergence, aussi soudaine que suspecte, d'un discours sur le « choix des femmes », tout prêt à cautionner la césarienne sur demande ou la suppression des menstruations. Où était donc « le choix des femmes » quand nous refusions l'épisiotomie, qu'on nous faisait quand même, et où est-il quand nous voulons, aujourd'hui, accoucher accroupies? Partout aussi, un discours sur les risques qui nous limite plutôt qu'il nous protège, notamment quand on brandit les risques pour le bébé. Quelle stratégie efficace quand on veut clouer le bec à celles qui posent trop de questions! (2005, p. 109)

Militante de la première heure pour l'humanisation de la naissance aux côtés de Brabant, Donna Cherniak, omnipraticienne, renchérisait :

Encore plus que dans les années 1980, la médicalisation est omniprésente, et modifie en profondeur l'expérience de grossesse et d'accouchement de la majorité des femmes (et de leurs proches). On justifie cet interventionnisme par la recherche médicale, même si la validité des résultats et leur applicabilité à toutes les femmes en tout temps sont loin

⁶⁰ Traduction tirée de Vadeboncoeur (2012), p. 36.

de faire l'unanimité. Les résultats qui confortent le modèle médical, comme la césarienne en cas de présentation du siège, passent plus vite dans la pratique que ceux qui suggèrent de réduire les interventions comme l'épisiotomie. Souvent, on rejette sur les femmes elles-mêmes la responsabilité de l'interventionnisme médical : nous sommes trop vieilles, trop grosses, trop pauvres, trop malades et trop exigeantes pour bien accoucher. (2005, p. 107)

Plus outrageant encore, on en vient à dire que le défaut de préparation prénatale – voire la non-planification de la grossesse – explique les césariennes primaires :

La période préconceptionnelle, ainsi que les trois premiers mois de grossesse, sont des périodes pendant lesquelles une femme peut réduire les risques pour sa santé et celle de son bébé en faisant de bons choix. Les bons choix débutent avant la conception. Près de la moitié des grossesses ne sont pas planifiées; la femme doit connaître son corps et être prête à une grossesse même si elle n'est pas planifiée. La période où le fœtus est le plus vulnérable est la période où bon nombre de femmes ne savent pas qu'elles sont enceintes. Les rencontres préconceptionnelles permettent de s'assurer de la bonne santé d'une femme. Les antécédents médicaux peuvent avoir des effets néfastes sur la grossesse et son issue. Le diabète, l'hypertension et le surplus de poids ont une incidence sur le travail et l'accouchement. La promotion et l'information concernant les habitudes alimentaires, le tabagisme, l'activité physique et une bonne hygiène de vie améliorent l'issue de la première grossesse lors du travail et de l'accouchement, et diminuent les risques d'une première césarienne. (INSPQ, 2012, fiche « La césarienne », p. 19-20)

Autant dire (et le document d'où est tirée la dernière citation provient d'une instance paragouvernementale) que le quart des Québécoises qui donnent naissance (ce qui correspond au taux de césarienne provincial) ont failli à leurs responsabilités prénatales!

Passant sous silence une évidente contradiction, la suite de l'article de *La Presse* soutient pourtant que ni les facteurs populationnels précités à eux seuls, ni la complexité des cas dont les obstétriciens-nes interviewés-es héritent ne peuvent suffire à expliquer des disparités du simple au double entre les établissements hospitaliers. De plus, il est étrange de soutenir que les bébés naissent plus gros aujourd'hui, alors que le nombre de prématurés et de bébés de petit poids à la naissance ne cesse d'augmenter. Du reste, aucun changement démographique, et encore moins une revendication populaire massive (césarienne dite « sur demande » ou « de convenance »)⁶¹, n'explique la hausse fulgurante des taux de césariennes que l'on

⁶¹ L'enquête étatsunienne *Listening to Mothers II* (Declercq et al., 2006) a conclu que moins de 1 % des femmes ayant eu une césarienne pour la première fois au cours de l'année 2005 l'avaient réellement demandée. *L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* (Santé Canada, 2009)

connaît : ainsi, seulement entre 1996 et 2004, le nombre de césariennes aux États-Unis a augmenté de 40 % – ce qui représente 400 000 interventions de plus par année –, portant à 29 % (ou 1,2 million) le taux annuel de naissances par césarienne dans ce pays en 2004⁶², et l'on sait que ce taux a atteint 32,9 % en 2010 (OCDE, 2012), une nouvelle augmentation de 13,8 % en 6 ans. Les césariennes sont en hausse dans toutes les couches de la population, dans tous les milieux, peu importe l'âge des mères et leur origine ethnique. Par contre, on peut identifier des changements sur le plan des pratiques et de l'organisation des soins et services étroitement liés au climat médicolégal (omniprésence de la peur des poursuites) dans lequel baigne l'obstétrique, des facteurs complètement indépendants des femmes elles-mêmes et de leurs préférences (Declercq *et al.*, 2002 et 2006).

La construction actuelle d'un mythe : la césarienne sur demande

Nous avons ainsi la chance d'observer en direct la construction d'un mythe, celui de la « césarienne sur demande de la mère » en tant que tendance lourde, mythe que les médias et le monde médical alimentent mutuellement. Ceci contribue à nourrir dans l'esprit des gens la « réalité » d'un phénomène, et par le fait même son acceptabilité, et, conséquemment, à

indique par contre que 8,1 % des femmes ont demandé la césarienne à un moment ou un autre de la grossesse et avant le travail, et de ce 8,1 %, 2,8 % seulement étaient des femmes n'ayant pas subi de césarienne antérieure (ce qui n'est pas très loin du résultat de *Listening to Mothers II*). Elle signale aussi que 15,8 % des femmes s'étaient fait recommander une césarienne planifiée par leur praticien-ne, sans préciser si la césarienne demandée ou recommandée avait réellement été pratiquée. Cette divergence relative de résultats s'explique par une différence de méthodologie entre les deux études. Réalisée par un organisme de recherche indépendant, la première a explicitement examiné les aspects « choix, contrôle, savoir et prise de décision » de l'expérience des femmes et, dans le cas qui nous intéresse ici, cherché à dégager les requêtes maternelles « vraies » de césarienne des cas où la faveur du praticien ou de la praticienne pour la césarienne sans raison médicale avait fortement joué dans la balance décisionnelle. Ainsi a-t-elle montré que 25 % des femmes ayant eu une césarienne avaient ressenti une pression vers cette intervention, comparativement à 2 % pour les femmes ayant accouché par voie vaginale. La seconde enquête, un rapport gouvernemental, ne s'est pas penchée sur la question de la prise de décision de césarienne, avec ou sans indication médicale : « L'EEM n'a pas demandé aux femmes pourquoi le professionnel de la santé avait recommandé une césarienne ou pourquoi elles avaient demandé elles-mêmes une césarienne. » (Santé Canada, 2009, p. 129) Cette enquête a néanmoins retenu que 13,3 % des césariennes planifiées n'étaient pas associées à des raisons médicales (ce qui ne permet pas dire qu'elles auraient pour autant été réclamées par les femmes).

⁶² Ces données tirées du *National Vital Statistics System, Natality File 2003* étaient reprises par Eugène Declercq et Judy Norsigian dans un article publié dans le *Boston Globe* le 3 avril 2006, « Mothers aren't behind a vogue for caesareans » (en ligne :

<http://www.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2006/04/03/mothers_arent_behind_a_vogue_for_caesareans/>, consulté le 5 mai 2006).

impulser la demande maternelle de césarienne : « Si les célébrités le font, et tant d'autres femmes, alors pourquoi pas moi? »⁶³ Les médias d'abord – la presse *people* et les magazines féminins – plantent le décor :

[L']accouchement par les voies naturelles est dépassé, il participe pour les femmes d'un sentiment de perte de contrôle sur leur vie; les riches et célèbres, dans un « mouvement croissant », pavent la voie, et, de plus, il s'agit du droit des femmes à choisir la méthode d'accouchement. Ce séduisant forfait est susceptible d'être perçu comme le signe d'un progrès en matière de prestation de soins de santé aux femmes, ironique distorsion des revendications de contrôle et de choix issues du mouvement pour l'accouchement naturel. Les chercheurs et chercheuses ont montré que les descriptions médiatiques du corps de la femme sont corrélées à l'insatisfaction envers leur corps et à l'autoréification. Il n'y a qu'un petit pas à faire pour suggérer que le cadre ainsi créé par les médias au sujet de la CDM [césarienne sur demande de la mère] influence également la perception des femmes de l'accouchement. Si les femmes traitent leur corps comme un objet, l'accouchement chirurgical devient non seulement acceptable, mais aussi raisonnable.⁶⁴ (Andrist, 2008, p. 561)

La césarienne est souvent décrite comme une solution simple et pratique pour les femmes ou les couples à l'agenda chargé, garantissant la présence du conjoint et de son obstétricien. On prétend les femmes de la nouvelle génération intolérantes aux imprévus et... à la douleur. Encore une fois, étrange de décrire une chirurgie abdominale majeure⁶⁵ comme une expérience indolore... Même avec les meilleurs analgésiques du monde, la récupération prend des semaines et n'est jamais indolore. Du reste, compte tenu de la prévalence d'un discours où la césarienne est aussi *fashionable*, il n'y a qu'un pas à franchir pour que cela

⁶³ À propos de cette « mode » de la césarienne dite sur demande auprès des célébrités et des professionnelles, les médias anglo-saxons ont popularisé l'expression *Too Posh to Push* (« trop snob pour pousser »), en grande partie en référence à *Posh Spice*, l'ex-Spice Girl Victoria Beckham, qui aurait choisi la césarienne pour la naissance de ses quatre enfants. Les dates des interventions ont été corrélées avec les pauses au calendrier sportif de son non moins célèbre mari, le footballeur David Beckham.

⁶⁴ Je traduis.

⁶⁵ Élément qui contribue sûrement à la banalisation de la césarienne : le fait que, aussi surprenant puisse-t-il paraître, cette intervention délicate soit confiée à des non-chirurgiens-nes (!) :

En matière d'exception à la règle justifiée par la médicalisation du corps féminin, on se permettra également de relever que [cette ...] intervention dont nul n'oserait prétendre qu'elle soit bénigne ou anodine [...] est à ma connaissance, le seul geste chirurgical majeur qui puisse être réalisé par un médecin n'ayant pas reçu une formation de chirurgien (ce qui est le cas de la majorité des obstétriciens qui pratiquent cette intervention). Tout se passe, par conséquent, comme si, dès que le corps des femmes était concerné, n'importe quoi était toujours bien assez bon pour elles... (Girard, 2013, p. 28, note 8)

devienne une véritable tendance aux yeux du public (même s'il n'en est statistiquement rien). Pas surprenant donc qu'une émission d'affaires publiques telle que *Enjeux* à la télé de Radio-Canada ait consacré en 2005 l'un de ses reportages à ce fameux « phénomène de société »⁶⁶.

La responsabilité du monde médical dans la validation du concept tient en grande partie au glissement sémantique constaté entre « césarienne sans raison médicale » (césarienne dite « élective ») et « césarienne sur demande maternelle », où la seconde expression a été utilisée pour signifier la première. Or, si la césarienne sur demande est bien une césarienne effectuée sans motif clinique, l'inverse n'est pas automatiquement vrai. Dans un article de 2007, McCourt *et collègues* ont réalisé une revue critique de la littérature médicale afin d'évaluer l'étendue réelle du phénomène de « césarienne sur demande maternelle » examiné en regard des processus décisionnels. Cette analyse, tout comme la déclaration de principes de Lamaze International (2006), cernait de façon précise les problèmes que pose cette notion, notamment la tendance à tenir pour acquis que les césariennes sans raison médicale sont l'effet d'un choix maternel, l'absence d'offre d'autres options ou d'un soutien humain continu, l'opposition des praticiens-nes au droit de refus d'interventions par leurs patientes, ou encore l'épineuse question du choix éclairé dans un contexte où il a été démontré que les intervenants-es minimisent généralement les risques de la césarienne et en exagèrent les avantages. L'exemple certainement le plus marquant de la récupération du glissement sémantique fut sans contredit la décision des *National Institutes of Health* (NIH) d'intituler leur *State-of-the-Science Conference* de mars 2006 « *Cesarean Delivery on Maternal Request* ». Cet événement suscita un tollé lors même de sa tenue :

It was clear that if the organizers and others believed that “maternal request” was a driving force behind the steadily rising cesarean delivery rate, many in the audience did not. José J. Gorri'n Peralta, MD, MPH, from Puerto Rico, put it bluntly: “The conceptual core of the conference was based on a false paradigm that mothers are requesting cesareans. For the panel to infer from patient charts and birth certificates of cesarean sections performed for no medical indications that it was mothers themselves who asked for the surgical procedure is unadulterated fraud. For 2½ days the conference proceeded as if maternal request cesareans was a validated reality.” (Young, 2006)

⁶⁶ « Césariennes sur demande », émission *Enjeux*, diffusée à l'antenne de Radio-Canada le 18 oct. 2005 (en ligne : <http://www.radio-canada.ca/actualite/v2/enjeux/niveau2_5037.shtml>, consulté le 31 janv. 2012).

En tant que paradigme, dans sa dimension de construction narrative, le concept de la césarienne sur demande rejoint le projet de DeLee – élever l'accouchement au rang de pathologie – comme son ultime réalisation : d'une part, pour l'assimilation de la naissance à une pathologie majeure (rappelons-nous que l'obstétrique et la néonatalogie représentent aux États-Unis le secteur des soins de santé qui drainent le plus de subsides) nécessitant une fois sur trois une chirurgie délicate (d'après les moyennes statistiques actuelles d'une bonne part des pays économiquement développés – la moyenne des pays membres de l'OCDE se situant à 26 % [OCDE, 2012]), et d'autre part pour sa dimension de performativité la plus aboutie – dans la mesure où les femmes en viennent à considérer préférable (et on les y aide) cette opération lourde au processus biologique auquel elle se substitue.

Pour conclure cette section, je crois que l'on peut dire que l'application de la méthode de l'« opération prophylactique aux forceps » a constitué *le tournant* de la transformation des femmes en objet passif dans le cours de l'accouchement, voire fantasmatiquement inessentiel au déroulement du processus tel que pris en charge par l'équipe médicale. Avec DeLee, cette vision se concrétise et se radicalise. Déclarées inefficaces à mettre au monde par elles-mêmes, on a pu dès lors émettre l'idée de se passer de la participation active des femmes dans la naissance et le projet de les endormir systématiquement permit la concrétisation du fantasme séculaire d'appropriation masculine⁶⁷ de la mise au monde. La proposition de DeLee, celle d'une « obstétrique préventive » – c'est le sens du concept de prophylaxie – (Leavitt, 1988) réalise le déplacement du principe de précaution, la prévention étant déplacée sur l'intervention « anticipative ». D'ailleurs, si l'accouchement n'est normal qu'*a posteriori* (selon le « dogme de l'obstétrique » examiné au chap. II), cela autorise à agir universellement « en amont ». L'interprétation contemporaine du *primum non nocere* hippocratique (qui n'est en rien exclusive à l'obstétrique) autorise un tel déplacement : le défaut d'intervention, lorsque celle-ci est possible, *est ce qui nuit*⁶⁸, alors que, précisément, le sens originel du *primum non nocere* était un frein à l'intervention ou à l'administration d'un traitement, en l'absence de certitude sur le bénéfice attendu (Ayache, 1992).

⁶⁷ Ce qui n'est pas contradictoire à mon avis avec le fait que des femmes, telle une Bertha Van Hoosen, reprirent à leur compte les arguments de contrôle et de rapidité (voir note 43).

⁶⁸ D'après une conversation avec Isabelle Gareau, détentrice d'une maîtrise en bioéthique. Je me pencherai davantage sur cet aspect de la logique obstétricale au chapitre suivant.

DeLee ayant mis la table de la performativité obstétricale complète, les développements techniques ultérieurs de la discipline s'intégreront quasi naturellement à la marche constante et linéaire du « progrès » qu'il a amorcée au début du 20^e siècle. Le prochain jalon dans l'histoire de cette performativité, et que nous allons maintenant examiner – la « gestion active » –, représente probablement l'achèvement de la transformation de l'expérience ordinaire de l'enfantement hospitalier en véritable épreuve, ce qui contribue à expliquer comment il est possible que, au tournant du millénaire, la césarienne apparaisse bénigne à l'esprit de plusieurs femmes, mais surtout comment la majorité des praticiens-nes en soient venus à la conclusion que la césarienne, malgré ses risques, est plus aisément gérable.

3.3 *La gestion active : le contrôle (presque) parfait*

Découverte et exploitation de l'ocytocine

J'examinerai maintenant cet autre moment charnière de la performativité obstétricale : l'élaboration du protocole universel de « gestion active du travail ». La main mise sur le déroulement de l'accouchement – et non plus seulement sur le moment de l'expulsion du bébé – prendra son plus bel essor à partir de la découverte de l'hormone responsable des contractions utérines. Le corps féminin pourra désormais être performé à même sa biochimie. Ainsi, en 1909, Henry H. Dale, le premier à synthétiser un extrait de glande pituitaire humaine, découvrit que son administration à une chatte gestante pouvait précipiter la naissance des chatons. La substance fut nommée ocytocine, de *oku*-rapide et *tokos*-parturition. On tenta d'abord d'injecter aux femmes des extraits pituitaires animaux, vantant les avantages de la substance sur les forceps en invoquant l'habituel critère de rapidité : « *Throw away your forceps and use Pituitrin!* », scandait la publicité. Cependant, les premiers résultats demeurèrent hasardeux et plusieurs cas de *Pituitrin shock* (choc anaphylactique, tétanie puis atonie utérine, rupture utérine, hypoxie fœtale) refroidirent les ardeurs. En 1928, le Pitocin fut commercialisé. Il fallut attendre les années 1950 pour qu'une machine soit inventée permettant un contrôle fiable de l'administration d'ocytocine de synthèse par intraveineuse, invention qui valut à Vincent du Vigneaud le Prix Nobel de chimie en 1955. À l'instar des critiques féministes des années 1980 (Martin, 1987; Corea, 1984; Oakley, 1984), Jennifer Block rappelle qu'on peut voir dans cet engouement pour le

contrôle du travail une « extension de l'industrialisation » décrite par Barbara Bridgman Perkins :

Il y a un lien direct entre l'essor des chaînes de montage – de production de masse – et celui de la naissance standardisée, mécanisée. La pituitrine elle-même « doit sa disponibilité commerciale à la centralisation de l'industrie de l'abattage. Une livre d'extrait séché devint le lucratif dérivé des hypophyses de douze mille jeunes bovins. La chaîne de production des abattoirs participa ainsi à l'émergence d'une obstétrique à la chaîne ». ⁶⁹

Devenant manifeste aux yeux des groupes organisés de citoyens-nes et d'usagers-ères des services périnataux, l'industrialisation de la naissance a donné lieu à un nouveau vocabulaire ces dernières années dans le langage des militants-es dénonçant l'hypermédicalisation de la naissance avec des expressions comme « accouchement dopé », « usines à bébés », « machine à naître », « accouchoirs », traduisant ainsi le concept de *factory labor* emprunté à Emily Martin (1987).

Ironiquement, même Joseph DeLee (1940) s'était élevé contre l'utilisation routinière des ocytocines de synthèse dans le dernier article publié de son vivant. Il encensait l'avancée scientifique, mais considérait que ces nouveaux outils, tout comme sa méthode, devaient être réservés aux rares spécialistes. Les raisons invoquées : 1) les nombreux effets secondaires et dangers des ocytociques; 2) la non-approbation par les autorités pharmacologiques des différents dérivés commercialisés⁷⁰ (il dénonçait au passage l'appétit des manufacturiers ayant flairé la bonne affaire de ce marché de 40 millions de naissances par an dans le monde à l'époque); et 3) le dérèglement de l'équilibre hormonal ainsi occasionné : « *I have observed quite a number of their results, experienced many abnormally rapid labors, and learned that a streamlined labor can be as safe as a streamlined parachute.* » En partie en contradiction avec ses propos des années 1920 (le ton tranche avec ses écrits des années 1915-1920 cités précédemment), il énonce maintenant que la lenteur garantit la sécurité du moulage habituel du crâne du bébé, allant même jusqu'à préconiser de cesser les usuelles injonctions aux

⁶⁹ Perkins, *op. cit.*; citée dans Block (2007), p. 39.

⁷⁰ Le seul dérivé soumis pour évaluation auprès du *Council on Pharmacy and Chemistry* de l'*American Medical Association* n'aurait pas été approuvé en raison de preuves insuffisantes des prétentions du produit (DeLee, 1940).

efforts expulsifs (« Poussez! Poussez! Poussez! »)⁷¹. Le DeLee tardif est étonnamment en phase avec la compréhension actuelle de la physiologie de la parturition : c'est l'utérus, muscle involontaire, qui expulse le bébé, sans besoin d'y ajouter l'effort volontaire (de Gasquet; Odent; et, bien plus tôt, les travaux à la fin des années 1950 de l'obstétricienne anglaise Constance L. Beynon⁷²). Cependant, il n'hésitait pas à imputer au passage l'engouement pour les stimulants utérins aux demandes déraisonnables des femmes pour un travail expéditif – plus qu'à la convenance des praticiens bien qu'il condamne tout à fait ce motif – vanté dans les journaux et magazines par des « auteures hystériques »... Encore une fois : la faute des femmes!

On sait que dès le milieu des années 1950 dans un hôpital de New York desservant une clientèle aisée, l'ocytocine de synthèse était déjà utilisée chez 50 % des parturientes. Début des années 2000, on estimait (d'après observation directe) que plus de 80 % des femmes au Québec en recevaient à un moment où un autre de l'accouchement (Brabant, 2001, p. 301); quoique les taux « officiels » soient largement inférieurs (40,6 % pour l'année 2006-2007 [Chalmers *et al.*, 2009]). *Listening to Mothers II* faisait état d'une stimulation hormonale du travail à hauteur de 57 % (Sakala et Corry, 2008). Cependant, il s'agit d'un sondage effectué auprès des femmes et on sait que l'administration de Pitocin ou de Syntocinon (de ses noms commerciaux) via l'intraveineuse déjà installée de routine aux parturientes (l'exception est très rare) n'est pas toujours explicitement signalée à celles-ci; elles n'ont donc pas toujours conscience d'en avoir reçu. Il est notoire que plusieurs établissements ont des taux de stimulation de l'ordre de 90 %. À titre d'exemple, dans le documentaire de Ricki Lake *The Business of Being Born* (2007), des images tournées dans un service d'obstétrique new-yorkais montrent que la quasi-totalité des dossiers de parturientes affiche la mention « Pit » (signifiant « sous Pitocin »), tel qu'on peut le voir sur le tableau de suivi des patientes en travail au poste des infirmières. Ainsi, dès l'administration d'ocytocine de synthèse par perfusion, « le travail n'est alors plus contrôlé en interne par le cerveau reptilien, mais en

⁷¹ Il évoque ici les expériences faites en ce sens par un certain Rawlins à Londres dans les années 1830, ce qui montre que ne date pas d'hier la construction de l'accouchement comme une épreuve sportive (et non un phénomène involontaire), qui demande force et endurance... et peut être échouée.

⁷² Retraces dans Block (2007), p. 24-25.

externe par les soignants⁷³ », ironise l'auteure du blogue *BOOB* (« Bêtisier officiel de l'obstétrique »)⁷⁴. Block, quant à elle, emploie l'image de la chaîne stéréo dont on augmente ou diminue le volume à loisir : médecins et infirmières ont le contrôle du bouton. L'usage de l'ocytocine est de toute façon rendu nécessaire par la péridurale, laquelle ralentit la fréquence ou diminue l'intensité des contractions; et réciproquement, l'ocytocine artificielle rendant les contractions plus fréquentes, longues et douloureuses, son administration va de pair avec une demande accrue de péridurale⁷⁵. En outre, selon Katherine Rice Simpson, chercheuse en soins infirmiers agissant comme experte auprès des tribunaux, la mauvaise gestion du Pitocin serait la principale cause des poursuites en responsabilité professionnelle et des dommages-intérêts octroyés (Block, 2007, p. 14). Enfin – soulignons-le –, une importante étude de l'Institut national de la recherche médicale (INSERM) en France vient tout juste de confirmer les doutes de nombreux et nombreuses citoyens-nes et intervenants-es en périnatalité, identifiant l'administration d'ocytocine pendant le travail *comme facteur indépendant de risque d'hémorragies postpartum graves*, de façon proportionnelle à la dose administrée (Belghiti *et al.*, 2011)⁷⁶ : en clair, le risque d'hémorragie est presque doublé dès que les ocytociques sont

⁷³ Betty Boob, « Faites comme si je n'étais pas là », *Bêtisier officiel de l'obstétrique*, entrée du 15 juin 2008 (en ligne : <<http://boob.over-blog.fr/article-20433156.html>>, consulté le 18 août 2010).

⁷⁴ Ce blogue, inactif depuis 2009, mettait de l'avant une critique articulée de toutes sortes d'affirmations à valeur pseudoscientifique émises par des médecins, infirmières et sages-femmes sur la place publique ou en privé (rapportés dans ce cas par des témoignages), ou encore de citations glanées autant dans des livres sérieux que dans des magazines grand public. Il dénonçait par le fait même des pratiques non soutenues par des données probantes et des comportements contraires à l'éthique du soin. L'auteure, Cécile Loup, est astrophysicienne et ancienne membre du conseil d'administration du regroupement national français des associations de défense de droits des parents et des usagères de services de santé périnataux et de promotion des pratiques fondées sur des données probantes, le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance).

En langue anglaise, dans une veine similaire au *BOOB*, mais plutôt sous la forme d'un babillard où les femmes sont invitées à rapporter elles-mêmes les propos entendus de la bouche d'obstétriciens-nes ou d'autres intervenants-es en maternité, il existe le blogue *My OB said... What?!?* (en ligne : <<http://myobsaidwhat.com/>>, consulté le 10 sept. 2012).

⁷⁵ Dès les débuts de l'application du premier protocole d'administration routinière d'ocytocine de synthèse (protocole O'Driscoll), la demande de péridurale augmenta rapidement à 12 % (étude citée dans Block, 2007, p. 20).

⁷⁶ À titre de complément d'information, on pourra lire ce dossier en ligne portant sur l'historique du questionnement et des travaux sur les causes des hémorragies de la délivrance : *CIANE.net*, « Dossier : Hémorragies du post-partum » (en ligne : <<http://ciane.net/Ciane/DossierHPP>>, consulté le 1^{er} févr. 2012). Il faut savoir que cette étude de l'INSERM a été commandée pour répondre aux demandes répétées des groupes d'usagers-ères chapeautés par le CIANE qui la réclamait depuis 2004,

administrés, et multiplié par 5,7 lorsqu'il est injecté à hautes doses (soit 10 % des accouchements).

Le Protocole de Dublin (1969)

On doit aussi aux années 1950 les premiers « partogrammes » issus des travaux d'Emmanuel Friedman sur la durée du travail. À partir des observations de l'obstétricien, on développa la fameuse « courbe de Friedman » – une moyenne – qui devint le modèle universel que tout accouchement « normal » finira par devoir suivre (des études récentes [Zhang *et al.*, 2002, 2010] ont d'ailleurs décrit le partogramme de Friedman comme un idéal plutôt qu'une moyenne). On détermina que la dilatation du col utérin devait se faire au rythme constant d'un centimètre à l'heure. De là se construisit l'entreprise de faire se conformer le fonctionnement du corps à une charte, charte dont les paramètres se resserreront au fil des décennies, rentabilité, contrôle du processus et gestion des effectifs obligent⁷⁷. C'est ainsi qu'à Dublin en 1969 fut élaborée la première version du protocole de « gestion active du travail », là où la logique performative fera montre de ses plus subtils raffinements. S'appuyant sur les travaux de Friedman, le médecin Kieran O'Driscoll stipula que le caractère pathologique d'un travail résidait dans sa durée : il établit alors la notion de « travail prolongé », qu'il fixa à plus de 12 heures. Au-delà de cette limite, un travail devenait immédiatement pathologique. Il proposa donc d'agir en amont, pour s'assurer que le premier stade de l'accouchement (le stade des contractions, le deuxième stade étant l'expulsion du bébé ou phase de la poussée et le troisième stade, celui de la délivrance placentaire) ne dure

soupçonnant le rôle des ocytocines de synthèse dans le haut taux d'hémorragie du postpartum en France (responsable de 61 décès maternels entre 2001 et 2006).

⁷⁷ La détermination temporelle de l'issue des accouchements est devenue aujourd'hui un élément incontournable de la gestion du personnel médicohospitalier et de l'occupation des lieux, étant donné que, partout en Europe et en Amérique du Nord, et même ailleurs, on centralise les naissances : les maternités de proximités sont fermées au profit de grands centres hospitaliers. Des logiciels ont été mis au point pour gérer le travail des femmes en couches (stimulation hormonale augmentée ou diminuée et autres actions mécaniques ou chirurgicales réalisées en fonction de la disponibilité du personnel et des différents espaces) afin d'arriver à une prévisibilité optimale du « temps de parturition » de chacune. Dans ce secteur des soins de santé, les impératifs managériaux et médicolégaux ont davantage de poids que les nécessités et observations cliniques. Pour bien en prendre la mesure, on lira à ce sujet : O'Driscoll, Stronge et Minogue (1973); O'Regan (1998); Hodges et Goer (2004); Tew (1998, chap. 1 : « The Revolution in Maternity Care : The Diverse Strands of a Complicated Tapestry »); DeVries *et al.* (2001); Wagner (1996); Murphy-Lawless (1998, chap. 5 : « The Production of Norms in Labour : Active Management », p. 197-228).

jamais plus de 12 heures. Onze ans plus tard, le temps imparti au premier stade pour être dit « eutocique » était encore raccourci :

*The degree of dilation of the cervix is recorded on a simple graph and plotted against hours after admission. Full dilation is equated with 10 cm because this is the diameter of a baby's head. The maximum time allotted is 10 hours. It follows that the slowest rate of dilation accepted is 1 cm per hour. [...] An unsatisfactory rate of dilation of the cervix during the early hours of labour is a clear and unequivocal expression of inefficient uterine action. This should be corrected in due time.*⁷⁸

J'ai souligné des expressions dans cet extrait pour illustrer le caractère normatif et moraliste du langage utilisé : la dilatation est scénarisée (un sens implicite au verbe *plotted* ici employé), une limitation de temps est prescrite (*allotted*), une vitesse minimale et constante est imposée (comme s'il s'agissait de la circulation sur une autoroute); l'épreuve de la mesure de la dilatation doit être « satisfaisante » sinon la sentence de l'« inefficacité de l'action utérine » tombe, sans appel (*clear and unequivocal*), ce qui doit être « corrigé ». Ce n'est pas étonnant non plus que la procédure de la « gestion active du travail » ait été assortie de prescriptions comportementales : la femme doit savoir se tenir (8 000 femmes annuellement donnaient naissance à l'époque au *National Maternity Hospital* d'Irlande⁷⁹) et se retenir de toute « scène dégradante », car il en allait du bien de son enfant et de son propre bien autant que du respect du personnel (Adams, 1994, p. 53). La nouvelle disponibilité de l'anesthésie péridurale vint régler le problème des « débordements maternels ».

On constate donc ici que le concept de pathologie dans le contexte obstétrical acquiert avec le protocole de Dublin une détermination fondamentalement temporelle. Or, les observations de Friedman dont O'Driscoll fit une application normative comportaient au départ des biais importants : d'une part, elles ne portaient que sur les femmes *une fois rendues* à l'hôpital (il n'a donc pas observé le travail dès son enclenchement; comme quoi ce qui n'est pas observable dans le contexte clinique *n'est pas...* [voir chap. IV]), et, d'autre part, les femmes observées n'étaient pas encore sous péridurale, alors que l'on sait aujourd'hui que celle-ci

⁷⁸ Kieran O'Driscoll et Declan Meagher, *Active Management of Labour*, 2^e éd. (Londres : Baillière Tindall, 1986), p. 33; cités dans Adams (1994), p. 52. Je souligne.

⁷⁹ Les hôpitaux d'Irlande furent les hauts lieux de l'élaboration rationnelle et de la mise en œuvre de la standardisation de l'accouchement, là où la performativité obstétricale prit racine pour s'étendre à l'ensemble du monde « occidental-affecté » (Murphy-Lawless, 1998).

rallonge substantiellement le premier stade⁸⁰. En outre, le protocole O'Driscoll impliquait toute une série de gestes obstétricaux : rupture artificielle des membranes amniotiques dès l'admission à l'hôpital et surveillance du rythme de la dilatation; en cas de dilatation en deçà de la vitesse prescrite de 1 cm/h : administration d'ocytocine de synthèse progressivement augmentée jusqu'à obtention de 5 à 7 contractions par 15 minutes. Il faut quand même remarquer que, à l'origine, le démarrage du protocole de gestion active ne pouvait se faire sans assurer à la parturiente soutien et assistance continues *une à une*. Force est de constater que la présence humaine constante est l'élément qui en a le plus vite été soustrait.

Toujours prévalent (c'est encore la méthode enseignée en obstétrique), le modèle de la « gestion active du travail » s'appuie sur logique mécaniste, incompatible avec la variabilité des phénomènes biologiques, mais avant tout simpliste : plus de contractions = travail plus efficace. Or, l'utérus qui se contracte doit pouvoir ensuite se rétracter, car c'est *la rétraction qui, diminuant la taille du muscle utérin, expulse le bébé*. La multiplication des contractions – en plus d'augmenter la douleur (en durée et en intensité) et de diminuer l'oxygénation fœtale – amenuise le temps de rétraction de l'utérus (de Gasquet), donc n'est pas un critère d'efficacité du travail. Comme l'illustre une sage-femme : « Nous pouvons donner des contractions à une femme, mais nous ne réussissons pas tout le temps à forcer son corps à relâcher le bébé pour donner naissance. » (Block, 2007, p. 14) C'est sans compter les facteurs d'inhibition du processus réflexe de l'accouchement – tel qu'évoqué plus haut par l'auteure du *BOOB* – orchestré au niveau du cerveau reptilien. On sait que chez toutes les femelles mammifères, la stimulation de l'activité néocorticale est antagoniste des fonctions réflexes dont fait partie l'accouchement (le phénomène d'inhibition est encore plus important chez les grandes primates et chez l'humaine étant donné la grosseur et le développement de leur néocortex). Ceux et celles qui assistent la femme en travail devraient donc s'assurer de préserver celle-ci des principaux stimuli de l'activité néocorticale qui sont : le langage, la lumière vive, la sensation d'être observée, le stress et la peur. Le seul fait d'être observée suscite la gêne, laquelle déclenche une réaction de type « *fight or flight* » et la production de

⁸⁰ Par exemple, l'étude de Zhang *et al.* (2002), portant sur presque trois fois plus de nullipares (1 392) que celle de Friedman à l'époque (500), est arrivée à une durée moyenne de 5,5 heures pour la phase active (de 4 cm à 10 cm), contrairement à 2,5 pour Friedman, et a également constaté que, avant le stade de 7 cm, il est fréquent qu'il n'y ait aucun changement cervical perceptible durant plus de deux heures. Sur l'effet de la péridurale quant au prolongement du travail : Zhang *et al.* (2001).

catécholamines, ce qui empêche le relâchement et la dilatation du col utérin (un sphincter), un acquis de l'évolution qui permet de fuir un éventuel danger (Buckley, 2004a, 2004b; Odent, 2001b; Uvnäs Moberg, 2003). Comme le dit la sage-femme Ina May Gaskin : « *Our sphincters are shy!*⁸¹ ». En d'autres mots : il faut être à l'aise et rassurée pour enfanter spontanément. Dans le contexte de la surveillance étroite à l'hôpital, souvent en présence de plusieurs personnes, il est aussi facile pour une femme d'enfanter de façon spontanée et rapide (sous l'effet du réflexe d'éjection fœtale intact) que d'atteindre l'orgasme en résolvant une équation mathématique complexe.

Mise en incapacitation du corps des femmes

Dès les premières années de mise en place du protocole O'Driscoll, le taux de césarienne passa de 4 % à 9 %, alors que son application était destinée au départ à sa réduction (l'incidence de la césarienne avoisine ou dépasse les 30 % aujourd'hui partout en Amérique du Nord⁸²) en « prévenant » – selon la prémisse sur laquelle il reposait – l'accouchement prolongé. Néanmoins, le modèle a fait école partout. Au fur et à mesure que la gestion active du travail se généralisait, la fenêtre de durée dite « normale » d'accouchement rétrécissait d'autant : établie à 36 heures en 1950, elle passa à 24 heures en 1960, à 12 heures en 1972 (Wagner, 1996), et était estimée à 8 heures en 2004 (temps des services intrapartum alloués selon les plus récents modèles managériaux hospitaliers)⁸³. La gestion active du travail est devenue un standard universel de pratique, étalon de la logique performative. Sous sa

⁸¹ Citation tirée du documentaire *Orgasmic Birth* (2009), réalisé par Debra Pascali-Bonaro.

⁸² Selon le plus récent rapport de l'OCDE (2012), le taux de 2009 aux États-Unis était de 33 %, une hausse constante depuis 1996, soit de 50 %. Le Canada affichait une moyenne nationale de 26 % pour la même année, tandis que le Mexique avait atteint... 44,8 % en 2010.

Mais le Mexique n'est pas un cas isolé dans le monde. Plus fameux cas-record de césariennes, le Brésil affichait en 2010 une moyenne nationale de 50 % de naissances chirurgicales, sans compter les sommets de 80 % atteints dans les établissements privés (une baisse est toutefois amorcée depuis l'adoption de nouvelles politiques de santé publique et l'autorisation accordée aux infirmières d'obstétrique de « pratiquer » des accouchements). Il n'empêche que les cas brésilien et mexicain apparaissent aujourd'hui assez communs, puisque plusieurs pays les ont émulés : Chine (environ 50 %, d'après l'OMS [voir : Mara Hvistendahl, « La Chine, empire des césariennes », *Slate.fr*, 22 janv. 2012; en ligne : <<http://www.slate.fr/story/48749/chine-empire-cesariennes>>, consulté le 6 nov. 2012], données de 2007-2008); Corée du Sud (35 %), Italie (38 %), Turquie (43 %) (OCDE, 2012, données de 2010, sinon 2009). La flambée des césariennes en Chine serait un effet secondaire de la politique de l'enfant unique (syndrome du « bébé précieux » décrit au chap. II).

⁸³ Communication de Beverley Beech, *Association for Improving Maternity Services* (AIMS), Royaume-Uni; citée dans Bel pour l'AFAR (2004).

gouverne, le corps féminin est littéralement « mis en incapacitation » : l'amniotomie – rupture artificielle des membranes (RAM) – oblige d'entrée de jeu la femme à rester en observation même si le travail stagne; la perfusion et le moniteur fœtal restreignent la mobilité; l'ocytocine de synthèse inhibe la production d'ocytocine naturelle (elle n'agit pas de la même manière d'ailleurs), bouleversant ainsi la synergie avec les autres hormones de la parturition (endorphines, prolactine, œstrogènes, progestérone et adrénaline); l'anesthésie péridurale immobilise en position couchée, ce qui nuit à l'engagement et à la rotation du bébé dans le bassin, et cause des dystocies de progression (malposition et coincement du fœtus). La passivité de la femme n'est plus tant acquise « par voie de remontrance » : elle est chimiquement assurée.

Dernière considération, linguistique cette fois. Concurrément au déploiement et à la généralisation des mesures de stimulation du travail s'est développée une terminologie de la défaillance physiologique du corps féminin pour les appuyer et les justifier. Ainsi parle-t-on d'« incompetence du col », d'« échec de progression (de la dilatation) », d'« inertie » voire de « paresse utérine » ou encore de « contractions inadéquates ». Il est à remarquer que, au-delà de celle d'inaptitude physique, ces expressions transportent toutes l'idée d'un manque de volonté, de force morale, de réticence à l'effort caractérisant les femmes elles-mêmes, comme si l'accouchement était un contrôle scolaire auquel seul un très petit nombre d'entre elles peut prétendre réussir. Cette terminologie s'est également trouvée réunie sous le vocable parapluie de « dystocie », du grec *dus*-difficile et *tokos*-parturition, introduit dans la langue anglaise au début du 18^e siècle. La portée symbolique de ce terme est particulière forte, d'abord par sa consonance nosologique, et ensuite par la valeur de sentence (ou point de non-retour) qu'on lui accorde dès qu'il est prononcé, et enfin parce qu'il recouvre dans le champ lexical de l'obstétrique toute une panoplie d'observations dans le déroulement de l'accouchement considérées comme autant de complications : dystocie de progression, dystocie de la dilatation, dystocie contractile, dystocie des épaules, etc., lors même qu'elles ne sont pas comparables sur le plan de la sévérité et que les tenants-es du paradigme holistique de l'enfantement leur attribuent plus ou moins de réalité (hormis la dystocie des épaules, correspondant à une situation clinique précise, qui n'est pas vague et arbitraire

comme les autres formes de dystocie, mais dont les causes sont souvent néanmoins iatrogènes...⁸⁴).

La dystocie *intrapartum* d'aujourd'hui correspond tout à fait à ces pauses dans le cours du travail que même un Joseph DeLee (du moins le Joseph DeLee tardif) considérait comme nécessaires à éviter un « *streamlined labor* », situation qu'il redoutait tant. Or, de nos jours, le travail une fois enclenché doit précisément s'effectuer en progression constante – « filer en droite ligne » – pour être déclaré « normal » (voir Wagner, 1996). Qui plus est, le morcèlement du concept de dystocie en toutes sortes de sous-dystocies peut être corrélé avec le revirement sémantique notable qu'a connu ce terme il y a trente ans, lors de la première vague de la montée constante des taux de césariennes aux États-Unis, époque où l'intervention dépassa pour la première fois le seuil critique des 15 % au-delà duquel les effets adverses de l'opération dépassent ses bénéfices espérés (Childbirth Connection, 2010). En d'autres mots, comme en témoignent les éditions successives du *Williams Obstetrics* (la « bible » du domaine), le concept de dystocie s'est calqué sur les nouvelles modélisations statistiques du travail qui se substituaient alors à l'ancien mode anatomomécanique de construction des entraves à la naissance, et ce afin de conférer le justificatif scientifique à ce qui était en train de se produire :

[L]a dimensionnalité de l'anormalité changea; le motif principal d'une première césarienne, « dystocie » ou échec de la progression efficace du travail, a été subdivisé en plusieurs différentes causes de dystocie. En 1980, alors qu'on tenait la dystocie responsable du tiers des césariennes à l'époque où l'intervention connaissait une hausse spectaculaire, un changement de compréhension du terme se produisit. Ce changement « correspondait au passage d'une considération anatomique à une approche plus fonctionnelle du travail – à savoir moins de pelvimétrie et plus de graphiques du travail ». ⁸⁵ (Arney, 1985, p. 146)

Il importe également de saisir la composante psychologique du mot dystocie : on peut y déceler un jugement implicite quant à la résistance et à l'incompétence de la femme/du corps féminin, avec traitement à la clé; la prolifération des formes de dystocies obstétricales

⁸⁴ Pour comprendre le mécanisme de la dystocie d'épaule et voir comment la traction communément exercée sur le bébé pour l'extraire est susceptible de provoquer des dommages au plexus brachial, on peut consulter ces articles de blogues : « Shoulder Dystocia: the real story » (Reed, 2010d) et « Iatrogenic Shoulder Dystocia? » (Arnold, 2009a).

⁸⁵ Je traduis.

coïncide précisément avec l'explosion de la taxonomie des troubles comportementaux dans la bible de la psychiatrie – le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) – qui passèrent de 100 en 1950 à plus de 400 dans les années 2000. On peut facilement extrapoler à l'obstétrique les propos du psychanalyste et professeur de psychopathologie Roland Gori, critiquant une psychiatrie moderne « sous l'empire des “dys” : dysthymique, dysphorique, dyslexique » : comme tous les individus sont aujourd'hui potentiellement porteurs d'un trouble, cela « étend à l'infini le champ de la médicalisation de l'existence et la possibilité de surveillance sanitaire des comportements », une surveillance établie « en liaison permanente avec l'industrie pharmacologique »⁸⁶. On voit bien comment le concept de dystocie obstétricale sert la double visée du contrôle normatif du comportement de la femme par le contrôle performatif du corps maternel, tout en garantissant la perpétuation de ce contrôle.

3.4 *Le déclenchement, ou la naissance des jours et heures ouvrables*

Méthodes

Une fois l'accouchement puis le travail performés et pathologisés, l'étape qui allait logiquement suivre fut celle de la détermination du moment opportun du déclenchement du travail. L'ocytocine de synthèse a grandement facilité la chose et propulsé la procédure au rang de routine en raison de son taux élevé de succès, mais elle n'est pas la seule méthode employée et encore moins la première. Bien que la connaissance de substances favorables au déclenchement de l'accouchement (ergot de seigle ou huile de ricin, par exemple) remonte à des temps immémoriaux, l'idée de faire naître l'enfant prématurément germa dans les années 1800 pour les cas de bassins difformes, afin d'éviter une symphyséotomie ou la césarienne, ou pour les cas de prééclampsie et éclampsie (un désordre hypertensif dangereux causé par la grossesse et qui demeure largement incompris aujourd'hui). Par la suite, toutes sortes d'expérimentations ont été menées aux 19^e et 20^e siècles : dilatation mécanique du col utérin avec des objets divers, des ballons ou en y suspendant des poids, dilatation manuelle, lavements, jeûnes, injection de lipides par intraveineuse, d'air ou d'acide carbonique dans l'utérus. On tenta même l'électricité dans les années 1800... De nos jours, l'induction par

⁸⁶ « L'évolution de la psychiatrie », *Le Monde*, Synthèse de la presse quotidienne de l'INSERM, 5 mai 2008, transmis sur la liste de discussion *Re-Co-Naissance* (adresse courriel : <Re-Co-Naissances@yahoogroupes.fr>) par Bernard Bel : « (HS) L'évolution de la psychiatrie », 5 mai 2008.

intraveineuse n'est d'ordinaire tentée que sur un « col favorable », c'est-à-dire mou, en partie effacé. Si tel n'est pas le cas, on a d'abord recours aux méthodes de dilatation mécanique ou, plus rarement, manuelle, mais d'ordinaire à l'application locale d'un gel pour faire « mûrir » le col, composé de prostaglandines provenant du sperme porcine. Selon une approche plus holistique, l'activité coïtale est souvent « prescrite » en fin de grossesse pour favoriser le déclenchement, d'une part parce qu'elle provoque des contractions utérines et d'autre part pour les prostaglandines du sperme humain (ce que certaines personnes nomment avec humour « déclenchement à l'italienne » (voir quelques occurrences dans Rondeau [2005]). Il existe aussi un médicament terriblement efficace pour déclencher l'accouchement, le misoprostol (Cytotec), dont l'utilisation reste extrêmement controversée, celui-ci n'ayant jamais été commercialisé pour cet usage par le fabricant et qui est associé à de graves complications : hypertonie utérine, syndrome d'hyperstimulation, naissances trop rapides et taux élevé de rupture utérine (5 %) dans les cas d'utérus cicatriciels (césarienne antérieure). 17 % des médecins en France rapportaient y avoir tout de même recours en 2006 (EGN, 2006). Bien que l'administration de misoprostol pour déclencher l'accouchement ne soit pas approuvée par la *Food and Drug Administration*, son usage reste très répandu aux États-Unis également (Wagner, 2004, p. 225-226), de même qu'au Canada et au Québec⁸⁷, en raison de son très faible coût.

Autre méthode prisée : l'amniotomie, ou « rupture artificielle des membranes », pratiquée en principe lorsque la tête du bébé est engagée afin d'induire ou accélérer le travail. Cette intervention est réalisée lors de 65 % des accouchements aux États-Unis (d'après *LTMI*)⁸⁸;

⁸⁷ Il est abondamment question du misoprostol dans le rapport *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* (Québec, INESSS, 2012) lorsqu'on recense les études comparatives évaluant cette substance par rapport à d'autres produits ou techniques de déclenchement de l'accouchement, mais nulle part ne sont évoqués les risques particuliers de la molécule dénoncés ailleurs dans le monde. Dans un article publié dans *La Presse* fin 2011, la pénurie de misoprostol (ruptures de stock fréquentes depuis 2008) était qualifiée par Diane Francoeur, chef du département d'obstétrique et de gynécologie au Centre hospitalier Sainte-Justine, de « tragédie » pour les femmes (Ariane Lacoursière, « Pénurie de médicaments : crise aiguë en obstétrique », *La Presse*, 6 déc. 2011; en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201112/05/01-4474935-penurie-de-medicaments-crise-aigue-en-obstetrique.php>>, consulté le 6 nov. 2012).

⁸⁸ Difficile de trouver des données spécifiques à cette intervention pour le Québec et le Canada : elles sont fondées aux statistiques portant sur l'ensemble des procédures de déclenchement ou d'accélération du travail.

un geste qui fait souvent partie de la routine dès l'admission à l'hôpital. L'amniotomie favorise les contractions en augmentant l'appui de la tête du bébé sur le col, mais a en même temps pour effet de créer un travail « à sec », ressenti généralement comme plus douloureux. Cependant, aussitôt que cette intervention est réalisée, une femme ne pourra plus retourner chez elle dans le cas où le travail ne s'enclencherait pas ou stagnerait : n'étant plus protégé par le sac amniotique, le bébé se trouve à risque d'infection; la stimulation hormonale sera donc nécessairement entreprise si les contractions s'espacent sensiblement ou s'interrompent. Qui plus est, une règle en vigueur depuis les années 1960 stipule qu'une fois les membranes rompues, ou bien spontanément ou bien artificiellement, la naissance doit avoir lieu dans les 24 h, et un nombre grandissant de praticiens-nes ou d'établissements n'accordent plus, selon leurs protocoles, qu'un délai de 12 h, 8 h, voire moins. Pour les femmes, cela correspond à un ultimatum : elles feront face rapidement à la stimulation hormonale et, en définitive, à la césarienne si rien ne se passe. Dans cette optique, l'amniotomie ne devrait pas être présentée comme un geste banal et sans conséquence. Sa pratique routinière ne figure d'ailleurs pas dans la liste des pratiques fondées sur des données probantes. La fenêtre des 24 h et le risque infectieux associé aux membranes rompues ont pourtant été remis en question par plusieurs travaux, dont une étude canadienne de 1996 (Hannah *et al.*) portant sur 5 000 femmes, laquelle n'a pas démontré de risques supplémentaires d'infection néonatale jusqu'à 4 jours après la rupture spontanée des membranes, dans la mesure où les *touchers vaginaux*, reconnus comme l'un des principaux vecteurs infectieux, *ont été évités* (Block, 2007, p. 12). Sachant que les consensus cliniques (*peer review*) prévalent d'ordinaire sur les données probantes (*scientific evidence*) dans les procès pour responsabilité professionnelle, on comprend la mesure de l'impasse dans laquelle se retrouvent les femmes une fois posé le délai à respecter pour entrer en travail actif et accoucher une fois le sac amniotique brisé ou fissuré.

Voilà qui nous amène à quelques considérations sur le toucher vaginal. Pour mémoire, on impute en grande partie à ce geste clinique les hécatombes des épidémies de fièvres puerpérales qui sévirent du 17^e au 19^e siècles (la triste histoire du médecin viennois Ignaz

Semmelweiss nous est connue, mort interné, en paria de la profession⁸⁹, dont les thèses sur l'importance du lavage des mains et la responsabilité des soignants dans l'étiologie et la propagation des infections puerpérales furent accréditées bien après sa mort...⁹⁰). De nos jours, le toucher vaginal est vu comme un élément essentiel du suivi *ante et intrapartum*; il est pratiqué de façon extrêmement libérale en Amérique du Nord, en France, et en fait partout où prévaut le modèle interventionniste de l'obstétrique⁹¹, souvent par différentes personnes au cours de l'accouchement et parfois à intervalles rapprochés (à des fins de formation notamment). À l'opposé, aux Pays-Bas – un des pays affichant les meilleures statistiques périnatales du monde –, une philosophie différente s'est maintenue : ce geste invasif, peu apprécié des femmes, n'est pas utile ou nécessaire en tant que source d'information sur le déroulement de l'accouchement; d'autres signes sont privilégiés, ceux émis par la parturiente : sons, postures, souffle, sensations exprimées. Bien que la valeur sémiotique attribuée à l'évaluation ponctuelle et répétée de la dilatation lui soit antérieure, la généralisation de l'épidurale l'a rendue pratiquement incontournable, puisque la femme « ne sent plus » ce qui se passe dans son corps et ne peut plus, ou presque plus, bouger. Il faut donc pouvoir se baser sur cette information afin de savoir quand appeler le ou la médecin de garde lorsque vient le temps de l'expulsion et aussi quand demander à la femme de commencer les efforts expulsifs.

⁸⁹ Pour Stéphane Tarnier de Port-Royal, il était de la plus grande indécence d'accuser les médecins qui soignent de transmettre des maladies (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 110).

⁹⁰ Mais il n'est pas le seul ni le premier à avoir émis cette hypothèse cependant, car aussi loin que 80 ans avant lui, en 1795, un médecin écossais du nom d'Alexander Gordon avait publié ses propres théories là-dessus, corroborées par d'autres, puis un médecin étatsunien, Oliver Wendell Holmes, la vérifia par une démonstration solide en 1850. À l'instar du livre de Semmelweiss, le livre de Holmes avait aussi provoqué l'indignation au sein de la communauté médicale (voir Rich, 1974, p. 153).

⁹¹ Marsden Wagner dresse un bref topo des endroits du monde où prévaut une obstétrique interventionniste, ceux où règne une approche humanisée et enfin ceux où coexistent les deux modèles :

Ces quinze dernières années, l'affrontement entre ces deux approches s'est radicalisé et mondialisé. Aujourd'hui, il existe trois types de soins en maternité : les soins hautement médicalisés, *high-tech*, centrés sur le médecin (c'est le cas, par exemple, aux États-Unis, en Irlande, en Russie, en République tchèque, en France, en Belgique et dans les agglomérations urbaines du Brésil, là où la pratique des sages-femmes est marginalisée), l'approche humanisée, caractérisée par une pratique de sages-femmes forte et plus autonome et par un moindre taux d'intervention (par exemple aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et dans les pays scandinaves), enfin, l'approche qui mêle les deux premiers types de soins (celle qu'on retrouve au Canada, en Angleterre, au Japon et en Australie). (2004, p. 221-222)

Parmi les autres pratiques communes de déclenchement de l'accouchement figure enfin le décollement (*stripping* ou *sweeping*) des membranes, qui consiste à détacher manuellement les membranes du col afin de stimuler la production de prostaglandines et faire entrer en travail dans un avenir rapproché. Cette pratique est le plus souvent effectuée lors de l'examen gynécologique de la dernière consultation du suivi prénatal. Les témoignages des femmes ont fait apparaître qu'elle est fréquemment réalisée sans avertissement et sans consentement, ainsi s'étonnent-elles : « Lors de mon dernier rendez-vous, le médecin/la sage-femme m'a fait tellement mal! », pour découvrir plus tard qu'il s'agissait en effet d'une tentative de *stripping*. Cette intervention est si bien normalisée que sa logique même disparaît du discours sanitaire et va jusqu'à tomber en dehors de la définition clinique du déclenchement – « enclenchement artificiel du travail avant qu'il ne débute spontanément » –, ce discours allant jusqu'à en nier la finalité, comme en témoigne éloquentement cet extrait de l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* :

Limites : Il se peut que des femmes aient interprété le déclenchement ou l'accélération de leur travail différemment des définitions cliniques. Par conséquent, les femmes ont peut-être signalé des actes autres que ceux couverts par ces définitions. Par exemple, elles ont peut-être interprété le décollement des membranes (c.-à-d., la séparation manuelle de la membrane amniotique de la partie inférieure de l'utérus) comme un acte de déclenchement du travail, et elles peuvent avoir considéré le déclenchement soutenu ou d'autres techniques non médicales (p. ex., la stimulation des mamelons ou même la marche) comme une accélération du travail. (Santé Canada, 2009, p. 136)

La pratique du décollement des membranes est à ce point ancrée dans les mœurs médicales qu'elle a été au cœur de la réflexion qui a mené au choix du thème de la 3^e Semaine mondiale de l'accouchement respecté (SMAR) – « Le Temps de la naissance »⁹² – tel que retenu en 2006 par l'organisation internationale à l'origine de cette initiative, l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR)⁹³. L'initiative avait pour but d'attirer l'attention des femmes, des parents et des intervenants-es en périnatalité sur diverses façons de bousculer la

⁹² Voir le programme de cette édition de la SMAR en Europe francophone (en ligne : <<http://www.smar.info/article-2455339.html>>, consulté le 11 sept. 2012).

⁹³ L'expression « pour l'accouchement respecté » signifie la promotion de la compréhension de la physiologie de l'accouchement pour un meilleur respect du processus, en réaction à l'hypermédicalisation actuelle. L'AFAR précise que cette promotion de « l'accouchement respecté » est subordonnée au respect des volontés et des choix de la femme qui accouche, des parents, et que le respect du processus physiologique de l'accouchement n'est pas opposable au respect des choix exprimés par la femme.

naissance, dont les impératifs de plus en plus prégnants de déclenchement (on parle aussi de déclenchement *soft* – homéopathie, acupuncture et autres phytothérapies... – qui ne procèdent pas moins de la logique d’anticipation/précipitation), afin de susciter la réflexion sur les effets de ceux-ci sur le vécu des mères, des nouveau-nés-es et de leurs familles. Cette question de la « temporalisation » de l’enfantement est centrale considérant qu’on tente désormais de déclencher l’accouchement *une fois sur 2 (LTM II)* : d’une part, les femmes essaient par elles-mêmes de provoquer le travail par différents moyens (22 %) ⁹⁴, d’autre part, les praticiens-nes entament des procédures d’induction 4 fois sur 10 (41 %), et même un peu plus au Canada (45 %) (Santé Canada, 2009, p. 134) et au Québec (46,5 %) (Chalmers *et al.*, 2009), selon les données de 2006; et enfin 16,5 % des femmes vivent les deux situations (tentatives d’auto-induction puis induction médicale). Il faut tout de même considérer qu’en vertu des données probantes existantes, un taux d’induction médicamenteuse dépassant les 10 % apparaît déraisonnable (Wagner, 2006). Notons que l’induction pharmacologique au Québec a atteint 30 % en 2009-2010 (Québec, INESSS, 2012).

Motifs

Pourquoi induire? Les indications médicales à « provoquer » l’accouchement, comme le dit le langage populaire, sont notamment : la crainte de « postmaturité » ou le dépassement de terme, la suspicion de « macrosomie » (gros bébé), le manque de liquide amniotique, le retard de croissance intra-utérin ou une autre détresse fœtale suspectée, et enfin une condition de santé maternelle préoccupante. Ces indications sont néanmoins pour la plupart controversées. D’abord, la macrosomie. Selon la croyance populaire (qui court également chez de nombreux praticiens-nes), plus un bébé reste longtemps dans le sein maternel, plus il sera gros. Or, statistiquement, la grosseur fœtale paraît se stabiliser après 40 semaines de gestation (Block, 2007, p. 9). La culture obstétricale occidentale redoute toujours le « gros bébé », et cette peur est à la base de bon nombre de décisions d’induction. Elle est aussi bien implantée chez les femmes. Paradoxalement, l’insuffisance de poids à la naissance (IPN) (bébés nés-es à moins

⁹⁴ *Listening to Mothers I et II* sont les seules larges enquêtes qui se sont employées à quantifier la pression ressentie par les femmes au-delà des données sur les interventions médicales effectuées, tel que cette pression les pousse à anticiper l’intervention et à tenter d’influer par elles-mêmes sur le déclenchement de l’accouchement, et qui ont aussi voulu dégager la part de responsabilité des praticiens-nes dans la « demande de césarienne » que l’on attribue désormais aux femmes.

2 500 g) représente le problème de santé néonatale numéro 1 pour les bébés nés-es à terme (Québec, MSSS, 2008). Par ailleurs, la grosseur du bébé n'est pas prédictive de la difficulté d'un accouchement vaginal. De plus, la définition même de macrosomie est délicate. On parle tantôt de plus de 4 000 g, tantôt de plus de 4 500 g. Or, 15 % des nouveau-nés-es correspondent à la première définition – soit un garçon sur 4 –, 3 % à la seconde... (Lord, 2003) Considérer comme pathologique le poids de naissance de 15 % des bébés est difficilement soutenable. Enfin, l'échographie de fin de grossesse échoue à prédire le poids de naissance des bébés, car sa marge d'erreur reconnue est énorme : ± 500 g⁹⁵. On doit également à l'échographie le diagnostic en vogue de manque ou encore de surplus (hydramnios) de liquide amniotique. Si je dis « en vogue », c'est que les témoignages des femmes rendent compte de la fréquence sans cesse grandissante de son invocation. Selon la chercheuse Ellen Hodnett, le niveau de liquide amniotique n'est pas une indication suffisante à elle seule pour induire l'accouchement lorsque la grossesse se passe autrement de façon normale (voir aussi Dekker, 2012). De plus, il y a production continue de liquide amniotique (par le bébé en urinant). L'omnipraticienne et éthicienne montréalaise Isabelle Leblanc confirme : « En plus, le polyhydramnios n'est associé à des morts fœtales que parce qu'il peut être lié à des malformations rénales ou pulmonaires... [... ce qui] me renforce dans ma position qu'on ne devrait jamais faire d'écho[graphie] du troisième trimestre... je n'en ai jamais vue de normale et les médecins soignent leur propre anxiété en surmédicalisant le tout...⁹⁶ » Le diagnostic de RCIU (retard de croissance intra-utérin), imputable à une insuffisance placentaire, est aussi largement fondé sur les mesures échographiques, mais pêche par le même problème d'imprécision des données de l'examen et est associé à une fréquence excessive de faux positifs (de 50 % à 68 %, et ce pour une moyenne de cinq séances [voir références dans St-Amant, 2002, p. 267])⁹⁷. Même dans le cas d'un positif avéré

⁹⁵ On voit même des différences entre poids estimé et poids réel atteignant un kilo (Céline Lemay, sage-femme et docteure en sciences humaines appliquées, communication personnelle). Au chap. IV, note 96, on peut lire mon analyse d'un récit qui présente un cas où la sous-estimation de 20 % du poids d'un jumeau a entraîné un diagnostic erroné de souffrance fœtale, avec pour résultat des conséquences néonatalogiques lourdes pour les deux jumeaux (la mère qui raconte l'histoire ne réalise même pas l'ampleur de l'erreur diagnostique et convainc que l'un des deux bébés avait bel et bien cessé sa croissance intra-utérine et était en « danger »).

⁹⁶ Communication personnelle (23 nov. 2010).

⁹⁷ Sur les difficultés que pose la détermination du RCIU, on se référera encore une fois au GECPC (Enkin *et al.*, 2000).

(dont on ne pourra avoir le cœur net qu'à la naissance), il n'y a pas de thérapie à offrir au bébé que l'on fait naître prématurément : il ou elle risque tous les dangers associés à la prématurité⁹⁸, et l'on doute que ceux-ci soient moins grands que ceux encourus, le cas échéant, à rester dans le sein maternel : « Le RCIU est de toute façon rarement vraiment relié à des problèmes néonataux sauf si sa cause est une anomalie génétique...⁹⁹ » Du reste, une insuffisance placentaire réelle déclencherait d'elle-même un accouchement précoce. En fait, ce qui serait vraiment à redouter est une diminution du flot dans les vaisseaux ombilicaux, voire un flot rétrograde, des pathologies extrêmement rares. Quoi qu'il en soit, on a tendance à extrapoler ce diagnostic du RCIU présumé et à programmer l'induction d'emblée sans pousser plus avant l'expertise. Ellen Hodnett émettait cette intéressante réflexion au sujet de la valeur sémiotique et prédictive de l'échographie : « [L'échographie n'est pas] une image Kodak du bébé, bien que les résultats donnés aux femmes soient souvent lus comme une page tirée d'un guide d'excursions : poids, mesure du crâne fœtal, niveau de liquide amniotique et longueur sont exprimés à la deuxième décimale près, conférant à ces chiffres une aura de certitude. » (Block, 2007, p. 11) Cette *aura de certitude* a pour effet que les données échographiques ne sont qu'exceptionnellement mises en doute et qu'elles demeurent un élément incontournable – voire l'élément clé – de la prise de décision d'intervention (renforcée par l'exigence de preuves matérielles qu'impose le climat médico-légal actuel dans lequel baigne l'obstétrique).

Quant aux indications non médicales d'induction, il est question ici de ce qu'on appelle « déclenchement de convenance ». Étroitement interreliés, les motifs courants sont d'ordre organisationnel et institutionnel : gestion d'horaire et des effectifs médicaux ou paramédicaux, disponibilité du médecin traitant-e (pensons seulement à la situation des femmes des régions éloignées déplacées à l'avance parce qu'il n'y a plus de services d'obstétrique dispensés à proximité); ou d'ordre personnel et familial : la femme n'en peut plus d'être enceinte, le ou la conjointe peut être libéré-e du travail à ce moment-là, la journée

⁹⁸ Une étude montréalaise dirigée par Michael S. Kramer (2000) a mis en lumière une surmortalité statistique néonatale touchant le groupe des bébés *légèrement prématurés-es*, c'est-à-dire nés-es entre 34 et 36 SA : ceux-ci courent presque trois fois plus de risques de mourir au cours de leur première année d'existence aux États-Unis et quatre fois et demie plus de risques au Canada.

⁹⁹ Isabelle Leblanc, communication personnelle (22 nov. 2010).

convient en fonction des congés parentaux que l'on pourra prendre ou la garde des enfants aînés-es, etc. Les premiers motifs influencent fréquemment les seconds : telle médecin convaincra sa cliente qu'il est beaucoup plus pratique de programmer la naissance avant une date x afin de s'assurer la présence du conjoint, tel autre insistera : « Je sais que tu es fatiguée, que tous ces malaises de fin de grossesse sont vraiment pénibles; que dirais-tu d'accoucher lundi? » Depuis 1999, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) autorise officiellement le déclenchement pour des motifs psychosociaux et logistiques. De son côté, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada reste plus timide et ne se rend pas jusque-là (SOGC, 2001). Il existe aussi des motifs plus occultes : l'utilisation de l'induction comme moyen pour un-e praticien-ne de ne pas rater un accouchement; un accouchement raté représente une perte de revenus que les obstétriciens-gynécologues peuvent difficilement accuser considérant la hauteur des primes d'assurance responsabilité qu'ils doivent payer : « Même si une induction ne fonctionne pas, une césarienne attend. Et de l'incision à la suture, une césarienne prend moins d'une heure ». De plus, ces spécialistes ne s'exposent pas à des poursuites lorsqu'ils ou elles décident de pratiquer une césarienne, car ils sont dès lors réputés-es avoir fait tout ce qui était en leur pouvoir pour sauver l'enfant (Block, 2007, p. 42-43). Que les motifs d'induction soient avoués ou non, les statistiques ont fait apparaître le phénomène indéniable de l'obstétrique des jours et heures ouvrables (*daylight obstetrics*). Ainsi, les statistiques démographiques nationales des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) étatsuniens attestent d'un « *weekend birth deficit* » : 12 000 naissances/jour en semaine pour 8 000/jour la fin de semaine (p. 3), soit un ratio de 1,5 contre 1. La même tendance s'observe en Europe :

« Où sont passés les bébés du dimanche? », s'interroge le chercheur Alexander Lerchl. Au terme de deux études menées en Suisse et en Allemagne et récemment publiées dans la revue *Naturwissenschaften*, ce professeur de biologie à l'Université Jacobs de Brême (Allemagne) souligne que de moins en moins de naissances ont lieu le week-end.

Quelque trois millions de naissances survenues en Suisse entre 1969 et 2005 ont fait l'objet d'une analyse statistique. Résultat : près de cent mille enfants de moins sont nés le samedi ou le dimanche que ce qui était attendu. Même constatation en Allemagne, où, sur l'année 2003, les naissances le week-end ont diminué en moyenne de 15 %.

Cette tendance, indique le chercheur, est liée à la hausse du nombre de césariennes et d'accouchements déclenchés. Ainsi, tout se passe comme si les pratiques médicales et

les contraintes financières du secteur public hospitalier dictaient de plus en plus « comment et quand les bébés naissent ». ¹⁰⁰

Le spécialiste de périnatalogie et pédiatre Marsden Wagner explique pour sa part que les accouchements représentent le plus gros casse-tête dans la pratique surchargée des obstétriciens-gynécologues, car ils surviennent à toute heure du jour ou de la nuit. Et l'on doit avoir en tête que ces spécialistes ont également pour tâche de s'acquitter de la contraception, des tests de dépistage avec leurs suivis, des chirurgies gynécologiques et de la gestion de la ménopause (cité dans Block, 2007, p. 41). Les contraintes temporelles pèsent ainsi très lourd dans la balance de la décision d'induction et de césarienne sur rendez-vous (c'est-à-dire avant même que la femme n'entre en travail). Cependant, celles-ci masquent et tendent à banaliser les risques de l'induction :

[T]aux accru d'accouchements vaginaux nécessitant une intervention chirurgicale, de césarienne, d'activité utérine excessive, de fréquence cardiaque fœtale anormale, de rupture utérine, d'intoxication maternelle aqueuse, d'accouchement pré-terme en raison d'une erreur de dates et, peut-être, d'un prolapsus du cordon ombilical accompagné d'une rupture artificielle des membranes (SOGC, 2001).

Sans contester la légitimité qu'une femme puisse opter pour un déclenchement pour quelque motif que ce soit, en tous les cas, les notions de « choix éclairé » (requête maternelle) et de « consentement éclairé » (acceptation d'une proposition médicale) sont immédiatement soulevées : a-t-on dûment informé des risques précités et de leur occurrence¹⁰¹? Ces risques ont-ils été posés en regard des bénéfices espérés? Au vu des résultats des enquêtes effectuées auprès des mères (*LTM I et II*; Shetty *et al.*, 2004) et des observations directes en milieu de pratique (Vadeboncœur, 2004a), il est permis d'en douter.

La DPA – « date prévue d'accouchement » : quand le ventre maternel devient dangereux

La question de la date prévue d'accouchement mérite une place à part au sein de cette section. Dans *Listening to Mothers II*, les femmes ont rapporté que le principal motif des

¹⁰⁰ Sandrine Blanchard, « Les enfants ne naissent plus le dimanche... », *Le Monde.fr*, 16 oct. 2007 (en ligne : <http://www.lemonde.fr/web/recherche_breve/1,13-0,37-1008906,0.html>, consulté le 5 déc. 2010).

¹⁰¹ Hélène Vadeboncœur (2004a) a consacré une partie de sa thèse à cette question du choix éclairé en obstétrique et au thème plus général du droit des patients-es. Voir aussi son article « La femme en travail peut-elle exercer son autonomie en centre hospitalier? » (2004b)

médecins pour induire, invoqué une fois sur quatre, est le simple « retard ». Le phénomène de poser un terme précis¹⁰² et purement mathématique – presque une « date de péremption » – à la grossesse est très récent. Il est l'effet d'un glissement qui a fait d'une moyenne statistique – posant à 40 semaines d'aménorrhée (SA) *le terme moyen* de la grossesse au centre d'une fenêtre de 37 SA à 42 SA (soit cinq semaines, c'est-à-dire plus d'un mois) où la mortalité périnatale est minimale pour les *accouchements spontanés* – une *date limite* au-delà de laquelle la femme est « en retard ». En même temps, le glissement s'est également porté sur la limite inférieure de la fenêtre du risque minimal, permettant de considérer le fœtus à 37 SA « techniquement prêt » et la poursuite de la grossesse superflue, voire nocive. L'image qui nous vient en tête lorsqu'on parle de grossesse « post-terme » (un concept qui a le dos large) est celle d'un gâteau surcuit, de la crème tournée... Ce sont pourtant les seules naissances *spontanées* de 37-38 SA qui représentent peu de risques; cela ne signifie en rien que tous les bébés peuvent naître sans crainte dès la 37^e semaine d'aménorrhée. Comme l'illustreront les témoignages au chapitre suivant, l'atteinte du 37 SA est devenue un seuil de sécurité dans l'esprit des gens et de plusieurs médecins, seuil à partir duquel l'accouchement peut avoir lieu de façon spontanée ou induite, et ce indistinctement. L'obstétricien-gynécologue Claude-Émile Tourné s'inscrit en faux contre cette tendance : la détermination du terme procède selon lui d'une pensée logicomathématique qui n'a rien à voir avec les conditions biologiques du déclenchement du travail, relevant quant à elles à la fois du fœtus, du placenta et de la mère (conditions auxquelles lui et bien d'autres n'hésitent pas par ailleurs à ajouter certains facteurs psychologiques ou psychosomatiques). Pour cette raison qualifie-t-il le déclenchement d'« interruption thérapeutique de grossesse », classant la procédure sous la catégorie des avortements médicaux : « à terme, certes avec bébé vivant, avec bébé conservé en espérant qu'il aille le mieux possible avec sa maman, mais une interruption de la grossesse, du processus gravidique avant que son terme ne soit arrivé » (EGN, 2006, p. 6). Ainsi, insiste-t-il pour que la compréhension de la notion de terme se subordonne à une définition physiologique de celui-ci. Peut-être même cette compréhension nécessite-t-elle au départ le recours à une tautologie :

¹⁰² Sur les problèmes que pose le calcul du terme, on lira notamment Terrien (2004) et Tourné (2002).

En fait, le terme de la grossesse est littéralement le moment où elle se termine. Il résulte de l'adéquation espérée entre :

- la capacité du placenta à nourrir le fœtus,
- la maturité fœtale qui permettra au nouveau-né d'assurer sa survie *ex utero* dans des conditions optimales.

Cela oblige à réévaluer les menaces d'accouchement prématuré lorsqu'elles sont en fait des phénomènes de sauvetage d'un fœtus de plus en plus mal nourri par un placenta précocement sénescant. Cela permet de surveiller sans angoisse excessive les termes dépassés qui ne sont que des grossesses normales un peu plus longues que les autres. En effet, on s'achemine vers l'idée que pour une grossesse donnée, il existerait une programmation du terme dont le placenta détiendrait la clé [Tourné signale ici plusieurs des études].

[Quant au] terme VRAI :

C'est le moment où, en plus de ces deux conditions fœtale et placentaire, l'organisme maternel est mûr pour l'accouchement :

- segment inférieur bien formé,
- structure du col bien mature,
- imbibition gravidique bien installée¹⁰³.

D'une façon générale, l'accomplissement de ces processus est concomitant.¹⁰⁴ (Tourné, 2002)

Dans son mémoire de sociologie sur le projet d'utérus artificiel, Sylvie Martin (2010, p. 65) prend soin de préciser que la notion même de processus sollicitée pour expliquer la grossesse et sa durée, et telle que Claude-Émile Tourné la reprend ici à son compte, est directement liée aux concepts de la médecine et de la biologie anatomistes qui se sont développés à partir du 18^e siècle : « L'idée de grossesse comme "processus" rompt avec l'ancienne conception qui considère les neuf mois de grossesse en tant qu'"époque" spéciale, *une période à vague durée, qui ne correspondait pas à un temps calculé où se succèdent les stades définis d'un processus.*¹⁰⁵ » En même temps, le champ sémantique employé par Tourné – « mûr »,

¹⁰³ Autrement appelée « imprégnation hormonale de la grossesse ».

¹⁰⁴ On retrouve également cette démonstration extraite de son livre *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle* (2002) en ligne au <<http://www.projetdenaissance.over-blog.com/article-calcul-du-terme-claude-emile-tourne-48684928.html>> (consulté le 9 sept. 2010). Dans l'extrait, l'auteur reconstitue la passionnante histoire de la détermination (fort variable) de la durée de la grossesse de l'Antiquité à nos jours.

¹⁰⁵ Elle s'appuie en ce sens sur les travaux de Charles W. Bodemer (« Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri », in *The Biology of the Cervix*, sous la dir. de Richard J. Blandau et Kamran Moghissi, Chicago et Londres, University of Chicago Press, 1973, p. 1-11) et de Barbara Duden (1993, p. 97). C'est moi qui souligne.

« mature », « prêt » –, témoigne de la persistance de ces représentations anciennes dominées par l'image de la saison fertile et les analogies végétales que l'on convoque encore aujourd'hui pour expliquer, voire tenter de réintroduire dans le registre des possibles, la notion de variabilité en rapport à la gestation humaine : mûrissement des pommes sur l'arbre, feuilles qui tombent à l'automne (elles ne tombent pas toutes en même temps, pas plus que les arbres ne se dépouillent simultanément)... L'historien de la naissance Jacques Gélis a d'ailleurs fait de l'image la plus connue le titre de son célèbre ouvrage : *L'Arbre et le fruit*. Sur le plan analogique, le concept médical de postmaturité fœtale transmet à cet égard une idée étrange : celui du fruit qui se gâte, pourrit, avant même de tomber... Plus récemment, des analogies physiques ou chimiques sont venues s'ajouter à ces représentations naturalistes de la variabilité du phénomène de la naissance : molécules d'eau parvenant au point d'ébullition, grains de maïs soufflé qui éclatent, pour ne donner que ces exemples. Au Québec, on entend (ou plutôt entendait) souvent : « Tous les fours ne cuisent pas un gâteau à la même vitesse! », métaphore certainement en écho direct à l'expression idiomatique anglaise « *to have a bun in the oven* ».

L'établissement de la DPA témoigne donc encore une fois de la préséance d'une construction technomédicale uniformisante de la grossesse sur la connaissance des femmes de leur corps, sur leur spécificité et leur parole. Ainsi, privilégie-t-on la date des dernières règles comme date de début du décompte (en semaines d'aménorrhée), sous prétexte que ce signe est immanquable pour les femmes, contrairement (dit-on) à la date d'ovulation et à celle, plus relative, de la relation sexuelle fécondante¹⁰⁶. Ce paternalisme évident dicte aux femmes la nature des signes « de leur propre corps » dignes de valeur signifiante, ce qui n'est pas sans avoir, par voie de conséquence, d'effet quant à aux signes somatiques auxquels elles sont *attentives* ou *inattentives*, aux indices qu'elles *perçoivent* ou *ne perçoivent pas*. Ainsi, selon le modèle sur lequel se fonde l'établissement de la DPA, on admet que la fécondation a eu lieu deux semaines après les dernières règles, ce qui pose problème compte tenu de la variabilité de durée et de régularité de cycle d'une femme à l'autre. Cette première date se trouve ensuite « corrigée » par l'échographie qui chiffrerait, d'après certaines études, avec

¹⁰⁶ Il faut se rappeler que la date de conception *est* la date d'ovulation, parce que la relation sexuelle fécondante peut avoir eu lieu jusqu'à une semaine avant la date d'ovulation (mais rarement plus que 3-4 jours avant).

une précision (bien relative) de ± 3 jours la date de fécondation, tandis que d'autres recherches ont établi l'imprécision échographique à ± 2 semaines, ces disparités étant fonction de la mesure employée et de l'avancement de la gestation (voir Sakala et Corry, 2008). Considérant la pression à l'induction que subissent les femmes dès que leur grossesse dépasse 40 SA, et que cette pression augmente chaque jour suivant la date prévue, même une marge de « seulement » 6 jours est énorme pour celles qui ne souhaitent pas cette intervention. Bien que bon nombre de femmes soient tout à fait capables de donner la date d'ovulation-conception et que d'autres contestent fort la datation échographique pour des raisons évidentes à leurs yeux, telle l'absence de relation sexuelle pendant ladite période..., on n'en tient pas souvent compte dans le calcul officiel.

L'inflexibilité de ce calcul a des impacts jusque dans les politiques de santé. En voici un exemple concret : au Québec, dans le cadre des réglementations de la pratique sage-femme, la DPA rime souvent pour les femmes qui ont accès à ces services (dans la région de Montréal, quatre demandes sur 5 sont refusées faute de places disponibles¹⁰⁷) avec une menace de ne pouvoir enfanter en maison de naissance ou à domicile tel que prévu, à partir de ce seul facteur et en l'absence d'autres signes cliniques d'appel¹⁰⁸. Par ailleurs, depuis quelques années, la « date butoir » du 42 SA (de la fenêtre du risque minimal¹⁰⁹) a été avancée et l'induction pour dépassement de terme dès la 41^e semaine est devenue la norme en Amérique

¹⁰⁷ Source : Claudia Faille, présidente, Regroupement Les Sages-Femmes du Québec, conversation personnelle (janv. 2012).

¹⁰⁸ Il s'agit néanmoins d'une interprétation frileuse des règlements encadrant la pratique sage-femme. En réalité, ceux-ci font du dépassement de terme (« travail début[ant] après 42 semaines ») et de l'accouchement entre 34 SA et 36 6/7 SA un motif de *consultation obligatoire* auprès d'un-e médecin, non un motif de *transfert obligatoire* de responsabilité (Loi sur les sages-femmes. L.R.Q., c. S-0.1. « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin » [Québec, 1999]). Or, en pratique, le transfert automatique est la norme dans ces cas.

¹⁰⁹ C'est au cours des 20 dernières années que le dépassement du 42 SA est devenu ce que j'appelle une date butoir, en correspondance avec l'établissement de politiques médicales de déclenchement. Pourtant, Joëlle Terrien (2004) observe que les courbes de mortalité en fonction de la durée de la grossesse réalisées dans les années 1960 affichaient alors un risque de mortalité inférieur pour les grossesses de 43 SA et un peu plus comparativement aux grossesses courtes de 37-38 SA, alors qu'aujourd'hui on s'inquiète des premières (au point où le terme ≥ 42 SA a pratiquement disparu des données statistiques récentes [fichiers MED-ECHO au Québec]) et pas du tout des secondes. Or, des études récentes tendent à mettre l'accent de plus en plus sur les risques périnataux accrus du « terme précoce » (*early term*), soit les naissances à 37-38 SA, sur le « terme complet » (*full term*), soit les naissances survenant dans la période 39-41 SA (Boyle *et al.*, 2012; Spong, 2013).

du Nord à la suite d'une revue systématique de la Cochrane Collaboration (Gülmezoglu, Crowther et Middleton, 2006) faisant état d'un risque de mortalité augmenté au-delà de 41 SA. Des critiques ont cependant pointé le fait que cela représente un très faible risque absolu : la différence entre 0,5/1 000 à 40 SA et 1/1 000 après 41 SA. Selon Philip Hall, professeur et directeur du département de médecine maternelle et fœtale de l'Hôpital général St-Boniface à Winnipeg, qu'une mortinaissance survienne à 41 ou à 39 SA, les causes en sont les mêmes; et une naissance hâtée n'aurait pas sauvé le bébé pour autant. Considérant que 15 % à 20 % des grossesses atteignent les 41 SA, soumettre un aussi grand nombre de femmes et de bébés aux risques accrus de l'induction afin d'éviter un risque somme toute infime relève de l'absurde. Il ajoute : « On ne devrait pas amener les femmes à croire que “quelques jours de plus vont tuer mon bébé” » (Block, 2007, p. 11-12). Au demeurant, quoique les praticiens-nes en aient retenu, les conclusions de la revue systématique Cochrane n'allaient certainement pas dans le sens d'une promotion sans réserve de l'induction à 41 SA : « On a observé moins de morts de bébés là où une politique d'induction du travail à 41 SA ou plus tard a été implantée. [... Cependant], de telles morts sont rares, peu importe la politique [...], le risque absolu reste extrêmement faible. Les femmes devraient être conseillées de façon appropriée quant aux risques relatifs et absolus.¹¹⁰ » Dans la plus récente mise à jour de la même revue systématique (Gülmezoglu *et al.*, 2012), on peut lire que 410 inductions sont nécessaires pour éviter un cas de mort périnatale (NNTB [*number needed to treat to benefit*] = 410).

Si l'on surreprésente les risques pour les grossesses dont la durée atteint ou dépasse la limite supérieure de la fenêtre du risque minimal, l'inverse est aussi vrai : la sous-représentation des risques de l'intervention précoce. J'ai parlé plus tôt de la tendance à prétendre le bébé assez mature pour naître dès la 37^e semaine franchie et la poursuite de la grossesse superflue voire nocive. Voici une illustration saisissante de l'interprétation de ces risques par certains membres du corps médical. En janvier 2009 étaient publiés les résultats d'une étude du *Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network* (Tita *et al.*) portant sur 24 000 bébés nés par césarienne itérative : de ce nombre, ceux et celles nés-es à 37 SA par césarienne

¹¹⁰ Je traduis.

itérative sans motif clinique (plus de 13 000) ont présenté deux fois plus de complications diverses (problèmes respiratoires, infections sanguines, hypoglycémie ou autres complications nécessitant des soins intensifs en néonatalogie) que ceux et celles nés-es aussi par césarienne itérative sans raison médicale à 39 SA, soit un taux de complications de 15 % pour les bébés nés-es à 37 SA, 11 % à 38 SA, 8 % à 39 SA. L'étude a également noté quatre fois plus de détresse respiratoire dans ce même groupe pour les bébés nés-es à 37 SA par rapport à ceux et celles nés-es à 39 SA. Ajoutons à cela, comme le précise le néonatalogiste Marsden Wagner, que le syndrome de détresse respiratoire et la prématurité sont deux des principales causes de décès des nouveau-nés-es (2004, p. 225); tandis que, selon leurs plus récentes données (mars 2012), les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) statuaient sans équivoque que la mortalité liée à la prématurité est la principale cause de mortalité infantile aux États-Unis¹¹¹. D'autres travaux soulignent également des difficultés d'attachement et d'allaitement qui augmenteraient proportionnellement à la précocité de la naissance. L'ACOG, qui ne s'oppose pas à la césarienne sans raison médicale, préconise néanmoins d'attendre 39 SA avant de procéder à une telle intervention. L'illustration saisissante réside dans ce qui suit : dans l'éditorial accompagnant la publication de l'étude de Tita *et collègues* dans le *New England Journal of Medicine*, Michael F. Greene, du *Massachusetts General Hospital* de Boston, écrivait ceci : « *This paper, although it provides important information about risk, does not give us the whole story. It doesn't provide an accounting of how many babies may have died waiting to get to 39 weeks. You have to balance both sides of the ledger.*¹¹² » Dans le même sens, un autre médecin (Gawande, 2006) écrivait : considérant qu'un bébé sur 500 qui semble vigoureux-se à 39 SA mourra avant de naître ou pendant la naissance, la planification d'une césarienne (universelle) à 39 SA sauverait « au moins quelques-uns » de ces fœtus voués à une mortinaissance certaine... Encore une fois fait-on valoir le postulat d'ignorance pour appliquer à l'ensemble un

¹¹¹ Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, « Preterm Birth », *Centers for Disease Control and Prevention*, en ligne : <<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/PretermBirth.htm>>, 23 mars 2012 (consulté le 6 juil. 2012).

¹¹² Cet exemple a été rapporté par la chercheuse Meredith Nash dans son blogue : « Don't Have a Cesar Before 39 Weeks », *The Baby Bump Project*, entrée du 9 janv. 2009 (en ligne : <<http://babybumpproject.blogspot.com/2009/01/dont-have-caesar-before-39-weeks.html>>, consulté le 3 févr. 2012). Je souligne.

traitement qui ne bénéficierait – hypothétiquement – qu'à un fort petit nombre, sans égard aux risques épidémiologiques du traitement préconisé. Cette perception du fœtus qui « lutte pour atteindre les 39 semaines imposées » – en écho à cet autre exemple de logique fallacieuse cité au chapitre précédent selon laquelle « il n'y a pas de preuves pour réfuter l'affirmation comme quoi le mode de naissance le plus sécuritaire est par césarienne "élective" à 39 SA » – va de pair avec la conception du ventre maternel comme un antre menaçant, dangereux : on est loin du giron vital, protecteur, source de cette nouvelle vie humaine. Les arguments proposés en faveur de la naissance chirurgicale raccourcissent chaque fois un peu plus (et cette évolution se produit très rapidement) la durée gestationnelle. Comme on le verra dans les témoignages et récits, les commentaires d'un Greene traduisent bien l'inscription de plus en plus profonde dans la culture de la perception du corps maternel en tant que toujours potentiellement meurtrier; les femmes enceintes ont si bien intégré cette perception qu'elles en éprouvent beaucoup d'anxiété. Le phénomène n'est certes pas nouveau; ce qui l'est, par contre, c'est que cette anxiété repose désormais sur ce simple facteur de la durée de la gestation.

3.5 *Le monitoring fœtal – The Machine that Goes "Ping!"¹¹³*

Une dernière invention enfin a joué un rôle de premier plan dans la transformation accélérée de l'expérience obstétricale des femmes au cours du troisième tiers du 20^e siècle : le *moniteur fœtal électronique* ou *cardiotocographe*, un appareil qui produit, pendant le travail, un graphique du rythme cardiaque fœtal couplé à celui des contractions maternelles, et destiné à rendre compte de la réactivité du fœtus pendant le travail et l'expulsion. Combinée à l'utilisation routinière des ocytociques artificiels, l'introduction de cet appareil dans les maternités a achevé de modifier radicalement le rapport entre l'ensemble des soignants-es et la parturiente, c'est-à-dire non seulement entre le ou la médecin responsable et la patiente, mais aussi entre les infirmières et cette dernière dès son admission en centre hospitalier. Son

¹¹³ Référence au sketch des Monty Python, « The Miracle of Birth », tiré de *The Meaning of Life* (1983). Il s'agit probablement de la plus célèbre « satire obstétricale » contemporaine : alors qu'il visite une salle d'accouchement, le directeur de l'hôpital s'émerveille devant la fameuse « machine qui fait "ping!" », l'appareil le plus coûteux de [son] établissement », et l'on comprend que, comme son nom l'indique, elle ne sert strictement à rien. Il est intéressant de noter que l'un des membres du groupe des Monty Python et coscénariste des sketches, Graham Chapman, était lui-même médecin.

impact a été décisif quant à la prestation des soins, à l'accompagnement et à la représentation du travail.

État de la situation

L'histoire du moniteur fœtal est similaire à celle des autres innovations technologiques introduites en obstétrique au cours du 20^e siècle : une invention destinée initialement aux cas particuliers et dits pathologiques voit son usage généralisé aux motifs du progrès et de la prévention, mais sans être préalablement passé par un mécanisme d'approbation et de validation des bénéfices escomptés. Ce phénomène a été observé à la fois en ce qui concerne des pratiques, comme l'épisiotomie ou la technique de suture sur un plan de la césarienne, des substances, comme l'ocytocine de synthèse ou le misoprostol, et des appareils, comme l'échographe ou le moniteur fœtal. Ce n'est qu'en 1976 qu'un amendement du congrès étatsunien exigea que tout nouvel appareil médical soit d'abord soumis à une approbation de la *Food and Drug Administration* prouvant sa sécurité et son efficacité (rapport bénéfices-risques positif) avant d'être introduit dans le système de santé. Au Canada, un règlement exigeant des fabricants une preuve tangible de la sécurité et de l'efficacité d'un nouvel instrument médical et imposant un processus de validation a été instauré et est entré en vigueur le 1^{er} juillet 1998 (Canada, Loi sur les instruments et drogues, Règlement sur les instruments médicaux, DORS/98-282).

Conçu pour détecter la détresse fœtale *intrapartum* lors d'accouchements à risque (prématurés, par exemple) et pour remplacer l'auscultation intermittente à l'aide d'un fœtoscope, le moniteur fœtal a été mis sur le marché en 1969, donc avant toute réglementation et norme au sujet des appareils médicaux. Une étude examinant l'influence du marketing dans l'introduction de cette technologie dans les maternités rapporte que, dès 1970, le fabricant du moniteur fœtal, *Corometrics Medical Systems*, entrevoyait tout le potentiel d'affaires de cette invention dans sa publicité aux investisseurs : « Nous voyons approcher le jour où le fœtus sera suivi plusieurs mois après la conception jusqu'à sa naissance par une série d'appareils électroniques. [...] Lorsque cela arrivera, le marché de

l'équipement et des produits jetables sera de l'ordre du milliard de dollars.¹¹⁴ » La promotion du moniteur fœtal fut redoutablement efficace : les revenus de l'entreprise passèrent de 467 000 USD en 1969 à 5 millions USD en 1973, soit une augmentation de près de 1 000 %. Avant qu'une seule étude randomisée ou contrôlée n'ait été menée, l'appareil avait fait son chemin partout. Sa grande popularité s'explique parce que, comme le souligne Block, cette technologie a su « exploit[er les] craintes médicolégales, intensifiant l'influence du spectre de la faute professionnelle sur la pratique d'un-e médecin et sur l'expérience d'enfantement d'une femme. » Mais ce faisant, elle a aussi permis de « créer le climat contentieux qui s'est installé parmi les patientes des services obstétricaux » (2007, p. 34-35). Ainsi, en 1980, le tracé du moniteur (*strip*) devenait une preuve admissible dans les tribunaux aux États-Unis; il a depuis acquis le statut de preuve obligée (au Canada, en Europe et ailleurs). Si bien que l'utilisation du moniteur fœtal est sans conteste, toutes catégories confondues, la pratique obstétricale la plus courante *intrapartum* : selon *LTM II*, 94 % des femmes attestent avoir eu le ventre sanglé par les capteurs de l'appareil (plus rarement un moniteur interne implanté dans le scalp du bébé) au cours de leur accouchement, et de façon continue ou quasi continue pour 93 % d'entre elles. Au Canada et au Québec, la fréquence de monitoring est comparable : on y a recours lors de 90,8 % des accouchements au total, mais le monitoring continu serait un peu moins usité, quoique très courant (62,9 % pour la moyenne canadienne, 66,9 % au Québec, selon les statistiques de 2006-2007) (Santé Canada, 2009).

À l'époque de son introduction, l'appareil promettait une diminution de l'incidence de la paralysie cérébrale, qu'on croyait associée au déroulement de l'accouchement. Or, on a découvert depuis qu'une fraction seulement des cas de paralysie cérébrale sont imputables à l'accouchement en tant que tel. En trente ans, aucune baisse de la paralysie cérébrale, de la mortalité périnatale ou du nombre de bébés devant séjourner en unité de soins néonataux intensifs n'a été enregistrée. *The Lancet* publiait en décembre 1987 (Prentice et Lind) une métaanalyse comparant le monitoring électronique fœtal continu avec un graphique et l'auscultation intermittente : le seul effet constant et statistiquement significatif de l'un par

¹¹⁴ Tiré de : Judith R. Kunisch, « Electronic Foetal Monitors : Marketing Forces and the Resulting Controversy », in *Healing Technology : Feminist Perspectives*, sous la dir. de Katherine Ratcliff (Ann Arbor (Mich.) : University of Michigan Press, 1989); rapporté dans Block (2007), p. 32.

rapport à l'autre est une augmentation du taux de césariennes¹¹⁵. De fait, le taux de césarienne avait triplé entre 1968 (il était alors d'environ 5 %) et 1976, soit en seulement huit ans, et atteignit les 25 % au milieu des années 1980¹¹⁶. L'auscultation intermittente avec un fœtoscope est encore aujourd'hui considérée par l'Organisation mondiale de la santé comme un exemple de technologie utilisée à bon escient, ce que corrobore la plus récente revue systématique Cochrane sur le sujet (Alfirevic, Devane et Gyte, 2013). Selon cette revue, le monitoring est aussi associé à une augmentation des extractions instrumentales (forceps, ventouses). Enfin, selon un rapport de 1978 effectué par le *National Center for Health Services Research* des États-Unis, les dépenses annuelles reliées à l'usage du moniteur fœtal – prenant en compte les césariennes inutiles – étaient estimées à 411 millions de dollars. En 1988, la facture avait déjà atteint 1 milliard de dollars par an (Block, 2007, p. 34-35).

Comment en arrive-t-on à de tels résultats? Règle générale, l'interprétation de cette mise à l'écran ou sur papier du rythme cardiaque fœtal est difficile et donne lieu à beaucoup d'alarmisme, ce que les nombreuses études sur le sujet ont mis en évidence. Elle justifie d'autant l'intervention qu'elle est ambiguë, d'où l'augmentation fulgurante des césariennes concomitante à son introduction dans les maternités. Par exemple, on comprend maintenant que le rythme cardiaque ralenti et moins « réactif » d'un bébé qui suce son pouce ou dort¹¹⁷ peut être rapidement interprété comme un état de détresse fœtale. Sur le plan fantasmatique, la peur atavique devant ce phénomène qui passe et se passe à travers le corps féminin trouve là sa validation en permettant à l'intervenant-e de barricader ses propres affects derrière l'analyse du graphique inerte, invalidant la possible (et sûrement nécessaire) symbolisation de cette peur, et le coupant ultimement de tout dialogue « vivant » avec la parturiente. De toute façon, dans un contexte de surcharge de travail – cette « crise des maternités » qui touche à peu près tous les pays occidentaux à l'heure actuelle –, il ou elle n'a plus le temps de communiquer ou d'accompagner. Même si le piètre bilan pronostic du moniteur fœtal est un

¹¹⁵ Le Collège américain d'obstétrique et de gynécologie [ACOG] confirmait en 1995 que le monitoring fœtal continu n'améliore pas l'issue des accouchements et qu'il a été introduit dans les pratiques sans preuve préalable de son effectivité clinique (voir Cartwright, 1998, p. 244).

¹¹⁶ Chiffres pour les États-Unis. Les taux canadiens sont toujours un peu plus faibles, mais ils évoluent au même rythme.

¹¹⁷ Un bébé peut effectivement dormir pendant un événement que notre imaginaire collectif suppose si traumatique. Il y a même des bébés qui naissent endormis-es.

fait connu dans le monde obstétrical, il n'est plus aujourd'hui question d'en remettre la pratique en cause, car il revient désormais aux juges, juristes et assureurs de valider le fantasme de l'objectivité technologique et de sa prise directe sur le réel (l'état du naissant). La pression au monitoring émane donc en grande partie de ces derniers, à la décharge des médecins qui néanmoins doivent en principe fonder leurs pratiques sur les données probantes. Peu importe en fait la *qualité* de la preuve lors des poursuites pour faute professionnelle intentées contre les obstétriciens-nes; ce qui compte, en clair, c'est que le tracé du *monitoring* constitue la seule pièce à conviction « objective » dont on dispose en cour, à côté du dossier obstétrical de la patiente rédigé par le personnel soignant que l'on sait parcellaire, incomplet et évidemment subjectif¹¹⁸. On appréhende ici une partie du vaste enjeu que représente l'intrication étroite des systèmes légal et biomédical qui sont en eux-mêmes des modes de production de sens très forts et très connotés préformant notre perception collective du « réel ».

Une lettre publiée récemment dans un journal étatsunien¹¹⁹ illustre fort bien l'impact du moniteur fœtal dans le quotidien de la pratique des médecins :

As I suspected, the baby's heart-rate strip showed worrisome changes soon after labor began, and I knew it would get worse as labor progressed. We would fight through the night to have a natural delivery. But ultimately that single heart-rate test, which is surprisingly unreliable, would be a key factor in whether my patient would get a C-section or not. [...] For three or four hours that night, I struggled with my patient's bad fetal heart strip. I wanted her to avoid a cesarean section. She had type 1 diabetes, and I expected her sugars to swing wildly after surgery, and her recovery to be slow. [...]

Finally, at 3 a.m., I felt compelled to recommend cesarean. The strip continued to look bad, and my patient's labor progressed slowly.

¹¹⁸ Hélène Vadeboncœur, lors d'observations en milieu hospitalier effectuées dans le cadre de sa thèse en sciences humaines cliniques, a eu l'occasion d'apprécier, à travers certaines conversations entre médecins et infirmières, la nature délicate de l'enjeu représenté par la prise de notes au dossier de la patiente. Elle a même une fois entendu une infirmière acquiescer au téléphone à une demande de la médecin en ces termes : « Oui, je vais l'enlever de mes notes » (rapport d'observation HV26 [voir chap. suivant]).

¹¹⁹ Alex Friedman, « Test leads to needless C-sections », *The Philadelphia Inquirer*, 26 avril 2010. Voir aussi ce commentaire à l'article de Friedman tiré d'un média internet spécialisé dans les enjeux de santé reproductive : Amie Newman, « Of Belly Strips and Birth: What Exactly Are We Advancing? », *RH Reality Check*, 29 avril 2010 (en ligne : <<http://www.rhrealitycheck.org/blog/2010/04/28/belly-strips-birth-what-exactly-advancing>>, consulté le 29 sept. 2010).

We went to the operating room, and delivered the baby by cesarean. My patient's child greeted the world pink and well-oxygenated.

The test was wrong again.

Prenant l'exemple de ce cas typique pour point de départ, l'auteur de la lettre, Alexander Friedman (2010), chercheur en médecine fœtomaternelle à l'Hôpital de l'Université de Pennsylvanie, exprime sa profonde insatisfaction (il parle même de frustration) vis-à-vis de cet instrument de toutes les appréhensions :

No test is perfect. But almost every time we whisked a mother back to the operating room, and I cut through skin, fat, fascia, and finally the muscle of the uterus, expecting a blue, floppy baby, the child I delivered emerged pink, healthy, and a little bit angry.

Were we saving lives and averting disaster? Or were we performing unnecessary surgery? [...]

As a medical student, I loved watching emergency cesarean sections. The baby's heart rate went down, doors swung open, residents rushed the patient down to the OR, and a frantic minute or two of surgery later, a screaming baby was out. The excitement pushed me to choose a career in obstetrics. I never questioned the need for the surgery.

Now, cesarean sections for bad tracings are one of the least satisfying parts of my job.

Enfin, à l'instar d'un collègue, il condamne la doxa technomédicale en tant que système de maintien d'une méthode diagnostique pourtant prouvée déficiente en autorisant le genre de positivisme ou de profession de foi aveugle dans le progrès dont la persistance de l'utilisation du moniteur fœtal relève :

Why do doctors cling to continuous fetal heart monitoring? An obstetrician will most likely point to the fear of being sued, but the complete answer is more complex. Our medical culture prizes technology and tests, even if they don't work and can cause harm.

"It's our bias that anything that can be quantified is an improvement," said H. Gilbert Welch, a professor at Dartmouth Medical School whose research focuses on harm caused by screening and over-diagnosis.

"I think we get in trouble when we start promising things to . . . well [patients]," Welch said in an interview. "It is not that hard to make them worse."

La scène monitorale

Dans son article « The Logic of Heartbeats », Elizabeth Cartwright (1998), infirmière d'obstétrique et anthropologue, propose une analyse ethnographique de cette modalité technologique de représentations que constitue le monitoring fœtal électronique en

empruntant le concept bourdieusien de *logique de la pratique*, à laquelle Bourdieu impute la mise en acte automatique et inconsciente des réactions des spécialistes, tels-les les médecins, dont la formation ainsi que la raison d'être professionnelle est fondée sur l'agir. Ce concept, selon Cartwright, est opératoire pour comprendre et examiner les configurations qui ont émergé des interactions humain-machine dans le contexte obstétrical ainsi que le rôle de ce nouvel élément dans la modification de l'« habitus obstétrical ».

En vertu de l'interaction qui s'établit au cours de ce que j'appellerai pour ma part la « scène monitorale », un cyborg (tel que l'a conceptualisé la théoricienne cyberféministe Donna Haraway) est créé : « *While 'hooked up' to the EFM, the mother and the fetus become merged with the machine with a bond which is only broken at the moment of birth. They become the cyborgs of technobirth, a collective of human and inhuman. Their functioning is welded into one conceptual unit.* » (Cartwright, 1998, p. 243) La mise en garde de Bourdieu contre la tentation d'aplanir des événements qui évoluent dans le temps et dans le mouvement en représentations statiques et linéaires est reprise par Cartwright pour interpréter la fonction du monitoring fœtal dans la construction du cyborg et la structuration du fonctionnement de celui-ci en tant qu'entité nouvelle, traitée comme telle par les praticiens-nes technophiles :

The strip emerging from the fetal monitor controls the tempo of access to information. It defines the acceptable rhythm of implementing treatment regimen. Birth becomes a performance of practitioner, mother, and babe on a stage with the constantly shifting scenery of the monitored fluctuations of the two physiological statuses [mother and fetus]. Medical anthropology is challenged here both in terms of capturing the event and of dealing with its ultimate textual representation, of describing the use of electronic fetal monitoring in treatment events so as to reveal its logic of practice. (Ibid.)

Le rapport au monitoring procéderait ainsi, selon Cartwright, de deux formes de logique dominantes. La première est la *logique textuelle*, qui réalise cet aplanissement. La machine produit un graphique qui est lu comme un texte : son inscription est permanente, ordonnancée, transportable. Dans un premier temps, au moment où il est émis et interprété, le graphique monitoral dicte aux intervenants-es la conduite à tenir; en fait, ils y réagissent instantanément. Ils et elles sont aussi entièrement investis-es du pouvoir d'interpréter ces « écritures » : « *The thin-lined cryptic scrawls that snake out of the monitor are late-twentieth-century hieroglyphics at their most ambiguous and most powerful.* » (p. 244) Contrairement à son interprétation, la donnée visuelle du *strip*, c'est-à-dire la bande de papier

dans sa matérialité, est ici immuable, ce qui explique, comme on l'a vu, qu'on l'invoque dans un deuxième temps à titre de pièce à conviction dans la plupart des poursuites intentées contre ces professionnels-les de la santé. Autrement dit, une fois déplacé du contexte médical au contexte légal, le *strip* acquiert cette solidité sémiotique qui lui faisait défaut dans son contexte d'interprétation originel. Dans sa translation d'un contexte à l'autre, il devient « artefact culturel », détenteur d'une logique inscrite et préservée dans sa matérialité, de la logique textuelle; il est alors pris pour le récit vrai de ce qui a eu lieu. Selon les termes de Cartwright, « la cour est le lieu d'exposition ultime du *strip*; [... son] ultime destination ».

L'autre logique identifiée par Cartwright dont procède le rapport des soignants-es au monitoring est la *logique médiatique*. Elle correspond à l'impératif d'extériorisation-visualisation dans nos sociétés : « *As a visually oriented society we have come to understand the logic of life as much through abstract symbols and glaring visual juxtapositions as through carefully constructed texts. And so it is with the ongoing production of our symbolic representation of fetal life.* » (p. 245) La seule présence physique du moniteur fœtal a transformé l'expérience des parturientes, surajoutant une trame sonore ininterrompue de pulsations à la scène d'accouchement qui ne se laisse pas oublier. Non seulement cela, il s'est tant et si bien imposé dans les chambres des parturientes que tous les regards (médecins, infirmières, famille et autres accompagnants-es) convergent désormais vers lui plutôt que vers la femme enfantant. La donne de cette obsession vis-à-vis du moniteur prend tout un sens particulier lorsqu'on sait que la découverte de battements du cœur dans le sein de la femme enceinte fut tout à fait fortuite, non intentionnelle : en 1820, un élève de Laennec voulut écouter les mouvements ondulatoires du liquide amniotique et eut la surprise d'entendre à la place le rythme cardiaque effréné de l'enfant à naître (Duden, 1996, p. 39-40). Aujourd'hui, la femme en travail, tout autant que les soignants-es, se trouve souvent obnubilée par l'écho du monitoring, a fortiori lorsqu'elle est sous anesthésie péridurale, comme nous l'apprennent observations et témoignages, enfermée dans la solitude de la perception directe, mais impartageable de ce qui se passe dans son corps. Voie d'opération de la doxa occidentale quant à son appréhension – cognitive, factuelle, symbolique – de la naissance, l'utilisation du monitoring est ici soutenue par la prérogative d'une appréhension non seulement visuelle, mais aussi panoptique, au sens foucauldien, qui se traduit par

l'exercice d'un hyperpouvoir de surveillance à la fois médical de la femme en travail et – fait relativement nouveau – légal des praticiens-nes : « chaque fois qu'un accouchement se produit hors de la vue panoptique du moniteur, qu'il ait lieu à l'hôpital sans MFÉ [moniteur fœtal électronique] ou à la maison, les risques légaux et monétaires encourus par le ou la praticienne augmente de façon exponentielle¹²⁰ » (Cartwright, 1998, p. 244).

J'ajouterai pour ma part que le monitoring a transformé à un autre égard la représentation du travail menant à la naissance : d'abord conçu pour détecter un éventuel stress fœtal en réaction à l'activité utérine, il a peu à peu généré une construction de la *qualité* de l'activité utérine elle-même (selon un modèle graphique idéal de la « bonne » contraction : durée, intensité, régularité), puis à déterminer la *réalité de l'entrée travail* (vraies et « fausses » contractions¹²¹). Ainsi, les femmes arrivant à l'hôpital doivent généralement passer d'abord par une première séance de monitoring afin que le personnel puisse confirmer si oui ou non elle est en travail et ainsi autoriser son admission. L'évaluation par la femme elle-même des contractions n'est pas sollicitée ni requise; en fait, celle-ci ne *compte* pas. Dans la scène monitorale, enfin, le travail se construit comme une tension, voire une lutte sans trêve entre l'activité utérine, d'une part, et la tolérance fœtale, d'autre part. En quelque sorte, le fœtus doit sortir vainqueur de cette « épreuve de force », tandis que le corps de la femme doit produire le maximum d'activité contractile tolérable pour celui-ci. L'enfantement se voit réduit à cette simple opposition dynamique telle qu'elle se joue sur papier ou sur écran. Cartwright, qui a les pieds dans les services d'obstétrique, démontre aussi, par une analyse du langage type employé et des comportements qui en découlent, que les soignants-es en sont venus à intervenir directement sur le *strip* comme s'il s'agissait d'un patient : « *If this strip doesn't start to look better we're going to need to consider a c-section* » (p. 249); l'article d'Alexander Friedman cité plus tôt en contenait d'ailleurs de beaux exemples : « *to improve the strip, the nurses and I tried giving her oxygen, changing her position in the bed, even rubbing the baby's head through the cervix* »; « *I struggled with my patient's strip* ».

¹²⁰ Je traduis.

¹²¹ Ces contractions dites « fausses » ou de « faux travail » (qui n'en sont pas moins vraies, préparatoires) sont souvent nommées « contractions de Braxton Hicks », d'après le médecin – homme – qui les a officiellement décrites.

En fait, l'objectif, plus ou moins conscient, devient celui de produire le plus beau *strip* possible, le *strip* le plus défendable dans l'optique de sa destination ultime, la cour. Et dans cette perspective, une femme qui bouge, qui veut marcher pendant le travail produit de *l'interférence* dans le signal, du *bruit* susceptible de rendre le tracé ininterprétable. Ni plus ni moins, la parturiente s'en trouve symboliquement réduite à une source parasite dans la trame monitorale. On lui enjoint de se tenir tranquille et le plus possible immobile pour ne pas déplacer les capteurs qui la sanglent – d'ailleurs elle intègre d'ordinaire très bien la position de docilité qui lui est imposée, car si elle bouge trop, elle risque de voir débarquer dans sa chambre les soignants-es alertés-es par la vue d'un tracé anormal sur les écrans du poste central du département d'obstétrique. Qui plus est, l'anesthésie péridurale vient aussi permettre et garantir cette immobilité – il est clair que le moniteur fœtal n'aurait pu s'imposer à ce point dans les maternités sans la péridurale; et, inversement, que l'attention ne se serait pas autant déplacée vers cet appareil, n'eût été le fait que les femmes ne sentent plus ou très peu ce qui se passe dans le corps avec cette anesthésie et donc n'émettent plus de signes perceptibles aux soignants-es (quoiqu'il n'a pas fallu attendre la péridurale pour invalider le ressenti des femmes comme source d'information quant à leur propre état et à l'état de l'enfant qu'elles portent). On voit comment la construction de la naissance générée depuis l'introduction du moniteur fœtal gomme toute la complexité du phénomène physiologique en même temps que la polysémie de l'expérience de la mise au monde pour la mère et du naître pour le naissant (encore faut-il admettre qu'il/elle ressent quelque chose), au profit, comme je l'ai dit, d'une stricte dualité de tensions contractions-rythme cardiaque fœtal. Pourtant, sur un plan purement physiologique, on est censé connaître l'importance fondamentale du mouvement libre et spontané dans la parturition, pour l'ouverture du bassin, la descente et la rotation du bébé, le soulagement de la douleur, mais ce mouvement-là est en contradiction avec la logique monitorale, c'est pourquoi il est réfréné.

Afin de parachever le contrôle culturel et social – quasi parfait et intégral monitoring – des phénomènes de la natalité entamé, comme on l'a vu, il y a déjà plusieurs siècles, il a d'abord fallu construire un schème mécaniste de la parturition qui puisse être illustré et représenté sur un support inerte – fiche, tableau ou écran – pour être ensuite interprété sans trop d'équivoque (dans la mesure où un consensus s'instaure parmi ceux et celles autorisées à

effectuer cette interprétation-traduction au moment d'agir sur la base de celle-ci), et enfin faire de cette interprétation une forme d'« acte réservé » appartenant dans un premier temps aux soignants-es, et par la suite aux experts auprès des tribunaux. Comme on le verra plus loin avec des exemples tirés de témoignages et récits, devant un *strip* dit « irrégulier » ou « non rassurant », une décision d'intervention est rapidement prise et présentée à la femme en tant que ce qui va se passer, de sorte que son consentement s'avère facultatif et immédiatement acquis : rarement dispose-t-elle des moyens de s'opposer à la décision ou de mettre en doute l'interprétation des données monitorales, et surtout adhère-t-elle à l'inquiétude quant au bien de l'enfant à naître qui lui a ainsi été suggérée.

Au demeurant, le « bébé cyborg » que construit la scène monitorale est bien plus une production symbolique de l'union entre la machine et l'esprit médicotechnique des praticiens-nes d'une obstétrique postmoderne que celle du rapport intime et physique entre le corps féminin et l'appareil qui est branché sur lui, puisqu'il est clair que ce corps et cette femme comme sujet n'ont plus voix au chapitre quant à la production de signes (paroles, symptômes, gestes, ressentis, intuitions) qui déterminent le sens à donner à la venue au monde, à cette naissance-là qui a cours. Il apparaîtra bientôt tout à fait *naturel* ou *normal* de se passer de femmes pour développer de nouveaux êtres humains, dès que l'avancement technologique offrira aux humains suffisamment nantis, d'abord, l'option de l'utérus artificiel¹²². Bien sûr, dans le cours de la constitution de la nouvelle *normalité* ou *naturalité* d'une naissance entièrement artificielle et excorporée, il aura d'abord fallu passer par la détermination définitive de la conceptualisation pathologique – *anormale* – de l'accouchement au profit de laquelle les représentations électroniques (moniteur, échographie, fœtoscope) ont offert une « preuve » tangible et continue, puisque c'est vers l'anormalité que l'attention est toujours sollicitée : « les technologies de normalisation jouent un rôle-clé dans la création, la classification et le contrôle systématiques des anomalies dans le corps social¹²³ » (p. 248). Ainsi apparaît la portée idéologique de la technicisation des accouchements : « *One of the most important general function of ideology is the way in*

¹²² Dans son récent mémoire de sociologie sur l'utérus artificiel, Sylvie Martin (2010) a décrit de façon tout à fait remarquable comment est « arrivé à terme » le processus de validation tant épistémologique que sociohistorique de ce projet.

¹²³ Selon l'anthropologue Paul Rabinow à propos de la théorie foucauldienne. Je traduis.

*which it turns uncertain and fragile cultural resolutions and outcomes into a pervasive naturalism*¹²⁴ ». Cette fois, la *pathogénéité* de la naissance n'est plus théorisée et défendue à l'instar d'un DeLee, par exemple; elle est parvenue à sa *naturalisation*. Une naturalisation préservée et garantie par l'institution biomédicale qui offre les conditions de sa continuelle reproduction – de son univoque *re-présentation*.

Avec l'inexorable dangerosité du naître humain pour toile de fond, une dangerosité qui a pris forme et tangibilité au fil de cette naturalisation achevant le passage de l'idée à la réalité, le dysfonctionnement croissant de la naissance est en quelque sorte, comme j'ai voulu le démontrer, la représentation ordinaire d'un drame lentement abouti. À partir de témoignages des femmes et d'observations d'accouchement sur le terrain, nous approcherons la scène de l'intérieur pour tenter d'apprécier la manière dont les choses se jouent : comment les femmes deviennent les protagonistes d'une chronique qui ne leur appartient plus tellement, dans la mesure où son contenu, déjà écrit, leur échappe, happé par la culture qui en contrôle les conditions d'expérience; pour quelles raisons et de quelle manière ne cesse de se restreindre la latitude dont jouissent les femmes pour s'écarter du scénario et vivre leur histoire singulière; comment aussi les intervenants-es en soins de santé périnataux réarticulent selon leur ton propre le texte assez univoque d'une incapacitation physique et mentale des femmes qu'ils/elles doivent redresser, et quelles sont les modalités – et les impacts – de ce redressement.

¹²⁴ Paul Willis, *Learning to Labour : How working class kids get working class jobs* (New York : Columbia University Press, 1977, p. 162); cité dans Cartwright (1998), p. 247.

CHAPITRE IV

L'EXPÉRIENCE ET LE LANGAGE DU CORPS PERFORMÉ : RÉCITS DES FEMMES ET
OBSERVATIONS

Comment la performativité obstétricale est-elle vécue, exprimée, observée et traduite – littéralement – dans les histoires d'enfantement des femmes au tournant du troisième millénaire et plus particulièrement au Québec? Et comment, par ailleurs, ces témoignages traduisent-ils la construction contemporaine du phénomène naissance? Nous venons de parcourir l'histoire des moments charnières de cette construction performative du corps des femmes qui invalide celui-ci pour s'y substituer en tant que condition de réalisation et de possibilité de la naissance. Nous aborderons maintenant comment aussi bien le discours des femmes au sujet de leur expérience d'accouchement – telle que rendue par des témoignages postnatals ou par leurs commentaires à chaud au moment où il se déroule (à partir d'observations cliniques) – que les propos des intervenants-es de première ligne en soins de santé périnataux attestent de l'intégration désormais bien ancrée de cette performativité, et par ricochet de l'incompétence des femmes à mettre au monde autrement que par le truchement de la technique et des instruments, sinon aux risques et périls des nouveau-nés-es et des femmes elles-mêmes... Nous constaterons aussi comment, à travers leurs propres mots, les femmes se conforment aux attentes comportementales que leur assigne le modèle obstétrical, souvent avec docilité et obéissance¹. Nous verrons enfin comment s'élabore, en particulier grâce à l'avènement d'internet², un récit rétrospectif de doléances face à ce que plusieurs vivent comme une dépossession de l'événement de la mise au monde ou de certains aspects de l'expérience, ou, dans un registre revendicatif et militant, un récit de réaction, d'opposition à la logique biomédicale de la parturition. L'internet a ouvert un espace de parole publique et

¹ On l'a vu, de tels comportements sont acquis à l'institution gynécoobstétricale du simple fait de l'étroite surveillance (le panopticon de Foucault) à laquelle les femmes sont soumises et conditionnées – ou se sentent soumises – depuis le tout début de leur grossesse et qui culmine durant le travail.

² L'abondance des forums et listes de discussion consacrés à la maternité et la vogue des *mommy blogs* attestent de l'importance et de la vitalité du phénomène social associé à la grande présence en ligne des femmes durant la période périnatale (voir, entre autres, Freeze, 2008).

d'échange aux femmes en période périnatale, espace qu'elles auraient difficilement pu occuper auparavant, et donné lieu et accès à une abondante littérature testimoniale autour de la naissance et à l'éclosion d'un « récit de résistance », comme on pourrait le nommer. Ce récit de résistance se construit en général sur un moyen ou long terme au cours de la vie reproductive des mères, et trouve énonciation souvent à l'occasion non pas d'une première grossesse, mais d'une grossesse subséquente, ou encore à la suite de la fréquentation de forums ou listes de discussion internet consacrées aux thèmes de la maternité et de la périnatalité (voir notamment Bel, 2003, 2005). Dans cette perspective, les sondages de satisfaction des services reçus durant l'accouchement, effectués en général à la sortie de l'hôpital ou du centre de naissance, traduisent bien mal un sentiment qui se trouvera modulé dans les mois ou les années à venir (Waldenström, 2004; Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 300). Ce besoin d'expression est en étroite correspondance avec ce que les travaux de Penny Simkin (1991, 1992) ont mis en lumière, à savoir que l'expérience d'accouchement – tant négative que positive – marque durablement les femmes, si ce n'est pour la vie, et que, quinze à vingt ans plus tard, leurs souvenirs restent précis, détaillés comme au lendemain de l'événement, et les sentiments éprouvés, encore vifs, en particulier les interactions avec les intervenants-es (voir aussi Halldorsdottir et Karlsdottir, 1996). D'autres travaux ont confirmé le caractère séminal de l'expérience d'accouchement dans la vie des femmes (Waldenström, 1996; Waldenström *et al.*, 1996; Lundgren *et al.*, 2009).

4.1 *Projet de recherche sur la perspective des femmes et corpus analysé*

Au printemps 2008, démarrait un projet de recherche exploratoire intitulé *L'accouchement en établissement est-il susceptible de donner lieu à de la maltraitance, de la négligence ou de la violence?* mené sous l'égide du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) dans le cadre d'une Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) sur le thème « Femmes, violences et contextes de vulnérabilité ». Ce projet est issu d'un partenariat avec le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), organisme féministe provincial d'action communautaire autonome chapeautant depuis 1980 plus d'une quarantaine d'associations québécoises vouées à l'humanisation de la naissance et à la reconnaissance des droits et de l'engagement des

femmes durant la période périnatale³. Les exemples présentés dans ce chapitre de la thèse proviennent du corpus à l'étude dans le cadre de ce projet de recherche. Leur analyse, dans une perspective critique sémiotique, constitue ma contribution personnelle aux travaux de l'équipe.

Avant d'entrer de plain-pied dans l'analyse d'extraits, voici d'abord une présentation du corpus en question. Celui-ci se compose de quatre sources portant sur des accouchements ayant eu lieu au Québec (sauf quelques exceptions anecdotiques dont la recherche n'a pas tenu compte) au cours des années 1990 et au début des années 2000. La première source est un recueil de témoignages publié en 2004 : *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement* (éditions du Remue-ménage)⁴, compilé sous la direction de Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant⁵ pour le compte du Groupe M.A.M.A.N. avec le soutien de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)⁶. La publication de ce

³ Ce projet réunit une équipe de chercheuses composée de Lourdes Rodriguez del Barrio, professeure agrégée, École de service social, Université de Montréal (chercheuse principale), Hélène Vadeboncoeur, docteure en sciences humaines appliquées, chercheuse indépendante en périnatalité et auteure, Lorraine Fontaine, coordonnatrice des dossiers politiques, Regroupement Naissance-Renaissance, Myriam Hivon, docteure en anthropologie, chercheuse à l'Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal, et moi-même à titre d'assistante de recherche et doctorante spécialisée dans le domaine de la périnatalité. Les résultats de cette recherche exploratoire ont été présentés dans plusieurs colloques nationaux et internationaux : Montréal (différentes occasions), San Diego, Toronto, Vancouver, Québec, au Brésil, et lors de demi-journées de réflexion destinées aux chercheuses, aux intervenants-es de périnatalité, aux groupes communautaires ou encore au public. Aussi, un article, faisant état des principaux résultats de l'étude et destiné à la revue scientifique *Birth*, est actuellement en préparation. Je ferai référence ultérieurement à cette recherche par l'appellation « étude CRI-VIFF-RNR ». ⁴ Les références à des extraits de cet ouvrage seront signalées par le sigle « ACN » suivi du numéro attribué au témoignage aux fins de l'étude et selon l'ordre d'apparition dans le livre.

⁴ Les références à des extraits de cet ouvrage seront signalées par le sigle « ACN » suivi du numéro attribué au témoignage aux fins de l'étude et selon l'ordre d'apparition dans le livre.

⁵ Je tiens à préciser ici que la composition du corpus a été établie dès la rédaction du projet de recherche, donc bien avant mon recrutement au sein de l'équipe.

⁶ Né en 1994 au sein des groupes d'usagères des services sage-femme en maisons de naissance à l'époque du projet-pilote du gouvernement québécois ayant mené à la légalisation de la pratique sage-femme en 2000, le Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel) est une association provinciale politique et communautaire de défense des droits des femmes et des parents en périnatalité, promotrice des pratiques d'humanisation de la naissance et d'une vision de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement en tant que processus normaux et naturels. Pour connaître la mission complète de l'organisation : <<http://www.groupepaman.org>>. Pour connaître la mission de l'Association pour la santé publique du

recueil s'inscrivait dans un projet éditorial visant à mettre de l'avant des récits contemporains d'accouchements plus « naturels », valorisant l'*empowerment* des femmes et une démarche de conquête ou de reconquête de l'expérience d'enfantement en réaction au discours biomédical. Les textes sélectionnés devaient rendre compte d'une prise de décision, de l'exercice de choix conscients et éclairés ou d'une réflexion critique sur les expériences antérieures. En plus des 37 témoignages retenus par un comité de sélection (sur environ 75 textes soumis), le recueil est complété de dix textes de réflexions de personnalités du monde de la périnatalité du Québec et d'ailleurs : chercheuse, sages-femmes, médecin de famille, obstétricien, néonatalogiste, accompagnante, porte-parole d'un groupe activiste citoyen et représentantes de groupes d'humanisation.

La deuxième source du corpus provient d'un autre recueil, publié en 2005 : *Naissances : recueil de récits* (éditions Multimondes)⁷, sous la direction de Sophie Rondeau. L'idée ayant mené à la production de ce livre avait germé sur un forum de discussion internet public – *Les Futures mamans*⁸ – où, apprend-on dans la présentation, « mamans et futures mamans se côtoi[yai]ent, s'entraid[ai]ent, se rassur[ai]ent et s'encourag[eai]ent » (p. ix). Le but du projet était de faire connaître aux futures mères les réalités de l'accouchement, en dehors de la « théorie » des ouvrages spécialisés, de « démythifier l'accouchement et de les rassurer... » (p. vii) L'ouvrage rassemble au final 68 récits de femmes d'un peu partout au Québec (le manuscrit de prépublication comptait une demi-douzaine de textes de plus). Subodorant un certain modèle de rédaction, lequel s'observait en première lecture par l'abondance de codes techniques (paramètres incontournables de la dilatation et de l'effacement du col, tous les taux chiffrables : tension artérielle, hémoglobine, datation gestationnelle, estimation du poids fœtal, rythme cardiaque fœtal intrapartum, etc.), notre équipe avait interrogé la directrice de publication quant à l'existence préalable d'un canevas d'écriture qui aurait guidé les auteures de témoignages. Elle répondit par la négative :

Québec, l'organisme paragouvernemental ayant financé le projet *Au Cœur de la naissance*, voir <<http://www.aspq.org>>, sous le volet « périnatalité ».

⁷ Les références à des extraits de cet ouvrage seront signalées par le sigle « N » suivi du numéro attribué au témoignage aux fins de l'étude selon l'ordre d'apparition dans le livre.

⁸ Le forum était hébergé à cette adresse : <<http://groups.msn.com/lesfuturesmamans>>.

Lorsque j'ai fait la correction et la révision des textes, j'ai encouragé les mamans à décrire beaucoup plus leurs états d'âme, leurs émotions, l'ambiance, etc., afin que les récits soient moins techniques, mais à l'origine, ils l'étaient encore plus. [...] Certaines mamans (3 ou 4) ne faisaient pas partie [du] forum [...]. Certaines naissances (une dizaine peut-être) étaient aussi antérieures à la création de ce forum (ou à la participation de la maman à ce forum)⁹.

Force est donc d'envisager qu'un certain modèle a émergé de façon spontanée sur le forum : chaque fois qu'une participante donnait naissance, elle venait y ajouter son propre récit contenant en grande partie les mêmes détails techniques que les témoignages de ses prédécesseuses, hypothèse qu'accrédite la directrice de publication. De par le nombre de récits qu'il contient, la diversité des régions de provenance des auteures et l'abondance de précisions techniques, cet ouvrage constitue de l'avis de notre équipe un excellent portrait des réalités de la pratique obstétricale actuelle au Québec.

La troisième source du corpus se compose d'entrevues menées en postnatal dans le cadre d'une étude québécoise antérieure (2002-2004) réalisée par une équipe pour le compte du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne¹⁰. Visant à faire connaître l'expérience directe et subjective des femmes dans les mois suivant leur accouchement, soit au cours de la première moitié des années 2000, cette étude a conduit à un rapport intitulé *Perception d'une naissance et naissance d'une perception : où en sont les femmes?* (Hivon et Jimenez, 2006) et à un article dans la revue *Birth* (Jimenez *et al.*, 2010). Pour les besoins de l'étude, 38 femmes ont été interviewées, dont 26 résidentes de la région de Montréal.

Enfin, la quatrième source provient du matériel de recherche de l'étude ethnographique menée par Hélène Vadebonceur pour sa thèse de doctorat (2004) intitulée *La naissance au Québec à l'aube du 3^e millénaire : de quelle humanisation parle-t-on?*, et dont une synthèse des résultats a également été publiée dans la revue *Médecin du Québec* (Vadebonceur, 2005). Ce matériel est constitué de 15 rapports d'observations complets d'accouchement dans un même hôpital aux pratiques considérées progressistes et moins interventionnistes que la moyenne des établissements québécois, d'entrevues postnatales des femmes dont

⁹ Sophie Rondeau, communication personnelle par courriel, 14 mai 2008.

¹⁰ Les références à des extraits de cette sélection d'entrevues seront signalées par le sigle « MH » suivi du numéro attribué au témoignage aux fins de l'étude CRI-VIFF-RNR.

l'accouchement a été observé et de 30 entrevues avec des professionnels-les de la santé travaillant au département d'obstétrique de l'hôpital où la recherche a été conduite, ainsi qu'avec des accompagnantes à la naissance engagées à l'occasion par les mères. Les observations débutaient peu après l'admission de la mère à l'hôpital et se terminaient quelques minutes après la naissance du bébé. Ces observations et entrevues ont toutes été effectuées en 2000 et 2001¹¹.

De trois de nos quatre sources, nous avons retenu au départ cinq à sept récits ou cas, et pour ce qui est du matériel d'Hélène Vadeboncœur, quelques entrevues ou échanges avec les professionnels-les présents-es lors des accouchements observés ont également été inclus. Nos critères de sélection étaient fonction de la valeur exemplaire des témoignages que ces récits, entrevues ou observations représentaient aux fins de notre étude; d'une part, nous recherchions une diversité de situations : âge des mères et statut socioéconomique, premier bébé ou pas, accouchement court ou long, naturel ou médicalisé, avec ou sans complications, situations particulières; et, d'autre part, des expériences contrastées : positives et négatives, c'est-à-dire globalement bien ou globalement mal vécues. Traité un peu différemment des trois autres sources, le recueil *Naissances* a été considéré dans son entier en raison de la brièveté générale des récits et du fait qu'une bonne part de son intérêt à nos yeux résidait dans la fréquence et la répétitivité des modèles d'intervention qui s'en dégagent et pour le motif évoqué plus haut : le grand nombre de témoignages qu'il contient ainsi que l'éventail des établissements et régions où ont eu lieu les naissances relatées permettaient de poser un certain regard sur les conditions actuelles de la conduite « ordinaire » de l'enfantement dans les hôpitaux québécois. Pour ce chapitre et aux fins de ma propre analyse, j'ai étendu l'analyse du recueil *Au Cœur de la naissance* à d'autres témoignages afin de pousser plus avant l'objectif de repérage des modèles et scénarios du récit natal contemporain et aussi en raison de la place accordée à la démarche testimoniale dans le cadre de cette thèse.

¹¹ Les références à des extraits de cette sélection d'observations et d'entrevues seront signalées par le sigle « HV » suivi du numéro attribué à la source aux fins de l'étude CRI-VIFF-RNR et assorti d'une précision sur la nature de l'extrait : observation ou entrevue réalisée avec un-e médecin, avec une infirmière ou avec la mère. Le corpus retenu aux fins de l'étude CRI-VIFF-RNR ne comporte pas d'entrevues d'accompagnantes à la naissance.

4.2 *Le comportement des femmes : docilité et obédience*

Le premier grand motif qui se dégage à la lecture de ces récits est celui qui tourne en gros autour de l'adhésion immédiate des femmes aux décisions d'interventions médicales ainsi que la contenance de leur réaction ou de leur inconfort au moment où des gestes sont posés sur elles. Cette docilité dans l'attitude et le comportement s'explique en bonne partie par le phénomène de la dynamique de responsabilisation/dépendance mis en lumière par les études sociologiques. Le poids énorme des attentes sociales dirigées aujourd'hui sur les femmes enceintes génère cette modélisation comportementale en même temps que l'observance des règles qui leur sont imposées. Pour être considérées comme une « bonne future mère », elles doivent se placer sous l'autorité médicale et sociosanitaire :

Premièrement, les femmes enceintes seules – et non, par exemple, leurs conjoints, leurs parents ou les services sociaux – sont tenues responsables de la santé et de la sécurité des fœtus qu'elles portent et des nouveau-nés dont elles accouchent. Deuxièmement, cette responsabilité ne place pas la femme « en charge »; au contraire, elle est la condition de sa dépendance. Pour être une bonne mère, une femme doit reconnaître et intérioriser le lien entre responsabilité et dépendance.¹²

Si quelque chose tourne mal à la suite d'une décision de la mère, ce sera donc sa faute. Qui plus est, la simple pensée de la culpabilité qu'elles en ressentiraient en un tel cas suffit à bon nombre de femmes à réfréner une opinion divergente sur la marche à suivre et toute velléité décisionnelle. En contrepartie, les soignants-es sont d'ordinaire socialement dédouanés-es de l'issue funeste d'un accouchement; leurs interventions ne seront pas envisagées comme des causes possibles du piètre état physique ou psychologique de la mère ou de l'enfant, tout au plus s'agira-t-il de dommages collatéraux inévitables, conséquences de manœuvres de sauvetage dans une situation dont le danger intrinsèque est apparemment établi.

Forte d'une longue tradition paternaliste, et parce que la vie de l'enfant « à naître » prime sur celle de la mère, la culture obstétricale trouve normal, encore aujourd'hui, de ne pas solliciter d'emblée l'avis des femmes sur les gestes posés ou même de solliciter une ordonnance de la

¹² Anna Lowenhaupt Tsing, « Monster Stories: Women Charged with Perinatal Endangerment », chap. in *Uncertain Terms : Negotiating Gender in American Culture*, sous la dir. de Faye D. Ginsburg et Anna Lowenhaupt Tsing (Boston : Beacon Press, 1990), p. 286; citée dans Freeze (2008), p. 250. Je traduis.

cour pour imposer une décision thérapeutique (facilement octroyée d'ailleurs)¹³. Accepter l'intervention passe pour un « choix éclairé », la refuser n'est pas une option admise : il s'agit d'un comportement maternel irresponsable, voire incriminable¹⁴. Ainsi, de l'aveu d'une infirmière :

[Une femme] a toujours le choix de refuser pareil, sauf que, disons qu'une patiente face à un médecin, je crois pas qu'elle serait capable de dire ça [: « Ça me tente pas »]. Elles ont tellement confiance en leur médecin que... (HV25, entrevue du personnel en parallèle à l'observation d'un accouchement [Louise¹⁵]).

Le cas de Caroline (ACN9) est particulièrement révélateur de ce climat. Souhaitant un accouchement vaginal après deux césariennes antérieures (AVAC¹⁶), cette jeune mère de 24 ans entreprend des recherches qui la confortent dans la légitimité de son désir. Son parcours, décrit comme une « course à obstacles » (« je me rends compte que les démarches pour avoir mon AVAC ont été plus pénibles que mon accouchement! » [ACN9, p. 132-133]), témoigne de la résistance du corps médical face à un tel choix, laquelle se traduit par de la culpabilisation et des menaces à son endroit :

Quand j'en ai reparlé avec le gynéco fin juillet, il m'a clairement dit qu'il était hors de question qu'il pratique un accouchement sur un utérus cicatrisé deux fois. Quand j'ai insisté à nouveau, il m'a dit qu'en accouchant je risquais ma vie et celle de mon bébé, et qu'il devrait peut-être m'enlever mon utérus. Je ne crois vraiment pas à ce genre de conneries... Oui, c'est possible que ça arrive, mais c'est un peu comme prendre l'avion... Il y en a parfois qui tombent et font plein de morts, mais il y en a des centaines, voire des milliers dans le monde qui décollent chaque jour et atterrissent sans problème...

Quand j'ai insisté davantage, il m'a répondu que, si je continuais, il me ferait voir par un psy pour qu'il me remette les idées en place sur ce qui est vraiment important dans la vie et ce qui ne l'est pas... Il m'a aussi dit que je réagissais comme une enfant, que je

¹³ Voir la revue de littérature de Vadeboncoeur (2011) à ce sujet, ainsi que le chap. 8 : « Rights », dans Block (2007).

¹⁴ Voir par ex. le cas analysé ici (Newman, 2010 : « Does Refusing a C-Section = Child Abuse? »), où les services sociaux ont retiré aux parents la garde de leur nouveau-né dès la naissance parce que la mère avait refusé de signer un consentement *préalable* à subir une césarienne (qui ne s'est pas avérée nécessaire).

¹⁵ Les prénoms associés aux sources « HV » et « MH » sont tous fictifs. Notons au passage que les deux études auxquelles réfèrent ces codes ont répondu à toutes les exigences éthiques normalement imposées aux recherches portant sur des sujets humains.

¹⁶ J'approfondirai le cas particulier de l'AVAC un peu plus loin.

devrais me conduire comme une adulte puisque j'aurai à m'occuper d'un enfant bientôt¹⁷... Je n'ai vraiment pas apprécié. (p. 125)

Rares sont les femmes qui le font, mais Caroline prend donc la décision de changer d'équipe soignante et de se diriger vers un hôpital aux pratiques plus ouvertes. Néanmoins, au moment d'accoucher, elle se heurte à une infirmière qui veut lui imposer l'habituel protocole de « gestion active », une marche à suivre divergente de celle décidée avec sa gynécologue (laquelle n'est pas de garde) :

Je dis ça parce que l'infirmière voulait, dès mon arrivée, me brancher sur le Pitocin. Or, ce n'était pas ce qui avait été convenu avec la gynécologue. De plus, le Pitocin fait augmenter légèrement le risque de rupture [utérine], alors je ne voulais pas prendre ce risque et préférais que les membranes soient rompues dans l'espoir de faire débiter les contractions et aller marcher ensuite pour les faire augmenter. Je suis contente d'avoir insisté pour que ce soit cette façon de faire qui ait été préconisée et ç'a très bien marché, au grand désespoir de l'infirmière qui voulait tant me mettre sur le Pitocin.

Son attitude m'a grandement déçue et elle fait l'objet d'une plainte, puisque ses propos étaient tout à fait déplacés : elle a remis en question mon choix de vouloir un AVAC après deux césariennes, me disant que c'était beaucoup trop risqué pour moi et le bébé, et elle a fini son discours « plate » en me disant de me préparer quand même pour une césarienne, vu qu'il y avait de fortes chances que ça ne fonctionne pas puisqu'on avait « évalué » une disproportion céphalopelvienne pour mes deux premiers bébés... (p. 131-132)

Avec la réussite de son AVAC, Caroline découvre que le diagnostic de DCP ayant conduit à ses deux premières césariennes était erroné :

Et dire qu'un médecin m'a déjà dit qu'aucun bébé de plus de 8 livres ne passerait dans mon bassin (premier bébé de 8 livres 7 onces et deuxième, 8 livres 10 onces) et que le médecin qui m'a suivie en début de grossesse me disait que mon utérus allait exploser, que j'allais mourir et mon bébé aussi... Rien de tout ça n'a été vrai... [...]

Ce qui me rend triste dans tout ça, c'est que ma réussite démontre que les gynécos de LaSalle avaient raison et moi aussi : les deux premières césariennes ont été faites pour rien, parce que les médecins étaient trop pressés de me faire pousser alors que le bébé n'était pas prêt et que je n'en ressentais pas le besoin. C'est ce qui m'attriste le plus, mais je ne peux rien y changer. Seulement, je sais que les prochaines grossesses et surtout les prochains accouchements seront vraiment plus satisfaisants que les deux

¹⁷ Ce qui est particulièrement cruel de l'attitude du gynécologue dans cette histoire est que les deux premiers enfants de Caroline sont décédés dans un accident de la route (d'après communication personnelle par courriel avec l'auteure, le 11 oct. 2004).

césariennes que j'ai eues dans le passé et ça me rassure de savoir que la nature ne m'a pas faite différente des autres femmes. (p. 130-131)

Une telle victoire, difficilement accessible aux femmes qui ne s'engagent pas dans une lutte, a eu un impact profond sur Caroline :

Lorsque je raconte que j'ai réussi un AVAC après deux césariennes, plusieurs personnes sont fières et contentes, mais en même temps, plusieurs femmes se demandent comment j'ai pu avoir l'autorisation de l'essayer alors qu'elles n'ont jamais rencontré de médecins qui aient voulu.

Je suis contente d'avoir réussi et c'est certain que ça affecte plein de choses dans ma vie. Avec une césarienne, je n'aurais pas allaité. Je n'aurais pas été aussi proche de mon bébé et c'est certain que je n'aurais eu qu'une autre grossesse après celle-ci... Maintenant, tout est possible, je sais que je peux accoucher et j'en suis vraiment contente! [...]

J'ai beaucoup appris sur moi-même à travers cette grossesse et à travers l'accouchement. Je me suis découvert une détermination à toute épreuve, une confiance en moi, une nouvelle vision des épreuves que la vie nous donne, même si on n'en reconnaît pas le sens sur le coup, une force intérieure insoupçonnée, une capacité de dépassement de moi-même plus qu'impressionnante. (p. 130-131)

Outre le fait qu'on tient les femmes pour seules responsables de la santé et de la sécurité de l'enfant à naître, il est malvenu (comme on vient de le voir) de discuter un avis médical aussi parce que la discipline de l'obstétrique est revêtue d'une assurance salvatrice, en même temps qu'elle s'est acquis auprès du public une confiance et un respect quasi inébranlables : grâce à elle, les mères et les bébés survivraient à l'épreuve de la naissance de nos jours (une construction discutée au chap. II, section 2.5), du moins dans les pays économiquement avantagés. Il n'est pas question ici de préjuger de l'attitude individuelle des médecins elles-mêmes et eux-mêmes (ni des sages-femmes d'ailleurs, qui n'échappent pas au rôle que la culture confère aux personnes à qui l'on confie la responsabilité de l'accouchement, même si, actuellement, ces dernières ont la charge de refaire la preuve – cette fois avec le langage et les moyens de la médecine – de leur compétence en ce domaine; et en ce sens, leur autorité est moindre), car on retrouve en leurs rangs une infinie variété d'approches à l'égard des femmes enceintes et des parturientes. Quoi qu'il en soit, même la plus libérale et respectueuse des médecins accoucheuses est implicitement investie, par le crédit que la société accorde à ce statut et à cette formation, d'un pouvoir et d'un ascendant considérables sur les femmes.

Je solliciterai ici deux cas qui, en les mettant en contraste, font bien ressortir la dynamique patiente-soignant-e et la modélisation comportementale des femmes devant l'autorité dont sont revêtus les intervenants-es en obstétrique. D'un côté, l'exemple de Marie-Claude :

Moi, j'ai peur. Je pense à ce qu'on m'a déjà dit; même avec l'anesthésie péridurale, on est supposé [sic] sentir le bébé passer. C'est le moment qui me fait le plus peur. Je parle aussi avec l'infirmière en lui disant que je ne veux pas qu'on me dise si on doit me faire une épisiotomie ou autre chose dans le genre, je veux aussi qu'on cache le miroir, je ne veux rien voir. Le médecin arrive, je lui répète tout ce que je viens de dire à l'infirmière, il me répond que c'est mon accouchement et que c'est moi qui décide. Je me sens maître de la situation, j'aime beaucoup l'attitude du médecin. (N32, p. 135-136 [Marie-Claude, Dolbeau-Mistassini, 2002])

Cet exemple très paradoxal est la seule occurrence du recueil *Naissances* où l'on rapporte de la bouche d'un médecin : « C'est ton accouchement, c'est toi qui décides ». Or, cet acquiescement clair est en réalité une adhésion à l'adoption d'un comportement soumis et à l'absence de décision, alors que la mère se remet entièrement et surtout *aveuglément* entre les mains de l'intervenant. À l'opposé, l'expérience de Judith (MH5) montre à quel point il peut être malvenu de vouloir se poser comme sujet pensant et concerné :

Je trouvais que ç'avait pas de bon sens, on est comme des animaux dans une cage, là, puis *tu vas faire ce qu'on te dit, parce que t'es à l'hôpital, point*. [...] Arrivée à l'hôpital, c'est comme si on est un objet, puis n'importe qui peut arriver, faire n'importe quoi sur toi sans t'expliquer rien. Je veux dire : même pour la péridurale, pour la césarienne, j'ai eu à signer aucun consentement, rien. En tout cas, je ne m'en souviens pas. Je ne m'en souviens pas puis j'ai demandé à mon conjoint puis lui, il n'a pas vu rien. Donc je ne pense pas que j'aie été consultée pour rien. Puis le médecin qui a fait ma césarienne, il ne s'est jamais présenté, il n'est jamais venu me revoir par la suite, même quand j'étais dans ma chambre après l'accouchement. (MH5, entrevue)

Cette femme, qui, à l'époque, complétait une maîtrise sur les risques obstétricaux, se sent victime de discrimination à l'hôpital, d'une part, pour avoir opté pour les services sage-femme (« moi je pense vraiment que c'est leur attitude envers les clientes d'une maison de naissance. Parce qu'ils savent qu'on est des gens qui vont préférer ne pas aller voir le médecin, puis s'arranger par nous-mêmes » [*ibid.*]) et, d'autre part, parce qu'elle pose trop de questions. Ses questions précises et insistantes, par exemple, au moment d'installer la péridurale ou pendant la chirurgie, restent sans réponse, choquent même :

Mais j'ai posé des questions, souvent, puis il y en a un d'ailleurs, il m'a regardée puis il ne m'a même pas répondu, il a continué à faire ce qu'il faisait. [...] À un moment donné, il m'injectait, il m'injectait de la péridurale, puis j'ai demandé : « c'est quoi la péridurale que vous m'injectez? – De la péridurale. » Mais j'ai dit « oui, mais c'est quoi? » Puis il n'a jamais voulu me dire quelle sorte de péridurale il donnait. Tsé, je suis un anesthésiste, toi t'es pas anesthésiste, tu ne connais rien. C'est un peu ça qu'il me disait sans me le dire, là. Bien à quelle dose? Tsé? Parce que je voulais savoir, je veux dire, on sait qu'après une certaine dose, les conséquences puis, même chose au niveau des ocytociques, quel genre d'ocytociques, c'est quoi la, c'est quoi les solutions que vous donnez? J'étais curieuse aussi, je veux dire, ils jouent avec nous, il faut bien savoir ce qu'ils sont en train de faire. Puis c'était juste poser des questions, c'était pas, bien c'est ça que j'ai demandé à ma sage-femme, j'ai dit : « est-ce que quand je posais des questions j'étais pas correcte avec eux » puis elle a dit : « pas du tout ». Puis même elle, elle ne posait pas de questions, parce qu'elle savait que c'était pour choquer les médecins. [...] Bien, je me souviens pendant mon accouchement [césarienne], j'ai regardé la sage-femme, puis j'y ai dit : « pourquoi est-ce qu'ils ne nous répondent pas? » Puis elle m'a regardée avec un sourire un peu, c'est comme si elle ne voulait pas répondre, parce que les médecins allaient entendre, là. Mais, tsé, elle me souriait en voulant dire « tsé, ne pose pas cette question-là ». (*ibid.*)

Le même scénario se poursuit après l'opération, cette fois avec les infirmières :

Écoute, à l'hôpital, je veux dire on vient me voir pour me demander : « est-ce que t'as eu des gaz aujourd'hui? », je réponds oui ou non puis ils s'en vont. Ils ne viennent même pas m'expliquer pourquoi ils me posent cette question-là. Qu'est-ce que la césarienne a fait à mon métabolisme, qu'est-ce qui est normal, qu'est-ce qui n'est pas normal? Ils venaient me donner des pilules, ils ne me disaient même pas pourquoi, ils me disaient : « tiens, il faut que tu prennes ça ». Bien là, je leur demandais : « bien, c'est quoi? », puis ils avaient l'air choqué que je leur demande c'est quoi. Ça ne leur tentait pas de m'expliquer. C'était vraiment, là j'ai dit : « bien, je ne prends pas n'importe quoi là, c'est quoi? » Là, l'infirmière m'a dit : « Penses-tu qu'on t'amène du poison? T'es dans un hôpital. » Bien, je dis : « Je ne pense pas que tu m'amènes du poison, mais j'ai le droit de savoir qu'est-ce que vous me donnez. » (*ibid.*)

Contrairement à Judith, qui ose, à tout le moins, prendre la parole, ce que les femmes ne disent pas ou n'osent pas dire dans le cours de leur accouchement, ou lorsqu'une décision d'intervention est prise à laquelle le plus souvent elles acquiescent, elles s'en confient lorsqu'on les y invite ou l'écrivent parfois *a posteriori*. Ces quelques citations de témoignages et d'entrevues en font foi :

- a) Contrairement à ce que j'aurais fait en temps normal, *je ne dis pas un mot* (N26, p. 135 [Caroline, Baie-Comeau])¹⁸;
- b) [E]st-ce que ça aurait fait une différence qu'ils attendent, chacune leur tour [pour m'examiner par un toucher vaginal]? Ça m'achalait, c'était pas évident, là surtout quand ils sont pas certaines, ils vont rentrer assez loin puis ils touchent, mais c'est pas agréable, mais quand même *je me disais « ça fait partie de la game » sinon j'aurais refusé*. On est un peu patiente... (HV12, entrevue postnatale [Manon]);
- c) Le docteur qui m'a inséré le tampon [de prostaglandines], un homme âgé d'une soixantaine d'années, était brusque et m'a fait affreusement mal. J'étais très mal à l'aise. *J'avais l'impression qu'il souillait mon corps en me malmenant de cette manière. Pourtant, par gêne, je n'ai rien dit* (N31, p. 129 [Sophie, Montréal, 2000]);
- d) Je l'ai comme un petit peu [sur le cœur]. [...] Peut-être parce que je faisais complètement confiance au médical, mais peut-être que, c'est parce que *de mon choix personnel à moi, j'aurais aimé mieux pas* avoir de médical [c.-à-d. d'induction] (HV25, entrevue postnatale [Louise]);
- e) *J'aurais pu comme... pas être là ou... en fait être juste une bedaine, là, puis ça aurait fait pareil...* t'sais, elle ne nous parlait pas vraiment, ou elle ne nous expliquait pas ce qui se passait. Puis habituellement quand je veux savoir, t'sais, je vais poser des questions, mais j'étais un peu épuisée entre les poussées, j'aurais aimé ça qu'elle m'explique qu'elle va utiliser la ventouse, puis comment ça fonctionne, puis... les forceps, mais... *j'étais tellement fatiguée que je ne posais pas de questions*, mais j'aurais aimé ça que quelqu'un me dise au fur et à mesure ce qu'on fait (MH1 [Mylène]).

On voit aussi, par la gradation de ces exemples, que les femmes racontent avoir fait l'expérience d'une forme d'infantilisation (« tu vas faire ce qu'on te dit, parce que t'es à l'hôpital ») ou encore d'une réelle réification (« j'aurais pu être une simple bedaine »); elles témoignent de gestes posés sur leur corps comme si ce corps ne leur appartenait pas (« j'aurais aimé qu'on m'explique ce qu'on faisait »), et comme si nulle personne, nul sujet n'habitait ce corps. Une telle désobjectivation de la parturiente (ou culture de désobjectivation) observable dans la relation patiente-soignant-e et de la manière dont les femmes en témoignent rend possible une mise en suspens factuelle des droits civils de la personne de la mère.

Le choix éclairé et les droits des femmes à l'épreuve du modèle obstétrical

Nous le verrons en détail un peu plus loin à l'égard du cas précis de l'induction, la haute occurrence des formules telles que « le médecin décide... », « elle a prévu de... », « il me

¹⁸ À moins d'indication contraire, l'italique dans les citations de ce chapitre signale un soulignement de ma part.

fait... » dans les extraits de témoignages et d'entrevues tirés du corpus étudié atteste de la manière dont les décisions thérapeutiques ou les interventions obstétricales sont présentées aux femmes : rarement comme une option qui leur appartient à elles de retenir ou non. Pourtant, l'un des premiers articles du Code civil du Québec (art. 11) porte sur le consentement aux examens et aux soins : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ». Aucune exclusion ou exception n'est prévue pour le cas précis des femmes enceintes, des parturientes et des accouchées... A fortiori, le texte de la loi-cadre 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q, c. S-4.2 [Québec, 1991b]), ou encore, par exemple, en France, la loi dite « Loi Kouchner » (voir Gamelin-Lavois et Herzog-Evans, 2003) sont formels en cette matière : toute décision thérapeutique, intervention ou geste médical doit recevoir le consentement *libre et éclairé* du patient avant d'être entrepris; la décision quant au risque à prendre *appartient* au patient¹⁹. Parmi les lignes directrices de la Loi 120 (article 3), on peut lire : « 1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert; 2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit; 3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ». Ainsi au Québec, toute thérapeutique médicale proposée doit requérir une adhésion du patient, de la patiente, après une exposition rigoureuse des risques connus de l'intervention (risques généraux : fréquents [$\geq 1\%$] ou graves [décès, invalidité]; et risques aggravés par la condition du patient)²⁰. Prenons simplement l'exemple de l'induction médicale de l'accouchement (qui fera l'objet de la prochaine section du chapitre), l'exposition des risques de cette intervention devrait être présentée à la mère en regard de l'incidence épidémiologique des complications inhérentes à la poursuite de la grossesse. On l'a vu au chapitre précédent, on laisse souvent entendre aux femmes enceintes que le prolongement de la grossesse (que la grossesse suive son cours, en

¹⁹ Aux États-Unis, par contre, il n'existe pas de loi claire limitant les prérogatives des médecins; une loi récente sur les droits des patients n'encadre tout au plus que la relation patient-assureur. D'après l'exposé de Jean-François Leroux, avocat (Cabinet Ménard, Martin, avocats, le principal cabinet spécialisé dans les causes de responsabilité médicale au Québec), dans le cadre de la conférence *Accouchement traumatique : en quête de vérité*, événement public, Montréal, Maison Parent-Roback, 20 mai 2010.

²⁰ Toujours selon l'exposé de Jean-François Leroux, avocat spécialisé en droit de la santé.

fait) est en soi risqué et que l'induction prévient ces risques, comme si cette intervention ne comportait pas de risques connus suffisamment sérieux.

Une autre considération importante quant à la construction de la notion de traitement en médecine s'impose ici pour éclairer la suite du propos de ce chapitre. Prenons le cas aujourd'hui incontournable de la césarienne. Il existe un vieil adage, « césarienne un jour, césarienne toujours », qui a dicté les pratiques en Amérique du Nord en particulier (le cas de l'Europe était différent) jusque dans les années 1980, avec un retour en force depuis le début des années 2000. La formule attribuée à l'obstétricien Edwin Cragin remonte à un article publié en 1916. Remise dans son contexte d'énonciation, la formule de Cragin était un appel au principe de précaution dans le recours à cette opération qu'il qualifiait de « chirurgie obstétricale radicale ». Elle visait clairement à mettre l'accent sur le fait que l'un des risques d'une césarienne primaire était la possible obligation d'y recourir lors des grossesses subséquentes (Flamm, 1997). En même temps, Cragin évoquait de nombreuses exceptions à cette règle. Il est tout à fait fascinant de constater que, de mise en garde à l'origine, cette formule a rapidement pris une valeur normative, ce qui, en clair, équivaut à un retournement complet de sens. Dans un contexte où la crainte des poursuites représente ce qui pèse désormais le plus lourd dans la balance décisionnelle, la formule de Cragin est carrément devenue aujourd'hui une politique dans plusieurs établissements : une politique anti-AVAC (accouchement vaginal après césarienne); *VBAC ban*, en anglais²¹. Une telle équation en faveur de la césarienne itérative est possible dans la mesure où les risques de la césarienne sont la variable aveugle du calcul, c'est-à-dire à laquelle on attribue la valeur zéro. Du reste, cette intervention apparaît devant les tribunaux (qui appuient leurs jugements dans les cas de responsabilité médicale sur le consensus des pairs [*peer review*] et les témoignages d'experts plutôt que sur les données probantes) comme l'étalon de la pratique salvatrice. Ainsi, les dédommagements sont souvent accordés en fonction d'une supposition : le bébé n'aurait pas souffert tel ou tel dommage, condition morbide ou ne serait pas mort-e *si* la césarienne avait été effectuée plus tôt. Étrangement, ce ne sont pas tant – voire pas du tout – les interventions

²¹ Cette situation, dans la perspective des droits reproductifs, préoccupe même aujourd'hui Amnistie Internationale (Meily, 2010, p. 16-17). Une politique anti-AVAC condamne de facto une femme enceinte ayant un historique de césarienne antérieure à subir une chirurgie abdominale majeure, qu'elle le désire ou non.

pratiquées *en amont* (stimulation hormonale du travail, déclenchement, lithotomie imposée, anesthésie, etc.) de l'accident qui sont mises en cause; le jugement s'appuiera sur la non-pratique en temps opportun d'une intervention associée à des taux de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale pourtant non négligeables. Difficile de comprendre comment cet argumentaire est logiquement défendable, sinon qu'il est maintenu par une tradition particulièrement forte dans le domaine biomédical qui place la parole experte au-dessus des données épidémiologiques et de la preuve scientifique.

Voici ce qui se passe, concrètement, lorsqu'une femme désire tenter un AVAC, ou, dans le langage des essais cliniques, une « épreuve du travail » (TOLAC : *Trial of Labor after Cesarean*). On remarquera d'emblée que cette expression est lourdement connotée... au sens où la notion d'échec y est implicite. Elle est d'ailleurs héritée d'un accoucheur français, fondateur de la Société française d'eugénique, de la Société de prophylaxie sanitaire et morale, Adolphe Pinard, promoteur du concept de « puériculture intra-utérine » et instigateur de consultations prénuptiales aux visées eugénistes autour des années 1930. Elle signifie la détermination par l'obstétricien d'une limite temporelle accordée au travail : « l'échec de cette épreuve est sanctionné par la césarienne » (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 135). La survivance de cette notion – bien que limitée désormais à l'AVAC – souligne que le fardeau de la preuve de sa compétence physiologique, et peut-être aussi de sa force de caractère, appartient à la femme lorsqu'il est question d'avoir accès à la permission spéciale de la non-opération une fois stigmatisée par une césarienne primaire. D'ailleurs, on exige des TOLAC, encore plus que des autres accouchements, une conformation au modèle mécaniste de la progression linéaire et constante pour que soit autorisé l'AVAC (Vadeboncœur, 2012). Même en acceptant le contrat ci-après portant sur les risques de l'AVAC (et sur l'AVAC seul), au final, celle qui le tente pourra essayer le refus de l'obstétricien-ne jugeant insatisfaisante sa performance lors de l'« épreuve du travail » ou encore parce que son cas particulier ne répond pas aux critères discrétionnaires posés par tel-le ou tel-le praticien-ne²².

²² Une accompagnante à la naissance québécoise témoignait dans un billet d'humeur du clivage entre le discours et la réalité en ce qui a trait à la « réouverture » à l'accouchement vaginal en cas de présentation du bébé par le siège. Il faut dire qu'une étude de 2000 (Hannah *et al.*) avait sonné le glas à peu près partout dans le monde occidental à l'accouchement vaginal du siège au profit de la césarienne programmée. Quelques années plus tard, il a été démontré que les meilleurs résultats néonataux

Ainsi donc, avant d'entreprendre toute tentative, il est d'ordinaire demandé à la « candidate » de signer un formulaire de consentement éclairé prescrit par les compagnies d'assurance indiquant en gros qu'elle comprend : 1) que l'AVAC comporte un risque de rupture utérine; 2) qu'en cas de rupture utérine, il se peut que les médecins ne disposent pas de suffisamment de temps pour opérer et éviter la mort ou des dommages permanents au cerveau du bébé; 3) que le risque de mort ou de dommages permanents au cerveau du bébé est de 5 % advenant une rupture utérine; et 4) que les risques maternels de la rupture utérine incluent, mais sans s'y limiter : hystérectomie, transfusion sanguine, infection, blessure aux organes internes (vessie, intestins, urètre), problèmes de coagulation sanguine et décès (Vadeboncoeur, 2012). *En contrepartie, les risques de la césarienne itérative par rapport à l'AVAC ne sont pas énumérés (ibid.)* Pourtant, ces risques – dont l'incidence augmente avec le nombre de césariennes pratiquées sur une même femme – non seulement existent, mais ils sont importants (d'après Goer, 2006; et surtout Vadeboncoeur, 2012) : 1) pour la mère : 3 à 11 fois plus de risque de décès; 4 à 5 fois plus de complications graves à court terme : infection grave, arrêt cardiaque, hystérectomie, thromboembolie, embolie pulmonaire, complications

(préliminaires) en faveur de la césarienne dont l'étude avait fait état ne se sont pas traduits à plus long terme. Enfin, en avril 2006, un des chercheurs ayant collaboré à l'étude a disqualifié les premiers résultats en raison de biais méthodologiques importants : il serait donc impossible d'établir des bénéfices statistiquement significatifs à la pratique de la césarienne en cas de présentation du siège (Glezerman, 2006). Dix ans plus tard, ce sont les dommages collatéraux des politiques de césarienne automatique en cas de siège qui sont apparus : enflure des coûts et, surtout, des morts maternelles (Lawson, 2012). Néanmoins, les résistances à autoriser un accouchement vaginal du siège demeurent, tandis que les compétences pour l'assister se sont perdues. De l'avis de cette accompagnante, l'ouverture à l'accouchement vaginal du siège n'est qu'une façade trompeuse; les femmes sont victimes de ce qu'on leur fait miroiter, pour le leur refuser au dernier moment, et ce pour des motifs fumeux. Dans le cas qu'elle relate, le bébé a été déclaré « trop petit » (!) :

J'ai une cliente qui vient de subir une césarienne pour une présentation par le siège [...] Le problème c'est que, depuis 18 mois-1 an, on leur dit que les gynécos ont recommencé à tenter les sièges par voie vaginale quand les conditions sont bonnes (selon internet 80 % des docs de [Hôpital w l'acceptent], tous sauf un à [Hôpital x], la moitié de l'équipe à [Hôpital y], le médecin de famille m'a dit la même chose des gynécos de [Hôpital z]). Mais dans la vraie vie, ça arrive jamais! Une fois en travail, il ne reste que la césarienne possible. Cette fois-ci, le bébé était trop petit (6 l 10 oz moi ça me semble correct et parfaitement placé pour ce que j'en connais). *J'attends la fois où il sera trop moyen.* Des suggestions pour dénoncer cette situation, pour protéger les femmes [...]? Je [vous] dis pas comment c'est facile à gérer à 6 cm [de dilatation, quand on annonce à la femme en travail] : « non, non, on fait pas les sièges ici », alors que le même médecin disait que c'était possible une semaine avant, à la tentative de version! (Mirabelle Lavoie, extrait anonymisé d'un message envoyé à la liste de discussion administrative du Groupe MAMAN [adresse courriel : <CAduGM@groupesyahoo.ca>] : « Rép : [CAduGM] Conférence Enfanter le monde », 28 sept. 2010.) (Je souligne.)

reliées à l'anesthésie; risques de blessure chirurgicale aux organes pelviens; plus long séjour hospitalier, infections, douleur postpartum plus sévère et persistante, réadmission à l'hôpital, difficultés d'allaitement, moindre capacité physique fonctionnelle globale; risques de complications à long terme : problèmes de fertilité, grossesse ectopique (en particulier implantation dans la cicatrice de césarienne), adhérences cicatricielles (douleurs pelviennes, problèmes intestinaux, voire occlusion ou paralysie intestinale); problèmes sérieux lors des grossesses subséquentes (hémorragie nécessitant transfusion, placenta *praevia* [qui recouvre le col utérin], placenta *accreta* [qui envahit le muscle utérin, voire d'autres organes], *abruptio placentae* [détachement du placenta avant la naissance], risque de rupture utérine, séjour maternel aux soins intensifs; 2) pour le bébé : risque de décès accru (même pour les grossesses à faibles risques, lors de la première césarienne, et même en l'absence de complications); incidence augmentée de bébés de faible poids à la naissance ou prématurité; 4 fois plus de problèmes respiratoires, de gravité variée – ces risques sont globalement augmentés selon la précocité de l'intervention (avant 39 SA); risques de coupures; risques de lésions du système nerveux; plus grand risque de souffrir d'asthme et d'allergies; admission en soins néonataux intensifs; contact précoce avec la mère compromis; et lors d'une grossesse postcésarienne, risque accru de malformations, de syndrome de détresse respiratoire néonatale et de décès. À ce schéma de risques, s'ajoutent différents troubles psychologiques maternels, que l'on commence à peine à reconnaître : moindre satisfaction à l'égard de l'expérience de la naissance, fréquence accrue de dépression postnatale (certains désaccords entre les études sur ce point), sentiment de déconnexion et troubles de l'attachement au bébé; moins bonne santé mentale globale ou estime de soi; incidence accrue de symptômes associés au syndrome de stress posttraumatique relié à l'accouchement (notamment Goer, 2006; Odent, 2001a; Reynolds, 1997; Dunn, 2011; Beck *et al.*, 2011; Ford, 2008).

De la même manière, une femme qui, au Québec, désire accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme doit signer un formulaire prescrit par l'Ordre des sages-femmes énonçant qu'elle comprend les risques que cela comporte, alors que les risques associés à l'accouchement en milieu hospitalier n'y sont pas précisés. Pourtant, au nombre des risques plus fréquents à l'hôpital pour les grossesses à faibles risques ayant été identifiés, on compte une plus grande incidence des infections nosocomiales, de l'utilisation des forceps ou de la

ventouse, de l'épisiotomie, de la césarienne (Johnson et Daviss, 2005; Olsen, 1997; Wieggers *et al.*, 1996; Wagner, 2004). Une étude de 1995 ayant passé en revue les données sur 82 000 naissances à domicile aux États-Unis en regard du profil moyen national des naissances durant la période 1989-1991 a montré que les résultats néonataux du groupe des naissances à la maison se comparaient avantageusement au bilan national (Declercq, Paine et Winter, 1995; même constat pour : Johnson et Daviss, 2005; Olsen, 1997; Wieggers *et al.*, 1996). Bref, la norme de pratique obstétricale – préférence pour l'accouchement à l'hôpital, pour la césarienne itérative – est assimilée à un *degré zéro du risque médicolégal*. On le voit bien avec l'exemple du récit de Caroline (ACN9) : le premier gynécologue invoque les pires scénarios uniquement du côté de l'AVAC; les risques de la césarienne sont inexistant dans son discours. Même chose pour l'infirmière le jour de son accouchement. En d'autres termes, on pourrait vraisemblablement parler d'un non-dit culturel qui maintient les femmes enceintes sous une forme à peine voilée de tutelle (la dimension de non-dit vient appuyer ici l'idée qu'il ne faut pas y voir de conspiration ou d'intention délibérée et consciente de la part des médecins et des autres intervenants-es en périnatalité pris individuellement). Dans un contexte où la moitié de l'équation du risque est absente – et la culture entourant la naissance l'autorise –, les « choix » des femmes sont la plupart du temps dirigés.

Alors que l'opposition au modèle de l'hypermédicalisation de l'accouchement se fait de plus en plus loquace et concertée (en témoignent le retentissement des documentaires de Lake et Epstein [2007, 2011] et de Pascali-Bonaro [2008], la diffusion de la pièce *Naissance* de Brody dans le monde depuis 2005, associée à un mouvement nommé BOLD²³, et la création d'associations internationales telles que AFAR, WRA, IMBCO, ENCA), on assiste actuellement au renforcement de cette forme de mise en tutelle des femmes enceintes en regard de la requête grandissante pour l'accès à l'AVAC et à la naissance à domicile, un renforcement qui a tout l'heur, à certains moments, d'un *backlash*. Ainsi, en mars 2010, les *National Institutes of Health* étatsuniennes (NIH) ont émis un nouvel énoncé de principes (*Consensus and State-of-the-Science Statements*) sur l'AVAC qui concluait ainsi :

²³ BOLD, signifiant « Birth on Labor Day », se dit « *a global movement to make maternity care mother-friendly* » (ce qu'on traduit souvent en français par « naissance respectée »). Voir, en ligne : <<http://boldaction.org>>, consulté le 17 oct. 2012.

The data reviewed in this report show that both trial of labor and elective repeat cesarean delivery for a pregnant woman with one prior transverse uterine incision have important risks and benefits and that these risks and benefits differ for the woman and her fetus. This poses a profound ethical dilemma for the woman, as well as her caregivers, because benefit for the woman may come at the price of increased risk for the fetus and vice versa. This conundrum is worsened by the general paucity of high level evidence about both medical and nonmedical factors, which prevents the precise quantification of risks and benefits that might help to make an informed decision about trial of labor compared with elective repeat cesarean delivery. The panel was mindful of these clinical and ethical uncertainties in making the following conclusions and recommendations.²⁴ (NIH, 2010, p. 33)

Pour la première fois en ce qui concerne l'AVAC voyait-on formulée en des termes aussi explicites la dualité entre les intérêts de la mère et ceux du fœtus, envisagée sous la forme d'un *conflit éthique* les opposant l'un-e à l'autre. Et qui, dit-on, fait face à ce « profond dilemme éthique »? La femme et son équipe soignante. Qu'est-ce que cela veut dire en clair pour la femme concernée? À mots à peine couverts : sacrifier ses intérêts au profit de ceux de l'enfant à naître (autrement, ne risque-t-elle pas d'être stigmatisée comme une égoïste? Car quelle mère sacrifierait le bien de son enfant au sien...?). À travers cette logique de la divergence des intérêts, la future mère se trouve confrontée à un faux problème tel qu'on le lui présente (comme dans le cas de Caroline cité juste avant), du genre : risquer de perdre son utérus ou jouer la vie de son bébé. Mais il n'y a qu'une construction langagière – fondée sur la tradition épistémologique du conflit fœtomaternel – pour envisager les choses de manière aussi simpliste et duelle.

Autre point : la conclusion du consensus déclare l'option du TOLAC raisonnable pour les femmes ayant une césarienne antérieure, mais passe sous silence les cas d'accouchements vaginaux après deux césariennes ou plus (AVA2C et +). Cela laisse entendre que, en l'absence d'une preuve scientifique dite solide permettant d'émettre des recommandations claires (« *general paucity of high-level evidence* »), l'approche conservatrice et traditionnelle est à privilégier. En général, lorsqu'on fait référence dans ce type de textes au plus haut degré de preuve scientifique recherché, on parle d'essais cliniques randomisés, ce qui impliquerait pour la question de l'AVAC de distribuer au hasard et à leur insu un échantillon de parturientes volontaires entre un groupe « TOLAC » et un groupe « césarienne itérative ». On

²⁴ Je souligne.

conçoit aisément que trouver cet échantillon de participantes est assez improbable et fort peu éthique²⁵. Quoi qu'il en soit, et malgré le fait établi de l'augmentation exponentielle des risques à chaque césarienne pratiquée sur une même femme, pour les autorités médicales, la césarienne itérative représente l'approche traditionnelle et conservatrice d'ici à ce que l'approche « nouvelle », TOLA2C et +, ait fait ses preuves scientifiques... Comme c'est souvent le cas dans le monde des soins obstétricaux et périnataux (on le verra), la non-intervention (AVAC) doit démontrer un bénéfice certain sur l'intervention (césarienne) avant d'être autorisée et éventuellement faire reculer l'intervention à son profit, alors que l'intervention, elle, s'est imposée historiquement dans les usages sur une simple prémisse (« césarienne un jour, césarienne toujours »), détournée en précepte. De la même manière, on a dû prouver – et la preuve est continuellement à refaire – que « ne pas faire une épisiotomie » ne présente pas de désavantages sur l'épisiotomie prophylactique, alors qu'on n'avait jamais eu à démontrer scientifiquement les avantages prêtés à celle-ci avant d'en généraliser la pratique.

Il est à noter par ailleurs que les NIH sont l'institution gouvernementale américaine de recherche en santé qui avait organisé en 2006 le controversé colloque sur la « césarienne sur demande de la mère » (chap. III). On remarquera le « deux poids, deux mesures » : le choix des femmes, s'il se dirige vers l'intervention chirurgicale, a reçu rapidement l'aval des autorités sanitaires et des associations professionnelles, tandis que, à l'opposé, la demande d'AVAC a été assimilée à un dilemme éthique dont le bébé est susceptible de pâtir. Quant au gain de popularité et de visibilité (documentaires, blogues, témoignages vidéos maison) de l'accouchement à domicile, les associations professionnelles étatsuniennes – ACOG et AMA – ont de la même manière réagi par le renforcement en 2008 et en 2012 de leurs positions officielles le condamnant (Freeze, 2008, p. 91; Chevernak *et al.*, 2012). Comme l'a souligné Freeze, certains groupes de défense de la pratique sage-femme y ont décelé une tentative, s'inscrivant dans une conjoncture politique et législative plus vaste, de rendre illégal voire de

²⁵ Une équipe de recherche australienne avait proposé une telle étude, mais la tentative a échoué. Voir ce commentaire : Melania M. R. Amorim *et al.* (Urban Midwifery Group, Rede de Humanização do Nascimento [ReHuNa], Brazil), « Comment on the article “Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Cæsarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial” », *PLOS Hub for Clinical Trials*, 27 mars 2012 (en ligne : <http://clinicaltrials.ploshubs.org/annotation/listThread.action;jsessionid=C8BDEEA30532B8B40A0CBCC8F9607416?root=6137>), consulté le nov. 2012).

criminaliser directement l'AAD (assimilé à une forme de maltraitance maternelle envers l'enfant) en lieu et place des attaques contre l'ennemie traditionnelle, la sage-femme. D'ailleurs, la dernière opinion clinique en date (Chevernak *et al.*, 2012) n'hésite pas à faire de l'opposition droits des patients-es/responsabilité professionnelle l'enjeu d'une lutte contre les dérives idéologiques dans laquelle les obstétriciens-nes sont investis (s'auto-investissent) du rôle de garde-fou. En fait, les « droits des patients-es » sont carrément assimilés à une rhétorique réductionniste :

Advocacy of planned home birth is a compelling example of what happens when ideology replaces professionally disciplined clinical judgment and policy. We urge obstetricians, other concerned physicians, midwives, and other obstetric providers, and their professional associations to eschew rights-based reductionism in the ethics of planned home birth and replace rights-based reductionism with an ethics based on professional responsibility. (p. 8)

À la suite d'observations directes d'accouchement en milieu hospitalier, la chercheuse Hélène Vadeboncœur (2004a, 2004b) a fait apparaître que, dans la culture obstétricale, on considère qu'une intervention bien expliquée est une intervention nécessairement acceptée. L'explication tiendrait pour un consentement acquis : « on a vu un médecin qui était... un médecin sympathique, et... parce que... il a beaucoup... il nous a beaucoup informés. Il a dit : non, c'est des choses qui arrivent, c'est... *tout le monde se fait provoquer* » (MH4 [Mireille]). À l'évidence, si une affirmation telle qu'« on le fait tout le temps, donc, c'est sécuritaire » constitue une information suffisante, on peut comprendre à quel point l'obtention du consentement libre et éclairé peut poser problème dans la sphère des soins périnataux. Dans un cas comme celui de Mireille, ce médecin que les parents ont trouvé rassurant est venu confirmer au couple l'opinion de leur médecin traitant en faveur d'un déclenchement hâtif de l'accouchement. Cette dernière avait dressé un portrait de tous les risques possibles de la poursuite de grossesse, mais apparemment rien dit sur les risques du déclenchement :

Donc mon médecin m'a dit : il faut absolument qu'on fait la provocation [sic] [...] elle m'a dit que le bébé peut grandir dans l'utérus et il y aura des... il y aura des problèmes et puis il y aura peut-être une césarienne et tout [...] Elle ne me donnait pas beaucoup de temps à la fin. [...] Oui, provocation, parce que vous avez le diabète [gestationnel] et vous risquez ça et vous risquez ça, elle m'a donné tous les malheurs de... [...] elle m'a même pas donné des explications, me soulager... non, non, non, c'était vraiment taf-taf-taf, ça y est, vous vous préparez et vous allez partir à l'hôpital. Elle me donne...

vraiment c'était... c'était noir pour moi, il n'y avait pas des... il n'y avait pas quelque chose de très... elle m'a pas vraiment expliqué (*ibid.*).

Dans ce cas-ci, même si l'induction n'est pas présentée aux parents comme l'une des options d'un choix qu'ils ont à faire, on pourrait prétendre qu'il en va de l'intérêt supérieur de la patiente et de son bébé, bien que les justifications données aux parents pour entreprendre l'intervention demeurent minces. La nécessité absolue de déclencher le travail à DPA + 2 jours en cas de diabète gestationnel (ni pour un diabète maternel avéré de type I ou II) n'est pas pour autant soutenue par les données probantes (rapport bénéfices-risques positif clairement démontré). Qui plus est, la notion même de « diabète gestationnel » en soi – un diabète causé par la grossesse et disparaissant avec elle – est contestée scientifiquement (Lord, 2003; Gamelin-Lavois, 2006a); la construction de cette condition pathologique relèverait d'une incompréhension des changements dans la métabolisation du glucose durant la grossesse (les chartes glycémiques des femmes enceintes étant traditionnellement évaluées en regard de celles des femmes non enceintes²⁶). C'est pourquoi les études recommandent l'abandon des tests de tolérance au glucose, de la mesure du glucose sanguin pendant la grossesse, ainsi que tout dépistage du diabète gestationnel (Enkin *et al.*, 2000²⁷; Frye, 1995, p. 1002-1003). En ce sens, le diabète gestationnel est un bon exemple de ce que j'ai défini comme des « pathologies virtuelles » (St-Amant, 2002), c'est-à-dire de l'ordre des « maladies sans mal », qui appartiennent aux résultats du test diagnostique plutôt qu'à une

²⁶ Il en va de même en ce qui a trait au « manque de fer » habituel chez les femmes enceintes : il ne s'agit pas d'un manque, mais d'une caractéristique de l'hémodilution gravidique qui se produit au bénéfice des échanges sanguins fœtomaternels (GECPC [Enkin *et al.*, 2000]). On a démontré que le taux de fer optimal des femmes enceintes est *inférieur* à celui des femmes non enceintes, associé à un moindre risque de bébé de petit poids et d'accouchement prématuré (Steer *et al.*, 1995). Néanmoins, l'habitude de gérer la grossesse comme une pathologie empêche, semble-t-il, une réelle révision des pratiques; on continue donc de lutter contre un phénomène normal tel celui de l'hémodilution gravidique et à prescrire d'office des suppléments de fer aux femmes enceintes. Un taux d'hémoglobine d'une femme non enceinte (minimum 100) est même un critère pour pouvoir accoucher avec une sage-femme au Québec.

²⁷ Ce diagnostic est clairement mis entre guillemets dans cet ouvrage, le *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (GECPC [Enkin *et al.*, 2000]), découlant de la prestigieuse Cochrane Collaboration et qui compile les résultats de plus de 7 000 des meilleures recherches cliniques publiées dans le monde. Les pratiques citées ici (mesure du glucose, tests de tolérance et dépistage du diabète gestationnel) reçoivent toutes la cote 5 (« *forms of care unlikely to be beneficial* ») dans un classement qui compte 6 niveaux de preuve, la cote 1 correspondant au plus haut niveau (meilleures pratiques démontrées) et la cote 6, au plus bas (moins bonnes pratiques). Michel Odent déclare pour sa part que le diabète gestationnel est un « diagnostic à la recherche d'une maladie » (Gamelin-Lavois, 2006a).

symptomatologie (voir chap. I). En périnatalité, ces syndromes virtuels relèvent de l'appréhension pathogénétique des phénomènes de la naissance. Et bien que virtuels, ils n'en reçoivent pas moins un traitement réel.

Quoi qu'il en soit, si l'on s'en tient aux dispositions de la loi québécoise, qu'il s'agisse de la volonté d'éviter la césarienne itérative, d'attendre le déclenchement spontané de l'accouchement lorsque la grossesse se prolonge au-delà de la limite autorisée, ou encore, comme on vient de le voir, dans le contexte d'un diagnostic de « diabète gestationnel », même la femme la plus au fait des données probantes et de ses droits civils se retrouve dans une situation fort délicate, pratiquement une impasse. Bien que, d'un côté, la décision quant au risque à prendre lui appartienne théoriquement, de l'autre, l'autonomie du praticien n'est pas contraignable : « Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne » (Loi 120, article 6). En même temps, tout établissement doit s'assurer qu'un-e patient-e reçoive les soins que requiert son état si sa vie ou son intégrité est en danger (article 7). Ce qui veut dire : en supposant qu'un-e praticien-ne se trouve inconfortable à assister un accouchement spontané après 42 SA ou un AVAC, il est de son devoir de référer le cas à un établissement qui se chargera de trouver le soignant, la soignante disposée à assurer la poursuite du suivi. Néanmoins, ce qui est refusé à la femme dans les cas évoqués ici est *l'option de la non-intervention* : un AVAC, c'est *la non-pratique d'une césarienne itérative*; la poursuite de la grossesse au-delà de 42 SA est *la non-pratique d'un déclenchement médical*. Or, ces non-interventions ont pris avec le temps une valeur de traitement en soi : on « pratique » l'AVAC; on « pratique » l'accouchement spontané. C'est d'ailleurs énoncé dans la Loi sur les sages-femmes du Québec : la nomenclature des actes sage-femme réservés contient « pratiquer l'accouchement spontané », au même titre que « procéder à une épisiotomie », « prescrire des examens diagnostics » ou « effectuer la réparation de déchirures périnéales »... Cet étrange « acte professionnel²⁸ » – aussi censé que

²⁸ Cette idée que **l'accouchement** peut être **assimilé à un « acte professionnel réservé »** risque d'avoir de fâcheuses répercussions sur les droits des femmes. Si elle n'a pas fait sourciller grand monde jusqu'à tout récemment, certains événements sont en passe de changer radicalement les choses. À ce sujet, il me faut signaler un enchaînement inquiétant de faits survenus au Québec ces dernières années.

Ainsi, en avril 2011, pour la toute première fois, les textes de la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9 [Québec, 1973a]), *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.R.Q., c. I-8 [Québec, 1973b]), de même

que de la *Loi sur les sages-femmes* (L.R.Q., c. S-0.1 [Québec, 1999]), contenant des dispositions relatives à l'accouchement en termes d'actes réservés ont été sollicités par un haut fonctionnaire de la province – le Directeur de l'État civil – pour servir dans sa directive CCQ 111-1 du 4 avril 2011 en cas d'« Absence d'un constat de naissance dressé par un médecin ou une sage-femme » (Québec, DEC, 2011a) une interprétation limitative du terme « accoucheur » apparaissant dans le Code civil du Québec, cette personne qui, aux fins de l'inscription au registre de l'État civil, « dresse le constat de naissance » (articles 111 et 112).

Alors que le terme accoucheur a historiquement été interprété de façon large (« le médecin, l'infirmière, la sage-femme ou toute autre personne qui assiste la mère lors de l'accouchement » [tel que le formulait le site Web d'*Éducaloi*, en date du 16 avril 2004 [http://www.educaloi.qc.ca/LVD_Loi/F01A_Capsules/index.php3?no=55]], ou encore l'agente d'information du Directeur de l'État civil, Maude Laflamme (communication par courriel adressée à Bernadette Thibaudeau, présidente du Groupe MAMAN, le 16 nov. 2005)], il est maintenant restreint aux seuls médecins et sages-femmes (et exceptionnellement aux infirmiers-ères). **L'argumentaire** de Petya Payanatova, agente de recherche en droit pour le Directeur de l'État civil, **exprime de façon explicite et**, j'insiste là-dessus, **pour la première fois que l'accouchement n'est pas une fonction physiologique unique et exclusive au corps féminin, mais un acte professionnel réservé :**

À la lecture de ces textes législatifs, nous pouvons constater que l'accouchement est un acte médical réservé aux seuls médecins; les sages-femmes à certaines conditions, et dans certains cas très spécifiques, les infirmières spécialisées en soins de première ligne peuvent le pratiquer également. Le terme « accoucheur » employé par le Code civil du Québec réfère donc nécessairement à ces professionnels de la santé exclusivement. Pour cette raison, selon la loi, le constat de naissance ne peut être dressé que par l'un de ces professionnels. (Extrait d'une réponse par lettre à une demande d'information de Nathalie Beaulieu, datée du 21 juin 2011, retranscrite par courriel; communication personnelle, le 25 juin 2011).

Madame Payatanova ajoute que cette règle est appliquée depuis le 1^{er} janv. 1994, date d'institution du Directeur de l'État civil, et qu'il n'y a jamais eu de changement d'interprétation, ce qui est faux en regard des preuves antérieures précédemment citées.

À la suite de nombreuses pressions citoyennes et de groupes de défense des droits des femmes, la directive CCQ 111-1 a été sommairement révisée et assouplie en sept. 2011 (Québec, DEC, 2011b), mais elle conserve l'interprétation limitative de la notion d'« accoucheur ». Une telle interprétation de l'accouchement en tant qu'acte réservé, si elle n'est pas rapidement combattue par les groupes de défense des droits des femmes, servira à moyen terme à condamner les femmes elles-mêmes de pratique illégale pour avoir accouché seule ou sans professionnel-le autorisé-e à poser l'acte en question, grevant encore un peu plus, avec toutes les manœuvres législatives pour doter le fœtus de droits civils (on dénombre 45 motions et projets de loi privés déposés devant le parlement canadien entre 1987 et 2012 [voir cette page de la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada [en ligne : <http://www.arcc-cdac.ca/presentations/anti-bills.html>]]), le principe du droit des femmes à la libre disposition de leur corps, surtout dans le contexte où, dans toute l'Amérique du Nord, le conservatisme religieux et le contrôle sociosanitaire limitent de plus en plus les libertés individuelles, et a fortiori celles des femmes. À preuve, l'émergence du phénomène de « **criminalisation de la grossesse** » : ainsi, aux États-Unis, **de plus en plus femmes enceintes sont détenues au seul motif identifiable de leur grossesse**, afin de leur imposer un traitement médical. (Pour plus d'informations sur le phénomène de « criminalisation de la grossesse », on consultera le site de l'organisme de défense des droits des femmes basé à New York *National Advocates for Pregnant Women* [NAPW], en ligne : <http://advocatesforpregnantwomen.org>.) Notons que 38 États des États-Unis sur 50 se sont à ce jour dotés de dispositions que l'on peut regrouper sous le terme de *Personhood Amendment* ou *Fetal Homicide Laws* visant à conférer une personnalité juridique au fœtus et permettant désormais de porter des **accusations pour « interruption de grossesse illicite » (de nombreux cas l'attestent) lorsqu'on**

le serait, par exemple, la proposition d'« effectuer la digestion spontanée sur un tiers » – apparaît tout de même dans d'autres réglementations de la pratique des sages-femmes ailleurs dans le monde, mais est notamment absent de la loi manitobaine²⁹. Qu'une telle *agentification* d'un réflexe physiologique (pratiquer l'accouchement spontané) ou d'un non-acte (pratiquer l'AVAC, pratiquer un accouchement au-delà de 42 SA) soit possible pour la cognition obstétricale, cela se comprend encore mieux si l'on considère que, de la même manière et bien plus largement, le *primum non nocere* hippocratique est aujourd'hui littéralement interprétable à contresens : non intervenir peut nuire. Pourtant, d'un point de vue logique, seule une intervention peut nuire, et pas une « non-intervention ». Peut-être, faut-il le rappeler, non intervenir ne veut pas dire que les événements ne pourraient mal tourner en l'absence d'intervention; cela signifie strictement que, pour qu'il y ait nuisance, l'acte thérapeutique (geste ou médication) est logiquement nécessaire. Téléologiquement toujours positif – comme si l'intention tenait lieu de résultat –, l'agir médical fait du *dé-faut* d'intervention une *faute* et met la logique à mal.

Paradoxalement, en même temps que l'on agentifie d'une part une fonction du corps féminin et d'autre part le non-agir médical, on *objectifie* les interventions obstétricales, comme s'il s'agissait de phénomènes naturels. Je m'explique. Lorsque, par exemple, on procède à une étude randomisée destinée à évaluer la performance de telle ou telle méthode de déclenchement (le rapport de l'INESSS [2012] constitue une excellente illustration d'un compte-rendu très élaboré de la recherche en ce domaine) comparée aux résultats obtenus en suivant l'approche dite « attentiste » ou « expectative », l'un des paramètres incontournables de la comparaison est le « risque de subir une césarienne ». Or, la construction rationnelle de ces essais cliniques (innombrables d'ailleurs) fait de la césarienne un risque objectif, au même titre qu'être victime de la foudre, d'un accident quelconque ou d'une maladie, plutôt qu'une intervention humaine soumise à un processus décisionnel éminemment subjectif (on

considère louches les conditions d'une fausse-couche. Il ne faut pas sous-estimer la menace tangible que représente – pour toutes les femmes – ce type d'atteintes au droit à l'avortement. (Pour la liste des lois d'État contre l'« homicide fœtal », on consultera cette page du site de la *National Conference of State Legislatures*: <<http://www.ncsl.org/issues-research/health/fetal-homicide-state-laws.aspx>>).

Sauf mention contraire, tous les liens donnés dans cette note ont été consultés le 17 oct. 2012.

²⁹ Voir le *Manifeste sur les droits des femmes à l'égard de leur maternité*, section « La liberté de choix compromise par les lois professionnelles » (Groupe MAMAN, 2008, p. 3-5).

l'a vu), à une conjoncture médico-légale complexe et à des intérêts multiples qui n'ont rien à voir avec la nécessité clinique « absolue » de l'opération – si tant est qu'on puisse parler d'absolu en cette matière. Il me semble que les paramètres des études cliniques obstétricales – sinon médicales – devraient être réexaminés à l'issue d'un vaste processus de revalidation où les raccourcis commodes qu'autorisent ce genre de tâches aveugles seraient évités, sinon énoncés, problématisés. La scientificité en reprendrait du galon... et le clinicien, la clinicienne pourrait s'ouvrir, (re)commencer à *voir* les solutions adaptatives dont chaque nouvelle naissance est l'occasion, recommencer à *comprendre* l'économie propre (cette efficacité éthobiologique dont la structuration de notre mode de pensée lui a fait perdre la mesure) d'un processus stabilisé par l'évolution. Du reste, on sait que la façon d'articuler le problème détermine en soi la nature de la réponse qu'on veut obtenir : dans le cas des études données ici en exemple, on cherche en réalité à établir quelle méthode de déclenchement (ou l'absence de déclenchement) est préférable à satisfaire les attentes quant au déroulement du travail tel que cette satisfaction freinera la décision du praticien/de la praticienne de procéder à une césarienne (la formulation de l'hypothèse disqualifie déjà l'approche expectative).

Le cas de Mireille (l'avis d'une première médecin confirmé par un second, qui se fait rassurant) exemplifie bien cette prémisse de la *non-intervention comme nuisance*, rendant ainsi possible de passer outre à une exposition rigoureuse des risques connus de l'intervention. Il est important de le souligner, ce n'est pas tant la mauvaise foi ou une mauvaise intention des soignants-es qui est à mettre cause, mais plutôt le fait que l'intervention obstétricale – mieux vaut intervenir que d'attendre le déclenchement spontané – a fini par être naturalisée.

Nous allons maintenant examiner comment cette prédilection culturelle pour une intervention obstétricale préventive (ici l'induction en l'absence de signe d'appel autre qu'une date prévue d'accouchement), envisagée dans le dessein de l'évitement des périls intrinsèques au phénomène naissance, détermine la nature de l'expérience d'enfantement à laquelle les femmes ont accès, ou, en d'autres mots, comment certaines constructions propres aux pratiques obstétricales contemporaines formatent cette expérience. Cependant, si la prémisse de toute thérapeutique médicale doit être le meilleur intérêt du patient, de la patiente, le cas

de l'induction est problématique, car il s'agit bien souvent d'une intervention mise au service de l'organisation.

4.3 *L'induction : figure imposée*

Comme on l'a vu au chapitre précédent, lorsque le seul retard ou l'imminence de la « date prévue d'accouchement » (DPA) est invoqué pour entreprendre un déclenchement, le motif réel en est souvent un de convenance pour le praticien ou la praticienne et l'organisation des services. En entrevue, des infirmières attestent l'augmentation constante des inductions dans leur service et de la surcharge de travail qui en découle pour elles, ce qui a pour conséquence de diminuer le temps qu'elles peuvent consacrer à l'accompagnement de chaque patiente :

Elle me dit que le Dr L. songerait à hausser le nombre d'inductions à trois par jour. Elle est contre l'idée (et n'aime pas beaucoup ces inductions), ajoutant que ça prend plus d'effectifs pour les inductions. Elle dit aussi qu'il y a trop d'épidurales, et qu'au début il n'y en avait pas [beaucoup] ici (pas juste un manque d'anesthésistes, mais un choix) – que c'est plus médicalisé qu'avant ici, que ça démotive des infirmières. [...] Elle me parle de l'épuisement du personnel infirmier et qu'il est question de couper encore dans les ressources (HV25, propos rapportés de l'infirmière Caroline, tenus au cours d'une observation d'accouchement).

Cette autre infirmière affirme avoir changé de lieu de travail précisément pour la raison de la multiplication des inductions :

Comprends-tu, il y avait quand même beaucoup de gynécologues, il y avait aussi des omnipraticiens, mais de *plus en plus*, ils induisaient les accouchements, il fallait que ça se passe pratiquement avant 4 heures de l'après-midi. C'était des inductions poussées beaucoup, et naturellement avec de plus en plus d'interventions [elle parle du centre hospitalier qu'elle a quitté pour venir ici]. [...] C'est fort, même au niveau des inductions, tu sais, là, *la pression pour que les patientes accouchent*. (*ibid.*, entrevue, même observation d'accouchement)

Bien qu'efficaces d'un point de vue managérial, les inductions qui se multiplient ajoutent encore plus de pression sur un système hospitalier déjà à court de ressources, pression qui retombe en bonne partie sur le dos des infirmières. Dans le contexte d'une « crise des maternités » au Québec³⁰ comme ailleurs, l'augmentation générale des coûts des soins de

³⁰ Comme le Québec connaîtrait un « mini baby-boom » (en réalité, le taux de natalité augmente depuis 6 ans, mais la tendance néanmoins ralentit, l'indice de fécondité s'étant stabilisé à 1,73 enfant par femmes depuis 2009), le sujet de la pénurie des gynécologues-obstétriciens-nes, des médecins de

santé à laquelle contribuent significativement les inductions engendre en retour des compressions : personnel surchargé, moins de temps accordé au suivi de chaque femme enceinte, soutien postnatal minimaliste (un secteur de services à peu près inexistant, mais où les besoins sont pourtant criants). De plus en plus, on voit défendre une solution gestionnaire à cette crise : la programmation totale des accouchements par l'universalisation de la césarienne dite « élective » (c'est-à-dire, en français : sans raison médicale)³¹, une réponse technique à un problème généré par la technique. Mais qu'en est-il de la demande des femmes...? Le problème est pris à l'envers : lorsque l'induction n'est pas une nécessité médicale – d'autant que la procédure coûte très cher –, pourquoi privilégier le déclenchement? Du reste, mon propos n'est pas de suggérer des solutions pour améliorer les services périnataux, mais de mettre en lumière pour la décoder cette logique qui fait en sorte que l'induction soit devenue à ce point incontournable, ce à quoi je m'attarderai maintenant.

L'analyse d'extraits présentée dans ce chapitre a pour but de dégager et d'examiner ce que j'appelle des « scénarios obstétricaux », c'est-à-dire les modalités de la prise en charge médicale de la naissance qui s'opère en fonction à la fois d'une « mise en incapacitation » du

famille accoucheurs, accoucheuses et de l'accès restreint aux services sages-femmes a fait couler beaucoup d'encre dans les médias en 2010 et 2011. En raison du manque de maisons de naissance, seule porte d'accès à leurs services dans le cadre légal québécois actuel, plusieurs sages-femmes diplômées ces dernières années du baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR étaient en chômage jusqu'à tout récemment, d'autres n'avaient accès qu'à des postes à temps partiel. Les CSSS responsables des maisons de naissance déjà ouvertes n'allouaient pas les sommes nécessaires à leur embauche, ne disposant pas de nouveaux fonds dédiés à cette fin (il leur appartenait de trouver 50 % du financement selon les règles en vigueur). Répondant aux actions soutenues du milieu de la périnatalité et des nombreux groupes citoyens réclamant l'accès aux services sage-femme sur tout le territoire de la province, le ministre de la Santé alors en poste, Yves Bolduc, a fini par rectifier la situation en mai 2011 en assurant que le financement des nouvelles de maisons de naissance et des nouveaux postes de sages-femmes allait dorénavant venir de son ministère.

Sur ces questions, quelques références tirées d'une revue de presse de l'année 2010-2011 : Ariane Lacoursière, « Série La Crise du baby-boom : Accoucher dans un placard; Recherche obstétricien désespérément; Maisons de naissance recherchées », *La Presse*, Actualités, p. A2 et A3, 4 nov. 2010; p. A12, 5 nov. 2010; *id.*, « Diplômées sans emploi : Des étudiantes en pratique sage-femme réclament la création de maisons de naissance », *loc. cit.*, p. A8, 28 janv. 2011; Marco Bélair-Cirini, « Institut de la statistique du Québec – Encore plus de femmes ont donné naissance », *Le Devoir*, Actualités, p. A5, 7 avril 2010; Jocelyne Richer, « Le ministre Bolduc revoit le mode de financement des maisons de naissance », *La Presse*, Actualités, 5 mai 2011 (en ligne : <<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201105/05/01-4396655-le-ministre-bolduc-revoit-le-mode-de-financement-des-maisons-de-naissance.php>>, consulté le 4 févr. 2012).

³¹ Voir Martin (2010), p. 131; revoir aussi le chap. II.

corps féminin – qui s’est développée, on l’a vu, sur quelques centaines d’années, et s’est radicalisée à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle – et de la construction culturelle de la performance obstétricale investie d’agir ce corps, et tel que cette prise en charge et cette construction peuvent être envisagées comme l’effet de la mise en acte de narrations, de récits préexistants. Les éléments de ces constructions narratives correspondent aux divers temps forts (moments charnières) de la performativité obstétricale qui s’est installée et a trouvé validation au fil des siècles. Les extraits convoqués ici permettront maintenant d’observer comment se joue l’intersection entre le « corps parturient » (c’est-à-dire la femme souvent réduite à ce corps) et l’institution médicale et ses acteurs et actrices, en mettant l’accent sur les récurrences narratives performant à la fois le corps de la femme enceinte, accouchante ou accouchée et les comportements attendus ou adoptés par celle-ci dans le cadre de la relation patiente-soignant-e dans l’arène obstétricale.

L’injonction à l’induction : le scénario de la « date prévue d’accouchement »

On a décrit au chapitre précédent la place prépondérante et l’importance grandissante accordées à l’établissement d’une date de terme dans les suivis de grossesse. On a aussi pu apprécier, à partir des données sur les pratiques d’induction et les tentatives actives d’auto-induction, la mesure de la pression croissante qui s’exerce sur les femmes dès que la durée de leur gestation tend à dépasser celle de la moyenne statistique, la DPA s’étant vue dotée d’une signification de date butoir. Il y a pourtant une ou deux générations à peine, les femmes comptaient encore leur grossesse en mois, non en semaines et en jours. À cet égard, j’ai antérieurement mis en lumière le fait qu’il est bien difficile de prétendre à une telle précision de datation (car ni les moyens technologiques dont on dispose ni les méthodes de calculs employés ne l’autorisent), pas plus qu’elle n’est nécessaire si l’on admet que la durée de la gestation est différente pour chaque femme et spécifique à chaque bébé. Que la compréhension consciente du caractère théorique et vague de la DPA ne fasse pas de doute dans l’esprit de plusieurs médecins, l’adhésion formelle à *l’idée de la DPA* et à l’établissement de la durée gestationnelle fait néanmoins consensus dans la communauté obstétricale et soutient une grande proportion des décisions thérapeutiques. De surcroît, la datation gestationnelle constitue un paramètre indispensable à toute étude clinique portant sur la grossesse et l’accouchement. On a d’ailleurs pu constater à quel point les médecins sont

généralement inconfortables devant une grossesse qui se prolonge, surévaluant les risques de la postmaturité. Transparaît ici l'idée tenace selon laquelle le bébé souffrira éventuellement de carences, car le corps maternel et le placenta failliront à leur tâche d'alimentation, ou que le bébé aura trop grandi et grossi et se retrouvera prisonnier-ère d'une enceinte maternelle exigüe, rendant alors la césarienne nécessaire. Cette appréhension est si forte et désormais si solidement ancrée qu'elle explique à elle seule que des procédures d'induction mécanique ou chimique ou qu'une méthode non médicale de déclenchement soient envisagées environ une fois sur deux.

Le corpus de l'étude CRI-VIFF-RNR s'avère une documentation précieuse pour apprécier certains usages ayant cours dans le domaine des soins de santé maternels. Les exemples qui suivent donnent un aperçu de la fréquence des décisions – et, qui plus est, des *intentions* – médicales d'induction, sans que, bien souvent, le motif clinique soit précisé ou qu'il y ait trace de quelque négociation avec la mère à l'issue de laquelle celle-ci aurait le dernier mot. Dans un premier temps, voici une série de neuf brefs extraits révélant ces intentions ou décisions d'induction des médecins en regard de la date du terme présumé. Ceux-ci révèlent également la manière dont la chose est présentée aux futures mères et leur sentiment face à l'intervention, le cas échéant. Chaque extrait est caractérisé, selon ce qui s'en dégage, mis en relation avec d'autres éléments pertinents donnés dans le témoignage ou l'observation, puis commenté. Des exemples plus élaborés suivront.

1 et 2) Intention d'induction :

Le médecin a prévu me provoquer à 42 semaines, soit le samedi qui s'en vient. (N62, p. 237 [Caroline, Laval, 1995])

Ces quelques mots signalent à la lectrice avertie une intention d'induction d'emblée problématique, puisqu'il s'agit ici d'un cas d'utérus cicatriciel (césariennes antérieures), alors que la mère projette un accouchement vaginal après césarienne. Or, la recherche impute à l'induction et à la stimulation hormonales du travail la plus grande partie des risques de rupture utérine associés aux tentatives d'AVAC³². À la décharge du médecin traitant ici, les

³² On consultera en particulier Vadeboncœur (2008, p. 59, 67-71) pour une synthèse de la recherche sur ce sujet.

preuves du lien entre rupture utérine et l'utilisation de l'ocytocine de synthèse lors d'une tentative d'AVAC se sont surtout accumulées après 1995³³.

Dans le deuxième extrait, on remarque l'ambivalence de la mère à l'égard de la procédure envisagée :

Parce que le 26, j'allais être provoquée, pis j'voulais pas. [...] Parce qu'on m'a dit « quand on provoque, c'est plus violent. C'est plus vite, mais attache ta tuque! » pis là, moi, j'me disais « ah, j'aimerais ça que ce soit naturel, tsé, tout naturel, qu'elle vienne toute seule, par elle-même. » Fait qu'on était rendu le 23, puis là, j'tais tannée d'avoir ma bedaine, pis j'tais vraiment... là... [...] Je l'ai eue à 41 semaines (MH6 [Charlotte]).

Les dates mentionnées laissent croire que le médecin a prévu d'induire dès 41 SA.

3) Déclenchement par décollement des membranes (*stripping*) effectué de routine :

Le travail a commencé après mon rendez-vous avec mon médecin, à 14 h 10, le mardi 7 janvier. Tu devais te pointer le bout du nez bien avant (le 31 décembre), et jamais je n'aurais cru retourner le voir à son bureau. Il m'annonce que je suis dilatée à 3 cm et effacée à 80 %³⁴. ...]. Il me fait un stripping. (N1, p. 1 [Nadine, Greenfield Park, 2003])

De nombreux témoignages corroborent l'usage de procéder au décollement des membranes lors d'un rendez-vous en fin de grossesse. Ce geste, souvent fort douloureux, s'effectue parfois sans avertissement (dans ces cas, les femmes relatent avoir subi un examen vaginal qui leur a fait exceptionnellement mal et ayant déclenché des saignements, et ne pas avoir su ce que le médecin faisait...) ou sans spécifier le but de la manœuvre. L'assentiment explicite de la mère n'est pas toujours sollicité non plus, comme cet extrait le laisse supposer (« il me fait »). On notera également l'emploi d'une formule récurrente dans les récits que font les femmes de leur accouchement : le bébé caractérisé comme indécis à naître, « se faisant attendre ».

³³ Lors de ma participation à un panel sur la césarienne, l'AVAC et les droits des femmes à Mont-Laurier en avril 2006, j'avais appris que l'hôpital desservant la région appliquait une politique anti-AVAC à la suite de quelques cas rapprochés de rupture utérine survenus à la fin des années 1990. La politique demeurait inchangée malgré le fait qu'on avait depuis établi que tous ces cas étaient associés à une stimulation hormonale du travail.

³⁴ Pour bien comprendre, il est question du col utérin ici, qui, d'une part s'efface, ce qui est chiffré en pourcentage, et d'autre part se dilate, ce qui est mesuré en centimètres (la dilatation complète est universellement établie à 10 cm). Cela constitue ce qu'on appelle le 1^{er} stade du travail. Le 2^e stade est la phase de la poussée ou de l'expulsion. La délivrance placentaire constitue le 3^e et dernier stade de l'accouchement. Ces paramètres de dilatation/effacement sont présents dans la quasi-totalité des récits du recueil *Naissances*. Je reviendrai sur ce découpage de l'accouchement en stades à la section 4.5.

4) Intention, puis décision :

Finale­ment, *le docteur décide* de me garder pour la nuit, question de [...] soigner [ma gastroentérite] et aussi de me provoquer le lendemain. *De toute façon, je devais être provoquée quatre jours plus tard.* Il vérifie si mon travail est commencé. Je suis à 3 cm de dilata­tion et à 60 % effacée. Wow! Il y a trois jours, lors de ma dernière fausse alarme, j'étais encore à ½ cm. *Le docteur décide de me faire un stripping et oh! mon Dieu que ça a fait mal!* Du moins, c'est ce que je croyais. (N66, p. 250 [Ariane, Saint-Janvier/Saint-Eustache, 2003])

On peut noter ici la surprise de la mère devant la douleur éprouvée au moment de la première manœuvre d'induction. La fin de l'extrait annonce qu'elle n'est pas au bout de ses surprises à ce chapitre. On peut aussi s'interroger sur l'utilité de précipiter la naissance de quelques jours pour faire accoucher une femme malade, si l'on pose l'une et l'autre approches (attentiste versus interventionniste) dans la balance bénéfiques-­risques. Tout porte à croire que la décision d'induction s'appuie surtout sur des critères organisationnels, étant donné que la femme est déjà hospitalisée.

5) Intention d'induction; déclenchement par décollement des membranes :

Le mardi 10 juin, à 15 h 30, j'ai rendez-vous avec mon médecin et j'en suis à 40 semaines et 4 jours. Il me dit que tout va bien encore une fois et cette fois-ci, *il me fixe un rendez-vous pour me provoquer* : le 16 juin! J'en suis à 1 cm, et mon col est effacé à 50 %. *Comme je voulais un accouchement naturel, je ne voulais pas du tout me rendre au 16.* Alors, mon médecin m'a proposé de faire un décollement des membranes, non sans me dire que j'avais à peu près 10 % de chances que ça déclenche le travail. *J'ai accepté quand même.* (N64, p. 242 [Annick, Québec, 2003])

Dans cet autre extrait, le motif d'induction reste nébuleux, car « tout va bien ». Néanmoins, une échéance est posée, ce qui contraint la mère à accepter une intervention alternative, à son déplaisir manifeste. Elle accepte le décollement des membranes comme un moindre mal. L'attente du déclenchement spontané ne fait pas partie des options proposées.

6, 7 et 8) Décision d'induction :

Puis, le jeudi 6 juin 2002, jour de visite chez mon médecin, pour toutes sortes de raisons, *elle a décidé* qu'il serait mieux que j'entre à l'hôpital le soir même pour être provoquée le lendemain... si j'étais d'accord, bien entendu. [...] On m'a attribué ma chambre et, après m'être installée, on m'a inséré un « ballon » afin de faire dilater mon col qui n'était encore qu'à 1,5 cm pour 40 semaines et 4 jours de grossesse. Ce n'était pas très, très agréable, *mais bon, il fallait ce qu'il fallait!* (N3, p. 14 [Christine, Alma])

Tout comme dans l'extrait précédent, la décision tient ici aussi à un motif nébuleux (« toutes sortes de raisons »), alors que rien dans le texte ne pointe vers autre chose que la DPA³⁵. L'emploi de la formule « il fallait ce qu'il fallait » contient l'adhésion implicite à l'idée que la grossesse doit être terminée et que l'interruption médicale de la grossesse est dans l'intérêt du bébé, ou en d'autres mots, que la prolongation de la grossesse est contraire à son intérêt (rétention par le corps maternel ou inaptitude de ce corps au déclenchement opportun).

La citation suivante traduit la réaction de la mère aux « inconvénients » associés à l'intervention, une fois le fait accompli :

Voilà que *bébé tarde à naître*. Mon médecin décide de « provoquer » le travail. Un lot d'inconvénients s'y greffent : soluté, moniteur fœtal, obligation de rester couchée, interdiction de manger (ACN23, p. 276 [Nathalie]).

Outre les désagréments pour la mère, encore une fois, on remarque la caractérisation du bébé lui-même comme réticent à naître. Cette caractérisation est probablement l'effet d'une construction culturelle de la naissance en tant qu'épreuve pour le bébé en même temps qu'un « mauvais moment à passer » pour la mère. L'un-e et l'autre se rendraient responsables d'un « retard »; comme si ou bien l'un-e, ou bien l'autre, ou encore les deux ensemble n'arrivaient pas à se résoudre à enfanter/naître.

Le huitième exemple montre une décision d'induction tenant à l'imposition d'une limite temporelle après la rupture spontanée des membranes (une limite qui varie franchement entre les établissements et les équipes soignantes) :

Évidemment qu'ils me disent, bon, tu ressors pas, t'as perdu tes eaux, *il faut que t'accouches dans les 24 heures*, et tout ça [...]. Ça fait qu'elle me dit, bon bien, tu vas passer la nuit, puis demain matin probablement *qu'on va te déclencher puis tu vas accoucher jeudi dans la soirée* (MH2 [Marie-France]).

Il n'y a apparemment pas d'autre choix ici. L'expression « t'as perdu les eaux » laisse presque entendre que le bébé se retrouvera à sec sous peu. Mais une rupture spontanée des membranes n'est souvent qu'une fissure et il y a production continue de liquide amniotique.

³⁵ Cela est peut-être présomptueux de ma part, mais l'emploi par la mère d'une formule aussi vague que « pour toutes sortes de raisons » ne traduit pas une grande inquiétude quant à la santé du bébé, autrement elle en eût fait mention. Les témoignages des femmes passent rarement sous silence ce genre de détail.

On l'a vu au chapitre précédent, si l'on évite les touchers vaginaux, le risque que le bébé contracte une infection du fait que les membranes soient rompues demeure faible. La nécessité de déclenchement est relative et une telle situation ne devrait pas dispenser les intervenants-es de présenter l'induction comme une option.

9) Décision d'amniotomie :

Un beau matin, le 10 octobre 1993, [...] j'ai senti tout à coup quelque chose de mouillé couler le long de ma jambe droite. Je me suis rendue aux toilettes et surprise! c'était le bouchon muqueux teinté de sang. Oh! enfin! *Bébé avait déjà quatre jours de retard.* [Le lendemain matin à l'hôpital, v]ers 10 h 30, *le médecin de garde a décidé que le bébé était suffisamment en retard et il a crevé la poche des eaux.* (N65, p. 246-247 [Sophie, Québec])

Dans ce dernier cas, la mère a expérimenté un début de travail spontané, mais les contractions se sont arrêtées après une nuit à l'hôpital. Sur la simple prémisse du franchissement de la DPA, le médecin procède à une amniotomie (rupture artificielle des membranes), ce qui, comme on l'a vu au chapitre précédent, signe pour la patiente l'impossibilité de retourner à la maison et l'obligation, selon les pratiques en vigueur, d'accoucher dans un délai prescrit. Une amniotomie sans effet mènera donc à une induction chimique.

Après cette série d'extraits illustrant la propension et la promptitude au déclenchement artificiel de l'accouchement en fonction du terme théorique, voici une analyse plus poussée de la construction sociale et médicale de l'idée de terme gestationnel à partir d'exemples particuliers.

La DPA à l'épreuve de la logique

Si le stade des 40 semaines d'aménorrhée est presque devenu une date à ne pas dépasser, le franchissement du cap du 37 SA reçoit maintenant une signification d'autorisation d'accoucher à partir duquel les manœuvres d'induction et d'auto-induction peuvent être librement entreprises. L'exemple qui suit est une fascinante illustration d'une logique contradictoire à l'œuvre : bien qu'on se fie à la date de conception donnée par la future mère, on se comporte en fonction de la datation de l'âge gestationnel suggérée par l'échographie. Or, l'une et l'autre dates divergent de deux semaines, ce qui est énorme :

Toujours selon l'échographie, le médecin constate que *bébé a près de deux semaines d'avance*. Il ne change tout de même pas la date prévue pour mon accouchement puisque, étant régulière, il semblait improbable que j'aie pu tomber enceinte durant mes règles. Mais dans ma tête je suis convaincue que je vais accoucher deux semaines plus tôt. Erreur!

Vers 38 semaines, j'ai un premier *stripping*, qui ne fonctionne pas, à mon grand désarroi. Je me mets à essayer toutes sortes de trucs pour déclencher mon travail : bains chauds, longues marches, acupression, acupuncture, huile de ricin, méthode « à l'italienne »...

À 39 semaines de grossesse, j'ai un second *stripping*, qui ne fait pas plus effet. Par contre, si on se fie à l'échographie, j'en suis maintenant autour de 41 semaines de grossesse. Je n'en peux plus; je continue donc l'huile de ricin et les grandes marches, malgré la chaleur accablante [...].

Le lendemain de la date présumée de mon accouchement, après deux tasses de thé du Labrador, le travail commence... (N39, p. 158 [Marie-Claude, Trois-Rivières, 2002])

L'expression « selon l'échographie, le bébé a près de deux semaines d'avance » est très parlante, car elle laisse presque entendre que le fœtus aurait pu « anticiper » sa conception ou encore accélérer sa gestation. Sémantiquement, le doute n'est pas porté du côté des mensurations échographiques³⁶. À noter dans cet exemple comme dans plusieurs autres : on parle en « semaines de grossesse », alors qu'il s'agit de « semaines d'aménorrhée », la seconde datation donnant une impression trompeuse par rapport à l'âge gestationnel réel, soit deux semaines de moins. Finalement, c'est la datation échographique qui prévaudra dans l'esprit des parents : « Le papa est inquiet; *étant arrivée en retard de plus d'une semaine*, bébé est couverte de poils. » (p. 162) Or, l'abondance de lanugo (les poils en question) est plutôt un signe de prématurité... (Qu'a-t-on suggéré aux parents au sujet de ce duvet?) Ce que le récit ne dit pas, c'est que l'urgence d'accoucher qui a poussé la mère à entreprendre toutes ces procédures d'auto-induction est probablement à mettre en cause dans le principal motif clinique d'inquiétude qui s'est présenté lors de la naissance : la présence de liquide méconial (trace de selles fœtales dans le liquide amniotique)³⁷ peut être liée à l'ingestion

³⁶ Pour une analyse anthropologique de fond des discours relatifs à l'échographie prénatale, on lira l'ouvrage de Lisa M. Mitchell, *Baby's First Picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects* (2001).

³⁷ Quoi qu'il en soit, la gravité de la situation mérite néanmoins relativisation : la présence de liquide méconial (une situation fréquente : 7 % à 22 % des accouchements) n'est pas immédiatement inquiétante. C'est le syndrome d'inhalation méconiale (SIM) qui l'est (incidence variant de 1,7 % à 35,8 % de ces cas de liquide méconial) (Fraser *et al.*, 2005).

répétée d'huile de ricin par la mère, car l'effet de ce puissant purgatif risque de se répercuter chez le fœtus.

L'auto-induction ou l'impératif d'agir son propre corps

L'habitude d'un quasi-chronométrage de la grossesse a rapidement réussi à faire intégrer aux femmes enceintes qu'il doit se passer quelque chose aussitôt la DPA atteinte – voire aussi tôt que 37 SA (limite inférieure de la fenêtre du terme théorique) – et que le fœtus est forcément à terme à 40 semaines « échographiques » d'aménorrhée. La fatigue de fin de grossesse et les malaises qui viennent souvent avec renforcent l'impression d'urgence : pourquoi donc endurer indûment l'attente, puisque le bébé est supposé « prêt-e » à naître? Étonnamment d'ailleurs, même les femmes qui font le choix très marginal d'accoucher seules, sans assistance professionnelle (sage-femme ou médecin) – qui en ce sens revendiquent avec force leur affranchissement des limites imposées par le cadre biomédical de construction des paramètres de la naissance –, auraient néanmoins, pour la majorité de celles dont la grossesse se prolonge au-delà desdites 40 SA, recours à des manœuvres auto-inductives, et ce en dépit d'une affirmation préalable quant à leur volonté de ne pas interférer sur ce plan³⁸. Pas plus que les autres, les *freebirthers* ne se soustraient-elles à l'impératif de compter les semaines : « *they have rejected the presence of the doctor, but they have not erased the power of medicine to condition their expectations and the language in which they interpret and understand their bodies* » (Miller, 2009, p. 71).

D'après une inhalothérapeute ayant travaillé en soins néonataux intensifs, la batterie d'interventions effectuée d'ordinaire sur le nouveau-né-e dès lors qu'il y a présence de liquide méconial à la naissance « cause BEAUCOUP plus de problèmes qu'elle n'en résout » :

J'ai vu des bébés qui se débrouillaient très bien aller se faire aspirer profondément puis développer soudainement des problèmes respiratoires. J'en suis venue à redouter tous les cas de liquide méconial à cause de l'agression des manœuvres sur le bébé et de la pathologie qui allait résulter de ce trauma. (Citée dans Freeze [2008], p. 231. Je traduis.)

Le GECPC (Enkin *et al.*, 2000) va aussi dans ce sens : l'aspiration trachéale réalisée afin d'éviter une éventuelle aspiration méconiale, une procédure dangereuse (« *hazardous* ») introduite dans les pratiques avant d'avoir été suffisamment testée, s'est avérée augmenter les risques de SIM dès les premières études randomisées l'ayant évaluée au tournant des années 1990-2000 (chap. 4, p. 421-422).

³⁸ D'après l'étude de Rachel Emma Westfall et Cecilia Benoit, « The Rhetoric of 'Natural' in Natural Childbirth : Childbearing Women's Perspectives on Prolonged Pregnancy and Induction of Labour », *Social Science & Medicine*, vol. 59, no 7 (oct. 2004), p. 1397-1408; citée dans Freeze (2008), p. 86.

Voici un premier exemple dévoilant une intention d'auto-induction : il s'agit d'une femme qui envisage elle aussi la consommation d'huile de ricin, mesure traditionnelle bien connue pour déclencher des contractions, mais qui peut s'avérer brutale. Elle n'aura pas à le faire, le travail actif débutant de façon spontanée le jour même :

Tout a commencé le 5 décembre 1996, par une belle journée hivernale. *La date prévue pour mon accouchement devait être le 3 décembre, j'étais donc légèrement en retard.* Depuis quelques jours, j'avais des « fausses » contractions et je n'en pouvais plus d'attendre. Après avoir acheté de l'huile de ricin à la pharmacie avec une copine, nous sommes allées au centre commercial. (N46, p. 181 [Mélisa, Drummondville, 1996])

On remarquera dans cet extrait que c'est à peine deux jours après le franchissement de la DPA que la future mère pense entreprendre les manœuvres auto-inductives. Les prochaines citations, tirées du recueil *Au Cœur de la naissance* sont une bonne illustration de l'arsenal de méthodes non médicales de déclenchement auxquelles les mères ont parfois recours pour éviter l'ultimatum du transfert des soins sages-femmes en maison de naissance aux soins médicaux en hôpital³⁹. Bien que « techniquement » non médicales ou pharmacologiques, ces méthodes n'en relèvent pas moins de la logique médicale de standardisation des processus biologiques et, que ce soit par l'effet de plantes, d'aiguilles, de granules, d'une visualisation ou d'hormones de synthèse, la visée poursuivie est la même : interrompre la grossesse, faire accoucher. Cause d'un grand stress et d'un sentiment d'échec, la DPA confronte la future mère à un non-choix, ce que vient renforcer dans l'extrait qui suit l'usage de la forme impersonnelle « on me... ». L'auteure emploie d'ailleurs justement l'expression de « date butoir » :

Les jours de retard allaient me causer du stress puisqu'il fallait subir des tests de contrôle et garder en tête une date butoir, après laquelle on me transférerait à l'hôpital, on déclencherait le travail, et qui sait pour la suite. Je me voyais déjà en train de me faire accoucher les quatre fers en l'air sous l'autorité médicale. Pour moi, l'échec.

Je serais encore enceinte si je n'avais pas avalé de l'huile de ricin, une espèce de vaseline liquide qui a une longueur en bouche épouvantable, après une séance d'ostéopathie, puis une séance d'acupuncture prescrite par ma sage-femme. (ACN34, p. 356 [Chantale])

³⁹ Voir au chapitre précédent l'explication de la situation qui prévaut en ce qui a trait à la réglementation de la pratique sage-femme au Québec, mais aussi à son interprétation.

Cet autre témoignage montre une fois de plus comment, aussitôt la DPA dépassée, une femme en vient à *entreprendre ce corps réfractaire*, le sien, qu'il en est presque de sa responsabilité. Cela donne lieu à une expérience qu'on pourrait qualifier de dissociative, où la femme lutte contre son corps : « J'étais à 41 semaines de gestation et je n'avais encore aucune dilatation, effacement ou contractions de Braxton Hicks, malgré les granules homéopathiques, l'huile d'onagre et les traitements d'acupuncture. » (ACN18, p. 208 [Bernadette]) On constate aussi que la prise en compte de la variabilité familiale et personnelle ne fait plus trop le poids face à la norme chiffrée :

J'ai toujours su que je dépasserais le terme de ma grossesse. Toutes mes sœurs ont été induites⁴⁰ pour leur accouchement, aucune n'a pu attendre que des contractions débutent naturellement, quand elles étaient prêtes. J'ai donc un petit doute sur ma capacité d'enfanter. Est-ce que mon corps a tout ce qu'il faut? C'est une question que je me pose souvent durant ma 41^e semaine de grossesse lorsqu'aucun signe de travail ne se présente. (p. 213-214)

La dissociation est très nette dans cette formule « j'ai toujours su que je dépasserais le terme de ma grossesse », alors que le *je* se trouve en quasi-infraction par rapport *au terme de la grossesse*, pourtant *la sienne*. Elle accouchera finalement de sa deuxième enfant sans induction, à 43 SA révolues, mais à la maison et en l'absence d'un-e professionnel-le de la santé soumis-e à l'autorité d'un ordre professionnel : une situation légale pour la mère, mais illégale, depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la pratique sage-femme en 1999, pour toute personne qui prétendrait avoir assisté cette naissance. Compte tenu du fait qu'il « ne se pratique plus » d'accouchement passé 43 SA depuis les années 1990, l'option d'un accompagnement « non déclaré et non officiel » semble avoir été dans ce cas-ci le seul recours pour vivre un enfantement spontané⁴¹.

⁴⁰ Elle est la dixième d'une famille de 10 enfants comptant 6 filles. Les cinq sœurs de Bernadette ont donc eu au total 11 enfants (d'après mes conversations avec l'auteure).

⁴¹ La thèse de Rixa Freeze (2008) sur l'« accouchement non assisté » (sans assistance médicale professionnelle) aborde franchement ce genre de situation. L'auteure y explore les motivations socioanthropologiques derrière de tels choix et les nouvelles conditions du contexte médicopolitique qui les orientent parfois. Voir aussi l'article de Leilah McCracken : « *It Hurts to Be a Ten Month Mama* » (2000, p. 158-160).

Le terme anticipé

Directement à l'opposé de la situation précédente (où l'on n'a plus le droit d'accoucher passé une limite ultime) est celle des femmes pour qui il devient insensé que la grossesse se poursuive au-delà de l'arrivée « à terme », c'est-à-dire *dès 37 SA*. Comme si la poursuite de la grossesse au-delà de la limite inférieure de la fenêtre du terme théorique (qui correspond à huit mois de grossesse réelle) constituait une injustice qui leur était faite plutôt qu'un impératif biologique (attendre que le fruit soit mûr, pour reprendre l'analogie d'antan). À cet égard, il est intéressant de rappeler qu'au 17^e siècle, par exemple, les femmes considéraient que la grossesse durait de huit à dix mois environ; ainsi l'écrivait la célèbre sage-femme Louise Bourgeois en 1610 : « comme nous voyons des raisins mûrs plus de six semaines parfois avant le temps ordinaire, et d'autres ne l'être que plus d'un mois après » (Laget, 1982, p. 122).

Le récit suivant est celui d'une femme qui, enceinte de son cinquième enfant, terriblement seule et démunie avec sa progéniture en bas âge à la maison, voit en l'hospitalisation sa bouée de secours, le salut tant attendu. L'induction devient dans un tel cas une réponse médicale à la défection du réseau social et au défaut d'aide concrète. Voici donc un cas d'induction de convenance pour des motifs psychosociaux, comme on l'a vu au chapitre précédent, moyen pour cette mère de famille nombreuse de faire entendre sa détresse et, pour une fois, de s'affirmer :

Je suis sur le bord de faire une sévère dépression, aussi je décide de confier mes quatre autres enfants à ma belle-mère et de me rendre à l'hôpital. [...]

Je suis accueillie très gentiment par une infirmière qui vient vérifier mon col. *Je n'ai qu'un tout petit centimètre de fait et bébé est encore très haut. Je suis découragée, je pleure toutes les larmes de mon corps. Je suis à plus de 38 semaines et demie et rien n'avance. Comme à chacune des fois, j'ai l'impression que cette grossesse ne se terminera jamais.* Je n'ai plus de position confortable et j'ai de la difficulté à respirer à cause de mon utérus.

Ensuite arrive ce que je redoutais, l'infirmière veut me renvoyer chez moi. Il est près de midi, j'ai faim, je suis épuisée, ça fait des semaines que je n'ai pas bien dormi, je ne veux plus rien savoir. Il n'est pas question que je rentre chez moi; pour la première fois, je conteste mon renvoi. [...]

Je comprends très bien que les médecins ne peuvent pas provoquer les femmes à la guise de celles-ci, il en va de leur emploi. [... Mon docteur] ne prend pas longtemps pour me dire qu'on va me garder et me donner au moins la chance, à défaut de me

provoquer, de me reposer. Mon calvaire n'est pas fini, mais, au moins, je suis en congé de mes autres enfants et je vais même pouvoir avoir un somnifère pour m'aider à dormir une bonne nuit. On verra pour le reste le lendemain. [...]

À 7 h, mon docteur entre dans ma chambre. *Il a pris la décision de me faire accoucher. L'accouchement est la solution la plus évidente pour lui puisque je suis à terme de toute façon.* (N53, p. 204-205 [Isabelle, Cowansville, 2000])

La validation culturelle du bébé prêt dès la 37^e semaine (« je suis à terme de toute façon ») est ici sollicitée par le médecin pour soutenir la requête d'induction (malgré un bébé « encore très haut », c'est-à-dire peu engagé dans le bassin maternel) et confirme la mère dans l'idée que la grossesse se prolonge indûment. On peut se demander si la construction contemporaine du terme gestationnel ne joue pas un rôle dans l'éprouvé des difficultés de la fin de grossesse chez certaines femmes. Les forums de discussion internet grand public semblent témoigner de plus en plus fréquemment des requêtes maternelles auprès de leur médecin traitant afin d'« en finir » dès que possible.

Enceinte pour toujours, ou la naissance improbable

Pour Isabelle (« chaque fois, j'ai l'impression que cette grossesse ne se terminera jamais »), comme pour Chantale un peu plus tôt (« je serais encore enceinte aujourd'hui si je n'avais pas pris d'huile de ricin »), l'enfantement spontané semble tomber hors du registre des possibilités... Y croyaient-elles vraiment? On peut en douter, bien sûr. Chantale en rajoute : « *Je ne savais pas qu'on pouvait accoucher à neuf mois et demi, et je croyais que trente heures de travail était le maximum autorisé par la loi de l'univers* » (ACN34). Du cynisme de son propos se dégage un sous-texte, cette proposition validée par la culture populaire contemporaine au sujet de la naissance, qui s'impose en « réalité » (« loi de l'univers ») dans l'esprit des femmes enceintes, et rend justifiable cette propension aux manœuvres d'induction et la naturalisation de celles-ci. Car le scénario de la DPA contient cette aporie : l'accouchement ne se déclencherait pas sans le secours inductif : « C'est sûr qu'il y a certaines choses à respecter *parce qu'une grossesse passée 41 semaines, c'est sûr qu'il faut faire quelque chose.* Le médecin peut tolérer jusqu'à... *il faut pas que ça dépasse 42 semaines*, ça fait qu'il faut qu'il "cédule" son induction avant 42 semaines », affirme Patricia, une infirmière (HV25, entrevue). On voit que la détermination logicomathématique de la durée gestationnelle donne lieu à une impossibilité : la grossesse ne peut dépasser la limite qui lui est impartie, et si elle la dépasse, c'est que l'accouchement *ne se produira tout*

simplement pas. Kateri, l’infirmière citée un peu plus haut, suggère d’ailleurs cette idée selon laquelle le corps de certaines femmes n’entre pas en travail de lui-même : « Ça dépend aussi de l’histoire d’avant. A-t-elle toujours été induite avec les autres travaux [sic]? *Ça part pas, son travail*, qu’est-ce qui a fait qu’elle a eu des césariennes avant, là? » (*ibid.*, à propos de Louise)

Bien que cette interprétation, qui ferait sourire d’incrédulité nos grands-mères, relève de l’absurde – car elle vient sous-entendre qu’il se pourrait qu’une grossesse se poursuive indéfiniment –, elle est aujourd’hui énonçable dans la mesure où elle est tout à fait compatible avec le discours ambiant et le concept nouveau de « dépassement de terme ». Cela évoque néanmoins un thème ancien de légendes, repris par exemple par Fred Pellerin dans son conte ayant inspiré le film *Babine*, qui met en scène une commère, Madame Gélinas, enceinte depuis vingt ans! Comme si le fantasme – « J’ai cru que ça ne se produirait jamais. J’allais rester une grosse femme enceinte toute ma vie » (ACN34) – rejoignait la réalité. Ainsi une femme qui n’a pas accouché à 40 semaines retient forcément son bébé en elle :

Kateri me dit que Louise a très peur, comme si elle *n’était pas prête à terminer sa grossesse*, qu’elle aurait voulu un accouchement spontané [...] : « Tu as des femmes *qui vont retarder le plus longtemps possible*. Elles ont tellement peur. *Il y a une peur à l’arrière de ça qui fait que, bon, elles accouchent pas, puis elles veulent le moins d’intervention possible*. Mais c’est quoi? Est-ce parce qu’elles ont le moins d’intervention possible parce qu’elles ont tellement peur, finalement là d’avoir les contractions et d’accoucher? » (HV25, entrevue)

L’infirmière sous-entend ici que le refus d’intervention est un refus d’accoucher. Qu’un tel refus est puéril et dangereux. L’induction viendrait donc régler cette réticence d’ordre psychologique. Certains-es intervenants-es du monde périnatal, comme cet exemple le montre, n’hésitent pas à solliciter une interprétation psychologique ou psychanalytique pour ajouter à l’idée d’un « retard » : la femme désirerait garder l’enfant en elle, se l’approprier indéfiniment; elle serait incapable de le laisser aller, de « lâcher le fruit ». Ainsi justifie-t-on l’intervention d’un tiers pour amorcer cette première phase de la séparation mère-enfant, fût-elle chimique et médicale.

Quand ce n'est pas la femme qui tient son bébé captif, c'est le bébé qui hésite à quitter le sein maternel, *réticent-e à naître*, comme je l'ai noté quelques fois jusqu'ici. Ainsi, l'infirmière Patricia à la patiente Jasmine au moment d'entamer le protocole d'induction : « il est trop bien dans ton ventre » (HV18, observation). Il faut donc *convaincre* le bébé, sinon le forcer à sortir, évincer le squatter, le « provoquer », comme en font foi les formules utilisées par les auteures : « *bébé tarde à naître* » (ACN23); « *ma petite grenouille est trop bien dans son nid douillet* » (N26); « *mon bébé-soleil, qui ne fait rien comme tout le monde et qui sait si bien se faire attendre (41 semaines et 1 jour)* » (N1, p. 6). « Rien comme tout le monde », déjà rebelle! Pourtant, 50 % des bébés naîtraient normalement après la fameuse 40^e semaine... Tant pour le bien de la mère que pour celui du bébé, pense-t-on, la naissance est devenue un événement que l'on doit forcer. Peut-on encore parler de phénomène à une époque où l'incidence des tentatives d'induction est à ce point élevée et où la grande majorité des parturientes et des naissants-es expérimentent un travail chimiquement stimulé (les anglophones disent « augmenté » [*augmented*], un terme qui comporte une connotation méliorative)...? Quoi qu'il en soit, l'expérience de la technonnaissance transforme de plus en plus radicalement notre définition de l'humanité de l'humain. La faute au bébé, la faute à la mère...? En réalité, surtout l'effet de la construction de la naissance comme étant « mal faite ».

Naturalisée, l'intervention n'en est plus une

Nous sommes le vendredi 10 janvier 2003. J'ai rendez-vous avec mon médecin à l'hôpital pour un *stripping*. Comme j'en ai déjà eu un, sans résultat, il y a trois jours, j'espère de tout mon cœur que le travail commence après celui-ci. *La seule ombre au tableau est que le bébé est encore très haut, donc il y a très peu de chances que le stripping fasse effet. Ma petite grenouille est trop bien dans son nid douillet.* Si cette manœuvre ne fonctionne pas, j'ai rendez-vous le dimanche 12 janvier pour la pose d'un Servadil [sic : Cervidil] afin de faire mûrir le col en prévision d'un déclenchement le lendemain. [...]

[N]ous voilà rendus à la fin, en ce dimanche 12 janvier. [...] Mon docteur m'examine et mon col est toujours dilaté à 2 cm et effacé à 50 %. Ça fait maintenant deux semaines que j'en suis là! J'aurais quand même souhaité que le travail avance un peu. Tant pis... nous ferons plus d'efforts à l'accouchement! Mon médecin installe le Servadil [resic] et *je prie le bon Dieu qu'il convainque le bébé de faire sa grande arrivée sans provocation.* (N26, p. 108-109)

Voici le début de l'histoire de Caroline, un récit sur lequel je me pencherai davantage dans une prochaine section. Ce que cet extrait met en lumière est le fait que les différentes manœuvres tentées dans un premier temps pour déclencher les contractions qui se font attendre ne sont pas perçues par la future mère comme autant de tentatives d'induction (ce qu'elle appelle « provocation » – on peut quasiment y voir un lapsus : il faut au bébé une « provocation » à naître), alors que ça en est. Pourtant, à l'évidence, cette femme redoute l'induction. Ces gestes semblent avoir été *naturalisés*, du moins dans l'esprit de cette femme, perdant ainsi à ses yeux la valeur d'interventions médicales. Les soignants-es alimentent probablement cette perception, l'usage courant normalisant le geste (« tout le monde se fait provoquer »). Ainsi, cette infirmière pour qui même la stimulation du travail par l'injection intraveineuse d'hormones exogènes n'est pas une intervention : « T'as d'autres patientes, comme elle [qui] ne voulait pas de synto parce que probablement que “synto” ça voulait dire pour elle “intervention” dans le processus. [...] Ou tu as toutes sortes d'affaires qui est dit sur le synto. Ça fait bien plus mal les contractions avec le synto. Mais je pense que quand c'est bien expliqué [...] » (HV25, entrevue en parallèle à l'observation d'un accouchement). En d'autres mots, « si c'est bien expliqué », la patiente doit comprendre que l'ocytocine de synthèse *fait partie intégrante* du processus.

4.4 *L'effet toboggan : le scénario de l'induction-stimulation hormonale*

Que les femmes enceintes réclament l'induction ou qu'on la programme en fonction de la DPA et de l'agenda des soignants-es, il demeure qu'il s'agit d'une procédure médicale lourde, et ce en quoi cela consiste exactement n'est pas toujours explicité. L'induction hormonale suppose obligatoirement un protocole, donc une série d'interventions qui souvent entraînent d'autres : le monitoring fœtal continu est prescrit pour apprécier la tolérance du bébé aux contractions provoquées. Avant de consentir à l'induction ou de la choisir, la femme devrait être informée que les sangles du moniteur et l'intraveineuse entraveront sa mobilité, réduisant ainsi beaucoup la possibilité pour elle d'user de moyens pour faire face aux contractions (bain chaud, marche, balancement). La péridurale s'impose ensuite souvent en raison de l'intensité du travail chimiquement induit, reconnu plus douloureux; en retour,

l'anesthésie péridurale immobilise définitivement la parturiente⁴², oblige à une surveillance étroite des signes vitaux de la mère (fièvre et hypertension peuvent en résulter, signes de complications) et du bébé (crainte d'infection), ainsi qu'à des touchers vaginaux fréquents pour apprécier la dilatation et déterminer le moment où des efforts expulsifs doivent être entrepris, puisque la future mère ne sent pas le bas de son corps; de plus, l'anesthésie ralentit ou interrompt le travail, ce qui a pour résultat que la dose d'ocytocine doit être graduellement augmentée pour redémarrer et amplifier les contractions; enfin, l'intensité des contractions ainsi générées est fréquemment associée à une détresse fœtale suspectée⁴³, ce qui se solde par une augmentation des extractions instrumentales (forceps, ventouse) ou à une indication de césarienne dite « d'urgence ». Cet enchaînement a été appelé « spirale interventionniste », et décrit par l'auteure et consultante périnatale Sophie Gamelin-Lavois, (cofondatrice de l'AFAR) comme l'« effet toboggan » (2005, 2006b). Rachel Reed, sage-femme australienne et docteure, met en garde :

Une chose est sûre : choisir l'induction altèrera totalement votre expérience d'accouchement et la nature des options dont vous disposerez. [...] Un accouchement induit n'est pas un accouchement physiologique et nécessite un monitoring (examens vaginaux) et l'imposition de délais. [...] Cela convient à beaucoup de femmes, mais j'en rencontre beaucoup trop qui ne sont pas préparées au degré d'intervention que requiert l'induction.⁴⁴ (Reed, 2010c)

Il est essentiel de retenir ici cette donnée que la nature de l'expérience à laquelle les femmes ont accès est radicalement différente lorsque des hormones de synthèse entrent en jeu. À partir du moment où l'on est en pleine connaissance de cause, où l'on détient une information loyale et la plus complète possible, il n'y a aucun problème, et encore moins un mal, à choisir l'expérience du déclenchement. Lorsque des études randomisées sont effectuées pour comparer les résultats entre, pour rester dans cet exemple, une approche attentiste relativement à la DPA et une politique de déclenchement systématique, le facteur satisfaction des femmes demeure un paramètre invisible des travaux. Bien entendu, une étude randomisée

⁴² Sauf pour la péridurale dite « déambulatoire », un service pas toujours disponible mais plus accessible depuis quelques années. Du reste, il est rare qu'elle permette véritablement à la femme de marcher durant le travail. Tout au plus lui rend-elle possible quelques petits déplacements (aller aux toilettes, par exemple).

⁴³ Ce qui a été expliqué en détail dans la section sur le monitoring fœtal au chapitre précédent.

⁴⁴ Je traduis.

suppose que les sujets se voient distribués aléatoirement dans l'un ou l'autre groupe dont on veut comparer les résultats. La nature même de la construction de ce type d'études met l'expérience des sujets en abîme : seuls importent les résultats ponctuels en termes quantitatifs et paramètres mesurables. Il y a tout un fossé entre la neutralité du langage de la recherche en gynécologie-obstétrique – en fait, plus que de la neutralité, on remarque l'absence linguistique complète de référents à la femme comme personne sujet; elle *n'y est* tout simplement pas – et la nouvelle présence de la parole des mères dans leurs témoignages d'accouchement sur internet. De nombreuses chercheuses et militantes le martèlent : la recherche scientifique ne doit plus passer sous silence l'expérience d'accouchement des femmes. Les auteurs-es de la revue systématique Cochrane (Gülmezoglu, Crowther et Middleton, 2006) ayant confirmé la rareté des décès néonataux que l'on applique ou non une politique de déclenchement à 41 SA ont pris la peine d'écrire dans leurs conclusions : « *Women's experiences and opinions about these choices have not been adequately evaluated.* » Pourtant, puisque moins de décès, en nombres absolus, avaient néanmoins été observés dans le groupe des inductions programmées, cette métaanalyse servit paradoxalement le maintien de protocoles de déclenchement d'office, durcissant d'autant la position des soignants-es relativement aux « choix » qu'ils et elles offrent aux femmes enceintes. Il est étrange que la conclusion de cette revue parle de « choix », d'« opinion », alors qu'on sait pertinemment que le facteur « choix » n'est pas un paramètre des études dont elle rend compte. Rachel Reed note la récurrence récente dans les conclusions des revues systématiques Cochrane de cette allusion au fait que l'expérience des femmes devrait être évaluée. L'étude CRI-VIFF-RNR s'était donnée notamment pour mandat de pallier ce manque. Entrons maintenant dans le vif d'extraits plus particuliers du corpus de cette étude qui donnent à voir la nature de l'expérience de l'induction-stimulation.

Josée : la surprise (« je ne savais pas »)

Un récit du recueil *Au Cœur de la naissance* décrit très bien la réaction d'une femme au moment où elle se rend compte en quoi les procédures d'induction consistent réellement, ce que cela implique pour elle et comment son expérience d'accouchement en sera transformée. Elle avait pourtant bel et bien consenti à l'induction à *l'approche de la DPA* (sa médecin préfère « ne pas dépasser le terme »), mais elle constate, d'une part, qu'elle ne comprenait

pas ce que cela signifiait et, d'autre part, que l'information prodiguée était incomplète, tronquée. Ce n'est que rétrospectivement qu'elle parvient à exprimer le sentiment de s'être alors sentie flouée, dépossédée de la naissance de son premier enfant :

Je suis entrée à l'Hôpital général juif de Montréal le 6 décembre 1992 pour une induction (déclenchement artificiel du travail). Le Dr M., qui m'a suivie pendant la grossesse, m'avait dit que, le bébé étant très gros⁴⁵, *elle préférait ne pas dépasser le terme et nous étions à presque quarante semaines.*

J'ai accepté pour plusieurs raisons. Premièrement, j'étais ainsi assurée que c'est elle qui m'assisterait lors de l'accouchement (à l'époque, je disais encore « c'est elle qui allait m'accoucher »). Deuxièmement, *je lui faisais entièrement confiance* quant à ce qu'il fallait faire ou non. Troisièmement, je ne savais pas ce que signifiait, en fait, « provoquer » un accouchement. *Je croyais que provoquer voulait simplement dire « initier l'accouchement », « donner un coup de pouce pour le démarrage », « déclencher »; je n'ai jamais imaginé tout ce que cela impliquait concrètement. [...]*

Le moment de l'induction étant arrivé, j'ai réalisé que cela impliquait des aiguilles dans le bras pendant toute la durée de l'accouchement et surtout *l'interdiction formelle de me lever et de marcher*. J'ai commencé à protester, disant qu'il fallait absolument que je bouge au lieu de rester couchée, mais la réponse apeurée de la jeune infirmière occupée à régulariser les gouttes d'ocytocine a simplement été : « Mais c'est le protocole! » [...]

Au moment, donc, où j'ai appris que je n'avais plus aucune liberté et que je devais rester prisonnière du lit, j'ai vraiment senti que je ne voulais plus du tout accoucher. En plus, j'étais apeurée, car on me disait que le moniteur fœtal était absolument nécessaire étant donné que l'induction impliquait une surveillance étroite du bébé en cas de mauvaises réactions à l'hormone. (ACN17, p. 181-183 [Josée])

Outre le manque d'informations préalables (nécessaires à l'exercice d'un choix éclairé) dont ce témoignage fait état, il se dégage ici une sorte de conflit entre le langage, ou les usages langagiers, et la nature de l'intervention. On pourrait parler d'*euphémisation du geste thérapeutique* dans un tel cas, qui est à mettre en cause dans la profonde détresse ressentie par la parturiente – le sentiment d'être prise au piège –, résultat du clivage entre les mots des soignants-es et l'expérience de la mère.

Sylvie : sous contention chimique

L'histoire de Sylvie est un peu différente des autres dans cette section, au sens où la cascade interventionniste s'enclenche non pas avec la stimulation hormonale des contractions, mais

⁴⁵ Voir le chapitre précédent (section 3.4 sur le déclenchement) pour des considérations au sujet de la crainte du « gros bébé ».

avec la pose de la péridurale (qui rendra nécessaire l'administration d'ocytociques exogènes). Je trouve ce témoignage important, car il fait état des pressions que subissent à l'occasion les femmes pour consentir à cette anesthésie, parfois par sollicitation itérative (« Les résidents m'ont quand même offert à quelques reprises l'épidurale; ils avaient tellement peur que je ne sois pas au courant de cette miraculeuse potion. » [ACN18, p. 210]) Ces cas sont néanmoins suffisamment courants pour dégager de ceux-ci un motif relevant des usages en maternité et de l'attitude des intervenants-es : l'incitation faite à la femme à demander d'emblée la péridurale, avant qu'elle n'en ressente le besoin et l'exprime explicitement, sous prétexte que « *l'anesthésiste ne sera plus là tout à l'heure* », sous-entendant par là que c'est peut-être sa dernière chance d'en bénéficier⁴⁶, ou en suggérant que c'est le bon moment pour en profiter parce que celui-ci n'est pas loin. Ou encore, en laissant entendre à une mère qui a priori ne souhaite pas recevoir la péridurale qu'elle se rendra là, tôt ou tard. J'ai pu observer cette forme de pression (qui va de la simple suggestion à la limite de la manipulation) à maintes reprises dans les témoignages d'accouchement d'ici ou d'ailleurs, et en ai dénombré au moins 11 occurrences au sein du corpus de l'étude CRI-VIFF-RNR⁴⁷, sans compter les observations directes d'accouchement d'Hélène Vadeboncœur qui confirment cet usage, de même que celles des accompagnantes à la naissance⁴⁸.

Tantôt une médecin considère aberrant que les femmes de nos jours acceptent encore de souffrir pour accoucher et privilégie le type de gestion de l'accouchement que l'anesthésie permet (« pour elle, accoucher, c'est impensable, je veux dire d'accoucher de façon naturelle, là, [...] c'est un bon gynécologue, elle est près des femmes, [...] la douleur, là, il faut pas qu'elle soit existante, parce que c'est sa valeur à elle. C'est dur de te battre avec ça. » [HV12, propos tenus par une infirmière en parallèle à une observation d'accouchement]); tantôt une infirmière préfère le comportement calme et poli des femmes qui en bénéficient (« Quand

⁴⁶ Pourtant, si une césarienne est décidée, l'anesthésiste de garde n'aura d'autre choix que de revenir. Il est aussi de son devoir de revenir si une femme exprime une demande claire en ce sens, même si elle ne l'a pas voulue au moment où on la lui a offerte. Au pire, elle devra attendre qu'il ou elle se libère. Néanmoins, le « devoir » et les usages ne s'accordent pas toujours... Rappelons tout de même qu'en matière de soins de santé, la théorie, c'est que « la raison d'être des services est la personne qui les requiert » (Loi-cadre 120 [Québec, 1991b]).

⁴⁷ Notamment dans les récits suivants : ACN17, ACN18, ACN20, ACN30, N25, N26, N39, N44, N62, N66, N67.

⁴⁸ Hélène Vadeboncœur en parle dans ses notes d'observation de l'accouchement HV12.

t'as pas d'épidurale et que t'es bien souffrante, des fois il sort des affaires. Après elles s'excusent, mais... » [*ibid.*, propos d'une deuxième infirmière]), tandis qu'une autre cache difficilement son malaise devant les vocalisations et le manque de contenance de la femme en travail et se trouve infiniment rassurée une fois la péridurale posée (« Vous devez vous sentir tellement mieux, madame : vous êtes redevenue vous-même!⁴⁹ »); tantôt, enfin, c'est l'anesthésiste⁵⁰ elle-même qui se présente à la chambre de la femme en travail – « Allez-vous

⁴⁹ Cet exemple m'a été rapporté par une mère ayant donné naissance en 2009 (communication personnelle en mars 2011). Dans son témoignage, cette personne dit avoir craqué sous les pressions à l'induction, en premier lieu, puis s'être fait soutirer un consentement à la péridurale alors qu'elle était en état d'hypoglycémie. Elle a aussi raconté qu'avant la pose de la péridurale, elle éprouvait des sensations de nature hypersexuelle, et que cela déstabilisait grandement la jeune infirmière présente, aucunement préparée à composer avec ce qui relève de l'expression sexuelle lors de l'accouchement (nudité, vocalisations, postures). Pour cette mère, la péridurale a ruiné son accouchement, qui s'est terminé en césarienne, et elle affirme souffrir depuis de stress posttraumatique.

⁵⁰ Les anesthésistes semblent avoir beaucoup d'influence à ce chapitre : « Aux États-Unis, de nombreux anesthésistes sont arrivés à avoir accès aux cours prénatals où ils louent les merveilles de l'épidurale et généralement ne disent pas un mot des risques importants liés à cette intervention invasive. » (Wagner, 2004, p. 235).

Autre exemple : l'infirmière-chef du département d'obstétrique d'un hôpital québécois racontait que l'arrivée d'un nouvel anesthésiste avait fait grimper le taux de péridurale dans son établissement (faisant passer celui-ci d'environ 50 % à 90 %, d'après mon souvenir), en interdisant aux infirmières de dispenser une information comportant des éléments défavorables à cette intervention, en particulier au sujet des difficultés d'allaitement. Ceci a eu pour conséquence d'invalider les efforts fructueux déployés depuis des années par l'équipe en place afin de proposer des solutions alternatives pour le soulagement de la douleur, d'où le taux largement inférieur à la moyenne québécoise de recours à l'anesthésie péridurale qu'affichait auparavant cet hôpital (d'après les propos tenus à l'occasion d'une réunion du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec, c2002). Au sujet des difficultés d'allaitement associées à la péridurale, voir le recensement de littérature sur la question effectué par Jordan (2006) ou l'ouvrage de Smith (2010).

Un autre aspect plus obscur influençant les taux de péridurale tient à la gestion médicohospitalière et aux exigences de rentabilité (voire de profitabilité pour les fournisseurs de produits pharmaceutiques et d'équipements médicaux) dont j'ai parlé au chap. II :

Hospitals compete for patients by marketing their services, and having the "latest technology" and services available around the clock is great for marketing. However, once a hospital has invested in the technology or must pay for specialized staff, there is a strong incentive to make as much use of the technology as possible, so that the fixed costs of having the technology or staff are offset by billing. For example, hospitals want to offer epidural anesthesia, so must incur the costs of having an anesthesiologist available around the clock, creating an incentive for the hospital and the staff to encourage "every" laboring woman to have an epidural whether or not she wants one. This also holds true for OBs who purchase expensive ultrasound equipment for their offices; the way to make that equipment pay off is to perform, and bill for, as many ultrasounds as possible, whether or not there is any medical need for them. [...] Increasing the use of epidurals increases profits by increasing billing, both for the procedure itself and for the increased needs for tests and treatments due to complications from the epidural itself.

maintenant la prendre, la “péri”?» –, parce qu’elle ne souhaite pas devoir revenir plus tard. Une forme de pression plus insidieuse est celle qui consiste à subtilement instiller le doute dans l’esprit d’une femme en travail sur ses capacités à enfanter sans le secours de l’anesthésie. Bien que ce ne soit ni intentionnel ni mal intentionné, comme en fait foi l’exemple qui suit, l’effet sur la parturiente est bien tangible :

Notre infirmière, Christine, est super gentille. Je lui remets notre plan de naissance qu’elle va porter à mon dossier. Elle revient me parler de mes choix (pas de médication, pas de péridurale, rien). Elle me trouve très courageuse. Et moi, plus les contractions arrivent, moins je le suis. Je doute un peu de mes forces, puis me ressaisis et décide de prendre les choses comme elles vont venir. [...]

[Le lendemain,] ma nouvelle infirmière est un peu moins attentionnée. C’est bien normal, il y a plus de patientes. [...] Elle a aussi lu mon plan et dit qu’elle va respecter mes choix. Elle précise qu’elle me trouve bien courageuse, que c’est très rare qu’une femme arrive pour son premier accouchement et qu’elle ne veuille pas entendre parler de péridurale. Je fais la brave, mais ne le suis pas vraiment. Je commence à trouver que c’est long et douloureux. (N1, p. 2-3 [Nadine, Greenfield Park, 2003])

Le principal problème de la pression à la péridurale (surtout sous la forme qu’elle revêt lorsqu’on prétend que l’anesthésiste est disponible maintenant et peut-être pas plus tard), réside en ceci que plus tôt elle est administrée, plus les risques de complications qui lui sont associés augmentent. Une femme qui compose encore bien avec la douleur des contractions par des moyens non pharmacologiques a tout intérêt, tant pour elle que pour son enfant à naître, à continuer dans cette voie jusqu’à ce que la demande de péridurale devienne impérative (si jamais cela se produit). Lui faire opter pour cette anesthésie paralysante plus tôt qu’elle ne l’aurait souhaité (lorsque c’est le cas) relève d’une forme d’attitude nuisible, préjudiciable⁵¹. Il ne s’agit pas de vendre un produit de consommation ici, mais bien d’inciter

[...]Hospitals can also try to save money by reducing staff costs. Induction of labor, epidural anesthesia and scheduled cesarean sections can help. (Hodges et Goer, 2004)

Cet article porte sur le système de santé étatsunien, mais l’essentiel de ce qui y est décrit est aussi valable pour les services dispensés sous un régime de santé public : exigences de rentabilité, primes énormes d’assurance responsabilité que doivent payer les obstétriciens-nes-gynécologues, sans compter le facteur non négligeable de la rémunération à l’acte.

⁵¹ Le contraire – refuser à une femme en souffrance une péridurale – l’est autant. J’ai choisi de traiter ici des cas précis d’incitation. Les cas de refus purs et simples sont extrêmement rares : soit on oblige la parturiente à attendre parce que la dilatation n’est pas assez avancée (ce qui est justifié au plan clinique, mais des alternatives, pharmacologiques ou non, doivent être proposées dans l’intervalle et celles-ci existent), soit l’expulsion est imminente et donc l’anesthésie ne pourra faire effet avant la sortie du bébé. Il y a aussi les cas que j’appelle « les promesses non tenues de la péridurale », alors que

à une intervention délicate (puisqu'elle implique une injection dans l'espace épidural ou spinal de la colonne vertébrale) associée à des risques non négligeables⁵², et à cet égard, comme on l'a vu précédemment dans ce chapitre, l'exposition rigoureuse des risques connus (risques fréquents *et* risques graves mêmes rares) d'une intervention est légalement obligatoire⁵³. Considérant un taux d'épidurale qui atteint aujourd'hui les 90 % dans plusieurs d'établissements hospitaliers des grands centres, pour un taux moyen provincial de près de 70 %, on peut en déduire que les cas d'incidents et accidents reliés à l'intervention sont de plus en plus nombreux⁵⁴.

En outre, compte tenu par ailleurs des risques qu'elle pose, la péridurale, même la plus faiblement dosée – celle qu'on dit « ambulatoire » ou « déambulatoire » parce qu'elle ne bloque pas totalement la motricité des membres inférieurs (rarement offerte pour des raisons techniques) –, inaugure pour la femme une expérience d'accouchement entièrement mécanisée et signe la limitation étroite de ses mouvements (le cyborg de l'accouchement décrit par Cartwright d'après Haraway). Lake et Epstein décrivent fort bien ce à quoi doivent s'attendre les femmes à partir du moment où elles consentent à la péridurale un peu malgré elles :

l'anesthésie fait peu ou pas d'effet. Non préparées à cette éventualité et à faire face à la douleur par d'autres moyens, les femmes en éprouvent une profonde détresse.

⁵² Pour une exposition détaillée des risques de la péridurale, on consultera cette fiche de la Fédération québécoise pour le planning des naissances (FQPN) : <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/autresdossiers/fiches/epidurale.php> (consulté le 14 févr. 2012); ou l'article très documenté de l'omnipraticienne australienne Sarah J. Buckley, « The Hidden Risks of Epidurals » (2005).

⁵³ Dans un article publié dans *La Presse* en 1998, deux anesthésistes interviewées, Martine Pirlet et Renée Bolduc, admettent « qu'on ne parle aux patientes que des complications les plus fréquentes, et encore ne le fait-on que dans des conditions qui sont loin d'être idéales, alors que les femmes sont en plein travail et pressées d'en finir avec la douleur : "On nous a enseigné à ne parler que des complications susceptibles de survenir à au moins 1 % des patientes", dit le docteur Bolduc. » Ce à quoi Danielle Chalifoux, avocate spécialisée, ajoute : « il est important, en droit de la santé, [...] de renseigner les patients non seulement sur les complications les plus fréquentes, mais aussi sur les plus graves, même si elles sont plus rares. » (Vadeboncœur, 1998)

⁵⁴ À titre d'information, le taux de péridurale moyen au Québec était de 21 % en 1982-1983, 38,8 % en 1996-1997 (d'après le fichier MED-ÉCHO du MSSS), 66,7 % en 2006-2007 (Santé Canada, 2009, p. 153) et 69 % en 2009-2010 (MED-ÉCHO). Il a donc plus que triplé en près de 25 ans et a connu une augmentation de 78 % sur la période la plus récente des statistiques disponibles (1997-2010).

Then they ask you if you want an epidural. First the nurse asks you. Then the anesthesiologist pops by again and says, "When you're ready for your epidural, let me know." This is a question you are asked frequently, even though you have explained to the staff that you don't want one. We're talking about the average birth here, so most likely after a time you will be hooked up to the monitor and you will have agreed to an epidural. Because of the epidural, you are connected to a drip that adds saline to your system so that your blood pressure won't drop dramatically. Attached to your back is the tube to the epidural pump, which feeds a continuous drip of anesthesia into a space around your spinal column. For the average hospital birth, you are hooked up to five machines (blood pressure cuff, electronic fetal monitor, epidural pump, pulse oximeter, and IV) and a catheter has been inserted in your bladder because, with the epidural numbing you, you won't know that you need to pee and you are no longer mobile. Most women on epidurals also end up with Pitocin, a synthetic hormone delivered through an IV drip that accelerates and intensifies your contractions. So at some point after you have entered the birthing room, the nurse will hang a second bag, with Pitocin, on the IV pole. (2009, p. 4)

Rapidement, la parturiente se retrouve non seulement immobilisée par l'anesthésie, mais surtout « reliée à cinq machines », attachée par elles. Lorsque l'enquête *Listening to Mothers* s'est enquis auprès des nouvelles mères étatsuniennes des motifs de leur fréquente immobilité durant le travail⁵⁵ (ce qui rend l'accouchement plus long, laborieux et cause des difficultés d'engagement du fœtus dans la filière pelvienne), la principale réponse donnée n'était pas tant l'engourdissement que le fait d'avoir été « connectée à des choses » (Declercq *et al.*, 2002). Cette expérience de la contention et du contrôle externalisé des fonctions de son corps constitue le non-dit de la doxa du soulagement de la douleur du travail à tout crin, une douleur à laquelle notre culture, contrairement, par exemple, au culte de la « bonne douleur » de l'entraînement sportif, a retiré tout caractère signifiant.

L'histoire de Sylvie, donc, est celle d'une femme qui s'est longuement préparée pour la naissance de son enfant et pour qui rien ne se passe selon ses désirs, d'abord parce qu'elle se trouve au moment d'accoucher sous la responsabilité d'un gynécologue hostile qui n'est pas le médecin qu'elle a choisi (avec le système de tours de garde qui prévaut, la continuité des soins est une réalité révolue; cela veut dire que, bien souvent, des femmes qui avaient négocié avec la personne effectuant leur suivi de grossesse une forme ou une autre de projet de

⁵⁵ Selon le premier rapport LTM, 71 % des mères ont affirmé ne pas s'être promenées après avoir été admises à l'hôpital et une fois les contractions régulières installées, tandis que selon le second rapport (LTMII), seulement 24 % des femmes ont déclaré avoir pu marcher (c'est-à-dire que 76 % ne se sont pas déplacées durant le travail actif) (Declercq *et al.*, 2006, p. 34).

naissance se font imposer une marche à suivre différente ou refuser un choix en fonction des pratiques du médecin de garde) : « Malgré toutes mes lectures, je ne m'étais pas préparée à devoir affirmer mes choix et mes désirs concernant ta naissance. Alors que j'avais espéré mon médecin de famille, je me retrouve avec un gynécologue qui m'est inconnu. Un gynécologue que je sens pressé de finaliser l'accouchement. » (N25, p.105 [Sylvie, Saint-Georges de Beauce, 2000]).

Le récit de Sylvie illustre surtout comment une intervention salutaire – la péridurale – passe de la possibilité dans l'offre de soins à une quasi-obligation :

Le médecin prend tout de suite la décision (sans vraiment me demander mon avis) de crever mes eaux. Ce docteur me conseille fortement de demander la péridurale tout de suite. Il m'affirme que si je tarde trop à en faire la demande, l'anesthésiste ne sera peut-être pas disponible pour effectuer l'intervention au moment où je la voudrai.

Je me sens poussée à demander cette piqûre dont je n'ai pas vraiment envie. Je ne ressens aucune douleur intolérable pour l'instant. Tout va bien. Pourquoi me mettre de la pression de cette façon? Je me sens déchirée émotionnellement et en même temps obligée d'accepter immédiatement la péridurale.

Il est 10 h 30 quand je reçois la péridurale à contrecœur, au bord des larmes. Est-ce que l'on m'a vraiment laissé le pouvoir de décider? Je ne le crois pas et j'en suis extrêmement peinée. Avant cette nuit, je m'étais dit que je ne demanderais cette intervention qu'en ultime recours contre une douleur insupportable. [...] Mon corps devient insensible, de sous la poitrine jusqu'aux orteils.

À partir de ce moment, le temps semble figé. [...] Cette nuit est interminable et insupportablement égale. Je ne ressens aucune douleur. On m'a installé des tubes à oxygène dans le nez. Des fils me relient à des moniteurs. J'ignorais que la péridurale me clouerait au lit de cette façon. Personne ne m'avait prévenue. Je regarde ma valise qui contient de l'huile à massage, des cassettes de relaxation et des bougies. J'avais placé tous ces objets dans ma valise avec l'idée de m'en servir pour créer une belle ambiance douce. Le bain-tourbillon devant moi me nargue. Je ne peux pas l'utiliser. Je suis déçue. Je me sens passive. Tout est trop calme. *Je préférerais hurler une douleur physique que ravalé ma douleur morale.* (p. 104-105)

Témoignant d'une profonde détresse, Sylvie subit cette passivité qui lui a été imposée contre son gré. Elle subira aussi les effets secondaires de la péridurale – un travail qui stagne et l'administration du Syntocinon (« Le gynécologue prend donc la décision de m'injecter par intraveineuse un médicament afin d'accélérer le travail. » [p. 105]) – , puis ceux du « synto poussé à fond » : ainsi, peu après l'expulsion, Sylvie se met à vomir, ce qui, en plus de

l'indélicatesse de l'obstétricien, gêne la rencontre avec sa nouveau-née, ainsi que les désirs formulés quant à la manière de vivre ces premiers instants :

Tu es sur moi et je ne vois que ton dos [...]. Trop rapidement, on te reprend [...]. Le gynécologue s'affaire à me faire expulser le placenta et commence des points de suture. Et moi, j'ai le visage tourné vers toi, tu es encore dos à moi. Je pleure parce que je te voudrais dans mes bras. Enfin, j'apprends que tu es une fille et je suis comblée de joie.⁵⁶ [...]

Le médecin doit interrompre la suture parce que les vomissements sont trop violents. J'apprendrai plus tard, en surprenant une conversation entre deux infirmières, que la dose d'accélérateur de travail était trop élevée. C'est ce qui a provoqué ces spasmes qui me font vomir. Je n'ai pas trop la notion du temps. Je ne sais plus trop ce qui se passe. Je suis désespérée de ne pas te tenir dans mes bras. (p. 106)

Dans son article pour *La Vie en rose : hors série* (2005), Isabelle Brabant, l'une des pionnières de la réémergence de la profession de sage-femme au Québec, proposait un parallèle étonnant, mais amer entre la péridurale et le bilan qu'elle dresse à l'issue de vingt-cinq années de revendications pour l'humanisation de la naissance :

En 1980, à l'occasion des colloques *Accoucher ou se faire accoucher?*, 10 000 femmes se donnaient le droit de questionner ou de crier, selon leur degré d'indignation. En 2005, dans un silence assourdissant, 80 % des femmes accouchent anesthésiées, incapables de choisir leur position, insensibles aux doigts innombrables qui iront « voir » dans leur vagin. À la même question, pourront-elles répondre autre chose que « se faire accoucher »?

Elles ne sentiront rien, c'est le gain proposé et presque toujours obtenu. Mais est-ce un progrès? Pour celles qui vivent un accouchement très difficile, sûrement. Pour l'ensemble des femmes, non. En l'absence d'alternatives, la péridurale devient rapidement la seule option possible. Il est pourtant démontré que, bien accompagnées, les femmes éprouvent moins le besoin d'une péridurale : une diminution de 87 % à 17 %, selon l'une des recherches. Sur 1 800 accouchements à la Maison de naissance de Côte-des-Neiges, 43 femmes ont demandé d'être transférées à l'hôpital dans le seul but d'obtenir une péridurale, soit 2 %. L'accompagnement améliore tous les effets de l'accouchement : plus grande satisfaction de la mère, meilleure santé du bébé, moins de dépressions postnatales : est-ce assez clair? (p. 108)

D'abord symbole de libération des femmes de la « malédiction biblique », – un motif toujours prégnant dans le discours social et féministe –, la péridurale est devenue l'instrument de leur assujettissement, davantage au service de la machine obstétricale qu'à leur véritable

⁵⁶ Pourtant, l'auteure avait écrit quelques lignes avant : « Au préalable, j'ai averti tout le monde que je souhaite découvrir par moi-même de quel sexe tu es »... Son souhait n'a pas été respecté.

secours. Tout comme la notion de sécurité en rapport à la naissance a été réduite au sens minimaliste de s'en sortir « en vie », le concept de progrès ultime pour les femmes en matière d'accouchement a été restreint à l'annihilation du ressenti physique. Refoulée plus que jamais dans l'orbe du superflu : la valeur de l'expérience.

Mirabelle : l'expérientiel contre le statistique

Dans l'extrait qui suit, l'accouchement « provoqué » ne donne pas lieu à des complications obstétricales comme telles (« effet toboggan » direct ou immédiat), mais se traduit par un drame expérientiel pour la mère qui se poursuit dans l'établissement de la relation avec son bébé :

Malheureusement, comme *j'ai dépassé ma date prévue d'accouchement* de plus d'une semaine, la gynécologie entra en jeu. Lorsque je passai le NST (*Non-Stress Test*), la gynécologue insista pour que je sois induite dès le lendemain⁵⁷. J'ai ma part de responsabilités dans cette « tragédie », puisque j'ai accepté d'être induite. [... M]édicalement, la naissance de ma seconde fille fut un succès sans histoire de cinq heures. Pour moi, physiquement et psychologiquement, ce fut un cauchemar de 36 heures suivi de cinq semaines de guerre, le temps durant lequel j'ai dû « me battre » avec elle pour lui apprendre à boire au sein. Et, bien que je n'en aie aucune preuve, je suis certaine que c'est parce qu'on l'a poussée hors de sa mère avant qu'elle ne soit prête à naître! (ACN15, p. 168-169 [Mirabelle])

Le regard rétrospectif (une caractéristique du projet éditorial d'*Au Cœur de la naissance*) associe ici au forçage de l'induction et de la stimulation hormonale du travail les difficultés d'adaptation de la nouveau-née, ainsi que la détresse postnatale de la mère, une détresse que celle-ci n'hésite pas à croire partagée par son bébé. Qu'en est-il de l'expérience de la naissance pour le bébé lui/elle-même? Mis à part le champ psychanalytique ou de la recherche « primale » (les travaux que mène Michel Odent en Angleterre), il n'existe pas grand-chose du côté médical à cet effet. Cela se limite aux bilans statistiques associés aux divers paramètres de la morbidité néonatale pour ce qui est de la dimension somatique, tandis que les aspects psychologiques se résument à l'établissement de l'allaitement et à quelques rares considérations sur l'attachement mère-enfant. L'évaluation des impacts chez le naissant du travail maternel induit ou stimulé reste à faire. Mais la naturalisation des interventions

⁵⁷ Notons au passage que ce test est classé dans le GECPC parmi les moins bonnes pratiques périnatales (degré 6 : « Forms of care likely to be ineffective or harmful [ineffectiveness or harm demonstrated by clear evidence] »).

rend cette évaluation de moins en moins probable ni même réalisable. Le groupe-contrôle que représenteraient les accouchements non stimulés se réduit comme peau de chagrin, tandis que les biais du stress neurosensoriel associés au contexte hospitalier ne sont jamais un paramètre pris en compte dans la recherche médicale⁵⁸.

Louise : cette expérience que je ne souhaitais pas revivre

Si, en bien des circonstances, la décision d'induction, lorsqu'elle émane du médecin seul-e, est acceptée sans questions, elle s'accompagne néanmoins souvent de résignation, voire d'une réaction négative explicite, ce que les témoignages ou entrevues postnatales font apparaître. Le cas présenté maintenant est celui d'une observation d'accouchement. Louise, qui désire un AVAC pour son quatrième et dernier enfant fait face à un déclenchement médical à 40 SA + 6 jours. Pourtant, ce souhait devrait commander une approche attentiste, car, on l'a vu, l'induction et la stimulation hormonale en cas d'AVAC sont associées à un risque accru de rupture utérine. Louise a déjà connu l'expérience du déclenchement lors de la naissance de son premier enfant et n'avait pas aimé. Elle ne souhaitait pas la revivre : « Dans le fond, ce que je rêvais, c'était un accouchement... tu es à la maison et ça part, pis là tu t'en

⁵⁸ Comme l'avait fait remarquer la sage-femme québécoise Catherine Gerbelli en réponse à un commentaire de la chercheuse ontarienne Mary Hannah paru dans le *Canadian Medical Association Journal* en 2004, lorsqu'on évalue la « performance » de l'« accouchement vaginal spontané » par rapport à une pratique x ou y dans la recherche médicale, la notion d'accouchement spontané n'exclut aucune des interventions suivantes : « l'induction, la stimulation, le monitoring, la restriction des positions pour la poussée, la péridurale, le “coaching” de la poussée, l'épisiotomie, les ventouses, les pressions abdominales, les forceps [...], tous des éléments qui [devraient] exclur[e] ces accouchements de la catégorie accouchement vaginal spontané ». Gerbelli ajoute

[...] qu'il existe une distinction fondamentale entre accouchement vaginal (c'est-à-dire naissance par les voies naturelles) et accouchement physiologique (expression d'un processus physiologique normal non perturbé). Le milieu hospitalier est reconnu comme un milieu où les comportements sont fortement codifiés et structurés. Une femme qui y accouche aujourd'hui ne devrait trop espérer y être soutenue dans sa « spontanéité ». L'accouchement vaginal spontané observé en milieu hospitalier comporte un biais énorme, celui-là même d'avoir lieu dans un espace, l'hôpital, où le processus physiologique normal de la mise au monde d'un bébé est quasiment toujours perturbé. L'hôpital est un biais systématique important introduit dans toutes les études sur l'accouchement, sans jamais être mentionné comme une des limites des études. (C. Gerbelli, « La césarienne sur demande devrait être comparée à l'accouchement à la maison », réponse à Hannah [2004]; en ligne :

http://cmajopen.com/content/170/5/813.full/reply#cmaj_el_973, consulté le 27 nov. 2013.)

Voilà une bonne description de ce que j'appelle la naturalisation des interventions, qui sont devenues une tache aveugle des paramètres cliniques, au point de ne plus être perçues, de ne plus « exister » pour les chercheurs-euses.

vas à l'hôpital, tout se fait naturel... Même j'espérais quasiment accoucher chez nous, pour être sûre que personne me pique et que c'est vraiment naturel, là » (HV25, entrevue postnatale). Bien qu'elle n'ait pas osé contester la décision, elle n'en demeure pas moins très affectée au moment où cela se déroule :

Louise fait la grimace et dit que ce n'était pas vraiment cela qu'elle voulait, mais... et qu'en plus, elle n'aime pas les piqûres. [...] Elle] semble très peu enthousiaste à l'idée de voir son travail stimulé. *Elle a l'impression qu'elle n'a pas le choix.* [...] *Je [lui] demande [...] ce qu'elle voudrait comme accouchement.* « Pas ça », dit-elle, en montrant la machine. « J'ai pas le goût d'être branchée de partout ». (HV25, observation)

L'infirmière sait que la procédure déplaît à Louise, mais elle vient renforcer l'idée que le choix ne lui appartient pas : « Louise est couchée sur le lit, attachée à un soluté et au moniteur. [...] L'infirmière qui remplace [...] vient regarder le tracé. Elle monte le synton en disant : « *C'est pas le fun mais...* » ». Interrogée après la naissance sur les motifs de la décision d'induction, Louise répond que seul le retard a été invoqué :

Q. – Comment est-ce que le médecin t'a présenté ça? Qu'est-ce qu'elle t'a dit?

R. – Bien là, ce qu'elle m'a dit c'est que *j'étais déjà une semaine en retard* et qu'elle aimait mieux me provoquer si j'avais pas accouché à telle date.

Q. – Est-ce qu'elle t'a dit pourquoi?

R. – Parce que je dépassais ma date. (HV25, entrevue postnatale)

L'une des chutes fréquentes du scénario de l'induction et de la stimulation hormonale se confirme dans le cas de cet accouchement : le tracé monitoral soulève des inquiétudes quant à l'état du bébé et on décide finalement de pratiquer une césarienne. L'AVAC n'aura pas eu lieu.

Christine : la cascade des effets secondaires

Je vais revenir sur le récit de Christine, mon 6^e exemple des décisions d'induction prises en fonction du terme dépassé. D'emblée, le déclenchement est effectué par une série d'interventions en rafale : ballon pour faire dilater le col, amniotomie, stimulation hormonale. Puis la parturiente réclame la péridurale afin de composer avec la douleur. La suite de l'histoire constitue une illustration concrète de la dynamique de l'effet toboggan, qui se traduit alors par une cascade d'effets secondaires : détresse fœtale suspectée, extraction

instrumentale, déchirure, déperdition sanguine (une complication directement associée à l'administration d'ocytocine exogène) et réaction en chaîne aux hormones synthétiques et médicaments :

Vers 19 h, mon médecin a décidé d'utiliser la ventouse parce que parfois, il perdait le cœur du bébé : en effet, elle avait le cordon enroulé autour du cou. À 19 h 9, le vendredi 7 juin 2002, je n'oublierai jamais ce moment; ma fille est née. On me l'a laissée quelques instants, mais il fallait s'occuper de moi, alors l'infirmière a amené mon bébé avec elle peu de temps après. J'ai déchiré au 3^e degré et j'ai perdu au moins un litre de sang. On m'a donné un médicament afin de faire contracter mon utérus, mais ce dernier me donnait la nausée. Pensant que j'allais vomir, j'ai dû me tourner sur le côté, bol dans les mains. On m'a alors donné un autre médicament pour atténuer la nausée, qui m'a fait avoir une crise d'asthme. J'ai finalement pu être en mesure de me remettre sur le dos après plusieurs minutes, pour que le médecin puisse terminer le travail de couture! En raison de l'hémorragie, mon taux d'hémoglobine est descendu à 6,5, quand au départ il était aux environs de 11,3. On me demandait si je me sentais bien et moi, comme j'étais au comble du bonheur d'avoir ma fille, je me disais que je ne pouvais me sentir mieux. Je répondais donc que j'étais correcte, car je ne me rendais pas réellement compte que j'étais vraiment très faible. Le dimanche, cependant, j'ai eu un bon étourdissement et j'en ai avisé l'infirmière; tous étaient soulagés qu'enfin je me sente faible. Alors, on m'a transfusé deux culots de sang et j'ai pu sortir le lendemain matin, le lundi 10 juin. (N3, p. 14-15)

Cet extrait est à sa manière exemplaire, illustrant en peu de mots un scénario auquel l'induction chimique du travail est susceptible de donner lieu. Ce scénario n'est pas plus anodin qu'anecdotique, car chacune des interventions pratiquées est associée à un certain nombre de risques bien documentés.

Malgré cet enchaînement dramatique, on constate tout de même que l'émotion à l'arrivée du bébé éclipse d'emblée les circonstances de la naissance pour la mère elle-même (au point où, dans ce cas-ci, Christine ne sent plus son propre état), une constante des récits d'accouchement rédigés peu après l'événement. Cette écriture à chaud est une caractéristique commune à la plupart des témoignages composant le recueil *Naissances*, puisqu'ils tenaient lieu en quelque sorte de faire-part pour annoncer l'arrivée de bébé sur un forum de discussion internet. Ce qui frappe aussi à la lecture de ce dernier extrait est la neutralité du ton employé, une description des événements qui leur confère une apparente banalité malgré la gravité de la situation, ce que vient appuyer la présence importante des chiffres et des détails techniques : mesure du taux d'hémoglobine, précisions quant au temps (heure, minute), etc.

L'auteure donne aussi ailleurs dans son récit des indications sur la dilatation de son col à la décimale près⁵⁹ (p. 14). On peut penser que la prolifération de ces données témoigne d'une forme de déplacement de l'affect, alors que la maîtrise des paramètres médicaux, la reprise du langage de la « médicalité » par la femme à son compte, octroient une certaine prise sur les événements après coup et permettent une validation des faits auprès des pairs nouvelles accouchées usant du même langage.

Dotés d'une valeur culturelle d'absolu, de réalité, d'objectivité, ces paramètres techniques numériques – indicateurs de la performance ou de l'« imperformance » du corps-machine – servent aussi à justifier une expérience d'enfantement difficile, transformant en quelque sorte par la distanciation narrative l'épreuve personnelle en incident traversé avec bravoure. La rationalisation agit comme mécanisme de défense, dans la mesure où l'accident biologique (les complications obstétricales) est culturellement et individuellement doté de sens, d'une raison, tandis que l'iatrogénie médicale (l'effet toboggan des interventions) reste un non-sens expérientiel, un irréprésentable, du moins dans l'immédiat, puisqu'il introduirait dans l'esprit de la nouvelle mère l'idée qu'elle puisse avoir vécu cela en quelque sorte « pour rien ». La proximité temporelle entre l'événement et le récit explique selon moi pourquoi le recueil *Naissances* regorge de ces éléments techniques induisant un effet de distanciation/justification. Les témoignages qu'il comporte relèvent à cet égard davantage du compte-rendu que du récit de résistance (telle l'histoire de Josée ou de Mirabelle, par exemple) dont j'ai parlé en introduction à ce chapitre.

Pour qui est familier-ère de l'obstétrique, le récit de Christine soulève une autre interrogation, celle-là par rapport au « cordon autour du cou » évoqué comme corroboration de l'urgence obstétricale. Ce fameux cordon autour du cou est pourtant une situation ordinaire, sans gravité, qui se présente lors d'une naissance sur trois. À preuve, le bébé de Christine se porte bien; elle non. C'est la procidence du cordon – un cordon qui glisse devant le bébé – qui constitue une situation clinique dangereuse, car celui-ci se trouve comprimé entre la tête du bébé et le bassin maternel. Ces cas de procidence peuvent être iatrogènes, tributaires d'une

⁵⁹ Considérant que l'estimation de l'effacement et de la dilatation du col utérin se réalise par un toucher, une précision « à dix pour cent près » pour l'un et « à la décimale près » pour l'autre apparaît dans toute sa relativité. Le demi-centimètre dans l'évaluation de la dilatation semble destiné à encourager les femmes quant à la progression du travail.

rupture artificielle des membranes pratiquée avant que le bébé ne soit suffisamment engagé-e dans le bassin, d'où les précautions à prendre relativement à cette manœuvre⁶⁰. Un cordon autour du cou « n'étouffe » pas le fœtus : celui-ci est alimenté en oxygène par la voie ombilicale⁶¹. Au nombre incalculable de fois où j'ai relevé cette explication donnée à la déficience intellectuelle ou au handicap d'un enfant (tant dans les romans familiaux que dans la fiction : cinéma, télévision, littérature), il m'est avis qu'il s'agit d'un vrai mythe populaire (doublé d'un puissant motif scénaristique) qui mériterait qu'on y consacre une étude sociohistorique à part entière. Je crois aussi que ce mythe est à la fois sciemment et inconsciemment alimenté par l'institution médicale depuis des décennies pour détourner l'attention des causes réelles des accidents pernatals⁶². Dans le récit de Christine, le cordon

⁶⁰ Voir cet extrait qui relate un débat entre les intervenantes sur la question de l'opportunité de pratiquer ou non l'amniotomie, situation très anxiogène pour les parents :

Mon médecin m'examine et confirme que ma poche des eaux est fissurée. La gynécologue en service vérifie aussi, mais d'après elle je suis à 7 cm au lieu de huit et elle veut qu'on crève mes eaux pour que le travail continue d'avancer. Mon médecin n'est pas du même avis puisque petite grenouille n'est pas fixée, ce qui risque d'entraîner le cordon ombilical hors de l'utérus et d'occasionner des complications. Mon *chum*, témoin de la scène, est très énervé et ne comprend pas trop ce qui se passe, pris entre les avis partagés des deux médecins. Étant concentrée sur mes contractions, je n'entends pas les reproches de mon médecin et encore moins les explications de ma gynécologue. (N26, p. 112)

Voici le compte-rendu d'un cas clinique qui rend compte du risque que pose la RAM pour le fœtus :

The fetal heart rate plunged after the obstetrician broke the bag of waters, undoubtedly because the loss of the fluid cushion led to umbilical cord compression during contractions. The baby's so-called "cry for help" [baisse marquée du rythme cardiaque] was entirely the fault of intervening as may have been the continuing malposition and lack of progress. Releasing the amniotic fluid can cause the head to surge downward and get stuck for real. (Goer, 2006) (Je souligne.)

⁶¹ Selon l'opinion de Paul Cesbron, chef gynécologue-obstétricien français, même un nœud serré dans un cordon ombilical ne peut suffire à expliquer une anoxie néonatale grave (propos tenus lors d'une séance de la Société d'histoire de la naissance à Paris en mars 2003 à laquelle je participais); même avis du côté d'Isabelle Leblanc, médecin généraliste québécoise (discussion publique sur mon mur Facebook, 13-15 avril 2011). En fait, la substance dont est faite le cordon, appelée « gelée de Wharton », protège les deux artères et la veine ombilicales de manière à empêcher qu'un entortillement ou un nœud ne les comprime (sur cette page, on peut voir une rare série de photos illustrant la transformation progressive d'un cordon ombilical dans les minutes suivant la naissance et le « comportement » de la gelée de Wharton : Stephanie Soderblom, « Magic Umbilical Cords », *Nurturing Hearts Birth Services*, entrée de blogue du 14 oct. 2011; en ligne : <<http://www.nurturingheartsbirthservices.com/blog/?p=1542>>, consulté le 24 nov. 2013). Sur le cordon autour du cou, on se référera également à : Reed (2010a), p. 16-19; Morley (2003); Emerson (2011).

⁶² Voir chap. II note 16.

autour du cou de sa fille donne un sens à la conclusion dramatique de l'accouchement pour elle-même.

4.5 *Le col indocile : synecdoque de la parturiente (« totum partus in cervice⁶³... »)*

On l'a vu au chapitre précédent, l'habitude d'évaluer la dilatation cervicale par des touchers vaginaux répétés découle directement des modélisations de l'accouchement appelées partogrammes (notamment la « courbe de Friedman »). Remplaçant l'écoute des vocalisations de la femme en travail, ainsi que l'observation extérieure du rythme et de l'intensité des contractions et le comportement général de la parturiente (postures, attitudes), le col est devenu l'indicateur unique du progrès de l'accouchement. Si le col ne respecte pas une cadence minimale décrite en centimètres/heures, il est dit incompetent. Le diagnostic qui tombe alors est celui d'une « dystocie de la dilatation ». Métonymiquement, la « compétence » du col est celle de la femme à enfanter.

La bonne évaluation de la dilatation et de la présentation fœtale est un paramètre si important qu'en certaines occasions, de réels « débats digitaux » se jouent dans le vagin des femmes, comme dans ces exemples :

- a) Après l'examen d'une troisième puis d'une quatrième infirmière, on en vient à la conclusion que 5 cm serait le chiffre exact (N26, p. 111);
- b) MANON – Oui, l'infirmière s'obstinait avec le médecin, à savoir à combien j'étais dilatée puis tu voyais que c'était comme une chicane, tu voyais le médecin faisait ses gros yeux [...].
CONJOINT – Vendredi soir, son médecin lui a dit qu'elle était à 2 cm quand elle est arrivée ici. Au tableau : 1 cm. Le docteur : 2 et demi, presque 3, et l'infirmière, juste 1 cm. (HV12, entrevues postnatales);
- c) Une infirmière refait un examen, je suis toujours bloquée à 4 cm. [...] Mais elle me semble bien perplexe. Inquiète même. Elle s'empresse de faire venir une autre infirmière. Je demande avec autorité ce qui se passe, après tout, c'est mon corps, j'ai le droit de savoir. Elle m'explique qu'il semble y avoir une main devant la tête et que dans ce cas, ce sera une césarienne puisque le cordon pourrait suivre la main. Après cinq

⁶³ Je construis la formule d'après la célèbre expression d'origine hippocratique « *Tota mulier in utero* » (voir Knibiehler, 1976). Si, depuis l'Antiquité, on considère que « la femme est tout entière dans son utérus » (et que l'utérus « fait » la femme), de nos jours, durant la scène natale, la femme se voit réduite à son col, lequel est envisagé comme s'il « contenait » (par son « comportement rébarbatif ») l'entièreté de l'accouchement (que l'on suppose par là entravé d'office).

examens effectués par trois infirmières différentes, elles constatent que ce n'est que mon col. Ouf! quel soulagement! (N39, p. 160).

L'appréciation de la dilatation répond au modèle obstétrical mécaniste découpant l'accouchement en une succession ordonnée et rigoureuse de stades : ainsi, le 1^{er} stade est celui de l'effacement/dilatation du col utérin; le 2^e stade, celui de la poussée ou de l'expulsion du fœtus; le 3^e stade est appelé « délivrance » et correspond à l'expulsion du placenta. Selon ce modèle, les stades 1 et 2 ne peuvent se chevaucher : ainsi, attend-on (en fait, exige-t-on, comme nous le verrons plus loin) que le 1^{er} stade soit complété avant que la femme ne pousse, d'où une vérification fréquente de la dilatation. À dilatation complète, on enjoindra la parturiente à entreprendre des efforts expulsifs sur chaque contraction. A contrario, la femme qui ressent le « réflexe d'éjection du fœtus » (Newton, 1987; Odent, 1987, 2011) – sensation involontaire et irrésistible, souvent exprimée par un « Ça pousse! » – avant les dix centimètres de dilatation complétés ne sera pas autorisée à pousser et on lui intimera de se retenir (la pire forme d'injonction étant d'empêcher la poussée, voire retenir le bébé à l'intérieur, jusqu'à l'arrivée du médecin). L'ordonnement en stades est une modélisation découlant directement du geste clinique qu'est le toucher vaginal; les femmes qui n'en subissent pas n'attendent pas une quelconque autorisation pour pousser lorsque l'envie se faisait sentir. Que l'on empêche de pousser ou fasse pousser sans envie – à contretemps de la sensation –, le réflexe expulsif s'en trouve court-circuité et le deuxième stade devient laborieux (de Gasquet, 2002, p. 269-275; Reed, 2010b)⁶⁴; ainsi l'accouchement pourra se produire tel que le modèle obstétrical le conçoit : une épreuve de force et de volonté, plutôt qu'un enchaînement de processus involontaires (ce qui correspond à l'un des aspects de la distinction linguistique que je propose à cet égard entre « accouchement » et « enfantement »). Sans la négation du phénomène de la poussée réflexe, que la position sur le

⁶⁴ de Gasquet donne cet exemple : après s'être retenu-e d'aller à la selle, l'envie pressante ne revient souvent qu'après quelques heures... Dans le même registre, une courte vidéo produite par l'organisme *Future of Birth* illustre comment on cause, de façon iatrogène, une « dystocie de progression », ou pourquoi les femmes qui accouchent à l'hôpital ne dilatent plus et ne ressentent pas l'envie de poussée. Dans la vidéo, une femme entre dans sa salle de bain pour aller aux toilettes. Elle s'installe sur le siège et feuillette un magazine. Tout à coup font irruption dans l'espace exigu une infirmière, puis un médecin, puis un autre intervenant, et ceux-ci restent là, à l'observer, tandis que l'un d'eux regarde sa montre. La vidéo se clôt sur ces mots : *Failure to Progress?* (En ligne : http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=N5J3o6AvSq4), consulté le 6 mars 2012)

dos ou semi-assise ainsi que la péridurale permettent de contrer, ce schème (voire l'idée même d'un « 2^e stade » du travail) ne pourrait se maintenir. Or, si l'on veut que l'infirmière s'acquitte de la tâche de prévenir le médecin de garde 30 minutes avant la naissance afin qu'il/elle vienne « attraper le bébé » (dans le jargon), il faut effectivement perturber le réflexe d'éjection, sans quoi un tel délai serait impensable et l'organisation des services, ainsi que la hiérarchie sur laquelle elle repose – stipulant *qui* a l'autorité de « procéder à l'accouchement » et *qui* ne l'a pas –, s'effondrerait.

Le « découragement du TV »

L'analyse du corpus de l'étude CRI-VIFF-RNR m'a donné l'occasion de confirmer un phénomène que j'ai depuis longtemps observé et que j'ai appelé le « découragement du TV » (TV pour « toucher vaginal »). J'ai dénombré dans ce seul corpus pas moins de 20 cas où la femme en travail se trouve découragée (à des degrés divers) à l'annonce du stade d'avancement de la dilatation de son col à la suite d'un TV⁶⁵. Sophie (ACN13) a même cru nécessaire d'ajouter à la première version du récit de la naissance de son troisième fils rédigé à chaud un épilogue consacré aux prises de conscience qu'elle a eues trois à six ans plus tard, se rendant compte des éléments qui avaient perturbé cet enfantement (pourtant spontané et à domicile), en particulier, les touchers vaginaux effectués par la sage-femme :

Je veux écrire des modifications au récit. Des modifications qui donnent au texte moins de poésie, plus de réalité dans les sensations que j'ai éprouvées, et enfouies au fond de moi. Je ne voulais pas voir des détails pourtant importants, je ne voulais pas blesser la sage-femme qui m'avait accompagnée. [...]

[L]a présence de la sage-femme m'a arrêtée dans mon élan. Je sentais le bébé arriver, et Julien aussi (il me l'a dit plus tard). Et je n'étais plus dans la douleur à ce moment-là, c'était extatique.

Sauf que... pour « vérifier » (le col!? pas assez ouvert!?) la sage-femme a fait un toucher vaginal à ce moment-là. *Coup de tonnerre, tout se bloque, tout se change en douleur seulement, et ça dure bien une heure de plus... Une heure de douleurs terribles, de longueur... bébé qui n'arrive pas... découragement, déconnexion avec mon homme...* En lisant plus tard le compte-rendu de l'accouchement que la sage-femme a écrit à mon

⁶⁵ On retrouve un épisode de ce genre notamment dans les récits et comptes-rendus suivants : HV12, HV16, HV25, MH1, MH2, MH7, N1, N48, N61, N63, N68, ACN1, ACN7, ACN10, ACN13, ACN17, ACN26, ACN32, ACN33 et ACN38. Je note au passage un autre exemple dans le récit de l'auteure Catherine Cusset, « “Vous ne pourrez jamais avoir de bébé, vous!” », au sein du recueil français également intitulé *Naissances* (Lortholary, 2005, p. 144-145).

intention, je me rendrai compte qu'il y a eu un toucher vaginal par heure. C'est beaucoup. C'est la première fois que je me dis que même l'accouchement à domicile est médicalisé, qu'il est soumis à des protocoles. (ACN13, p. 161-162)

Le texte de réflexion du médecin Michel Odent (2004a) dans *Au Cœur de la naissance* aborde justement la question de l'effet nocébo insuffisamment apprécié des gestes de routine posés durant le travail; par son texte intitulé ironiquement « Le rôle des aiguilles à tricoter dans l'art de la sage-femme », il explique que les intervenants-es de la naissance devraient s'en tenir à une attitude d'observation discrète de la femme en travail et s'occuper les mains à autre chose (comme tricoter dans un coin de la chambre) qu'à des gestes perturbateurs qui tiennent davantage de l'habitude que de la nécessité, pour n'intervenir qu'à bon escient et seulement quand il le faut⁶⁶.

Les femmes parlent abondamment de leur réaction à l'annonce d'une dilatation qui stagne ou se fait très lentement, alors qu'elles sont en travail actif. Elles ont la vive impression de subir ces contractions pour rien. Le modèle obsolète mais toujours utilisé de la courbe de Friedman leur laisse entendre que quelque chose ne va pas. On leur dit rarement que la dilatation s'accélère beaucoup en fin de parcours (Zhang *et al.*, 2002, 2010). Ailleurs dans le monde, aux Pays-Bas par exemple, les sages-femmes ne considèrent pas que la connaissance de la dilatation cervicale représente un paramètre significatif pour jauger l'évolution du travail, ce qui fait du TV une pratique éminemment culturelle. Quoi qu'il en soit et compte tenu du risque infectieux qui lui est associé, ce geste devrait être pratiqué avec grande parcimonie⁶⁷. En plus, il s'agit d'un geste invasif, désagréable et souvent gênant pour les femmes :

L'étudiant fait l'examen, je suis en pleine contraction, c'est très douloureux. On voit qu'il n'a pas l'habitude, il me fouille tout en scrutant le plafond, va-t-il enfin trouver ce qu'il cherche? Cela me fait si mal que je me surprends à lui pousser le bras pour qu'il sorte sa main de moi, je suis habituellement plus polie. Je ne lui rends pas la tâche facile, mais c'est plus fort que moi, l'infirmière doit me retenir le bras pour qu'il puisse procéder [...]. (ACN1, p. 25-26 [Lysane])

⁶⁶ Dans le mouvement anglo-saxon d'humanisation de la naissance et des soins de périnatalité, on parle de pratique *hands-off* pour faire référence à cette approche.

⁶⁷ Le GECPC classe les examens vaginaux fréquents et réguliers durant le travail parmi les « *forms of care unlikely to be beneficial* », le niveau 5 de 6 de son classement où le 1^{er} niveau rassemble les pratiques démontrées bénéfiques par une solide preuve scientifique et le 6^e niveau, les pratiques dont la démonstration de la nocivité est bien appuyée par la recherche (Enkin *et al.*, 2000, p. 503).

C'est pourquoi l'utilité des débats digitaux évoqués plus tôt laisse perplexe. Si les TV sont essentiels pour indiquer l'état d'avancement du travail lorsque la parturiente est sous péridurale, on a quand même tendance à effectuer ces examens et de la même façon et à la même fréquence à toutes les femmes, qu'elles soient ou non sous anesthésie. En outre, comme l'illustre l'exemple de Lysane, les TV sont souvent réalisés – et multipliés – à des fins de formation.

Les rares observations directes d'accouchement dont nous disposons sont précieuses pour apprécier *in situ* la traduction de la compétence/incompétence du col – et de la femme par extension – dans le langage des soignants-es au cours de leurs rapports avec la parturiente et avec ceux et celles qui l'accompagnent. L'utilisation des hormones de synthèse – Syntocinon, Pitocin – vise à corriger un rythme de dilatation jugé trop lent. Mais le corps n'obtempère pas toujours, malgré l'augmentation constante de la dose de « synto ». Lorsque le corps ne répond pas comme on le voudrait, on observe une tendance chez les intervenants-es à s'adresser à la femme en travail dans des termes qui laissent entendre qu'elle y est pour quelque chose. Ainsi, il arrive qu'on lui fasse sentir que cela traîne en longueur :

a) Le médecin de garde ne me rassurait pas du tout en venant toutes les deux heures me dire que ça avançait très lentement. Une fois, il a dit : « Mais *c'est bien trop long!* Il faut peut-être augmenter la dose! » (ACN17, p. 185)

b) 7 h : Mireille, médecin stagiaire, frappe et entre. Elle regarde le moniteur en s'assoyant sur le lit :

MIREILLE – Tu as été examinée? Toujours à 4cm? Wow, c'est plate, hein? [...]

MANON – Ouais, le 5° [bébé] se fait attendre. [...]

MIREILLE [s'adressant au mari en train de lire] – Ça fait trois fois que vous le lisez [votre livre]? [...]

Manon exprime qu'elle se sent un peu mal de prendre autant de temps. (HV12, observation)

Parfois, on adresse même des reproches explicites à la future mère dont le col ne dilate pas comme il se doit. La non-obéissance du corps cache forcément de la mauvaise volonté, un manque de concentration... :

a) HENRIETTE [l'infirmière, à la mère] – Tu te concentres pour passer de 8 [cm] à complète. Quand le médecin va revenir ici, c'est parce qu'on voit les cheveux. Tu visualises comme il faut qu'il s'en vient. Je vais aller pendant ce temps-là [...]

arranger le bain. [...] Je veux que tu sois complète au sortir du bain-tourbillon. Mon *shift* finit à 3 h 30. Je veux pas mettre de pression... (HV26, observation [Ingrid]);

b) KATERI [l'infirmière, à la mère] – Pas parler durant les contractions... te concentrer sur ce qui se passe. (HV25, observation)

Souvent, à la blague, des paris sont ouverts sur l'heure de la naissance parmi les membres du personnel du département d'obstétrique (une pratique courante selon les observations de Vadeboncœur et de plusieurs accompagnantes à la naissance). Il n'empêche que cela est susceptible de créer de la pression et de décourager la femme en couches si cela ne se passe pas comme prévu :

MÉDECIN – (souriante) On n'est pas pressées. (À l'infirmière) : – Lui as-tu mis ton ultimatum de 11 h 30?

INFIRMIÈRE – (riant) Non, je lui laisse jusqu'à moins quart. (HV12, observation)

Dans la pièce de théâtre *Naissance* (qui se veut la version « monologues du vagin⁶⁸ » de l'accouchement), écrite à partir de plus d'une centaine d'entretiens réalisés avec des femmes d'un peu partout à travers les États-Unis ayant eu un enfant entre 2000 et 2004, l'auteure et

⁶⁸ La célèbre pièce *Les Monologues du vagin* (Paris : Balland, 1999) d'Eve Ensler se termine sur une scène d'accouchement médicalisé. Le texte vient donc en quelque sorte confirmer aux spectateurs et spectatrices qu'il s'agirait là de l'expérience « normale » de l'accouchement (ou d'une « épreuve ordinaire », en regard des scènes d'agression et de viol que comporte la pièce...). Plusieurs militants-es pour l'humanisation et pour une approche citoyenne de la naissance ont reproché à cette pièce de ne pas comporter de réflexion critique à l'égard de l'hypermédicalisation de l'accouchement et de l'emprise exercée sur les femmes par la prise en charge complète du processus :

Une des comédiennes qui interprètent *Les monologues du vagin* dans un théâtre parisien commentait à la radio les attaques de l'administration Bush contre la liberté de l'avortement aux USA : « En France, heureusement, mis à part quelques fanatiques religieux, personne ne fait campagne pour l'abolition du droit à l'avortement. Il est évident que l'on ne peut pas, aujourd'hui, empêcher les femmes de prendre des décisions pour tout ce qui concerne la vie de leur corps! »

Évident, certes... Pourtant il suffit de franchir la porte de n'importe quelle maternité française pour y trouver, en salle de travail, des femmes allongées en position « poulet de Bresse », le sexe offert au regard de tous, se laissant docilement tripoter ou charcuter par « les gens qui savent » en dehors de toute urgence médicale qualifiée... Comment des personnes à ce point conscientes de leurs droits, de leur autonomie, de leur féminité, en sont-elles arrivées à un pareil degré de soumission? Et que dire de leurs compagnons qui assistent sans mot ni geste, ni le moindre sentiment de révolte, à une telle dénégaration de leur identité de femme, abdiquant leur pouvoir — leur droit — d'enfanter?

La sélection d'entretiens compilée dans *Les monologues du vagin*, couronnée par un récit de naissance interventionniste, reflète une idée communément répandue que le vagin de la femme accouchante devient la propriété exclusive du corps médical. (Bel, 2004, p. 361)

activiste Karen Brody propose une scène évoquant justement cet « ultimatum de dilatation ». Maintes fois rapportée à la dramaturge, cette situation n'est pas marginale dans les maternités :

L'OBSTÉTRICIENNE – Il va falloir faire une césarienne.

NATALIE – Une césarienne? Non! Je suis capable de pousser mon bébé. Pourquoi j'aurais besoin d'une césarienne?

L'OBSTÉTRICIENNE – Nous sommes préoccupés parce que vous dilatez trop lentement.

NATALIE – Trop lentement? Laissez-moi un peu plus de temps! Combien de temps vous pouvez m'accorder?

L'OBSTÉTRICIENNE (*regarde sa montre*) – Bon. Je vous laisse une heure.

NATALIE (*au public*) – Une heure pour arriver à dix? Un ultimatum! Je n'avais pas le temps de penser à l'absurdité de la scène, il ne me restait plus qu'à arriver à dix. Mon accompagnante m'a encouragée à fermer les yeux et à retrouver ce moment dans le parc, à imaginer le soleil rayonnant sur mon visage, les oiseaux qui gazouillent et moi en train de danser avec Martin...

(*Elle et Martin commencent à danser ensemble*) J'ai puisé TOUT AU FOND de moi et j'ai recommencé à sentir mon propre rythme, ma joie, ma connexion avec mon bébé...

(*un sourire sincère apparaît sur son visage*)... les contractions sont revenues... on pouvait les voir sur le moniteur... elles étaient là... fortes... puissantes... et, comme par enchantement, en une heure j'ai réussi.

(*grand sourire*) J'étais à dix.

L'OBSTÉTRICIENNE – Vous avez une heure pour pousser. Si le bébé n'est pas sorti dans une heure, on fait une césarienne.

NATALIE – Encore un ultimatum! (*Elle grogne, contrariée.*) (Brody, 2009, p. 28-29)

Les exemples donnés dans la première partie de cette section montrent de quelle façon s'exerce la pression sur la femme *par l'intermédiaire* de son col. En d'autres moments, tout semble se jouer sur le col, au point où la femme en est littéralement désobjectivée, disparaissant de la scène de son propre enfantement. Le cas qui suit en constitue une illustration complète et complexe. Voici l'histoire d'un col/d'une femme mis/e en échec.

Caroline : de la détresse à l'échec

La suite du récit de Caroline (N26), dont le début a été cité auparavant lorsque j'ai abordé la question de la naturalisation des interventions, est aussi un cas classique d'effet toboggan et une démonstration de la réalisation du risque augmenté de césarienne associé au tandem induction-stimulation. Contrairement au témoignage de Christine, voilà un récit beaucoup

plus affecté. Nous l'avons vu plus tôt, après l'échec de deux *strippings*, Caroline est hospitalisée pour une induction en raison du dépassement de terme (bébé « trop bien dans son nid douillet ») : gel de prostaglandines pour faire « mûrir » le col, puis stimulation hormonale. Elle ne consent pas de gaîté de cœur à la procédure, d'où un profond désarroi. En fait, elle est terrorisée :

Je n'ai jamais été hospitalisée et j'ai peur! *La panique me gagne...* Je commence à tourner en rond dans ma chambre en disant à mon *chum* que *je ne veux pas rester ici, que je veux m'en aller chez moi*. « Mais qu'est-ce qui se passe? *Pourquoi on m'emprisonne ici?* », me dis-je.⁶⁹ [...] Alors me voilà seule dans cette pièce terne où mes pensées se tournent vers mes futures souffrances et celles de toutes les femmes qui ont souffert dans cette chambre. Je m'assois dans mon lit et une crise de larmes s'ensuit. [...]

Petit cœur se portant bien *le médecin décide d'induire*⁷⁰ *le travail*. On commence par le soluté. Facile à installer? Peut-être en temps normal, mais sûrement pas pendant les contractions! Après cinq tentatives où mes veines éclatent à chaque contraction, l'infirmière en chef réussit à m'installer *la fameuse injection qui me faisait si peur*. Avec toutes ses piqûres ratées, j'ai maintenant l'air d'une « junkie ». (N26, p. 109, 111)

Rien ne se passe aisément pour elle : la pose de l'intraveineuse – elle déteste les piqûres – s'avère laborieuse; le Nubain (un narcotique analgésique administré également par injection), qu'elle apprécie néanmoins, la fait vomir, puis perdre contact avec ce qui se passe (« Tous ces beaux petits trucs qu'on m'a appris aux cours prénataux ne m'ont servi à rien puisque je n'ai plus conscience de rien » [p. 110-111]); et plus tard, la difficulté de l'installation de la péridurale fait retenir son souffle à toutes les personnes présentes dans la salle, alors que l'anesthésiste pique « dans l'os »...

Au moment où l'on décide de la stimulation hormonale, le travail de Caroline est néanmoins bien avancé (6 cm). Peu de temps après (à 8 h), elle en est à 8 cm de dilatation, ce que tout le monde trouve encourageant; or, à ce moment, elle se met à ressentir l'envie de pousser, ce qu'on lui enjoint de réfréner : « L'infirmière me dit de ne pas pousser, mais c'est vraiment

⁶⁹ Cette phrase, qui apparaissait dans le manuscrit de prépublication (auquel j'ai eu accès avant d'obtenir le livre), a été retirée à l'édition. Censure? Du reste, dans le contexte d'un recueil dont le projet éditorial est de « rassurer » les futures mères, une terreur qui se traduit par une impression de captivité était peut-être une formule trop forte...

⁷⁰ En fait, il s'agit plutôt ici d'entamer la stimulation hormonale par intraveineuse, parce que le travail a pourtant déjà été induit, la femme éprouve bel et bien des contractions et son col a pourtant dilaté de 3 cm depuis la veille.

une envie incontrôlable » (p. 112). Dans cet exemple, comme dans les précédents, la femme se trouve réduite à un col, un col qui ne lâche pas, qui ne fait pas ce qu'il doit faire. *Ce n'est pas permis* de laisser pousser avant dilatation complète : une étape doit en précéder une autre. Que se passe-t-il somatiquement quand toute l'attention d'une femme doit être focalisée sur la rétention d'une envie de pousser irrépressible *en même temps* qu'on lui intime de dilater, ce qui demande un relâchement...? Psychiquement, le message médical est tout à fait contraire à la sensation, au message du corps. Est-ce suffisant pour entraver l'enfantement? Manifestement, oui. Et à trop retenir la poussée, il arrive souvent qu'il ne se passe ensuite plus rien (un réflexe acquis de l'évolution qui permet la fuite en cas de danger).

À partir de ce point-là, de l'interdiction formelle de pousser, le col ne bougera plus. La lutte se mènera entièrement – et exclusivement – sur le champ de bataille cervical, *au point d'en oublier tout le reste* : les sensations de la mère ainsi que des paramètres cliniques importants. Ainsi, l'infirmière « s'occupe d'augmenter la dose de Pitocin. Après une dizaine de minutes, je la supplie de le remettre comme avant parce que je n'ai plus aucun répit! » (p. 112) Si l'intensité est le but poursuivi, on voit dans cet exemple qu'une telle cadence imposée au corps n'obtient pas l'effet escompté, que celui-ci « résiste » à se conformer au modèle. Parce que l'enfantement demande une forme d'abandon, la multiplication des contractions empêche le relâchement nécessaire au passage, comme quoi le col des femmes ne s'ouvre pas toujours par la force..., pour paraphraser une sage-femme citée au chapitre précédent (Block, 2007, p. 14). Caroline en vient à réclamer la péridurale, qu'on lui donne, non sans mal. Puis, la médecin décide d'« augmenter le médicament pour *l'induction au maximum* » (N26, p. 113). La digue ne cède pas malgré l'arsenal inductif mis en œuvre.

Ainsi fractionnée, anatomiquement réduite à une dilatation, la parturition devient impossible. Impossible également dans la mesure où on en vient à négliger tout autre élément de la dynamique de l'enfantement. Le texte prédictif de la narration obstétricale – « il y a des femmes qui ne peuvent accoucher » – trouve de cette façon sa réalisation concrète : « *“Doing something” is the cornerstone of medical management. Every labor that takes “too long” and cannot be stimulated by hormones or by breaking the membranes will go on to the next*

*level of medical intervention, the cesarean section*⁷¹ ». Ce scénario du col qui ne se dilate jamais malgré la dose massive d'ocytocine synthétique et qui se conclut en césarienne, nous l'avons rencontré à plusieurs autres reprises⁷². Dans le cas de Caroline, la dilatation cervicale stagne à 8 cm pendant six heures, moment où la médecin décide de la césarienne (« On n'a pas le choix, ma belle »).

J'ai suggéré que cette focalisation sur le col pouvait expliquer une inattention à d'autres paramètres cliniques essentiels, situation dont ce témoignage constituerait une illustration. Voici ce qu'il en est. À midi, l'infirmière se rend compte que sa patiente n'a pas uriné depuis plus de... dix heures! C'est très, très long, anormal; pour une femme en travail *qui reçoit un soluté intraveineux depuis plusieurs heures*, la situation est carrément dangereuse : la vessie risque d'éclater. Il s'agit aussi d'un facteur probablement en cause dans la stagnation de la dilatation (Wainer, 2001) : il faut normalement rappeler aux femmes en travail d'uriner souvent, car elles n'en sentent pas toujours l'envie et cela fait obstacle à la dilatation... Caroline n'arrive plus à uriner et on doit lui poser une sonde urinaire. Cependant, son récit ne dit pas si on la lui installe, mais on comprend qu'elle n'a toujours pas uriné à 13 h... Le débordement des effectifs en hôpital peut aussi conduire à des oublis aussi dramatiques que de faire uriner une femme en travail alimentée par un soluté (qu'elle ait un soluté ou non d'ailleurs, mais la situation est plus critique dans le premier cas), alors qu'on sait (ou est censé savoir) qu'une vessie pleine empêche la dilatation. Au-delà du défaut de soins ou de l'inattention clinique, l'exemplarité de ce dernier témoignage réside surtout à mon sens dans sa démonstration du caractère opératoire du scénario de la mise en échec du corps – ici, en termes cliniques, une « dystocie de dilatation » ou un « échec de progression ».

Le motif de la « bande de col »

L'usage d'apprécier régulièrement la dilation cervicale par un TV pour évaluer la bonne marche du travail (protocole de la « gestion active ») a créé un nouveau phénomène obstétrical : la *bande de col qui ne passe pas*. Comme on l'a vu jusqu'ici, le col est pour la cognition obstétricale « l'ennemi à abattre » – et nous verrons au chapitre suivant plus

⁷¹ Ann Oakley (1984), p. 193; citée dans Martin (2010), p. 130.

⁷² Notamment dans les cas N62, HV12, HV25 et MH5.

précisément en quoi cette construction n'est pas que métaphorique, lorsque nous aborderons l'histoire de la gynécologie. Ainsi, le motif de la bande de col est entièrement tributaire, d'une part, du geste du TV et, d'autre part, de l'ordonnement de l'accouchement en stades, une logique qui n'en autorise pas le chevauchement. C'est le scénario qui se produit dans l'exemple du récit de Caroline, alors qu'on lui a interdit de pousser sur une envie irrépressible sous prétexte qu'elle n'était pas encore « complète », c'est-à-dire dilatée à 10 cm (ce 10 cm voulant dire que le col n'est plus perceptible au toucher). Péridurale aidant, l'envie de pousser lui passe, et le col de Caroline ne dilatera jamais au-delà de cette marque, et ce jusqu'à ce que la césarienne soit décidée... six heures plus tard. La conviction que la naissance de l'enfant dépend de l'effondrement des barrages (ces barrages étant le corps maternel mortifère à l'égard desquels l'arsenal induction/stimulation/forceps/ventouse/césarienne joue le rôle de dynamite) s'autoréalise, l'ultime digue étant celle de cette fameuse bande de col qui fait obstacle même lorsque la femme, au-delà des doigts qui palpent, annonce que « ça pousse! » Pourquoi la sensation serait-elle contraire au bon déroulement du processus, défavorable à cette naissance si impatiemment attendue? Et pourquoi, en ce moment précis, faudrait-il *attendre* alors que tout le long du travail on a voulu l'accélération des choses? Peut-être parce que le réflexe expulsif échapperait au contrôle des opérations, à cette poussée dirigée dont la notion même découle du concept de « deuxième stade »? Paradoxalement, l'obstétrique de la tradition des Pomeroy et DeLee redoute plus que tout – pour l'enfant à naître – un « deuxième stade prolongé », d'où la pratique de l'épisiotomie et des instruments afin de le raccourcir, même si on a depuis démontré que l'association automatique entre longueur du deuxième stade et mauvais pronostic fœtal n'était pas fondée⁷³.

Ceci dit, lorsqu'on réfrène la sensation de poussée ou fait entreprendre à la parturiente des efforts expulsifs volontaires sans qu'elle n'en ressente l'envie, le « réflexe d'éjection fœtal » se trouve court-circuité, ce qui, règle générale, complique l'expulsion et *prolonge effectivement* le deuxième stade. Le récit d'Ariane (N66) illustre de quelle manière cela se

⁷³ Le GECPC classe la « limitation arbitraire du temps de poussée » parmi les pratiques à l'encontre desquelles existe une preuve consistante (niveau 5) (le niveau 6 correspondant à une contrepreuve ferme).

produit, alors qu'elle a dû attendre longuement l'autorisation officielle du médecin avant d'écouter la sensation de l'envie de poussée, sous prétexte d'une bande de col récalcitrante :

Il est presque 15 h lorsque mon médecin me dit que je suis enfin complètement dilatée. *Il m'a fallu attendre deux heures pour passer de 9,5 cm à 10 cm.* Il n'a pas besoin de me dire de commencer à pousser, car je sens déjà le besoin incontrôlable de le faire! Et quelle poussée! On dirait que je vais accoucher par le derrière, car ma fille ne relève pas sa tête. Mon Dieu que c'est incroyable! Moi qui croyais que la fin était proche, mais non! Deux heures et demie plus tard, je pousse encore. Je pousse et repousse et crie et pleure. Je suis à bout et ma fille aussi. Son rythme cardiaque accélère énormément, à environ 200 battements à la minute. Mes contractions sont incessantes, et j'ai seulement 10 à 20 secondes entre chacune. Je tremble, je veux que tout soit terminé, mais tout me semble sans fin. Je sens mon amoureux me tenir une jambe et m'encourager. Je vois aussi l'infirmière me tenir l'autre jambe et essayer de me calmer, mais je ne les entends pas, je ne me souviens pas de leurs paroles. Je pousse et c'est tout. Je veux ma fille!

Mon médecin me dit que ma fille ne redresse pas sa tête et qu'il va devoir utiliser la ventouse. En d'autres circonstances, j'aurais eu peur, mais, là, je m'en foutais. Après six blocs honteux⁷⁴, une épisiotomie complète et quatre fois la ventouse, j'entends mon médecin me dire de ne plus pousser et de regarder. Seigneur! Je lui vois le bout de la tête, là, entre mes cuisses! Il retire la ventouse et me dit : « Tu vas nous finir ça comme une grande. » Eh bien, c'est ce que je fais. Là, je pousse et pousse et pousse mon bébé hors de moi, dans le monde. Je crie comme une folle et je pleure toutes les larmes de mon corps. La voilà! Il est 17 h 10. [...] Le médecin me fait les points pour mon épisiotomie et m'explique en même temps que j'ai passé [sic] à deux doigts de la césarienne. Il me nettoie et me félicite d'avoir été jusqu'au bout dans de telles circonstances. (N66, p. 251-252)

Plusieurs remarques sont à faire sur ce récit. En même temps qu'elle inhibe le réflexe expulsif et permet à la patiente d'« attendre d'être complète », la péridurale a fort probablement ici entravé la rotation du bébé dans le bassin (« elle ne redresse pas sa tête »), d'où ce deuxième stade très laborieux et une sensation vive de poussée qui ne se traduit pas par ce qui devrait être une expulsion spontanée. De surcroît, l'attente – dans l'immobilité posturale – de l'effacement de la bande de col est susceptible d'avoir entravé justement la flexion de la tête fœtale, ce que vient aggraver la poussée dirigée (Reed, 2010b, 2010d)⁷⁵.

⁷⁴ Anesthésie locale du périnée bloquant l'influx nerveux au niveau de la zone sensitive du nerf pudendal (traditionnellement nommé nerf « honteux »...).

⁷⁵ Sur la nocivité de la poussée dirigée :

There is overwhelming evidence that directed pushing results in increased morbidity for both mother and baby and amongst other things is associated with : Mother – altering body fluid pH resulting in inefficient uterine contractions; maternal fatigue; metabolic acidosis. Baby – interferes with the gradual descent and rotation; increases hypoxia. (Reed, 2010b)

L'obstétricienne étatsunienne Christiane Northrup propose cette analogie pour décrire l'effet de la péridurale sur le bébé alors qu'il/elle s'engage dans la filière pelvienne : c'est un peu comme quelqu'un qui doit traverser une autoroute à pied, mais dont les jambes seraient engourdies (en entrevue dans le film de Pascali-Bonaro, 2008). Sans compter que le bébé ne peut bénéficier des mouvements du corps maternel pour être aidé-e dans sa progression. Malgré une péridurale administrée depuis la matinée, l'auteure du témoignage relate qu'à deux reprises dans le cours du travail l'anesthésie ne lui faisait plus aucun effet et qu'on a alors dû lui « redonner de la médication » (ou augmenter la dose). Cependant, on est saisi-e à la lecture de cet extrait par l'acuité de la douleur décrite durant l'interminable phase de poussée. L'un des non-dits de la promotion unilatérale de la péridurale est que, en plus de ne pas faire autant d'effet à toutes les femmes, elle risque fort d'être diminuée lors du deuxième stade pour favoriser une poussée « efficace ». À cela s'ajoutent pour Ariane des contractions quasi ininterrompues (un cas de figure d'ordinaire attribuable aux ocytocines de synthèse), et, rapidement, la souffrance fœtale est décrétée (effet toboggan). Comme si elle n'avait pas encore assez mal, Ariane semble ne pas répondre à l'anesthésie locorégionale (« bloc honteux ») tentée juste avant d'entreprendre l'extraction instrumentale (la ventouse associée à une épisiotomie importante), puisqu'on s'y reprend à six fois... Au final de cette épreuve, le médecin fait à Ariane la « fleur » superbement infantilissante de lui laisser « finir ça comme une grande », un peu comme s'il lui signifiait du même tenant toute l'incompétence (ou l'immaturité) à accoucher dont elle avait fait preuve jusque-là.

Au cours de l'observation de l'accouchement de Chantal (HV27), le motif de la bande de col devient l'un des enjeux épiques d'une lutte autoritaire entre l'infirmière, puis la médecin, et la parturiente qui, « à son corps défendant », ne suit pas les ordres :

HENRIETTE (infirmière) – Tu vas me regarder, tu vas faire ce que je vais dire. Tu vas respirer comme je vais respirer. On se pratique (*sans contraction*). (*Elle lui montre à haleter : inspirer – expirer doucement en 4 coups*). [...] Ça me fait rien, mais si tu veux accoucher tantôt, respire BIEN. [...] (12 h 43. *Contraction*). Pousse un coup, mais respire. (*Cela paraît difficile*.)

CHANTAL (*crie*) : « Ah! mes jambes! »

[...]

HENRIETTE – Je vais mettre mes doigts entre le col et la tête du bébé pour essayer que la bande désenfle. Je te demande de ne pas pousser, de te concentrer et de respirer doucement.

(12 h 45. Chantal respire.)

H. – Ça va très bien comme ça, Chantal. Comment ça a été pour toi?

CH. – Bien.

(On entend le cœur du bébé.)

H. – Est-ce que mes doigts dérangent? *Chantal fait non de la tête.* Je vais continuer à faire cela. [...] Pousse pas là-dessus. Concentre-toi. Je fais un petit massage, mais concentre-toi sur ta respiration. C'est important quand je te dis de ne pas pousser sur mes doigts. Le col pourrait déchirer.

CH. – Les petites, ça va bien. C'est les grosses que j'ai de la misère.

[...] *(12 h 48. Contraction.)*

H. – Concentre-toi sur la respiration.

CH. – Ayoye!

H. – Je sais que je te fais mal, mais je suis en train de vérifier tout le tour. [...]

(12 h 52. Contraction. Poussée, respiration.)

H. – Pousse pas. À chaque fois que tu pousses, tu retardes les choses d'une heure.

CH. – Celle-là, j'étais pas capable.

[...]

CH. – C'est vraiment ça qui fait du bien, ça m'empêche de pousser.

(Henriette fait un examen vaginal.)

H. – C'est important de ne pas pousser. Respire! Sans ça, à 3 heures on va être encore là.

[...]

(12 h 54) H. – Concentre-toi bien. Tu ne pousses pas. Ça peut être dangereux. [...]

Respire bien. [...]

(12 h 57) H. – Pousse pas.

CH. – J'ai très de la misère.

H. – Je le sais, mais je veux pas que tu pousses, O.K.?

(Henriette fait un appel à la médecin en appuyant sur un bouton.)

FRANÇOISE (obstétricienne) – *(Fait un examen.)* Il te reste encore une petite bande de col. Pour un premier bébé, je peux pas l'enlever. Ça sera pas très long, car le bébé est très bas.

[...] *(1 h 2. Contraction. Elle ne peut s'empêcher de pousser. C'est, de toutes les participantes, celle qui est le plus envahie par la poussée et qui fait le plus de bruit.)*

CH. – Aidez-moi! [...] Ça ne donne pas de répit du tout. [...]

(1 h 3. Contraction. Françoise lui demande de pousser.) [...]

FR. – La prochaine fois, tu ne pousses pas. *(Elles sont trois à lui enjoindre de respirer.)*

CH. – Ça me coupe le souffle! Ah!...

[...]

(1 h 7) CH. – Je peux-tu pousser? (*Trois coachs à la fois, ce qui est contre-indiqué dans les manuels de formation du CH, mais fréquent – enfin, ce que j’en ai observé.*) [...] (*Françoise a toujours ses doigts là.*)

FR. – Il reste juste une petite bande de col. C’est pour ça que j’aimerais mieux que tu pousses pas. Je sais que ça pousse très fort. (*Le cœur [fœtal] est plus lent.*)

[...] (1 h 8. *Contraction. Elle pousse et respire.*)

CH. – Je m’excuse.

FR. – Excuse-toi pas. T’as pas le choix, ma chouette.

Dans cet exemple, on menace des pires extrémités : col qui déchire, accouchement qui va durer jusqu’à trois heures ou retarder d’une heure à chaque poussée non réfrénée. L’équipe finit par installer Chantal en position d’expulsion et lui ordonne d’entreprendre des efforts soutenus sur l’inspiration (selon la technique traditionnelle dirigée : « Inspirez, bloquez, poussez » [voir au prochain chapitre]); le bébé naît en moins d’une dizaine de minutes. Vadeboncœur avait remarqué que la même infirmière avait adopté un comportement différent avec une autre patiente, elle aussi primipare. La chercheuse s’est demandé si la raison de cette différence dans l’attitude ne tenait pas au fait que la deuxième cliente accouchait sous la responsabilité d’un généraliste, tandis que la première, sous celle d’une obstétricienne-gynécologue (ces spécialistes sont réputés plus interventionnistes), ou bien parce que Chantal était jeune et sans conjoint (l’une des formes de discrimination observée dans les rapports entre les intervenants-es de la santé et des services sociaux et les femmes). Quoi qu’il en soit, on remarque le ton directif et infantilisant sur lequel on s’adresse à cette dernière, en plus de glisser quelques réprimandes au passage⁷⁶. Au-delà du rapport entre la patiente et l’équipe présente durant la poussée, cette observation dénote l’affrontement entre la construction mécaniste de l’accouchement qui, selon la formation médicale traditionnelle, doit être dirigé, c’est-à-dire commander des efforts soutenus au moment jugé opportun par un regard externe, et la physiologie d’un phénomène réflexe incontrôlable et puissant. L’irrépressible poussée reçoit ici l’interprétation d’un message sensitif mauvais, inadéquat, et s’y livrer est associé à

⁷⁶ Dans un article, Karin Martin (2003) a analysé comment les rapports patiente-médecin durant l’accouchement obéissent à une construction genrée des rôles : « Giving Birth Like a Girl », *Gender & Society*. L’étude CRI-VIFF-RNR ainsi que les observations d’Hélène Vadeboncœur ont permis de constater à quel point, dans le moment précis de la poussée, on s’adresse aux femmes en termes de « bonne » ou de « mauvaise » fille.

différentes formes de dangers, dangers dont la potentialité découle de l'accès digital au col de la parturiente.

Que craint-on en fait de cette « bande de col »? Un œdème voire un déchirement cervical si la femme pousse à contretemps (selon la temporalisation en stades propre à la cognition obstétricale). Interrogée à ce sujet, l'infirmière présente durant cet accouchement déclare n'avoir jamais vu en neuf ans de pratique un tel cas de déchirement parce qu'une femme aurait poussé « trop tôt ». Néanmoins, il faut tout faire pour éviter que cette situation jamais vue ne se produise... Tous les cas de femmes ayant enfanté trop vite, avant d'avoir obtenu l'autorisation de pousser ou avant que l'appréciation de la dilatation cervicale ne devienne un geste obstétrical routinier (et dans tous les autres endroits du monde où cela n'est pas vérifié) n'ébranlent pas le concept. Sage-femme praticienne et docteure en sciences infirmières et maïeutique, la chercheuse australienne Rachel Reed a justement consacré un article de blogue à ce sujet, « le bourrelet de col antérieur ou comment saccager un accouchement parfaitement normal », qu'elle décrit comme un scénario classique :

[U]ne femme est en travail et tout se déroule normalement. Elle commence à pousser lors des contractions et sa sage-femme l'encourage à suivre son corps. Après quelques poussées, la sage-femme l'examine pour « voir ce qu'il se passe » et trouve un bourrelet de col antérieur. Elle dit à la femme d'arrêter de pousser parce qu'elle n'est pas complètement dilatée et risque de déchirer son col; son corps est en train de lui mentir et ce n'est pas le moment de pousser. La femme est perturbée et prend peur. Elle ne peut pas arrêter de pousser et doit lutter contre son corps ce qui augmente la douleur. Parce qu'elle ne peut pas arrêter de pousser, on lui recommande de prendre une péridurale. Une péridurale est posée avec tous les appareils de mesure qui vont avec. Plus tard, un autre toucher vaginal déclare que le col est complètement dilaté et une poussée dirigée commence. La fin de l'histoire est classiquement une naissance instrumentale (ventouse ou forceps) liée à la péridurale = poussée dirigée = souffrance fœtale + défaut de progression (bébé mal positionné du fait de la position dorsale et d'une diminution du tonus du plancher pelvien). Le message que la femme retient de son accouchement est que son corps l'a trompée alors qu'en fait c'est la sage-femme (instrument du système) qui l'a trompée. (Reed, 2011a)

Comme l'illustre Reed, le scénario de la bande de col relève de l'idée enseignée (et erronée) que le col se dilate également, à l'image de cercles concentriques de plus en plus larges, alors qu'il s'ouvre plutôt de l'arrière vers l'avant, sous la forme d'une ellipse. Cette bande de col redoutée correspond en fait à la normalité de la dilatation cervicale, d'apparence variable selon la manière dont appuie la présentation fœtale et son alignement : « À un certain

moment du travail la plupart des femmes vont avoir un bourrelet de col en antérieur parce que c'est la dernière partie du col à être tirée vers le haut par-dessus la tête du bébé. Ce bourrelet n'est détecté que si un TV est pratiqué à ce moment. » (*ibid.*) Reed conclut, quant au caractère hypothétique de la rupture ou de l'œdème cervical que l'on veut éviter à tout prix :

Je suis encore en train de chercher des preuves montrant que pousser sur un col incomplètement dilaté va abîmer celui-ci. On me l'a dit très souvent, mais je ne l'ai jamais constaté. J'ai rencontré des cols œdématisés (la plupart chez des femmes ayant une péridurale et peu prompts à bouger), mais ceux-ci arrivant sans aucune poussée. Je peux comprendre comment une poussée dirigée, forte (agrémentée de syntocinon) peut abîmer un col. Mais je ne vois pas comment une femme pourrait se blesser elle-même en suivant sa poussée spontanée. À bien des égards, les arguments concernant « pousser ou ne pas pousser » sont inutiles, car une fois que le réflexe de Ferguson [c'est-à-dire de poussée spontanée] prend le relais, il est hors de contrôle. Vous pouvez soit laisser faire, soit commander à la femme de faire ce qu'elle ne peut pas faire : arrêter de pousser. (*ibid.*)

De plus, sa pratique à domicile a permis à Reed d'observer que les femmes dont le col serait enflé ou qu'un bourrelet résiduel gênerait adoptent spontanément, lorsque laissées libres, des positions diminuant de façon transitoire la pression sur celui-ci. Reed termine en affirmant que « [L]es complications associées à un bourrelet de col sont liées à son diagnostic et à la façon de le traiter comme si c'était un problème ». Et ce diagnostic donne lieu concrètement à une épreuve, pour ne pas dire une forme de maltraitance, comme celle qu'a vécue Chantal dans le dernier exemple cité; Reed insiste là-dessus : les manipulations de la bande de col sont particulièrement désagréables. Sans preuve de son utilité, l'assertion de la dilation complète avant d'autoriser la poussée n'a donc pas lieu d'être.

4.6 *L'effet monitoring : modélisation des contractions et du ressenti*

« Faux travail » et processus historique d'excorporation-effacement des signes de l'expérience féminine du corps gravide

L'un des jalons sur le chemin du processus de dissociation entre la parturiente et les sensations qu'elle éprouve s'opère sur le plan des effets de langage. En fait, il y a longtemps que le langage invalide les perceptions féminines. La répression de l'envie incoercible de pousser en est un bon exemple. Mais cette invalidation commence sûrement avec le concept

de « faux travail » (ou contractions de Braxton Hicks), considéré inutile ou ne menant pas à la naissance. Bien que les connaissances aient évolué, l'expression demeure, comme si ces sensations n'avaient ni lieu ni raison d'être. On observe à ce titre dans les récits des femmes un conflit entre ce qu'elles éprouvent et ce que le langage leur permet de traduire de ces « douleurs » préliminaires, perception nouvelle, inédite lorsqu'il s'agit d'un premier enfant :

a) J'avais de fausses contractions, qu'ils disent, mais moi je pensais que c'était des contractions [...]. « Tu vas retourner chez vous, ça va arrêter, tu vas pouvoir te reposer et pis ça va recontinuer [...] ». Mais là c'était continu, ces fausses contractions-là, j'étais épuisée, là. Ce qui fait que je suis rentrée à l'hôpital et j'étais déjà vraiment épuisée, c'est ça qui était ben difficile. Pis euh, j'étais p'tête 2 jours avoir des fausses contractions sans arrêt; ça c'était pénible (HV26, entrevue postnatale);

b) [Dès la 28e semaine de grossesse] il m'arrive même d'avoir ce que l'on appelle des fausses contractions. Et bien qu'elles portent le nom de « fausses contractions », elles n'en font pas moins mal (N53, p. 204);

c) Mais j'ai eu du faux... c'était du faux travail, *mais j'ai l'impression que c'était du travail, parce que les contractions étaient aussi intenses que quand je suis rentrée pour... vraiment accoucher. C'était... donc... ça fait que la troisième journée, on est rentré un soir à l'hôpital, là, avant de retourner on s'est dit on va attendre comme il faut que... que ça soit... ça fait qu'on a attendu qu'elles soient aux 3 minutes, les contractions, là ça descendait 2 1/2 minutes, il y en avait aux 2 minutes [...]. J'étais... j'étais super épuisée, moi qui ne voulais pas d'épidurale en partant je m'étais dit j'en aurai pas, j'en aurai pas, j'en aurai pas... à moins que je sois vraiment plus capable, mais j'avais l'impression que ça faisait 3 journées que j'avais pas... mais j'avais pas... je dormais pas, parce que les nuits aussi j'étais en faux travail [...] Bien moi... le faux travail, je ne pensais pas que c'était si... ça pouvait être si intense et si long que ça là... c'était quelque chose sur laquelle j'aurais aimé lire, parce qu'on était ici, mais on ne savait pas si c'était commencé ou c'était pas commencé... (MH1)*

Une telle conception de contractions qui ne seraient pas sérieuses semble fort décourager les femmes. On peut se demander : si ce n'était pas expliqué et traduit comme un travail vain, l'expérience serait-elle mieux vécue? Probablement mieux que cette néantisation que les exemples suivants traduisent :

a) Pour mon médecin et pour toute l'équipe de soins, j'ai accouché en une heure et dix minutes. *Les vingt-quatre heures où mon col n'a pas bougé ne comptent pas.*⁷⁷ (N68, p. 263);

⁷⁷ On se rappellera que les partogrammes de Friedman oblitéraient déjà la partie du travail ayant eu lieu avant l'arrivée des parturientes à l'hôpital.

b) 26 heures plus tard là, j'étais, ils ont percé mes eaux, c'est ça, j'étais rendue à 7-8 cm, mais ça faisait comme 25 heures que j'étais en travail. 10 heures de travail actif comme ils disent, depuis le point de 4 cm je pense, c'était 10 heures après. *Le 16 heures avant, ça ne compte pas [...] pour la médecine [inaudible] d'avoir mal* comme d'autre chose. (MH7 [Diane])

Si l'on considère que la parole maternelle n'est pas apte à traduire adéquatement la réalité physique de la naissance, on peut comprendre pourquoi les femmes elles-mêmes en viennent à décrire leur expérience d'enfantement en termes dissociatifs.

Aujourd'hui, le « faux travail » est doté d'une signification différente de celle qui lui était donnée au moment où l'expression est entrée dans le langage. La réalité des contractions ne relève plus tant de la perception physique maternelle que de l'effet du dispositif obstétrical : n'est pas « travail » toute contraction qui n'a pas été vérifiée, authentifiée par un-e soignant-e, prouvée par la machine. Une femme n'est donc pas en train d'accoucher tant qu'elle n'est pas médiatisée par un appareil. Mais les effets dissociatifs du langage qui néantisent les sensations féminines sont moins une cause que la conséquence d'un *processus historique de déplacement des signes de la femme vers l'extérieur*. On a vu qu'antérieurement, en fait tout au long de l'histoire jusqu'au 19^e siècle, le premier tressaillement (*quickenning*) dans le sein maternel était le seul et unique signe confirmant une grossesse, uniquement percevable par la femme, incommunicable, absolument intransférable mais entièrement respecté dans sa valeur signifiante; ainsi il nous apparaît bien singulier aujourd'hui d'imaginer que l'annonce par une femme du tressaillement de ses entrailles intimait autrefois à une assemblée entière d'hommes de prendre congé⁷⁸. Comme le montre Barbara Duden (1996), encore au 18^e siècle, l'interruption des règles ou l'arrondissement du ventre ne constituait pas un révélateur de l'attente d'un enfant tant et aussi longtemps que le tressaillement ne s'était fait sentir. La conception humaine avait deux faces : la bonne conception, la vraie grossesse, et la mauvaise conception, *falsum germen*, môle, un produit de la matrice que le corps féminin allait évacuer tôt ou tard; ce qui expliquait qu'une femme pouvait *ne pas* se sentir enceinte même plusieurs mois après l'interruption des menstrues, en l'absence du tressaillement qui confirmerait son état.

⁷⁸ Exemple tiré du journal de Samuel Pepys (1663), donné par Duden (1996), p. 103.

Contrairement à l'histoire d'autres signes du corps auxquels la recherche s'est intéressée vivement depuis les années 1980 (par exemple, le sang menstruel, l'éjaculation ou les émotions telles qu'elles se rendent visibles), le premier tressaillement, un signe pourtant doté depuis des temps immémoriaux d'une puissante valeur symbolique, demeure, toujours selon Duden, un « trou noir de l'historiographie », puisqu'on ne dispose d'aucune littérature historique à son sujet. Ce qu'on étudie, en fait, ce sont les « vestiges visibles des phénomènes visibles », ce qui explique la disqualification du *quickening* comme objet d'intérêt scientifique :

La tradition qui voulait que l'on accordât à cette expérience une certaine signification sociale, était liée à l'idée communément admise que les femmes vivaient la réalité autrement que les hommes, et que les femmes pouvaient donc s'entendre entre elles sur des sensations qui restaient dans l'ombre ou dans l'angle aveugle de la sensualité masculine. Cette complémentarité dissymétrique de la sphère féminine et masculine [...] suppose que l'on reconnaisse l'existence d'une forme de perception inaccessible à l'homme. (p. 105)

Qui plus est, cette dissymétrie expérientielle s'est vue à partir du 18^e siècle progressivement frappée d'interdit; et la raréfaction du verbe *to quicken* dans les dictionnaires anglais à partir du milieu du 19^e siècle en atteste : « Tant qu'une sphère de l'expérience de l'altérité vécue par les femmes revêtait une signification sociale, une seule manifestation de l'existence de cette sphère suffisait à créer une réalité sociale reconnue de tous, propre aux femmes. Mais la sphère de l'expérience féminine a disparu. » (p. 106) Outre le fait que cette expérience proprement féminine ne laisse pas de traces, deux autres motifs, d'après Duden, en expliquent l'occultation aux yeux de l'historiographie actuelle : 1) l'asymétrie expérientielle entre hommes et femmes gêne (tout sujet humain normalement constitué est censé être équipé du même appareillage perceptuel); 2) nous éprouvons désormais une « réticence à considérer le pouvoir social d'une sensation qui exprime quelque chose au sujet de ce qui se produit dans l'ombre, sous la peau, mais ne peut donner lieu à aucune représentation picturale » (*ibid.*).

Irreprésentable aux yeux de la science d'après les Lumières, le sens de cette révélation intime de la grossesse s'est évanoui peu à peu pour les femmes elles-mêmes, supplantée définitivement par les nouveaux signes toujours plus précocement détectés des traces hormonales de la gestation : « Pour la femme [d'aujourd'hui], le signe qu'elle est enceinte, ce

n'est plus une perception "bouleversante" qui fait vibrer le sens du toucher, mais l'exploitation du résultat d'une réaction chimique. » (p. 104) En même temps que se construit l'idée que la « nature » destinait la femme à la sphère domestique et privée, « son ventre dev[i]nt sous l'effet de l'exploration scientifique et de l'étude professionnelle un utérus public. [...] Cette socialisation paradoxale de la femme s'observe à travers l'histoire du premier tressaillement de l'enfant comme dans un miroir convexe : l'expérience sensible devient une affaire privée, et le phénomène scientifique de la nidation, fixation de l'œuf fécondé, assume désormais la fonction sociale qui était jusqu'alors celle de cette expérience. » (p. 125) À partir de là, la perception de son propre corps par la femme pourra subir une transformation radicale. Pour Duden, l'apparition de la notion de « vie », c'est-à-dire depuis qu'une valeur est accordée à ce qui se passe dans le ventre aussitôt que fusionnent des gamètes et que s'organisent des chromosomes – une abstraction, un imperceptible –, signera l'extinction de cette expérience féminine singulière (p. 136).

J'entends démontrer ici que, s'il est valable pour la grossesse, ce lent processus d'effacement des signes du corps propre l'est aussi pour la naissance. De la même manière que l'on accorde une plus grande valeur de vérité – voire la seule valeur de vérité admissible – à ce qui se passe sur le moniteur de l'appareil d'échographie plutôt qu'à ce que la femme perçoit en son sein, ce sont également les doigts de l'accoucheur ou de l'accoucheuse qui savent à quel stade de son accouchement une femme en est, de même que c'est le moniteur fœtal qui sait si les contractions *existent* et si celles-ci sont aptes à *faire naître*. Non seulement l'extériorisation des signes de la grossesse et de l'enfantement a-t-elle fini par discréditer la parole et les perceptions féminines, elle les a aussi, nous allons maintenant le voir, littéralement annihilées. En d'autres mots, lorsque quelqu'un d'autre ou une machine est investie du pouvoir d'émettre les signes, la femme enceinte, la parturiente ne les ressent plus. Je ne veux pas dire qu'elle ne ressent plus rien, mais qu'elle n'aurait plus accès à une grande partie de ce qui appartenait au registre des sensations féminines en d'autres temps (ou qui y appartient en d'autres lieux)⁷⁹.

⁷⁹ J'ai moi-même connu des expériences de cet ordre; j'ai éprouvé des sensations tout à fait inédites et très précises à la naissance de mon troisième enfant (une grossesse et un accouchement non assistés), alors qu'aucun signe provenant de l'extérieur ne s'est mêlé à mes perceptions. Je dois dire que les deux

La lecture des témoignages, observations et entrevues du corpus de l'étude CRI-VIFF-RNR a mis en lumière des caractéristiques particulières du comportement des soignants-es vis-à-vis des parturientes tel qu'il est l'effet d'un rapport médiatisé par la technologie monitorale désormais omniprésente, voire omnipotente (ayant un impact inévitable sur le cours des événements). La « politique de la disparition » de la personne maternelle décrite par Carole Stabile (1992) au sujet de l'échographie prénatale prend une ampleur encore plus marquante lorsque le lieu de l'observation s'étend au chevet de la parturiente branchée au moniteur fœtal. À cet égard, deux phénomènes technolangagiers (c'est-à-dire tels qu'ils relèvent du langage mis au service de la traduction des données de la machine et de la suprématisme de celles-ci sur l'expérience) performant le corps en travail se dégagent alors : 1) les contractions utérines existent ou n'existent pas en fonction de l'appareil; 2) l'usage de l'appareil a produit un modèle de contractions, modèle que la machine, par la voix et les interventions des soignants-es, dicte au corps. Alors que le premier phénomène s'observe surtout à travers le langage des femmes elles-mêmes relatant leur expérience d'accouchement, le deuxième serait difficilement apparu si nous n'avions pu disposer de transcriptions directes des propos des intervenants-es en milieu hospitalier par le biais de comptes-rendus d'observations cliniques. Ce technolangage qui scénarise à la fois le corps de

premières naissances, assistées par des sages-femmes, se sont déroulées avec un niveau infime de gestes cliniques. Malgré cela, mon sentiment à l'issue du troisième enfantement est que le simple fait de *déléguer des perceptions à autrui* m'a coupée, à mon grand étonnement, d'une part surprenante de celles-ci. J'en relate l'expérience dans *Au Cœur de la naissance* (« Arsinée, Aulne, Vladimir », in Grégoire et St-Amant, 2004, p. 417-422).

Autre témoignage du genre : celui de l'omnipraticienne australienne Sarah Buckley, rapporté dans Freeze (2008), p. 170-171. Buckley décrit le même type d'expérience lorsqu'elle raconte la naissance de son quatrième enfant, un accouchement non assisté également, son premier ANA, et une présentation surprise du bébé par le siège : « *I had an exquisite awareness of her body inside me and of exactly where I was in labour. For me, this was clearly because I had no observers or assistants, and because I trusted my own instincts and body knowledge.* » Plus encore, le fait d'être la seule interprète des signes de son enfantement, expérience non médiatisée par le savoir d'autrui, lui a permis d'avoir cette « réponse instinctive » de se tenir debout et pousser rapidement son bébé ». Elle ajoute :

What happened at that moment was my instinct kicked in, and I did the thing that was totally appropriate. [...] If I compare what might have happened if I'd had a more medicalized form of care, it would have been very difficult at that time, in the year 2000, to avoid a cesarean. [...] I think that the outcome for my daughter and for me and for my whole family was really enhanced because we made a very—you could say extremely—low-technology choice.

Une autre femme, reprenant à son compte le langage en vogue de la cybernétique, témoigne de la façon dont opère l'intuition pendant un ANA, et décrit ce processus comme un « *subconscious computing of years of acquired information* » (Freeze, 2008, p. 173).

la femme et la scène de la naissance paraît à première vue seulement technique, mais c'est par sa valeur de récit, en tant qu'il fait abstraction de l'affect, du lien, des rapports patiente-soignant-e, qu'il réalise l'instrumentalisation et la néantisation de l'expérience.

Il est assez fascinant de constater non seulement la rapidité avec laquelle le moniteur fœtal s'est incrusté dans l'expérience d'enfantement des femmes mais aussi jusqu'où. On a abordé au chapitre précédent les conséquences de l'introduction de cette technologie dans les hôpitaux : hausse fulgurante des taux de césariennes et des autres interventions obstétricales; immobilisation et confinement de la parturiente à son lit. La protection médico-légale hors pair que constituait le monitoring fœtal *intrapartum* devant le risque de poursuite en responsabilité ou négligence professionnelles a été assez rapidement et universellement jugée préférable par les équipes et administrations médicales aux quelques « désavantages cliniques » de la restriction de la mobilité des femmes en travail : descente du bébé entravée et douleur accrue pour la mère. Aurait-on pu envisager il y a trente ans à peine que la réalité et la qualité du travail allaient être entièrement déplacées sur les signes émis par cette machine? Qu'on cesserait de demander aux femmes de décrire l'intensité de ce qu'elles sentent ni croire ce qu'elles affirment d'emblée à ce sujet? Qu'on allait accorder plus d'attention à la machine qu'aux femmes elles-mêmes? Cette section illustrera comment la femme est perçue : ou bien comme une sorte d'interface neutre, ou encore, persistance de la dualité aristotélicienne matière-forme, comme un simple vaisseau fœtal. Dans cette perspective, les soignants-es sont maintenant dotés-es du mandat de lire et d'interpréter ce qui se passe dans le corps des femmes, même si cela contredit les perceptions de ces dernières, leurs dires ou leur opinion. En fait, c'est à la machine qu'appartient de valider ou d'invalidiser le ressenti.

L'épreuve de vérité du travail

Les extraits qui suivent décrivent ce moment essentiel du nouveau rituel d'admission à l'hôpital alors que les femmes doivent passer l'« épreuve monitorale du travail » qui décidera si l'on a affaire ou non à des contractions sérieuses et véritables :

- a) Peu après, j'ai commencé à avoir des contractions, que je croyais douloureuses. L'infirmière m'a mise sur moniteur. « Ah, c'est juste des petites! » a-t-elle dit. Dans ma

tête, je me suis fait la réflexion : « Si ça, c'est des petites contractions, je n'ai pas hâte de voir comment sont les grosses! » (N31, p. 129);

b) On me brancha aussitôt sur le monitoring *pour vérifier si j'avais des contractions*. On put constater que, bien qu'il y en avait, elles étaient irrégulières et pas très intenses. *On me permit donc de me promener [...]*. (N46, p. 181);

c) Je ne me sentais pas bien, donc je suis allée me coucher. C'est à ce moment que j'ai senti des crampes dans mon ventre. *Mon ventre devenait dur, mais je n'avais pas mal*. Après une heure de crampes, nous avons décidé de nous rendre à l'hôpital. *On m'a installé le moniteur et j'avais bel et bien des contractions*. (N65, p. 247);

d) Nous sommes arrivés à l'hôpital vers 23 h 30. À ce moment-là, on m'a installée dans une chambre de naissance et *on m'a branchée sur un moniteur pour confirmer* que mes contractions étaient bel et bien régulières. (N67, p. 255 [Karyne, Joliette, 2003]);

e) *On m'installe le monitoring et j'ai effectivement de bonnes contractions*, irrégulières, mais longues. (N68, p. 261 [Sandy, Thetford Mines, 2003]);

f) Donc me voilà encore une fois devant le poste des infirmières pour leur dire que j'ai des contractions depuis la veille et que ça fait trois fois que je viens pour du faux travail. *Elles me branchent au moniteur et on attend 20 minutes. Elles reviennent voir et, en effet, j'ai des contractions, mais elles sont pas assez fortes selon elles pour faire avancer le travail*. (N64, p. 243)

On remarque dans ces extraits à quel point les femmes doutent de leurs sensations tant que celles-ci ne sont pas prouvées par la machine objective et corroborées par les opératrices de l'appareil. Dans la dualité entre la femme et la machine, c'est la seconde qui focalise l'attention, sans égard au confort de la première. Une femme pourtant convaincue de ce qu'elle ressent n'en obtient aucune confirmation en l'absence du signal électronique auquel répondent les infirmières :

On met encore le foutu moniteur. Je tasse les capteurs, car ils m'achalent beaucoup, surtout celui pour les contractions. En plus, il est tellement haut sur mon ventre que je suis certaine qu'il ne les capte pas comme il le faut, car je ressens de la douleur surtout dans le bas de mon ventre. Mais puisque je ne veux pas que les infirmières me le remettent, je ne dis rien. Maintenant, je m'aperçois que c'est pour cela qu'elles ne croyaient pas que le travail était vraiment enclenché et qu'elles ne venaient pas nous voir souvent. Parce que j'avais déplacé le moniteur, il ne captait pas bien les contractions – pourtant j'en avais! Et des grosses (*la suite me le prouvera!*). (N1, p. 3-4)

Dans le brouhaha des services obstétricaux souvent surchargés, l'épreuve du monitoring s'éternise à l'occasion, maintenant les femmes dans une immobilité et une passivité prolongées :

Ben oui, 4 heures, 4 heures avec le moniteur. Elle a dit : « je vais revenir dans à peu près 2 heures, il faut enregistrer un bon bout des contractions pour voir le cœur du bébé puis tout, comment ça fonctionne, je reviens dans 2 heures ». 2 heures passent, elle vient pas, ça fait que là il est rendu, tsé, elle me l'a installé à minuit, mais après ça il était rendu 2 h, elle était supposée venir autour de 2 h, à 2 h elle arrive pas, elle pensait que je dormais, elle osait pas rentrer. Ça fait que finalement elle est arrivée à 4 h. (MH2)

Ici, le monitoring contrevient explicitement au besoin de mobilité pour affronter la douleur, laquelle devient finalement paralysante (voir également là-dessus la section 4.7 : « le schéma doloriste ») :

En arrivant, l'infirmière m'a expliqué qu'elle allait m'installer le moniteur. *Ça m'a un peu paniquée... Je ne voulais pas rester couchée*, car chez ma mère, j'avais découvert que lorsque je marchais durant mes contractions, ça me soulageait beaucoup. Donc, *l'attente commença*, les contractions devenant tranquillement de plus en plus douloureuses [...] Quand l'infirmière m'a finalement enlevé le moniteur, les contractions étaient trop douloureuses pour me permettre de marcher; elles me sciaient en deux et je n'arrivais plus à faire autre chose que rester pliée. (N52, p. 202 [Alexandra, Greenfield Park, 1988])

Dans l'extrait suivant, la future mère se montre dissidente, ose se détacher de ses liens électroniques n'en pouvant plus de souffrir cette immobilisation imposée :

Puis là, à travers tout ça, à toutes les heures, ils te demandent de rester couchée, ils te mettent les moniteurs, puis ils enregistrent. Ils te demandent de rester couchée 20 minutes. *Moi, là, rester couchée, ça faisait tellement mal! Je ne voulais pas rester couchée, c'était le pire. J'étais mieux debout ou encore sur mon ballon.* Ça fait que, mon infirmière venait me porter mon moniteur puis là elle disait : « Il faut pas que vous bougiez, parce que, ça déplace les moniteurs », bon. Ça fait que 20 minutes. Là, je m'installais, je regardais ma montre puis là *je comptais 20 minutes, là, c'était 5 contractions, 4 contractions, ça fait que c'était long!* Ça fait que là, je regardais ma montre, je regardais ma montre, ça fait que la première fois, au bout de 45 minutes, elle est revenue. La deuxième fois au bout d'une demi-heure, au bout de 3/4 d'heure, elle revenait pas. Mais là, moi, je restais couchée là, pour le 25 minutes de plus. Là, là, la quatrième fois, j'ai dit à mon chum : « au bout de 20 minutes, je me détache. » Là il disait : « bien non! là, attends 5 minutes ». Moi là : « non! je me détache. » Clac; là, je me détachais. Elle revenait, elle s'en rendait même pas compte. (MH3 [Brigitte])

Dans le cours du travail, c'est par l'expérience du monitoring que semble le plus fortement se cristalliser l'intersection entre le corps parturient et l'institution médicale, obligeant la femme à se conformer aux attentes comportementales à son égard. La résultante de cette intersection – on le verra maintenant – est la modélisation de la contraction idéale, seule propre à

« produire l'accouchement », puis l'incapacité du corps féminin à atteindre cet idéal universel de la fameuse « bonne contraction », fruit de la conjonction entre le monitoring généralisé et l'habitude des médecins et infirmières d'observer une activité utérine chimiquement stimulée.

Le scénario monitoral, ou le déplacement de la réalité du travail vers la machine

Voyons maintenant en quels termes est décrit le rendu monitoral – les données émises par le cardiotocographe – en tant que celui-ci est interprété et pris pour la réalité de la contraction utérine, et, surtout, *en tant que cette réalité ne satisfait pas aux attentes...* L'intervention est rapidement requise – en particulier l'usage de l'ocytocine synthétique – pour faire conformer le travail utérin au modèle. Avec les exemples qui suivent, on remarquera que chaque fois qu'une appréciation de la qualité de la contraction est émise, il y a derrière une lecture des tracés du moniteur, et cette appréciation induit la justification de l'intervention :

a) INFIRMIÈRE (à Manon) – Elles sont comment tes contractions?

MANON – Elles continuent... un peu plus intenses...

INFIRMIÈRE – À quelle fréquence?

MANON – Aux 3-4 minutes.

L'infirmière écoute le cœur du bébé avec le capteur du moniteur : « *Sont longues à installer* » [...]

INFIRMIÈRE – *Elles [les contractions] sont meilleures. Il n'y en a pas beaucoup [de syntocinon], mais déjà je vois la différence.* (HV12, observation);

b) LOUISE – Ça peut aller jusqu'à combien? [la dose de synto]

KATERI (infirmière) – À 132 [le dosage maximum]. Et ça arrive qu'on double la dose. *On l'augmente jusqu'à ce que les contractions soient régulières, intenses, efficaces.* (HV25, observation)

c) PAULE [infirmière], explique ce qu'ils veulent évaluer : « *Ce sont des bonnes, des 50 secondes* ». (*ibid.*)

d) MÉDECIN – T'es à 5, *c'est mince! C'est le moteur qui part pas trop, trop.* [...] *Si on avait pu te donner de bonnes contractions dès le début, t'aurais déjà accouché, mais on va avec ce que le bébé peut tolérer.* (*ibid.*)

e) [Infirmière] Puis il faut rappeler *si jamais les contractions sont pas assez... comme qu'on les voudrait*, on peut monter au double synto. [...] *Moi, je te dirais que pour une patiente pour un premier bébé, l'idéal pour nous, c'est d'avoir des contractions aux 2-3 minutes. Faut pas qu'elles dépassent 5 minutes finalement.* [...] *L'idéal c'est d'avoir une contraction qui dure au moins 40 à 60 secondes.* (HV25, entrevue)

f) NICOLE (infirmière, *en souriant*) – On a un p'tit calmant pour elle et la Dre Huguette veut partir le synton en même temps *pour être sûre qu'on va lui donner des contractions*. (HV26, observation)

g) NICOLE – *Il manque juste un petit peu de contractions* et ça [l'amniotomie] va aider. (*ibid.*)

h) H. [infirmière] – *On n'a pas de régularité là-dedans et ça l'épuise [le bébé]. On va régler ça. [...] Quand les contractions vont être bien efficaces, on va aller dans le bain-tourbillon.*

L'infirmière se prépare à installer la perfusion.

H. – Ça va *juste rendre la dilatation efficace*.

[*Un peu plus tard*] Elle monte le synton : « *Sont pas assez...* » (*ibid.*)

i) [*À la poussée*] H. – *Ta contraction est moins forte et manque de longueur. C'est pour ça qu'on a reparti le synton.* (*ibid.*);

j) INFIRMIÈRE – Il manque un peu de *punch* dans tes contractions. Une couple de bonnes contractions et ça devrait y aller. (HV26, observation)

Ces formulations employées à différentes occasions par les membres d'une équipe d'obstétrique (dans un hôpital, rappelons-le, aux pratiques réputées progressistes et humanisées et considérées beaucoup moins interventionnistes que la moyenne québécoise) permettent de prendre la mesure de la valeur assez généralement dépréciative de la perception des contractions : manque de régularité, de force, de longueur, « petites », « pas efficaces », « trop éloignées », pas assez ceci ou cela... Le corps-machine (« le moteur qui ne part pas trop, trop ») n'obéit pas toujours à la cadence imposée :

Une fois l'induction commencée, on me garda alitée et sous moniteur, malgré ma demande de pouvoir marcher durant le travail. C'était inévitable, m'a-t-on répondu, puisque la dose d'hormones devait être augmentée pour que j'aie la « bonne » contraction. *Mais mon utérus n'a malheureusement jamais lu le protocole et je ne crois pas qu'aucune dose, même létale, de Pitocin aurait pu produire la « bonne » contraction.* (ACN15, p. 168)

Si cette auteure se montre très cynique en racontant son histoire a posteriori, d'autres femmes, par contre, ont bien intégré le message que leur corps faisait défaut, de leur propre incapacité :

a) INGRID – Pis ils ont été obligés, là, de me donner un sérum, j'pense ou je sais pas trop, là.

Q. – Du synton?

INGRID – Pour renforcer mes contractions parce que *je n'étais même pas assez forte*. (HV26, entrevue postnatale);

b) Malgré qu'elle disait « 1 cm à l'heure pour un premier bébé, ça peut être normal » [inaudible], mais en tout cas... Ils m'ont dit que j'avais peut-être *un utérus paresseux*, oui. (MH1)

En contrepartie, le mécanisme de justification de l'emploi des hormones exogènes se trouve renforcé à travers une banalisation euphémistique :

a) INFIRMIÈRE – Comme si le bébé n'avait pas aimé ça, *nos petites hormones*. Probablement, va falloir l'augmenter encore. On a la régularité, mais [les contractions] sont pas encore assez fortes (HV25, observation);

b) MANON – C'est pas tout cela? [en parlant du sac de synto]

INFIRMIÈRE – Non, on le dilue dans ça. *Ça sort par petites gouttes*. Des fois, *on en met à peine, tu vas voir*. T'as quand même des contractions. C'est pour lui *donner un petit coup de pouce*. (HV12, observation);

c) [Jasmine] demande si le Pitocin sera nécessaire. L'infirmière répond qu'on ne peut pas dire qu'il ne le sera pas; que cela dépendra de la force des contractions. [...]

PATRICIA [infirmière] – Avec l'examen tantôt – à 1 h 30 – *ça va nous dire si tes contractions sont efficaces ou non*. [...]

Elle me dit que Jasmine supporte bien les contractions, que le bébé est encore assez haut et n'appuie pas beaucoup sur le col. *Que ce qui se produit souvent dans ces cas-là est que ça « jamme » à 6-7 cm et que ça prend alors « une petite shot de Pitocin pour faire débloquer les choses »*. (HV18, observation)

Des formulations comme « probablement qu'il va falloir »⁸⁰, « parfois, on en met à peine » ou « ça en prend normalement une “petite shot” à ce stade-là » traduisent en outre l'idée que les hormones de synthèse deviendront nécessaires tôt ou tard, même si c'est « presque rien », pour le « petit coup de pouce » lorsque la dilatation stagne, sinon en fin de parcours. Elles sont également nécessaires en tant que leur administration constitue un moment quasi incontournable de la ritualisation/standardisation du processus de la naissance, alors que les motifs derrière l'application du protocole expérimental de « gestion active du travail » se sont évanouis au fur et à mesure que se naturalisait le geste. Si plus de 80 % des Québécoises se font administrer du Syntocinon ou du Pitocin au cours de leur accouchement (Brabant, 2001),

⁸⁰ Ainsi, lorsque Louise, commentant la force de ses contractions, demande au médecin s'il va falloir augmenter le synto (« On va l'augmenter...? »), elle se voit répondre : « Si on veut arriver quelque part » (HV25, observation).

on peut penser que les rares qui y échappent sont la plupart du temps celles qui accouchent très vite.

Pour poursuivre avec le cas de Jasmine, l'accès aux propos de l'infirmière en cours de travail met en exergue l'utilisation d'une rhétorique pronostique (ou prédictive) quant au besoin de stimuler artificiellement le travail. D'abord, cette infirmière suggère à plusieurs reprises que le travail est lent et inefficace. Bien que la patiente soit rendue à 5 cm, elle subodore l'atteinte imminente d'un stade où les choses bloqueraient : Jasmine s'inquiète : « ça peut être pas mal plus long?... Peut-être [devrais-je] marcher? » L'infirmière lui répond : « Rendu à cette heure-ci, c'est plus marcher » (sous-entendant : ça ne sert plus vraiment à quelque chose de marcher). Tout de suite, enchaîne-t-elle, afin d'appuyer sur l'idée que ce qu'il lui faut maintenant, ce sont les hormones et répondre à la réticence qu'elle sent de Jasmine à ce sujet : « *C'est-tu le médicament que t'aimes pas ou l'injection? La dose est progressive, je l'augmente au besoin.* » La progressivité serait-elle un gage d'innocuité...? Quoi qu'il en soit, la patiente est mise devant une décision thérapeutique qui ne lui appartient manifestement pas. Patricia ajoute, formulant le but poursuivi, l'atteinte du « bon réglage » de contraction, celui qui satisfera sa lecture du tracé cardiotocographique : « *Quand les contractions sont aux 3 minutes et d'une bonne durée on garde cet ajustement* ». De façon très nette dans cet exemple, le langage néantise l'expérience physique pourtant intense de la jeune femme. Selon le verdict prononcé plusieurs fois, Jasmine *n'est pas en travail* :

PATRICIA – *J'ai l'impression que tes contractions ne sont pas assez fortes; t'es pas encore en travail actif et tu risques de demeurer comme cela bien longtemps.*

Jasmine réplique qu'elles étaient super fortes tantôt et pas là. L'infirmière lui suggère de changer de position. Jasmine se lève. Une contraction arrive. L'infirmière lui fait un examen vaginal pendant la contraction, en s'excusant : « Ton col à l'extérieur est à 5 et à l'intérieur à 4. [Qu'est-ce que cela veut dire? Pas d'explications.] *Pas beaucoup de pression. T'es pas en travail encore. Tu risques d'accoucher demain. Je vais aller chercher ce qu'il faut. Ça prend au moins une bonne demi-heure pour faire effet.* » Jasmine est déçue. L'infirmière lui suggère de « “penser positif” : ton bébé s'en vient; il faut voir cela comme ça » (*ibid.*).

Cette démarche de persuasion (à accepter « en restant positive » une intervention redoutée) tient davantage de la manipulation : elle coupe court aux velléités de négociations chez la patiente et à l'obligation pour l'intervenante d'obtenir de sa part un consentement explicite; il

s'agit là d'un comportement aux antipodes de la dispensation d'une information loyale favorisant l'exercice fondamental de l'autonomie (consentement ou refus éclairés de traitements). Jasmine est simplement caractérisée comme regimbeuse et craintive, ce qui est très infantilisant :

PATRICIA (à l'infirmière qui la remplace) – Col légèrement postérieur, est encore à -3, *ne voulait pas de synto – je pense qu'elle a peur de l'effet, de l'injection – des peurs non fondées* – membranes rupturées [sic] à 8 h 45 – un beau liquide; je lui ai parlé de la possibilité d'un moniteur interne; *elle a des contractions aux 5 minutes qui durent 40-45 secondes; elle n'est pas en travail.* (ibid.)

Déclarer « non fondée » la peur des effets d'un médicament équivaut à un interdit de questionnement et à l'imposition du traitement.

Peut-être l'infirmière dans ce dernier exemple subissait-elle les pressions du médecin traitant à « accélérer les choses », adoptant ainsi une attitude « proactive » (ou « agressive », comme on a pu le lire) à l'égard du *synto* de manière à satisfaire ses exigences... Cela n'est pas impossible. La lecture du compte-rendu d'observation ne permet toutefois pas de le déduire, mais on sait simplement que le service d'obstétrique de l'hôpital où avait lieu cette observation n'a pas une réputation interventionniste. Je crois que nous avons surtout affaire ici à une simple attitude de conformation à l'application du protocole qui découle de la cristallisation de la contraction type dont on a plusieurs fois parlé. Le suivi rigoureux du protocole – métarécit qui transcende les personnes et les situations – dédouane les bons soldats de l'obstétrique de leur responsabilité individuelle quant à la tournure des événements; en dévier les insécurise, les pointerait du doigt, et ils/elles s'en sentent menacés. User de conviction face à une patiente sceptique ou rébarbative s'avère essentiel. Ils/elles oublient au passage que leur application du protocole repose sur une interprétation, la leur, de pulsations électroniques prises pour la réalité (unidimensionnelle) d'un enfantement; ils/elles oublient du même tenant leur rôle de *soignant-e*, c'est-à-dire au service et à l'écoute de l'individue qui requiert soins, accompagnement et humanité.

4.7 *Le schéma doloriste*

Une des habitudes de pensée dont témoigne la multiplication effrénée des tests de dépistage, des investigations prénatales et des interventions obstétricales est celle qui oppose les intérêts

de l'enfant à naître à ceux de sa mère. Confortée par le long héritage judéo-chrétien, l'idée que la femme se rend coupable de générer des êtres mortels semble fantasmatiquement indépassable. Issu d'une femme, le naissant apparaît irrémédiablement menacé de mourir au moment de sa naissance physique, si ce n'est avant même de naître. Et c'est sans compter les débats incessants que suscite l'accès au droit à l'avortement. Comme l'écrivait si justement Nancy Huston dans *Professeurs de désespoir*, tous les savoirs sur la conception, l'hérédité, la génération n'ont pas réussi à faire rompre l'être humain avec son imaginaire, sa perception subjective et ses fantasmes sur la naissance :

Même si l'on sait, depuis la découverte des chromosomes au 19^e siècle, que dans la conception d'un enfant (c'est-à-dire aussi dans la création d'une âme) le père « y est » pour exactement autant que la mère, le rôle voyant, durable et parfois dangereux que joue celle-ci frappe les imaginations, et donc les inconscients, et donc les convictions profondes. C'est comme la révolution copernicienne : on a beau savoir que la Terre tourne autour du Soleil et non l'inverse, on n'arrive pas à bannir de notre vocabulaire les levers et couchers de soleil. De même, malgré les connaissances acquises en matière de génétique, on fait toujours comme si la mère « faisait » seule les enfants. (2004, p. 41)

Il semble qu'aucune preuve ne viendra à bout de l'idée que la femme est responsable du sort des enfants à naître. Un peu comme cet éleveur de chevaux qui m'avait un jour confié que, dans le milieu équestre, on considère que la jument « y est » pour 80 % dans la reproduction. On peut se demander comment une telle pensée peut perdurer au vu des connaissances actuelles, mais cette idée ancestrale – intuitive et expérientielle? – bien ancrée, se maintient malgré tout aujourd'hui. Pourtant émergent de nouveaux « savoirs » qui semblent réavérer quelque chose de l'ancien modèle : on découvre l'origine prénatale des maladies de l'adulte avec la compréhension des mécanismes d'action des perturbateurs endocriniens, en associant à la pollution chimique de l'« environnement foetal » (l'organisme maternel) le développement de certains cancers; ou encore, avec la nouvelle discipline de l'épigénétique – « l'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression de nos gènes » –, se substitue à l'idée de « programmation génétique » une compréhension de l'hérédité telle que radicalement influencée par l'environnement :

C'est en résumé le tournant que connaît aujourd'hui la biologie, à mesure qu'elle découvre que l'identité d'un organisme ne peut s'expliquer par la séquence de son ADN, mais par l'interaction de cette dernière avec l'environnement entendu au sens le plus large. Environnement cellulaire, tel qu'il se manifeste par le degré de repliement de

l'ADN ou sa méthylation. Environnement physico-chimique conditionné par l'alimentation, l'exposition à des agents toxiques ou infectieux. Et environnement culturel ou affectif.⁸¹

Il semble que la science actuelle vient valider d'une certaine façon ou expliquer une part du mythe. D'une façon obtuse, cependant, on finit par accuser le moindre des comportements maternels (alimentation, consommation de substances, voire les mauvaises pensées ou le stress) des défauts qui affecteront le « produit » qu'elle livre à la société – l'enfant – pour mieux passer sous silence les facteurs qui échappent au contrôle ou à la connaissance de la femme enceinte.⁸²

L'ultime responsabilité maternelle est celle de mettre au monde des êtres mortels. La mortalité étant un concept indigeste pour le *cogito* occidental, *a fortiori* le *cogito* de la société à la fois postmortelle et thanatocrate décrite au chap. II, on en veut toujours inconsciemment à la femme pour cela. Comme le dit l'adage, lorsqu'un enfant naît, quelqu'un, quelque part, meurt... À force d'associer naissance et mort, c'est comme si on en était parvenu à faire correspondre métonymiquement ces deux extrémités de la vie biologique. Bien qu'on puisse voir dans la mort une naissance à la vie éternelle et dans la naissance la mort à la vie intra-utérine – la chute de l'éden au sens étymologique (paradis-utérus), la rupture entre deux mondes ou la fin du vécu originaire de la totalité (pour la psychanalyse) –, il semble que quelqu'un doive mourir immédiatement, c'est-à-dire soit mis symboliquement à mort pour qu'un nouvel individu naisse. La personne mise à mort dans cet échange symbolique est bien sûr la mère de ce *naissant* : comme l'écrivait Adrienne Rich, « d'ordinaire, sous le patriarcat, la vie de la mère est échangée contre celle de l'enfant; son autonomie en tant qu'être distinct semble vouée à entrer en conflit avec l'enfant qu'elle portera [... et] même en un lieu et un temps où la mortalité maternelle est faible, les fantasmes d'une femme sur sa propre mort en couches ont la justesse de la métaphore⁸³ » (1976, p. 166). Nous allons voir maintenant

⁸¹ D'après un dossier de cinq articles parus dans le magazine français *Mediapart.fr* regroupés sous le titre « Identité et biologie » (Chevassus-au-Louis et Dufau, 2010). La citation est tirée du premier article sous-titré « les désillusions du gène ». Voir aussi, pour une lecture critique de la théorie génétique : Kupiec et Sonigo (2003); Sonigo et Stengers (2003); Keller (1999, 2003).

⁸² Il ne faudrait pas exclure du modèle épigénétique toute considération quant aux origines paternelles de certaines pathologies : on ne doit pas oublier que la spermatogénèse a lieu elle aussi dans un « environnement » plus ou moins contaminé par les mêmes perturbateurs.

⁸³ Je traduis.

comment l'expression de cette mise à mort symbolique se cristallise aujourd'hui par une conduite particulièrement douloureuse de l'accouchement.

Tirée de la section « Souffrir pour créer : la douleur est-elle inéluctable? » de son ouvrage *Naissances* (1982, p. 155-172), c'est à l'historienne Mireille Laget que j'emprunte cette expression très parlante du « schéma doloriste » (p. 160). Elle y interroge les notions de nature, perception et interprétation des douleurs de l'enfantement, en les situant, comme de nombreux auteurs-es avec elle, au confluent de la civilisation et de la réalité physique : « Derrière ces attitudes acquises durables ou temporaires [peur, gêne, moralité], existe une vérité physiologique qui est celle des races humaines à un moment donné de leur évolution. L'accouchement est violence du corps : violence douloureuse ou violence jouissive, mais phénomène d'expulsion d'une rare puissance » (p. 156). Bien entendu, il est ici question, dans les mots de cette auteure des années 1980, de la déssexualisation radicale que l'on est en train d'appliquer à la naissance. Si la dimension sexuelle de l'enfantement était bien présente dans l'esprit des premiers accoucheurs du 18^e siècle (comme on le verra au chap. suivant), la césarienne du 21^e siècle, réellement instituée en « mode d'accouchement » (on l'appelle même « voie haute », par opposition à la « voie basse » que serait le vagin), réalise la pleine déssexualisation de l'événement, son retrait de la sphère des débordements et pulsions du corps. Ainsi privé de son potentiel de violence, de son caractère d'irruption, l'enfantement l'est également de sa puissance (ce qui sera traité plus à fond aux sections 5.5 et 5.6 du prochain chapitre). Mais ce que je veux introduire tout d'abord est la question de la douleur *per se*, du culte de la douleur des couches et comment la construction de l'inéluctabilité de cette douleur se réalise dans la conduite médicale des accouchements. En d'autres mots : comment une douleur contingente est devenue nécessaire, et bien qu'on se serve de l'anesthésie pour masquer cette incontournable douleur, celle-ci demeure, toujours là, sous-jacente. Elle n'est souvent que déplacée temporellement : suites de couches postopératoires, guérison des traumatismes périnéaux (épisiotomie, instruments, poussée forcée)...

Que la douleur soit relative, infiniment variable, culturellement déterminée; qu'il y ait des sociétés « traditionnelles » où les femmes qui enfantent éprouvent peu ou pas de douleur (le mythe de la bonne sauvage y est néanmoins pour quelque chose), cette donnée est communément admise parmi les chercheuses et chercheurs, historiens-nes, ethnologues,

anthropologues ou psychologues qui consacrent leurs travaux à la naissance. Laget mentionne d'ailleurs une étude de Revault d'Allonnes menée dans les années 1960 qui avait établi à entre 8 et 10 % la proportion des femmes affirmant enfanter sans souffrir⁸⁴. Mais que nous ne nous soyons pas encore sortis-es de cette « culture » de la douleur pour elle-même introduite au Moyen-Âge, puis élevée au rang de culte au 17^e siècle (comme expiation du péché de la chair, malédiction d'Ève ou comme valeur maternelle de force et de courage, épreuve destinée à l'habilitier à « aimer » sa progéniture⁸⁵), cela semble étonnant. Ajoutons que pour la tradition patristique, enfanter sans souffrir paraissait suspect, voire diabolique (p. 160). Certes, le modèle doloriste qui se perpétue a été déchristianisé et dépouillé de ses accents moraux, mais en quelque sorte pour mieux être réarticulé selon les termes de l'économie du conflit fœtomaternel tel qu'il se joue durant la naissance : la parturiente doit avoir *suffisamment mal* pour que le bébé puisse naître – et promptement –, entendant par là que cette douleur est garante de l'actualisation de la naissance. L'une doit souffrir au bénéfice de l'autre. D'autant que le processus même de l'enfantement est envisagé comme délétère à l'enfant, selon la rhétorique de l'évolution qui a si mal fait les choses sur ce coup-là (voir chap. II). C'est ce qui a fait écrire à l'anthropologue Sheila Kitzinger, en introduction à son plus récent ouvrage, *Birth Crisis* (2006) : « *How is birth turned into an ordeal?* » Un supplice d'autant plus ineffable, innommable, que l'on considère de nos jours la victoire sur la douleur de l'enfantement acquise.

En contrepoint à l'expérience décrite à la section précédente, alors que le langage du « faux travail » ou la traduction du *strip* monitoral déréalisent les sensations de leur corps, voilà que les gestes dolorisants posés sur elles confèrent une valeur de vérité au travail que ces femmes sont en train de vivre. Ainsi, lorsqu'une intervention est pratiquée pour « accélérer » les choses – pose du gel de prostaglandines pour faire « mûrir le col », décollement ou rupture artificielle des membranes, installation de la stimulation hormonale –, partie intégrante de la routine hospitalière actuelle, et que les contractions deviennent subitement beaucoup plus

⁸⁴ Claude Revault d'Allonnes, *La Douleur et l'indolorisation psychologique des accouchements*, thèse de doctorat, Université Paris X (1971), p. 310; citée dans Laget (1982), p. 156. Voir aussi Revault d'Allonnes (1991).

⁸⁵ Une opinion professée notamment par Charles Delucena Meigs, un éminent médecin de Philadelphie, vers la fin du 19^e siècle (rapporté par Cassidy, 2007).

douloureuses, voilà que les femmes les décrivent, avec surprise et saisissement, comme le « vrai » travail. Les contractions véritables seraient le produit de la technique :

a) Vers 9 h ou 10 h, on m'a installé un soluté ainsi que du pitocin afin de provoquer des contractions. À 12 h, *le vrai travail commençait*. Ouf! C'était douloureux les contractions, *je ne m'attendais pas à ça!* (N3, p. 14);

b) Puisque rien n'avance, le médecin *décide de crever mes eaux*. À peine cinq minutes plus tard, *je sens que mon travail débute vraiment*. Par la suite, la première contraction est vraiment très intense. [...] Les contractions sont de plus en plus fortes, mais mon col ne se dilate toujours pas plus. (N62, p. 237)

Mireille (MH4) pour sa part, à la suite de la pose du gel de prostaglandines sur le col, fait l'expérience de ce travail en droite ligne (*streamlined labor*), *non-stop*, que l'on redoutait pourtant autrefois : « je peux vous dire... 3 h 30, 4 h, *ça, c'était le vrai travail*. Ça commençait les douleurs, les contractions. C'était vraiment... *une qui vient et l'autre qui suit, une qui vient et l'autre qui suit*. C'était vraiment douleur, douleur, douleur... »

En d'autres temps, c'est la douleur qui doit prouver qu'un travail s'effectue et lorsque la femme n'a pas suffisamment mal, la progression attendue, de l'avis des soignants-es, ne se fera pas. Brigitte, par exemple, raconte que la dilatation cervicale était fort avancée, bien qu'elle ait décrit au départ ses contractions comme « légères », relativement indolores. La médecin procéda à une RAM (rupture artificielle des membranes amniotiques), mais sans lui expliquer qu'il s'agissait d'une manœuvre destinée à induire le travail actif. Brigitte s'est sentie flouée; assez rapidement les contractions devinrent insoutenables et s'ensuivit une demande d'anesthésie :

Elle m'a pas demandé : « tu veux tu qu'on crève tes eaux? » C'est : « veux-tu accoucher aujourd'hui? » Ben regarde, je suis ici depuis 11 h hier soir, c'est sûr que j'aimerais accoucher aujourd'hui, mais tsé, c'est comme, si elle m'avait demandé : « veux-tu qu'on te provoque? » ça aurait été non. [...] Donc, ça fait que la question était pas claire, ça fait qu'elle a fait « O.K., on va crever tes eaux », mais là, regarde, tsé, si elle m'avait demandé ben, « tu veux tu qu'on crève tes eaux, ça va probablement provoquer le [travail] », tsé, elle m'a pas rien expliqué de ça là, tsé? [...]

Ça fait que là elle a crevé mes eaux, puis là, après ça, ç'a été pratiquement instantané comme 10 minutes plus tard là, *le travail a commencé, oui, comme il faut, là*. Ça fait que, mais là c'était, c'était quand même tolérable. Pendant une heure, tsé, oui, y'étaient fortes, y'étaient encore aux 2-3 minutes, puis y'étaient fortes, mais j'étais capable de

contrôler tsé? [...] J'ai été me promener avec [Conjoint] dans le corridor, puis là, à un moment donné, j'ai fait *oupélaï! non, là ça me prend l'épidurale! maintenant!* (MH3)

Le choix des mots « comme il faut » pour qualifier la sensation à la suite de l'intervention est très parlant. On s'« attend » à avoir mal, extrêmement mal, au moment d'accoucher. La douleur n'est pas pour autant obligatoire ou physiologiquement nécessaire pour enfanter; certaines femmes n'en ressentiront pas, d'autres décriront leurs sensations en termes « d'intensité » ou de « puissance », sans les qualifier expressément de très douloureuses, certaines ne ressentiront rien, ou presque, et d'autres encore éprouveront rien de moins que du plaisir (voir chap. V, section 5.5).

La technique de l'« accouchement sans douleur » (ASD)⁸⁶ ou « psychoprophylaxie obstétricale » (SHN, 2002; Cesbron et Knibiehler, p. 148-149; Epstein, 2010, chap. 8), introduite en France par le célèbre docteur Lamaze dans l'après-Deuxième Guerre à la suite d'expériences d'obstétriciens russes inspirés des théories pavloviennes, visait, selon la théorie sous-tendant cette approche, à permettre aux femmes de s'affranchir, par le biais d'un entraînement prénatal rigoureux, du conditionnement culturel qui leur serait inculqué dès la petite enfance associant enfantement à souffrance physique, épreuve. Aux États-Unis, la technique qui fit fortune fut celle de l'« accouchement sans peur » de Grantley Dick-Read, très différente mais qui repose aussi sur le principe d'un déconditionnement. Plusieurs documents audiovisuels et récits témoignent du succès que l'une et l'autre techniques ont connus, mais l'arrivée de l'anesthésie péridurale la fit rapidement tomber en désuétude. Néanmoins, des critiques féministes (Knibiehler, notamment) ont déploré que l'expérience des femmes qui « échouaient » leur accouchement sans douleur (c'était leur faute d'ailleurs, elles s'étaient mal ou insuffisamment entraînées...) ait été tue. Elles ont aussi mis en évidence encore une fois ce paternalisme remplaçant au fond un conditionnement par un autre. D'autres critiques enfin se sont élevées contre l'idée que les femmes doivent être instruites, apprendre à enfanter, qu'une préparation prénatale doublée d'un *coaching intrapartum* soit de quelque façon nécessaire. Celles-ci prétendent que les femmes ont en

⁸⁶ Le mouvement de l'ASD a aussi touché le Québec. À ce sujet, Andrée Rivard (2010) consacre une bonne partie de sa thèse d'histoire sur le mouvement pour l'« accouchement conscient » (les femmes réclamant de ne pas être endormies) et l'expérience du Centre psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur de Québec (1958-1968).

elles l'instinct ou, du moins, l'intelligence du corps pour enfanter et que, comme toute autre fonction réflexe, cet instinct se déploierait normalement si on ne s'immisciait pas indûment dans le processus, et que moins il y a de perturbations, mieux on peut en observer la manifestation et mieux l'enfantement se déroule-t-il⁸⁷. Il faut quand même souligner que le mouvement pour l'« accouchement conscient » (tel qu'il a existé au Québec) émanait d'une volonté d'échapper à l'anesthésie générale à une époque où la procédure était devenue la méthode d'accouchement normalisée par les médecins. À peu près comme pour la péridurale, être « endormie » au moment de l'expulsion est passé d'une offre de soins à un mode privilégié, si ce n'est imposé, l'une et l'autre technique d'« indolorisation » rendant les femmes hors d'état de nuire à la conduite des opérations obstétricales. Andrée Rivard ajoute :

C'est d'ailleurs l'une des raisons [l'anesthésie générale] qui a motivé les médecins québécois à encourager les femmes à aller accoucher à l'hôpital plutôt qu'à la maison : à l'hôpital, ils pouvaient agir à leur façon, avec une patiente bien droguée et nécessairement très docile et sans personne de la famille pour les « surveiller »...). Les conséquences de ces pratiques ont été très graves au Québec sur le plan de la mortalité et de la morbidité (surtout des bébés), mais la véritable prise de conscience ne s'est faite qu'à la fin des années 1960. L'intention du gouvernement, dans sa politique de périnatalité de 1973, d'abolir les anesthésies générales pour les accouchements vaginaux découle de cette contreperformance toute québécoise.⁸⁸

Au-delà d'une théorie fondée sur le postulat d'un conditionnement, l'idée même d'« accouchement sans douleur » semble de nos jours avoir disparu de l'ordre des possibles. Les témoignages qui suivent tendent à illustrer ce doute émis quant à la réalité du travail lorsque la femme n'a pas suffisamment mal aux yeux des soignants-es, comme si l'expérience d'enfantement se devait d'être éprouvée dans la douleur. Façon de réinstaurer symboliquement à mon sens la fameuse « malédiction biblique », on verra donc maintenant comment le corps est agi par l'institution médicale en fonction de la douleur attendue. Ainsi peut-on observer dans un premier témoignage qu'on répond au défaut de douleur par l'administration de l'ocytocine de synthèse sous prétexte que « ça ne peut rester ainsi », bien qu'aucun motif d'inquiétude ne soit invoqué :

⁸⁷ Un point de vue que Rixa Freeze expose et analyse en détail dans sa thèse (2008) sur l'accouchement non assisté (*unassisted childbirth*) en Amérique du Nord.

⁸⁸ Communication personnelle par courriel, 7 mars 2013. Sur cette « contreperformance toute québécoise », on lira l'ouvrage de Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants* (2004).

Ma petite promenade était assaisonnée de contractions sporadiques, mais peu douloureuses et, surtout, d'impatience, l'impatience de serrer bébé dans mes bras. *Je croyais qu'avec des contractions aussi peu intenses, j'en aurais encore pour des heures... Mais, ouf! J'avais tort!* L'horloge indiquait maintenant un peu plus de 3 h du matin et le médecin vint m'examiner, histoire de savoir si bébé se préparait à sortir. *J'étais alors, à ma grande surprise, ouverte à 6 cm. Mais mon travail s'était arrêté de lui-même, sans même que je me sois aperçue qu'il avait commencé (!)... Cependant, cela ne pouvait rester ainsi* et on m'offrit la péridurale, que j'ai refusée par peur de l'inconnu des effets secondaires. *On m'installa donc le pitocin pour créer des contractions* et, à ce moment, *les vraies contractions, les plus douloureuses, ont débuté.* À ce point, je me demandais même si je n'aurais pas dû prendre la péridurale tellement je souffrais. En fait, *jamais je ne m'étais attendue à souffrir autant.* (N46, p. 181-182)

Un travail au demeurant fort efficace, voire expéditif, est décrété avoir cessé parce que la parturiente n'a pas assez mal. Ce sont ces contractions « non naturelles », induites, que la femme percevra alors comme les « vraies », par opposition à celles que son corps donnait, d'où ce renversement complet dans la manière de traduire la sensation dans le cours de ce récit.

Le prochain extrait illustre sensiblement le même scénario : un travail indolore est inexistant du point de vue du médecin. Et ce dernier présente la stimulation hormonale comme une menace, un ultimatum :

Même si je n'ai pas de contractions, je suis quand même dilatée de trois beaux centimètres. Je suis très contente et *je souhaite continuer dans cette voie sans douleur.* Mon docteur vient me visiter quelques minutes et me lance du tac au tac que si à 14 h 30 je n'ai pas eu de contractions, on va me donner du pitocin pour activer le travail. Il semble que mon bébé ou mon ventre ait entendu ces paroles pour le moins effrayantes parce qu'après le départ de mon médecin, j'ai une affreuse contraction qui me coupe le souffle et qui me fait plier en deux. Ayant déjà goûté au pitocin lors d'accouchements antérieurs, je ne veux rien savoir de ça! (N53, p. 207)

Il est impossible que cette personne n'ait pas eu de contractions, autrement la dilatation ne se serait pas faite. La suggestion mentale représentée par ces « paroles effrayantes » semble suffire à produire la douleur attendue, qui se manifeste ici de façon fulgurante.

Il importe à ce point-ci de revenir un moment sur le cas de la RAM. Partie intégrante des protocoles de soins obstétricaux, le geste de rompre les membranes n'est pourtant pas anodin. On l'a déjà dit, en plus de retourner le sablier imposant que l'accouchement ait lieu dans les 24 h ou 48 h (selon les établissements), voire 12 h en certains endroits, il signe pour la femme

l'impossibilité d'obtenir son congé de l'hôpital dans le cas où les choses stagneraient. C'est aussi une intervention qui *dolorise beaucoup* l'expérience du travail, le but étant que la tête du bébé appuie plus directement sur le col, produisant ainsi, encore une fois, intensité et « vraie » douleur :

a) À 2 h 15, je n'avais toujours pas de contractions, alors le médecin de garde a donc décidé de crever mes eaux avec une espèce de petit bâton. Les grosses contractions débutent immédiatement... *Je n'avais jamais eu aussi mal!* (N31, p. 129);

Précisons qu'en fait, elle en a, des contractions, qu'elle trouve douloureuses, mais on les dit « petites ». Autres exemples du schème de la RAM :

b) Autour de 15 h, je suis à 4 cm et on décide de crever les eaux. [...] Maintenant, c'est parti, *la vraie de vraie douleur* de l'enfantement commence. Je le savais que ça ne pouvait pas être seulement ça, des contractions. Je savais qu'à un moment donné, la douleur démesurée, atroce et déchirante arriverait. (N63, p. 240 [Marilyn, Sherbrooke, 2003]);

c) À 12 h 30, elle rompt les membranes. [...] *Là, les contractions reprennent, et ce sont des vraies! J'en ai le souffle coupé.* L'infirmière me propose le bain-tourbillon; j'y vais à la course si ça peut me soulager! Les vingt premières minutes, ça me soulage un peu, mais, par la suite, ça ne donne plus rien. Je sors du bain et *je capote*. Ça fait donc bien mal des contractions! (N64, p. 244);

d) À 8 h, le docteur crève mes eaux et je suis à 5 cm. [...] Et là, *la vraie douleur commence*. Ça fait mal! Je me balance la tête d'un bord et de l'autre et je me lamente, sans crier par contre. Je demande la péridurale, *mais l'anesthésiste est occupé. J'attends, j'attends et je n'en peux plus!* (N4, p. 19 [Karyna, Jonquière, 1998]);

e) La rupture des membranes a déclenché en moi une éruption volcanique à laquelle je n'avais pas eu le temps de me préparer. Je panique, littéralement. Je suis sûre, je vais mourir. Tout est confus. (ACN26, p. 308 [Catherine])

Dans la pièce *Naissance*, toujours dans la scène de l'accouchement de Natalie, la RAM correspond au premier moment de la série d'ultimatums de dilatation que le personnage essuie. Alors que, à la suggestion de son accompagnante, elle vocalise l'ouverture de son col (« J'ouuvre... J'ouuvre... J'ouuvre... ») sur chaque contraction pour apprivoiser la sensation, elle se fait interrompre pour une évaluation de la dilatation :

L'OBSTÉTRICIENNE – Nathalie, on a besoin que votre dilatation se fasse plus rapidement.
NATALIE – Plus rapide? Mais je vais bien... je vais bien!

L'OBSTÉTRICIENNE – Vous êtes seulement à six centimètres et ça fait déjà cinq heures que vous êtes arrivée à l'hôpital.

NATALIE – Je ne veux pas qu'on m'administre quoi que ce soit!

L'OBSTÉTRICIENNE – O.K.. On peut commencer par percer la poche des eaux.

NATALIE – (*regardant son accompagnante et son mari*) Percer la poche des eaux?

[...] Je veux être seule. J'ai BESOIN d'être toute seule! (*très affirmatif*)

(*au public*) Alors on m'a laissée seule... mais je voyais bien que l'obstétricienne était furieuse... et... et... j'avais cette impression d'être une MAUVAISE fille... donc, j'ai fini par craquer : « Bon... O.K.... PERCEZ-LA, MA POCHE DES EAUX! »

L'OBSTÉTRICIENNE – (*en train de percer la poche des eaux*) Voilà, c'est fait.

NATALIE – (*les contractions deviennent BEAUCOUP plus douloureuses*) Aaaaaaaaaaaaaaaaaah! Aaaaaaaaaaaaaah! C'est trop fort!

L'ACCOMPAGNANTE – Où est-ce que tu as mal?

NATALIE – PARTOUT! Aaaaaaaah... Aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaah...
Aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa!

INFIRMIÈRE – Une épidurale maintenant?

NATALIE – Je ne voulais pas d'épidurale! Je n'en voulais pas, un point c'est tout. Mais, au même moment, j'ai regardé Martin [*conjoint*]. Il paraissait tellement contrarié... il pleurait... et j'ai dit (*à l'infirmière*) (*regard vers Martin*) Bon... faites-moi une épidurale. (Brody, 2009, p. 25-28)

Cet exemple illustre également une situation que les travaux des sociologues Akrich et Pasveer (1996) ont mise en lumière : à savoir qu'en ce qui concerne la péridurale, les primipares se fient aux autres, qui décident à leur place, en particulier les pères, insistant pour qu'on ne les laisse pas souffrir. L'acceptation de la péridurale par sa conjointe devient pour l'homme une modalité de négociation avec son sentiment de culpabilité de géniteur au moment de l'enfantement. Mais on pourrait aussi parler de décharge narcissique à l'égard de la position inconfortable dans laquelle il se trouve, une façon de se donner bonne conscience au lieu d'accompagner la femme dans ses désirs en troquant la sympathie pour l'empathie. Et cette dernière se sentant probablement coupable qu'il se sente coupable... finit par préférer l'anesthésie à cette tension psychologique se surimposant à la sensation du travail.

Pour en revenir à la RAM, une infirmière confirme en entrevue que le travail sera plus douloureux à la suite d'une amniotomie :

HENRIETTE – C'est parce que si la membrane est rompue, c'est que la tête appuie directement sur le col. C'est plus douloureux sur le col et elles le sentent. *Si la*

membrane n'est pas rompue, j'appelle ça, moi : tu as un coussin absorbant les chocs, toute l'eau qu'il y a en avant de la tête du bébé et qui fait que la tête est pas directement sur le col. A ce moment-là, ça fait moins mal. Ça fait que c'est pour ça que souvent une maman arrive et ses membranes sont pas rompues et c'est bombant. Garde-les tes membranes, si t'es capable de les garder. Surtout si le col il se dilate bien et qu'elle a des bonnes contractions, on lui laisse ses membranes et on la fait pas rompre tout de suite. (HV27, entrevue consécutive à l'observation d'accouchement [Chantal])

Au demeurant, la possibilité de « garder ses membranes » reste tout de même, dans la perspective de l'infirmière, conditionnelle à un avancement jugé satisfaisant du travail (« si le col se dilate bien »).

Dans un dernier témoignage, enfin, on remarquera comment le geste de la RAM est posé : sans égard à la donne de l'augmentation de la douleur qui en découle habituellement. C'est après coup, une fois la procédure effectuée, qu'on soutient à la patiente que l'accès pour elle à une méthode de soulagement de la douleur est hypothétique étant donné l'état d'avancement du travail, et que cet accès est conditionnel au bon vouloir du médecin :

Le médecin⁸⁹ décide de crever mes eaux. Si le calmant ne fonctionne pas, je ne pourrai pas avoir la péridurale, car après 7 cm d'ouverture, l'effet de la péridurale ralentit le travail. [...] Vers 6 h, je ressens les contractions de plus en plus fortes. Je redemande un calmant, mais on me répond que la décision sera prise par le médecin qui va me faire accoucher. (N57, p. 221 [Chantal, Saint-Jean-sur-Richelieu, 2002])

Les observations d'accouchement et les entrevues postnatales nous montrent que cet aspect de l'intervention – augmentation possible de la douleur – semble rarement présenté aux femmes dans la perspective d'une prise de décision éclairée, l'amniotomie étant pratiquée le plus souvent de façon routinière. Les enfantements de Catherine (ACN26) ainsi que celui de Charlotte (MH6) constituent de rares exemples du contraire. Dans le cas de Catherine citée plus haut, la RAM effectuée lors de son deuxième enfantement génère cet effet « volcan » qu'elle n'avait pas expérimenté lors de la naissance de son premier enfant, effet qu'elle impute aux « endorphines » qui « n'agissent pas cette fois ». Cependant, Catherine et Charlotte sont en travail actif avancé lorsque la RAM leur est proposée et l'effet de l'intervention leur a été exposé : « “Beh, ça va raccourcir ton temps d'accouchement, mais ça

⁸⁹ Dans la version du manuscrit de prépublication, l'auteure du témoignage avait à l'origine écrit : « Ils ont décidé de crever mes eaux », en parlant du médecin et de l'infirmière.

va être plus violent, tsé”. J’ai dit : “Beh oui, j’suis prête, si c’est pour raccourcir d’une couple d’heures⁹⁰, envoye, go, tsé!” » (MH6)

Si je termine les sections de ce chapitre sur l’expérience des femmes de la performativité obstétricale de leur corps sur ce motif de la RAM, c’est que cette dernière intervention, en raison de son caractère apparemment anodin, illustre comment il est facile de faire basculer les choses et transformer subitement la nature de l’expérience d’accouchement auquel une femme aura accès à partir de ce moment. Et pour les femmes en général, il semble d’autant plus difficile d’appréhender et de concevoir les conséquences de ce geste qu’il est facile à exécuter et vite fait. Souvent acceptée à reculons, comme un moindre mal ou « pas grand-chose », parce qu’il faut bien finir par accoucher, ou pour éviter ce qui est davantage redouté, la RAM fera franchir à la parturiente, souvent à son insu, un point de non-retour... à double titre : d’une part, faire face à un surcroît de douleur, d’autre part, devoir accoucher dans un délai imposé, sans échappatoire possible (quitter l’hôpital, par exemple, pour revenir une fois le travail réellement installé).

Ce n’est pas pour rien non plus que l’un des quatre aphorismes de Paul Cesbron – sortes de mots d’ordre à respecter pour le praticien, la praticienne bienveillant-e – porte justement sur la RAM. Ces aphorismes recouvrent une bonne part de ce qui a été vu dans ce chapitre, quatre principes qui, au-delà de recommandations pour freiner l’empressement des bien nommés-es intervenants-es, peuvent signifier beaucoup pour les femmes à un moment marquant de leur vie intime :

- Un accompagnement attentif et discret vaut mieux que de nombreux examens intrusifs et désagréables.
- Les membranes doivent être respectées jusqu’à la sortie de l’enfant lorsque l’accouchement se déroule régulièrement.
- Il n’est pas justifié de laisser une femme à jeun de trop longues heures, de la raser, de la sonder habituellement, de la perfuser, d’enregistrer en permanence le cœur de l’enfant s’il s’agit d’un accouchement spontané en dehors de toute pathologie.
- La plupart des épisiotomies sont inutiles... (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 320)

⁹⁰ Il n’empêche, prétendre que l’amniotomie raccourcira l’accouchement « d’une couple d’heures » est une affirmation franchement tendancieuse.

Du reste, le simple rappel, parmi ces aphorismes, de la pathologie (tel un spectre qui plane toujours) et de la régularité laisse une porte entrebâillée à leur subjective détermination. Et comme on sait que l'ensemble des phénomènes de la naissance ont été historiquement subsumés sous la catégorie envahissante du pathologique, on comprend à quel point cette latitude est à craindre.

La section qui suit rompt avec celles qui précèdent dans ce chapitre. Cependant, elle vient exemplifier de façon concrète et actuelle comment, de l'esprit à la lettre, la promotion sociosanitaire de la physiologie et de l'eutocie en ce qui a trait à la périnatalité se butte à la résistance des schèmes traditionnels d'intervention et des modèles en place. Elle entend illustrer en quelque sorte à quoi on peut s'attendre lorsqu'il s'agit de mettre en application des principes qui correspondent assez étroitement aux aphorismes de Cesbron. On verra comment on arrive à promouvoir du changement et des pratiques progressistes tout en confortant le *statu quo*; et surtout, comment on gère (ou plutôt évacue en fait) la question de l'autonomie des femmes et la marge décisionnelle qu'on leur laisse.

4.8 *L'impasse de l'application de politiques centrées sur les femmes, la physiologie et la réduction des interventions : une analyse de cas (Politique de périnatalité, Québec 2008-2018)*

Pour jauger ultimement du caractère transcendantal des modèles sur lesquels s'appuient les protocoles obstétricaux (au sens où cela leur confère immuabilité et valeur de vérité universelle), tirons un dernier exemple de la politique de santé publique du Québec. Le gouvernement du Québec a émis dans son histoire trois politiques de périnatalité : en 1973, 1993 et 2008. Alors que la politique de 1973 insistait sur l'importance de l'humanisation des services pour permettre une « expérience émotionnelle satisfaisante », les deux dernières versions allaient beaucoup plus loin en affirmant clairement dans leurs lignes directrices le caractère physiologique et naturel du continuum grossesse, accouchement et allaitement, de même que l'importance d'une expérience positive de la maternité pour les femmes, d'abord, et leurs familles, et ont insisté sur la multidimensionnalité (physique, psychologique, sociale et économique) des déterminants de la santé et du bien-être en périnatalité. Dans sa plus récente version, la *Politique de périnatalité du Québec (2008-2018)*, intitulée *Un Projet porteur de vie*, on peut lire d'entrée de jeu la prise de position suivante :

Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal. Toutefois, dans une société animée par la volonté de contrôler tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance. Cela exige que l'on mette en place des environnements propices et que l'on conjugue les efforts autour de cette conviction. Cela implique aussi que l'on respecte la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité. Par ailleurs, une telle approche n'exclut aucunement la nécessité d'exercer la vigilance requise, toujours dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix. (Québec, MSSS, 2008, p. 9)

Plus loin, lorsqu'il est question des interventions obstétricales usuelles et qu'on aborde le déclenchement et la stimulation hormonale du travail, on pose d'emblée la question des risques associés à ces pratiques, la dimension de l'autonomie des femmes et l'importance de la dispensation d'une information juste durant la grossesse.

Pour répondre aux objectifs de sa politique, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a commandé au cours de l'année 2011 à différentes instances et intervenants-es du secteur de la périnatalité, la production d'une série de fiches regroupées sous l'appellation de *Tronc commun provincial d'information prénatale* (TCPIP)⁹¹. Au mois de février 2012 avait lieu une consultation auprès de certains-es spécialistes (dont des intervenantes du milieu communautaire et politique) sur le contenu des fiches élaborées, telles que révisées par le comité-expert du ministère sous l'égide de la SOGC / Essai QUARISMA (donc essentiellement composé d'obstétriciens-gynécologues). Que retrouve-t-on dans ces fiches censées traduire la volonté étatique de promouvoir une utilisation raisonnée des interventions obstétricales? J'ai pour ma part eu accès aux six fiches portant sur les pratiques. Analysons le contenu des deux fiches qui nous intéressent tout particulièrement en regard de la présente section, celle qui porte sur « Déclenchement et stimulation du travail », mais d'abord, celle sur « La surveillance fœtale durant le travail ».

Bien que le tiers de cette fiche constitue un plaidoyer sur les avantages démontrés par de nombreuses études de l'auscultation intermittente (AI) sur le monitoring fœtal électronique (MFÉ), et ce, même pour les grossesses à risques, qu'elle contient l'affirmation répétée que le MFÉ n'est pas associé à une réduction des infirmités ou de la morbidité/mortalité néonatale, mais, en contrepartie, est responsable d'une hausse des césariennes, des accouchements

⁹¹ J'ai moi-même été consultée, à titre de chercheuse, par le BPSF de l'UQTR dans le cours de l'élaboration de la fiche « Accouchement naturel » pour laquelle celui-ci a été mandaté.

instrumentaux, des infections maternelles et du recours à l'anesthésie, le MFÉ devient néanmoins obligatoire, selon l'argumentaire des auteurs-es, dans plusieurs situations, en fait, des cas si nombreux (dont AVAC, accouchement avant 36 SA et après 42 SA, diabète gestationnel, déclenchement et stimulation hormonale du travail, siège, gémellité, rupture des membranes depuis plus de 24 heures, diagnostic – notoirement approximatif – de retard de croissance intra-utérin) qu'ils finissent par recouvrir la grande majorité des accouchements. Voilà un exemple patent du caractère opératoire du « dogme de l'obstétrique » décrit et analysé au chap. II, où pour être « normal » un accouchement doit réunir un nombre inatteignable de conditions (et qui plus est, rétroactivement). On constate ici que seule cette (impossible) normalité légitimerait aux yeux des soignants-es la prise de décision par la mère dans le cours du travail, façon détournée et commode en fait de le lui refuser.

La fiche continue en énonçant que le MFÉ pourra être interrompu à l'occasion pour permettre à la femme de marcher ou de prendre un bain (« des périodes de 30 minutes peuvent être allouées »), mais à des conditions strictes et dans certains cas seulement (AVAC, déclenchement ou stimulation hormonale). Il est fascinant de voir comment le texte manœuvre pour maintenir l'usage généralisé d'un appareil tout en affirmant son inefficacité. D'une part, ce ne serait pas tant l'appareil qui n'est pas fiable que les femmes sur qui on le branche : « Plusieurs études ont démontré que *jusqu'à 80 % des femmes en travail pouvaient exhiber des tracés du cœur fœtal s'écartant de la normalité* à un moment ou à un autre, et ceux-ci n'étaient pas nécessairement associés à l'hypoxie ou à l'asphyxie fœtale⁹² » (p. 5). Outre l'illogisme de situer la norme dans le 20 % qui ne s'écarte jamais du modèle, ce sont les femmes qui « exhibent » sans vergogne et sans raison des tracés anormaux – et se rendent conséquemment responsables des interventions qui résulteront de l'inquiétude inutilement suscitée. D'autre part, le sous-texte prétend que si l'on en vient à utiliser le MFÉ, c'est que votre cas particulier (l'exception qui est la règle) le requiert; il serait donc déraisonnable d'en contester l'utilisation, puisqu'« on doit recourir au MFÉ » en fonction de telles « causes fœtales » (5) ou de telles (trois fois plus nombreuses : 16) « causes maternelles » (encore une fois, le langage employé rend la femme responsable de ce qui se passe). La dimension choix et consentement est automatiquement évacuée; la notion de préférence de la femme n'est

⁹² Je souligne.

nommée qu'une fois dans cette fiche, dans le préambule (p. 6), avant l'exposition de toutes les situations imposant le MFÉ. Fait remarquable : des six fiches, il s'agit de celle où l'aspect autonomie de la patiente est le moins présent – et de loin. Rien d'étonnant : celle-ci porte sur la « surveillance fœtale », et on sait que dès qu'il est question du bien du fœtus, la personne de la mère est effacée, ses prérogatives en tant que citoyenne éludées, déchuée, selon ce scénario oppositionnel, de ses droits fondamentaux.

Les deux fiches « La surveillance fœtale durant le travail » et « Déclenchement et stimulation du travail » ont de surcroît en commun un élément précis qui explique comment « votre cas » singulier est le plus facilement susceptible de glisser de l'eutocie à la dystocie : elles présentent un paragraphe similaire revendiquant l'*adhésion au concept de la contraction type*. Dans le premier document, on peut lire : « Qu'entend-on par avoir de bonnes contractions? » Ainsi, pour « qu'un travail évolue normalement », votre utérus doit présenter les « caractéristiques de la contraction efficace » en termes de durée, force, intervalle et aptitude au relâchement (p. 11). Le second document, en plus d'insister sur « l'importance d'avoir des contractions utérines adéquates » (p. 20), en rajoute en stipulant que la cadence de dilatation à suivre est de 1,2 cm/h pour une nullipare et de 1,5 cm/h pour une multipare : un rythme de dilatation encore plus rapide que le 1 cm/h hérité de la courbe de Friedman! Pourtant, un point de vue tout à fait différent est exprimé dans un autre document du corpus du TCPIP, celui sur l'AVAC, où il est écrit que « la limite classique de 2 heures de stagnation pour agir [stimuler] est considérée par de nombreux auteurs comme trop brève » et par conséquent, l'« utilisation d'une limite de 4 heures est préférable à une limite de 2 heures » en prenant soin de ne pas initier le partogramme avant le début de la phase active du travail (p. 20). On sourcille encore plus en lisant l'énumération des causes du ralentissement (nommé « dystocie contractile ») dans la fiche « Déclenchement et stimulation » : des trois causes principales – la fatigue maternelle, la crainte de la douleur ou une infection (p. 20) –, deux sont donc imputables à la « faiblesse » des femmes... Dans une logique assez indéfendable, cette « fatigue » ou cette « crainte de la douleur » sera traitée par... la stimulation⁹³... laquelle, on l'a dit plus tôt (p. 10), accroît la douleur. Le sous-entendu qui

⁹³ En fait, cette logique origine d'O'Driscoll et du protocole de Dublin : O'Driscoll admettait que les contractions stimulées par l'ocytocine de synthèse sont plus douloureuses (et pour cette raison il se disait contre l'induction, du moins en 1986), mais en même temps, selon lui, la perspective pour les

émerge de l'analyse des deux fiches est manifeste : si le modèle contractile (rappelons-le : échafaudé *ex nihilo*) n'est pas suivi, le travail est qualifié d'« anormal » et la stimulation s'impose. La stimulation justifie ensuite le MFÉ... lequel avait déjà servi à justifier la stimulation... dans une parfaite circularité interventionniste maintenant le *statu quo* sur deux des pratiques dont on abuse le plus.

Toujours en 2012 et plus récemment encore, dans l'imposant rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux intitulé *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*, on peut lire que

le principal enjeu éthique autour des interventions de déclenchement et d'accélération du travail est l'impression qui est laissée aux femmes d'une promesse d'un bébé en santé grâce à des technologies qui viennent corriger les caprices de la nature. Les femmes sont, sur la base d'enquêtes canadiennes fiables, très mal informées des risques liés à ces technologies obstétricales et de ce qui est considéré comme normal pour la date prévue d'accouchement et la durée « acceptable » du travail. [...] Puisque les femmes les moins fortunées ont un plus faible accès à l'information et au soutien, il est possible qu'elles subissent sans discuter les interventions (et les risques) qui leur sont proposées.⁹⁴ (Québec, INESSS, 2012, p. 79)

Un peu de la même façon que DeLee, en 1940, conspuait les « demandes déraisonnables des femmes pour un travail expéditif », on déplore maintenant leur inaptitude à contester les interventions « proposées », sans aucunement prendre en compte la pression qu'elles subissent pour les accepter ni le fait (comme l'a démontré ce chapitre) qu'on ne leur laisse pas vraiment le choix. En d'autres mots, les femmes seraient en quelque sorte victimes de leur propre crédulité (pas assez éduquées, trop défavorisées) pour avoir pris à la lettre les prétentions de l'obstétrique : « un bébé en santé grâce aux technologies qui viennent corriger les caprices de la nature » (l'évolution mal faite, comme je l'ai dit); et c'est sur cette crédulité toute féminine qu'on détourne l'essence du principal dilemme éthique auquel les praticiennes seraient confrontés-es... (Peut-on parler d'aveuglement institutionnel?) Il est intéressant

femmes d'« en finir plus rapidement » en « accélérant » le travail justifiait l'emploi des ocytociques (Murphy-Lawless, 1998, p. 306, note 102), sorte de facteur de réconfort suffisant. Néanmoins, comme je l'ai expliqué au chap. précédent, qui dit contractions plus longues, plus rapprochées et plus douloureuses ne dit pas « accouchement plus expéditif »...

⁹⁴ Je souligne.

de constater qu'au même moment, les autorités sanitaires québécoises promeuvent la diminution du recours aux interventions dites évitables (INESSS) tout en affirmant leur « inévitabilité » (fiches TCPIP).

En ce qui a trait aux motifs d'induction, la fiche « Déclenchement et stimulation » du TCPIP n'est pas en reste au chapitre des contradictions, si l'on ne perd pas de vue que ces documents émanent de la volonté gouvernementale de promouvoir l'accouchement physiologique et une utilisation raisonnée – donc la diminution – des interventions obstétricales usuelles. Bien qu'on y insiste sur les risques du déclenchement, dresse une liste de motifs « inacceptables » (essentiellement les requêtes maternelles, la convenance du praticien ou de la praticienne et les raisons psychosociales) et affirme la nécessité d'appuyer la décision d'induction sur un motif clinique, le texte de la fiche maintient que la grossesse prolongée « compte parmi les principales indications de déclenchement » (p. 8). S'il ne s'agit pas d'une indication urgente, la grossesse prolongée (établie à ≥ 42 SA) demeure une indication parmi d'autres – mais non la moindre, puisque l'une des principales... –, et ce, malgré le fait que celle-ci n'ait pas de composante clinique en soi. Les auteurs soutiennent que « la grossesse qui se prolonge peut correspondre à une grossesse “physiologiquement” plus longue sans anomalie placentaire avec maintien d'un développement fœtal normal » (p. 6) (remarquons les guillemets qui accentuent l'apparente bizarrerie d'associer « physiologie » à « grossesse post-terme ») – une situation dont l'incidence (6,7 % des grossesses datées par une échographie du premier trimestre [p. 7]) est en principe statistiquement trop grande pour la placer dans la catégorie des anomalies... –, et, d'un seul tenant, ils confirment en plusieurs occurrences au sein du corpus du TCPIP la légitimité de la pratique généralisée du déclenchement à 41,3 SA (fiches « AVAC », « accouchement du siège », « césarienne »). Enfin, les auteurs-es écrivent que « la pratique systématique d'une échographie du premier trimestre » est (il s'agit même de l'intitulé d'une sous-section) une « interventio[n] qui perme[t]⁹⁵ de diminuer les déclenchements pour terme dépassé » (p. 12) en conférant une précision quant à l'âge gestationnel à ± 5 jours, alors que l'ancienne mesure privilégiée – la date des dernières menstruations (DDM) – représentait une « grande source d'erreurs » associée au « risque de procéder à un déclenchement inopportun causant un accouchement prématuré » (p. 6). Une

⁹⁵ Au pluriel dans le texte, mais il n'est question que de l'échographie.

telle affirmation est quadruplement problématique : 1) On attribue la faute à l'« imprécision des souvenirs » de la femme à l'égard de la DDM, sans mettre en cause le choix médical (et paternaliste) de préférer cette date à la date d'ovulation combinée à celle des relations sexuelles en période de fertilité; 2) La pratique elle-même du déclenchement en fonction d'un postulat – la date prévue d'accouchement – basé sur une moyenne statistique n'est tout simplement pas questionnée ni dans sa logique, ni quant au rapport entre les risques de l'intervention (induction) et le taux véritable de morbidité liée à une postmaturité démontrée (car la réelle postmaturité, bien plus rare que la « grossesse prolongée », n'est pas *de facto* une condition morbide); 3) Considérant une marge d'erreur *minimum* de ± 5 jours, la datation échographique ne permet pas de soutenir les politiques d'induction rigides et au jour près (ex. : à 41,3 SA précises), qui ne comportent pas de fenêtre, et sont présentées aux femmes comme un point critique à partir duquel le bébé est en danger de mortinaissance; 4) On prétend que l'échographie a entraîné la diminution des déclenchements prématurés, alors qu'elle est responsable de l'exact contraire : de l'usage de cette technologie a découlé la multiplication des indications d'induction, lesquelles sont basées sur des diagnostics erronés (faux positifs) ou non significatifs (la nosologie étant spéculée à partir de moyennes et d'écart-types établis sur des mesures reconnues approximatives : l'échographie n'est pas un *photofinish!*). Or, dans le doute, on induit, puisqu'on considère plus facile de suivre un bébé en couveuse que dans le ventre maternel (« Dans ton ventre, on ne sait pas ce qu'il peut se passer... »⁹⁶). L'échographie prénatale de routine, élément incontournable du forfait médical

⁹⁶ La citation complète est celle-ci : « Moi, je les sortirais de là, car on va pouvoir suivre leur évolution en incubateur et les surveiller. Dans ton ventre, on ne sait pas ce qu'il peut se passer. Ça pourrait aller jusqu'à causer la mort de ta fille. » (N41, p. 167 [Natalie, Repentigny, 2003]) Ces propos sont ceux d'une gynécologue à la demande d'information des parents pour prendre une décision éclairée quant à l'opportunité de procéder à une césarienne à 35 SA pour des jumeaux. La gynécologue appuie sa position sur un diagnostic établi à partir du seul critère (normalement insuffisant) de la stagnation du poids d'un des deux fœtus entre deux échographies de contrôle et sans solliciter de contrepertise. Le poids estimé du bébé « en danger » (1,41 kg) s'avéra de 350 g inférieurs au poids réel (1,76 kg) constaté une fois l'intervention pratiquée le soir même, *soit une sous-estimation de 20 %!* Malgré « trois semaines d'enfer » à voyager aller-retour entre l'hôpital et la maison, la nécessité pour la mère de tirer son lait pour nourrir les nouveau-nés par gavage, des complications néonatales graves liées à l'immaturité des poumons à cet âge gestationnel (« mon fils a eu plusieurs périodes d'apnée et ma fille, des problèmes de "désaturation" en oxygène »), les parents disent avoir pris « la plus grosse décision de leur vie, mais la meilleure aussi » : « [Notre fille] était parmi nous maintenant, *plus de danger pour elle dans mon ventre.* » (p. 169-170) (Je souligne.) L'auteure ne relève pourtant nulle part l'ampleur de l'écart entre le diagnostic échographique et la réalité... La perception de ce qui peut menacer l'enfant à

des suivis de grossesse depuis déjà 30 ans, n'a pourtant jamais été recommandée par les autorités sanitaires internationales parce qu'elle n'est pas associée à une réduction de la mortalité ou de la morbidité périnatale (Belizán et Cafferata [OMS], 2011), mais plutôt à l'augmentation du nombre des séjours en soins néonataux intensifs (Strong, 2002; Wagner, 1999; Beech, 1999; Beech et Robinson, 1994). Au final, les taux de déclenchement auront peu de chance de diminuer. Encore une fois, le *statu quo* sur une intervention lourde est à prévoir.

Si le présent chapitre se termine sur ces fiches du *Tronc commun provincial d'information prénatale* à la veille de leur diffusion, c'est pour exemplifier – par une mise en contexte « ici maintenant » – la nature de l'impasse dans laquelle se situe toujours, voire plus que jamais, la sphère de la périnatalité en tant qu'enjeu de santé, d'autonomie et de droit pour les femmes. Cet exemple constitue une illustration concrète de l'utilisation de données scientifiques (dont sont exclus les travaux issus des sciences humaines) par le discours sociosanitaire. Lorsqu'un gouvernement confie la mise en place des moyens (dispenser une information uniforme aux futures mères et aux formatrices prénatales) d'atteindre des objectifs précis (diminuer les interventions obstétricales – coûteuses et surutilisées), arrimés à des positions de principe progressistes (affirmation du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance; respect des choix maternels), à ceux-là mêmes (les obstétriciens-nes) qui sont responsables de la pérennisation du modèle maintenant les femmes dans un état de subordination et de disqualification, on peut s'attendre minimalement à des résistances. Selon les vieux réflexes, les autorités étatiques interpellent les détenteurs de la balance du pouvoir auprès des pupilles que sont les femmes en période périnatale : les experts-es médicaux. De par leur formation qui commande la prise en charge et le contrôle du processus de la maternité, la position d'autorité qui leur est socialement conférée, le fait que les pratiques qu'ils-elles adoptent doivent coller au plus près au consensus des pairs pour constituer une protection médicolégal (on parle d'obstétrique défensive)⁹⁷ et, enfin, leur impossible recul

naître (ne serait-ce que l'émission d'un doute là-dessus) n'est que très exceptionnellement portée du côté des traitements médicaux préconisés.

⁹⁷ Il faut savoir que les lignes directrices de pratique clinique émises par les collègues d'obstétrique et gynécologie (ACOG, SOCG, etc.) deviennent d'emblée la nouvelle norme de soin établie par rapport à laquelle on évaluera en cour la conduite d'un-e praticien-ne dans le cas d'une poursuite pour faute ou négligence professionnelle. Ces lignes directrices seront donc présentées comme preuve devant les

(« pour les poissons, l'eau est invisible »), ces experts-es – chez nous comme ailleurs – assurent l'immutabilité et la reproduction des schèmes dont procèdent leur *praxis*; des schèmes dont l'expérience maternelle est toujours évacuée :

[I]l y a bien peu de pays aujourd'hui où les conditions de la naissance sont humanisées. Pourquoi? Eh bien, parce que, suivant le dicton « Les poissons ne peuvent voir l'eau dans laquelle ils évoluent », ceux qui assistent les accouchements, que ce soient les médecins, les sages-femmes ou les infirmières, ne connaissent que l'accouchement médicalisé en milieu hospitalier et les pratiques hautement interventionnistes qui y ont cours. Ils ne se rendent plus compte des profondes répercussions qu'entraînent leurs interventions sur le processus de la naissance. Ces accoucheurs qui pratiquent à l'hôpital n'ont aucune idée de ce qu'est une naissance sans toutes ces interventions, une naissance qui n'est pas déshumanisée. L'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs résumé ainsi cette méconnaissance généralisée de la naissance normale dans des conditions humanisées :

En médicalisant l'accouchement, c'est-à-dire en séparant la femme de son environnement habituel et en l'entourant de personnes étrangères utilisant d'étranges machines pour lui faire subir d'étranges traitements ayant pour but de l'aider, la femme est tellement perturbée, mentalement et physiquement, que l'accouchement est sans doute modifié et a probablement des répercussions sur l'état de l'enfant à la naissance. Le résultat est que l'on n'est plus en mesure de savoir comment se seraient passées les naissances avant ces manipulations, les dispensateurs de soins ne sachant plus ce qu'est une naissance « non médicalisée ». C'est un problème d'une importance considérable. [...] Toute la littérature sur l'obstétrique moderne et sur la néonatalogie repose essentiellement sur l'observation d'accouchements « médicalisés ».

– Organisation mondiale de la santé [1988]. (Wagner, 2004, p. 220)

Même si ces fiches sont chargées de propositions soutenant la pérennité du récit obstétrical actuel et la conduite conséquente – performative – des accouchements, il n'en demeure pas moins que les nombreuses contradictions, illogismes, valeurs erronées ou trompeuses (dans le contenu, d'une part, et quant au mandat des documents, d'autre part) qu'une analyse de fond

tribunaux. Pour cette raison, même lorsqu'une femme formule explicitement un choix ou un refus de traitement clair, les praticiens-nes ont tendance à refuser de se conformer aux volontés de la patiente (bien qu'ils en aient pourtant l'obligation légale) lorsque celles-ci divergent des normes de pratiques édictées par leur ordre professionnel, et ce même si la consignation écrite du choix de la femme constitue un dégageant de responsabilité. En 2006, une analyse des recommandations obstétricales de l'ACOG a démontré que seulement 23 % étaient fondées sur des preuves scientifiques solides, tandis que près de la moitié se basaient sur le consensus et l'opinion d'experts, ce qui est considéré comme le plus faible degré de preuve scientifique (voir Block, 2007, p. 265-266). (Sur le cas particulier de l'AVAC, voir l'analyse des lignes directrices d'associations médicales effectuée par Foureur *et al.*, 2010.)

met au jour soulèvent la question des raccourcis dont on s'autorise lorsqu'il est question, pour les « autorités de santé publique », de monter en chaire dans l'intention de s'adresser aux femmes « en tant que génitrices ». L'immutabilité du modèle performatif et le paternalisme des recommandations sont aussi assurés par l'absence des représentantes des groupes organisés de femmes au sein des comités d'experts-es mandatés par les autorités gouvernementales; en fait, elles n'y sont jamais convoquées, même lorsqu'elles réclament d'y participer.

Cette situation est l'effet d'une tradition qui considère que les femmes ne disposent pas des connaissances nécessaires à articuler et définir leurs propres intérêts. L'accouchement n'a-t-il pas d'ailleurs été plusieurs fois assimilé par les tribunaux à une situation où la femme n'est pas en état de décider pour elle-même (Vadeboncœur, 2011)? De toute façon, comment évoquer son bien-être et réclamer une expérience de qualité lorsque ceux et celles qui disposent de l'autorité de déterminer en quels termes envisager le « problème » de la naissance le posent nécessairement sous la forme dichotomique d'une question « de vie ou de mort »? Le désir d'une « qualité d'expérience » confronté à la perspective de ne pas s'en sortir ou de mettre la vie de son enfant en danger est facilement refoulé comme un simple caprice; maintenir une telle revendication implique souvent de faire face à l'opprobre de l'entourage, de la société, sinon à des accusations d'inconscience pouvant parfois mener (ce qui est de plus en plus fréquent) à une forme de criminalisation.

Du reste, *le sujet féminin de la génération – sacrifié sur l'autel de la maternité – n'existe plus* (en fait foi la construction classique des études cliniques obstétricales où la personne de la femme qui enfante n'est jamais un paramètre, pas plus qu'elle n'y occupe une place linguistique); conséquemment, ce sujet ne saurait plus guère commander un appel loyal, considéré et déférent. Pour aller plus loin dans cette perspective et illustrer comment s'est réalisée cette néantisation, nous allons décrire – et c'est l'objet du dernier chapitre – les étapes de la construction du modèle sacrificiel de l'enfantement, et de l'accréditation d'un modèle qui, en s'en prenant à son sexe et à sa sexualité, excise la maternité charnelle d'une de ses dimensions signifiantes et met en acte le sacrifice symbolique de la femme elle-même.

CHAPITRE V

FIGURES DU SACRIFICE

Tout au long de l'expérience de la maternité – et de façon très concrète au moment de l'accouchement (devenu l'aboutissement d'une série de pratiques médicales et qui n'a plus rien à voir avec le processus spontané de l'enfantement) –, la femme en tant que personne, citoyenne, être autonome, et surtout en tant que toujours potentiellement mère, est sacrifiée. D'abord, c'est la sexualité féminine, totipotente vis-à-vis de la naissance et par là menaçante, auréolée de malignité depuis des siècles, qui est sacrifiée dans l'accouchement obstétrical : la femme – et son rôle central dans la procréation – incarne cette « angoisse atavique devant la chair » qu'éprouvent la plupart des sociétés, à toutes les époques, ou presque. Le droit au plaisir, le potentiel d'exultation et la puissance de l'enfantement ont été expurgés du phénomène naissance, hypothéquant aussi la vie sexuelle ultérieure de la femme ayant choisi, accepté ou subi la maternité charnelle. Ensuite, la douleur – facultative – de l'enfantement, honteusement célébrée comme expiation du péché originel, a été rendue nécessaire et obligatoire, à travers les déchargements sadiques dont l'obstétrique et la gynécologie se sont historiquement autorisées, transformant le « mal joli » en souffrance véritable. Et aujourd'hui – nous le verrons –, l'éprouvé de la douleur physique maternelle n'est pas moins considéré nécessaire qu'autrefois, loin de là. L'apaisement de la douleur physique par les diverses techniques d'indolorisation, d'analgésie ou d'anesthésie obstétricales n'a pas tant réduit la souffrance psychique des femmes qu'elles l'ont rendue ineffable, voire taboue. Il n'y a rien à (re)dire lorsque « la mère et l'enfant se portent bien »... Comment oser se plaindre alors que nos arrière-grands-mères mouraient en couches au bout d'une atroce agonie...? La plainte est inaudible parce qu'indécente de la part des celles pour la survie de qui on déploie – c'est la prétention – à coût exorbitant un arsenal technologique de pointe. Sauf que le destinataire de cette technologie est bien davantage le « naissant » que sa mère, vers lequel l'obstétricien-ne de la société postmortelle projette son fantasme d'immortalité. L'obstétricien-ne sauve l'enfant du corps de la femme, et sauve la femme de l'enfantement bien plus qu'il/elle ne sauve la femme. Non content d'avoir ravi à la femme son pouvoir dans la procréation,

l'obstétricien contemporain, soutenu en cela par les médecins en général, les autorités sociosanitaires, les juges et le législateur (surtout dans le contexte de la montée constante de la droite religieuse depuis les années 1980), réalise un passage à l'acte de moins en moins symbolique sur la personne de la femme mère. La question mythologique (avant tout théologique) « la mère ou l'enfant » est toujours actuelle et plus tranchée que jamais (contrairement à ce que nous serions portés-es à croire) en faveur du second, *même s'il n'est pas encore individué*. Il importe de mettre au jour les conséquences difficiles, voire tragiques, que les différentes modalités de la *mise en conflit du naissant et de sa mère* engendrent pour les femmes, non seulement pour celles qui passent par la maternité charnelle, mais pour *toutes les femmes*. Dans ce chapitre, nous examinerons de près la mise en acte du récit sacrificiel et matricidaire de la naissance.

5.1 *Obstétrique, gynécologie et sexualité*

Les débuts de l'exploration manuelle du corps des femmes, imparfait et menaçant

À la même époque où les nouveaux venus dans le monde de la naissance, les chirurgiens, se passionnaient pour le perfectionnement du forceps idéal, la médecine officielle et moins officielle investissait en force le territoire de la sexualité. Bien qu'elle ait répugné jusque-là à œuvrer avec les mains, comme le rappelle Bernard This, le 18^e siècle est de fait pour la médecine celui de l'« exploration manuelle », désormais hautement intéressée au corps et aux « maladies » des femmes. La licence scientifique couvrira les intentions les moins chastes et donnera lieu à une abondante littérature médicale et pseudomédicale érotiquement chargée. Dans un article intitulé « *The Discourse on Sex – or Sex as Discourse : Eighteenth-Century Medical and Paramedical Erotica* », tiré d'un ouvrage consacré au monde occulte de la sexualité à l'époque des Lumières, l'historien Peter Wagner (1988) déclare que le « 18^e siècle adora la science et le sexe à la fois ». Ce contexte sert néanmoins fort bien le déploiement du controversé métier d'accoucheur.

Dans le même ouvrage, Roy Porter expose dans son article « *A Touch of Danger : The Man-Midwife¹ as Sexual Predator* » la nature de la défiance que ce personnage ambigu suscitait et

¹ Jo Murphy-Lawless (p. 269, note 34) fait remarquer que parler d'« obstétrique » au 18^e siècle pour traiter de la pratique masculine est anachronique. Les praticiens se qualifiaient eux-mêmes de *male midwives*, ou plus rarement empruntaient le terme français *accoucheur*. « Obstétrique » apparut pour

pourquoi faisait-il alors l'objet de nombreux pamphlets et textes satiriques. À cette époque, la médecine est encore la moins prestigieuse des professions savantes (ses échecs dans la lutte à la mort et à la maladie sont patents), la chirurgie est vue comme une boucherie et on considère que la nouvelle spécialité de « vénéréologie » participe des vices responsables des maladies auxquelles elle s'intéresse. Dans le contexte où la culture religieuse impose la doctrine de la corruption de la chair, la médecine, qui s'intéresse désormais au corps, apparaît éminemment suspecte. Ce dédain pour la chair de la chrétienté a cependant laissé aux auteurs médicaux et pseudomédicaux le champ entièrement libre pour produire le discours principal sur la sexualité, et à défaut d'un Art d'aimer, ce sont eux qui, en Europe, ont formulé une *scientia sexualis* florissante depuis le milieu du 17^e siècle. Cette citation de l'un des plus fameux ouvrages du courant, *Tableau de l'amour conjugal considéré dans l'état du mariage* (Amsterdam, 1687) du médecin Nicolas Venette, largement diffusé pendant trois siècles dans toute l'Europe, donne une idée de la vision de la femme transmise par cette littérature : « Les parties naturelles de la femme [...] sont la cause de la plupart de nos chagrins aussi bien que de nos plaisirs, et j'ose dire que presque tous les désordres qui ont paru dans le monde et qui arrivent encore tous les jours viennent de ces parties-là.² » Le terreau devient de plus en plus fertile pour investir ce corps imparfait et menaçant (d'ailleurs, ne privilégie-t-on pas la théorie anatomiste antique qui fait de la femelle un « mâle insuffisamment cuit », voire dégénéré...? [Laqueur, Schiebinger, Laget]).

Frontière floue entre médecine et licence sexuelle

Si la sexologie pudibonde du 19^e siècle devint très généralement répressive, à l'époque des Lumières, le ton était plutôt hédoniste et le plaisir sexuel vanté par les médecins. Des démonstrations pornographiques se tenaient alors sous couvert de séances d'éducation médicale. Voilà pourquoi les médecins ont été associés par le public à la connaissance charnelle. Après la Restauration anglaise, les ambiguïtés sexuelles de la pratique même de la médecine vinrent à l'avant-plan : « *Bawdy prints, poems and tales incresingly explored the*

décrire cette nouvelle branche de la médecine dans les années 1820, et ce n'est que tard au 19^e siècle que le mot « obstétricien » entra dans l'usage courant.

² Cité dans Knibiehler (2002), p. 76.

undertones of medicine as a comprehensive double entendre or euphemism of sexual activity, or presented medicine as a mask for lechery. » (Porter, 1988, p. 208)

Porter nous rappelle que la profession médicale a traditionnellement été conspuée sur la place publique, du théâtre jacobin aux pièces de Molière, en passant par les satires néoclassiques. Mais ce n'était pas nouveau : des propos injurieux affligeaient déjà Caton et Plutarque à Rome. Après la Restauration anglaise, ce genre d'attaques se sont faites encore plus fortes et virulentes. Les médecins étaient accusés de libertinage, corruption de la morale et de la civilisation, menace à la modestie féminine, dégénérescence. Pas complètement à tort si l'on en croit l'historien : « *Collectively, the profession was monopolistic, individually physicians were pompous asses, spouting obscure mumbo-jumbo in dead tongues, long on theory, short on knowledge. Growing fat on human misery, they had a stake in sickness. Indifferent in suffering, they indulged in absurd speculative wrangling.* » (p. 207) On disait les médecins « compagnons des croque-morts ». Et selon d'autres dictons populaires : « Un médecin est plus dangereux que la maladie »; « Un jeune médecin engraisse le cimetière »; « Un médecin donne du travail à un autre »... (*Ibid.*)

Pour ceux qui entendaient donner de la crédibilité à la pratique médicale, le plus grand problème au Siècle des Lumières était de baliser le champ d'exercices, les règles d'éthique ainsi que l'étiquette qui devraient régir les relations avec les patients-es : quels seraient les privilèges et les prérogatives particulières, si seulement les médecins sont en droit d'en posséder, que leur confèreraient d'office leur statut de soignants, qui puissent faire tomber les tabous et outrepasser les couches protectrices de l'intimité et de la décence entourant patients et patientes dans leurs rapports sociaux ordinaires? Comment concilier les dimensions de la pratique médicale (traiter un corps malade) à l'intégrité morale et à l'inviolabilité des personnes? (p. 210) Du reste, dans son rapport ordinaire au patient, le médecin des 17^e et 18^e siècles n'en est pas rendu à traverser la barrière du contact physique : il n'est pas encore question d'auscultation et de palpation. Pudeur et décence n'ont rien à y voir : la sémiologie médicale ne considère utiles au diagnostic que les signes qui se livrent d'eux-mêmes (c'est-à-dire immédiatement visibles, tels la couleur des yeux ou le teint) et à ce que le patient raconte (son histoire, ses habitudes et les changements qu'il vit ou observe).

18^e siècle : changement important dans les sensibilités à l'égard du corps

Selon Porter, les limites de la décence, de ce qui était sexuellement admis ou de ce dont on pouvait parler ont reculé entre la fin du 17^e et la fin du 18^e siècle. Comment expliquer un tel changement de perception entre ce qui se faisait et ne se faisait pas? « Comment interpréter le jeu énigmatique entre ce que Sterne nomma la *delicacy* [ce qui demande tact, délicatesse, sensibilité...] et la *concupiscence*, valeurs à double tranchant de la dissimulation et du dévoilement? » (p. 211) Il n'y a pas de réponse nette à cette question, car les normes diffèrent entre les sexes de même qu'entre les classes sociales. Mais il est clair qu'au cours du 18^e siècle s'est produit un changement profond quant aux sensibilités à l'égard du corps. La primauté allait désormais être placée sur l'intimité physique et le nouveau culte de la sensibilité allait affiner les perceptions des subtiles nuances des sensations corporelles et des réactions nerveuses. Une telle atmosphère a constitué un climat propice à ce que le corps devienne tout entier sexualisé. Les manifestations corporelles – le rougissement, le cœur qui bat, la main tremblante, la joue inondée de larmes, etc. – devinrent autant de signes éloquents dans un langage raffiné de l'expression sexuelle refoulée, étouffée, réprimée (p. 215). Un tel contexte explique pourquoi, par exemple, à peu près toutes les mentions aux activités corporelles et mentales dans *Tristram Shandy* de Laurence Sterne comportent un sous-entendu sexuel. Si la sexualité devint si présente, c'est en réaction au fait qu'à partir du 17^e siècle s'est amorcée une volonté de censure des écrits érotiques (on commence à associer débauche sexuelle et incroyance religieuse) : le nouvel interdit eut pour résultat inverse d'enflammer l'édition et le lectorat, en France, tout comme en Angleterre, patrie du puritanisme protestant (Guillebaud, 1998, p. 330-335).

Premières charges contre la « violence obstétricale »

S'il y eut des hommes pour « coucher » des femmes (*to lay women*, c'est-à-dire les « délivrer d'enfant » dans la langue populaire) bien avant le 18^e siècle, notamment quelques personnages connus vers la fin du 17^e, c'est au cours de ce siècle qu'ils inspirèrent véritablement la suspicion sociale. L'essor de la profession d'homme sage-femme l'explique en partie : aux yeux du public, une anomalie dans la profession médicale, une contradiction dans les termes, d'où les accusations de pratique « contre nature ». Cet art relativement récent impliquait une nouvelle forme d'« imposition des mains » (jadis une prérogative des rois),

sinon curative, certainement scrutatrice. Les hommes pratiquant certains touchers sur des femmes s'attirèrent des foudres et furent bien entendu suspectés d'activité sexuelle illicite. Il ne faut pas oublier non plus que nous sommes à l'époque du mesmérisme et que le climat social est chargé de l'ambivalence des réactions au sujet des « touchers » pour activer le mystérieux « magnétisme animal » (Porter, 1988, p. 213-215). Tandis que plusieurs sages-femmes anglaises dénonçaient vertement et sur la place publique la concurrence intéressée ainsi que la violence des accoucheurs instrumentés et contestaient leur prétention de supériorité sur elles (notons l'absence notoire d'une telle littérature pamphlétaire féminine en France), les opposants masculins développaient d'autres arguments : accusations de débauche ou encore d'infiltration sexuelle. Le célèbre pamphlet d'origine anglaise *La Requête des enfants à naître* (dont j'ai traité au chapitre III), pourfendant d'abord, avec force descriptions, la barbarie des partisans du forceps et de la perforation du crâne foetal³, ne manque pas de s'en prendre au passage à la dimension obscène de leur pratique, décrite comme un adultère déguisé : « *To treat our wives in such a manner, as frequently ends in their destruction, and to have such intercourse with our women, as easily shifts itself into indecency, from indecency into obscenity, and from obscenity into debauchery* » (p. 217). En outre, ce que je remarque surtout dans un tel extrait, c'est *l'identification d'un sadisme sexuel, la reconnaissance d'un viol*. Et comme nous allons le voir plus loin, cette compréhension sera progressivement évacuée du registre du perceptible, « irrationalisée ». Elle l'est encore en ce début de 3^e millénaire, bien qu'une concertation d'actions ait cours actuellement dans le monde afin de briser le tabou, faire voir la violence obstétricale comme forme de violence contre les femmes et une violence sexuelle sous plusieurs aspects afin d'instaurer des mécanismes pour les contrer.

Figure emblématique de la *man-midwifery* anglaise, William Smellie – grand adepte des instruments qu'il n'a de cesse de perfectionner, apparemment prompt à entreprendre une perforation crânienne, formateur compulsif – était l'une des cibles privilégiées des attaques publiques contre la profession. Elizabeth Nihell, dans l'attaque qu'elle dirige contre Smellie, s'en prend à cet appât du gain et aux formations obstétricales quasi instantanées :

³ Dans la foulée du retentissement de ce pamphlet, il fut décidé en 1756, lors de la réunion des accoucheurs de Londres, de moyens de contrer la prédilection pour cet acte.

On nous fait le reproche d'être intéressées. Je suis en état de prouver que j'ai délivré plus de neuf cents femmes gratis et par charité; je doute que votre docteur en ait fait autant, à moins qu'il ne compte pour charité celle qu'il faisait à cette automate qui lui servait de modèle pour ses apprentis. C'était une statue de bois, représentant une femme grosse dont le ventre était de cuir, une vessie remplie de petite bière figurait la matrice. Cette vessie se fermait par un bouchon de liège, auquel était attachée une ficelle pour la tirer à point nommé, et démontrer d'une façon sensible l'écoulement des eaux roussâtres. Enfin, au milieu de cette vessie était une poupée de cire, à laquelle on donnait différentes positions. De cette admirable mécanique s'est formé un essaim effroyable d'accoucheurs, qui se sont éparpillés par toute la ville de Londres et les campagnes. De son propre aveu il a fait, en moins de dix ans, neuf cents élèves, sans compter le nombre de sages-femmes qu'il a instruites et façonnées d'une manière aussi miraculeuse. (This, 1982, p. 23)

Le toucher obstétrical : un plaisir coupable?

Dans son brûlot *Man-Midwifery Analysed* publié en 1764, Philippe Thicknesse cite les descriptions faites par Smellie de l'anatomie féminine telle qu'elle serait « conçue » pour diriger le pénis pendant le coït ou le doigt médical pour les touchers... Car les touchers vaginaux, une nouveauté de l'obstétrique masculine, constituent un art qui, selon Smellie, avec l'usage du forceps (réservé aux hommes, bien entendu⁴) prouve toute la supériorité des hommes sur les femmes en la matière. On surnomma d'ailleurs les hommes sages-femmes « *the touching gentry* » (de *touch*, terme argotique pour « rapport sexuel »). Employant lui aussi l'argumentaire de l'histoire qui plaide en faveur d'une pratique féminine en matière d'enfantement, Thicknesse oppose que les femmes ont assisté avec succès les couches de leurs semblables depuis l'Égypte ancienne et ironise : « *little did the poor Egyptian ladies think, that it would be three thousand years, before Doctor Smellie would be born, and the art of touching... be brought to perfection* » (cité dans Porter, 1988, p. 217). Selon Thicknesse, ce qui doit être fait pendant un accouchement l'est idéalement par une femme, beaucoup moins susceptible d'user de force : « *There is not any thing necessary in midwifery, but what a woman can learn, and execute, with more propriety, and with as much safety as men. Instruments are always injurious, often dangerous, and scarce ever necessary. The world was peopled much better, before mungrel name of man midwives was known* ». La suite de l'argumentaire vise l'indécence : pour Thicknesse, il est inconvenant qu'un homme, sous couvert de pratique médicale, se permette ainsi de toucher les organes féminins.

⁴ En fait, au milieu du 18^e siècle, en Angleterre comme en France, on *fait interdire* l'usage des instruments aux femmes (voir notamment là-dessus Knibiehler et Fouquet [1983], p. 180).

Comment se pourrait-il que la passion n'en soit pas attisée? « *If men-midwives under these circumstances stand unmoved, they are part of the human species I am stranger to!* » (p. 218) Mais Thicknesse retourne rapidement son argumentaire contre les femmes pour les accuser d'encourager cette pratique, afin de jouir de plaisirs coupables en toute impunité et sans en porter la responsabilité. La nouvelle popularité des hommes sages-femmes ne serait aux yeux de Thicknesse qu'un écran de fumée masquant les desseins luxurieux de ceux-ci comme de celles-là. Il n'empêche qu'on ne peut réduire les arguments pour le maintien des sages-femmes dans leur exercice à la stricte dénonciation de la dissolution des mœurs ambiante et du libertinage féminin (supposé) avec des accoucheurs sexuellement intéressés. Francis Foster, en 1779, dans un pamphlet contre les errements de son temps use des mêmes arguments moralistes contre les accoucheurs.

L'homme sage-femme : agresseur et empoisonneur qui s'ignore

Selon Foster, l'homme sage-femme est un mal : il souille, viole la femme. Et il cite les descriptions scabreuses de Smellie exposant comment ouvrir le passage, avec force « digitations »... (p. 219-220) Notons que l'article « accouchemens » de l'*Encyclopédie* de d'Alembert et Diderot est du même tenant et décrit très explicitement une pratique où l'accoucheur doit travailler manuellement le passage pour « faciliter » la naissance de l'enfant, qu'il lubrifie et étire longuement en y introduisant l'un après l'autre tous les doigts d'une main... Allant dans le même sens que Thicknesse, Foster affirme que les femmes se dépravent, se rendent coupables de ces commerces en recherchant carrément les attouchements sexuels prodigués par les hommes sages-femmes. On peut se demander tout de même quel plaisir elles pouvaient tirer de ces interminables touchers alors qu'elles étaient en plein travail, sans compter l'application généralisée des forceps dont les accoucheurs les gratifiaient! C'est comme si l'abjection que suscitait le sexe féminin (Mauriceau parlait déjà de « parties honteuses » en 1668) – la naissance, qui se produit entre deux orifices d'excrétion, est impureté, tandis que l'écoulement sanguin qui survient avec la délivrance représente la même souillure que les menstrues – autorisait qu'on se complaise à jouer ainsi dans la fange... Pourtant, l'historienne Laget relate qu'autour de l'objet forceps se cristallisait un réflexe de terreur et de refus : « Il est d'ailleurs des femmes, et le nombre est grand, qui aimeraient mieux mourir que de permettre qu'on les accouchât à l'aide d'aucune sorte

d'instrument. Il paraît clair dans ces témoignages que la femme ressent un viol à se laisser pénétrer d'instruments. » (Laget, 1982, p. 246)⁵ Elle ajoute que les cas d'organes abîmés ou écrasés étaient nombreux⁶. Si ces parties-là eurent été nobles et sacrées – et non pas honteuses – aurait-on osé les malmenier de la sorte...? Il faut aussi souligner que l'irruption des hommes dans la sphère obstétricale, avec leur prédilection pour les touchers et les instruments, en méconnaissance des mécanismes de la contagion, fut à l'origine du déclenchement de nombreuses épidémies de fièvres puerpérales – assimilées utilement à la « malédiction d'Ève », à une fatalité –, qui, sur deux siècles (du milieu du 17^e à la fin du 19^e), fit des centaines de milliers de victimes. Adrienne Rich qualifie d'euphémisme pour un empoisonnement sanguin fatal – et iatrogène – ce terme de fièvre puerpérale (Rich, 1976, p. 151-152). Dans les hôpitaux publics de l'Europe, hauts lieux d'enseignement de la chirurgie où les indigentes trouvaient refuge pour accoucher, la mortalité maternelle a affiché à plusieurs reprises des taux prodigieux (jusqu'à 10 %)⁷, avec des pics pouvant atteindre les 25 % (par ex. : au mois de février 1866 à Paris [p. 151⁸])! Ces femmes « dont la misère est telle qu'elles ne souffrent pas dans leur pudeur⁹ » étaient à l'occasion contraintes à accoucher devant une audience d'étudiants. Anticipant le sort qui les attendait, plusieurs fuyaient, d'autres se suicidaient¹⁰ (p. 152, 154). Ironie de l'histoire, le phénomène des épidémies de

⁵ Bernard This (1980, p. 55-58) relate les « crises hystériques » ou les « convulsions » décrites par les premiers hommes sages-femmes lorsqu'ils accouchaient les femmes ou simplement lorsqu'ils les palpaient (par ex., une observation de Mauquest de la Motte, datée de 1704), un choc suffisant à provoquer la mort, selon les historiens-nes de la naissance. Il évoque aussi la réaction des reines à leur obligation d'accoucher devant public, tel le récit que fait la sage-femme Louise Bourgeois dite Boursier de la naissance du Dauphin, fils d'Henri IV, en 1601.

⁶ Les accoucheurs ne sont pas trop loquaces non plus sur les dommages à l'enfant, dès lors qu'il/elle est extrait-e avec succès...

⁷ Pour une étude approfondie du phénomène des fièvres puerpérales et leur étiologie, ainsi que des données sur leur incidence en maints endroits de l'Europe, on se référera particulièrement à Murphy-Lawless (1998), chap. 3 : « Body, Power, Death : The Problem of Puerperal Fever », p. 105-157.

⁸ Adrienne Rich tire de nombreuses références sur cette question de l'ouvrage de Finney (*The Story of Motherhood, op. cit.*). En 1869, la Société médicale des hôpitaux de Paris alla jusqu'à réclamer, « au nom de la science et de l'humanité, la fermeture des grandes maternités » (tiré de Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 108).

⁹ Foucault, *La Naissance de la clinique* (2007); cité dans Laget (1982), p. 132 (Laget cite la page 86 de l'édition de 1963).

¹⁰ Semmelweiss avait remarqué que le taux de mortalité était inférieur parmi les femmes qui donnaient naissance dans les rues de Vienne comparativement à celles qui accouchaient sous la responsabilité des

fièvres puerpérales, le plus notoire exemple d'infection nosocomiale, dû à l'introduction de la naissance dans l'espace hospitalier, a servi paradoxalement – une fois leur étiologie comprise (comprise, mais non pas admise, car jamais la médecine ne reconnût officiellement un tort dans cette hécatombe de deux siècles) – à justifier davantage la médicalisation de l'accouchement et l'hospitalisation universelle des parturientes sous prétexte que, à la maison, les conditions nécessaires d'asepsie pour y échapper étaient inatteignables : ainsi, pour des motifs de non-contamination, on en vint à imposer aux femmes d'accoucher les pieds dans les étriers, rasées et désinfectées, souvent les mains attachées afin de ne pas souiller, par un toucher inopportun, le « champ opératoire stérile » (Murphy-Lawless, 1998; Johnson, 1997). Du même tenant, on déplaça l'étiologie du vecteur de la contamination de la main du médecin au vagin de la femme, voisin de deux méats.

L'évocation de la dimension sexuelle de l'enfantement évacuée

Il y a quelque chose d'infiniment troublant dans les descriptions « scientifiques » produites par les hommes sages-femmes (que Sterne le satiriste a d'ailleurs fort bien exploitées), au-delà de toute considération relative à la décence ou à la dépravation des mœurs. Si on pouvait au 18^e siècle conspuer ou railler ce genre de descriptions scabreuses, le temps a fait son œuvre et l'on peut aujourd'hui « lire », interpréter le compte-rendu d'actes cliniques en tout point semblables sans y voir aucune allusion sexuelle. Et cela est à mon sens formidable. La juxtaposition des textes anciens et contemporains fait apparaître la progressive évacuation du registre de la signification de la dimension sexuelle d'une scène pourtant sexuellement hyperchargée, celle de l'enfantement. Comme je l'ai dit plus haut, il faut retenir de la prolifération des pamphlets contre l'homme sage-femme au 18^e siècle une compréhension de l'irruption de celui-ci dans la sphère de la sexualité féminine; ce que l'obstétrique et ses historiens hagiographes nous enseigneront à nier totalement, de telle sorte que la culture occidentale en viendra à ne même plus envisager que l'enfantement « se passe dans le lieu du sexe féminin ». Si le Siècle des Lumières a été le siècle de la sexualisation tout entière du corps – alors que la symbolique sexuelle des textes médicaux et obstétricaux n'était en rien voilée ou niée et que les explorations scientifique et sexuelle marchaient main dans la main –,

médecins et de leurs étudiants; des femmes priaient à genoux pour quitter les lieux ou être transférées dans la section de l'hôpital sous la responsabilité entière de sages-femmes (Rich, 1976, p. 153-154).

simultanément et paradoxalement, l'obsession pour le sexe se retourna de plus en plus – et jusqu'au milieu du 20^e siècle – contre la sexualité, assimilée en menace ultime envers la civilisation, source de tous les maux : physiques, psychologiques et sociaux. La sexualité féminine devint plus que jamais suspecte, le sexe faible étant le jouet de ses passions et la victime d'incessants dérèglements; le contrôle exercé sur celle-ci ne fera que s'appesantir. « Dans l'univers moral des hommes [depuis la fin du 18^e siècle], le sens de la vie et le bonheur de la reproduire sont en permanent conflit avec la peur de la chair, inquiétante, méprisable, dont l'homme est prisonnier s'il veut se reproduire. L'accouchement met en valeur cette opposition d'une manière privilégiée. » (Laget, 1982, p. 208-209) Et plus la chair sera honnie, plus s'exacerberont les pulsions sadiques dirigées contre la fonction reproductrice féminine¹¹.

Production de la différence sexuelle, perte de pouvoir des femmes

Au fur et à mesure que s'imposa la pudibonderie bourgeoise et cléricale (s'affirmant au début du 18^e siècle, triomphant au 19^e siècle), les femmes dégringolèrent dans l'échelle sociale – la disqualification des sages-femmes et les nouveaux interdits de pratique (de la médecine, de la dentisterie, de la chirurgie, ou du maniement d'instruments) aux personnes du sexe féminin sont en cela exemplaires : « La Révolution française, en excluant les femmes de la vie publique, se trouve paradoxalement *en retrait* par rapport à certaines coutumes et traditions de l'Ancien Régime. C'est au nom de la "nature", de "l'utilité sociale" et des impératifs de la procréation, que les femmes jugées rêveuses, instables, fragiles et émotives se trouvent reléguées à des tâches domestiques par les révolutionnaires français.¹² » Les travaux des anatomistes des 18^e et 19^e siècles visant à construire par l'illustration les différences

¹¹ Sur la peur universelle du féminin, de la sexualité féminine, et de la femme comme mère, voir en particulier le chap. 8 de Rich « Mother and Son, Woman and Man » (1976, p. 186-217). Pour Rich, une société patriarcale est fondamentalement *antimaternelle* (p. 212). Sur la « matrophobie » intériorisée (soit la peur de devenir la mère de quelqu'un), une forme particulière de misogynie transmise de mère en fille, voir son chap. 9 « Motherhood et Daughter » (p. 218-255). Et sur la « génophobie » littéraire et philosophique qui germe au 19^e siècle, avec la figure emblématique d'Arthur Schopenhauer, et explose au 20^e, l'essai de Nancy Huston : *Professeurs de désespoir* (2004).

¹² Michelle Perrot, dans *Histoire des femmes en Occident*, sous la dir. de Georges Duby et Michelle Perrot, Paris : Plon, 1991; citée par Guillebaud (1998), p. 266.

fondamentales entre hommes et femmes¹³ – servirent à produire le « fait naturel » de l'infériorité féminine qui justifia leur relégation à la sphère domestique et leur éviction des fonctions sociales et politiques, pour lesquelles leurs moindres aptitudes et la raison naturelle les disqualifiaient désormais (Murphy-Lawless, 1998, p. 36). Parallèlement émerge au 18^e siècle une nouvelle construction genrée du rapport spectateur-spectacle dans les images scientifiques et médicales (Jordanova) : « *Whereas the physician-spectator who maintain the scientific and medical gaze is traditionally gendered male, the object of that gaze is gendered female.* » (Kapsalis, 1997, p. 23) Prenant pour appui les travaux de Londa Schiebinger (1993), on peut affirmer que la science anatomique du 18^e siècle (dont se réclamaient les hommes sages-femmes et sur laquelle ils appuyaient leur supériorité sur leurs consœurs dans le domaine obstétrical) constitua pour les femmes une rétrogradation par rapport à la physiologie de la Renaissance, qui avait pourtant soutenu l'identité de constitution mentale et sensible entre les femmes et les hommes. « L'argument que le corps féminin était une version anormale du corps masculin, une pâle et faible imitation, ou que le corps féminin était si entièrement Autre, appartenant au domaine de la nature, [prédisposa à la revendication] de la nécessité de consacrer une branche indépendante de la médecine à l'étude de ce corps en tant que catégorie ontologiquement distincte¹⁴ » (Murphy-Lawless, 1998, p. 271, note 59). Enfin, au 19^e siècle s'opéra ce que Barbara Duden nomme la « "fabrication" de la femme en tant que fait scientifique », une construction sociale sur laquelle s'appuie, dans un mouvement paradoxal, une transformation intégrale de la société : « À partir de 1800, du point de vue médical, policier et juridique, le corps de la femme devient un objet public, alors que parallèlement – sur le plan idéologique et culturel – le personnage extérieur de la femme est cantonné dans la sphère privée [...], une évolution contradictoire caractéristique, similaire de celle du *citizen* de la société industrielle », alors que tout ce qui a trait au corps concernera désormais l'État, la santé publique, la nation, l'Église (Duden, 1996, p. 124-125). Nourrie de l'influence du puritanisme anglo-saxon, une toute nouvelle science médicale allait ainsi émerger de ce contexte favorable, littéralement science de l'objet femme : la gynécologie.

¹³ Pierre Roussel, médecin montpelliérain, dans son *Système physique et moral de la femme* (1775), déclarait que, même s'il n'exhibe pas d'attributs sexuels dans la région pubienne, le corps de la femme – ainsi que son cerveau – porte néanmoins entièrement la marque de son sexe (Murphy-Lawless, 1998, p. 35).

¹⁴ Je traduis.

5.2 Gynécologie et institutionnalisation de la violence envers le sexe et la sexualité féminines

On doit à Mary Daly, philosophe, théologienne et féministe radicale, une lecture critique particulièrement impitoyable de la discipline gynécologique, héritière directe de l'obstétrique masculine. Dans *Gyn/Ecology : the Metaethics of Radical Feminism* (1978), Daly situe l'émergence du personnage du gynécologue dans la vaste entreprise d'assujettissement des femmes dans leur sexualité (et incidemment dans leur maternité) que représente la montée des différentes professions qu'elle rattache à la science de l'objet femme : « *I use the term gynecology broadly to refer to all those professions – including psychiatry and the other psychotherapeutic fields – which specialize in the “disease and hygiene” of women’s bodies and mind.* » (Daly, 1978, p. 224, note *) L'exégèse acerbe de Daly dénonce les conséquences de cette appropriation par les hommes de la maternité (d'abord à travers l'irruption de l'homme sage-femme) qui mènera, en se transportant en Amérique à partir du 19^e siècle, à rien de moins qu'une main mise masculine tout entière sur le corps et le sexe des femmes :

Many feminists have noted the significance of the fact that the massacre of the wise women/healers during the witchcraze was followed by the rise of man-midwives who eventually became dignified by the name of “gynecologist.” Gynecology was slow to rise. Man-midwives of the sixteenth, seventeenth, eighteenth, and nineteenth centuries were under fire from women midwives, such as Elisabeth Nihell, who described their instruments as “weapons of death.” Nevertheless, the nineteenth witnesses the erection of gynecology over women’s dead bodies. By 1883 – the year of the death of J. Marion Sims, the “father of gynecology” (known as the “architect of the vagina”) – gynecologists could “apply their knives at will to the whole range of woman’s being, reduced as it was to sex.¹⁵” (p. 224-225)

Daly expose en fait que la gynécologie s'est instituée comme pratique en Amérique du Nord à partir d'expérimentations chirurgicales sur des cobayes humaines, une frénésie d'expérimentation sauvage dont la figure emblématique fut ce J. Marion Sims, originaire de l'Alabama. Penchons-nous un moment sur ce personnage pour mieux comprendre le contexte d'émergence et la signification profonde de la science gynécologique.

¹⁵ Cette citation provient du livre de Barker-Benfield (2005), p. 119 de l'édition de 1976.

Une discipline édifiée sur des cobayes humaines

Selon son autobiographie, Sims ne se destinait pas à fonder ce qui allait devenir la gynécologie, et ce qu'il écrivit à ce sujet en dit long sur sa perception de la femme : « *If there was anything I hated, it was investigating the organs of the female pelvis.*¹⁶ » Surmontant son dégoût – ou plutôt attiré par l'objet de sa répulsion –, la gynécologie est en quelque sorte venue le trouver, alors qu'on se pressât à sa porte, le suppliant de faire quelque chose pour réparer des séquelles obstétricales graves chez des esclaves, des fistules vaginovésciales ou vaginorectales les rendant incontinentes¹⁷, donc impropres à s'acquitter de leurs tâches. Considérant l'opprobre subi par les femmes ainsi affligées, le dégoût qu'elles suscitaient et leur condamnation à une vie handicapante, Sims obtint rapidement la notoriété du sauveur doublé d'un philanthrope. Or, il faut tenir compte que la démarche de Sims était surtout motivée par le projet de restituer aux propriétaires d'esclaves la valeur économique et le capital travail de leur « cheptel humain », et de surcroît le capital sexuel et procréatif essentiel des femmes esclaves (Kapsalis, 1997, p. 34-35). Bien qu'il fût de bon ton à l'époque d'attribuer ces sortes de dommages à l'impéritie des sages-femmes noires, cibles préférées du médecin mâle blanc, il est très probable qu'ils aient résulté de l'abus des forceps ou de possibles sévices sexuels... Les livres d'histoire de l'obstétrique-gynécologie ont l'habitude d'imputer ces complications à l'accouchement lui-même, résultant de la compression prolongée de la tête du fœtus sur les parois vaginales, provoquant par la suite une nécrose des tissus. Mais, j'insiste là-dessus, on ne fait aucune mention du rôle des instruments obstétricaux, de la position sur le dos et de l'immobilité imposées aux parturientes dans la production de ces arrêts de progression et disproportions céphalopelviennes iatrogènes. D'ailleurs, on sait que l'une des principales cobayes de Sims, Anarcha, présenta une double fistule (vaginovésciale et vaginorectale) cinq jours après avoir été « heureusement délivrée » par Sims lui-même à l'aide de forceps (p. 35).

Bien que peu enclin au départ à examiner cette « curiosité chirurgicale », comme il nomma la fistule extensive d'Anarcha, Sims eut tôt fait de flairer les intérêts que l'éventuel succès de la

¹⁶ J. Marion Sims, *The Story of my Life* (New York : D. Appleton and Company, 1988), p. 231; cité dans Kapsalis (1997), p. 34.

¹⁷ Ces fistules provoquent l'écoulement de l'urine ou de matières fécales par le vagin.

réparation lui rapporterait. Ainsi, dans son « hôpital pour nègres » – en fait une étable d'arrière-cour – Sims mena pendant quatre ans, entre 1845 et 1849, une série incessante d'expérimentations chirurgicales sur sept esclaves noires (à froid, doit-on le préciser¹⁸) : « Ces quatre années d'expérimentation sur des femmes esclaves représentent la fondation de la gynécologie en tant que spécialité distincte.¹⁹ » (p. 32) Si au départ Sims congédia les esclaves que leurs maîtres lui avaient envoyées à examiner, c'est le désappointement de l'une d'entre elles qui le convainquit – dit-il – d'entreprendre de la traiter : « *Thus, in the autobiography, the stage is rhetorically set for the entrance of willing experimentees* » (p. 36). Il est intéressant de constater à quel point cette forme d'induction publicitaire de la demande est exploitée de nos jours, alors qu'on la retrouve dans les formulations visant à impulser chez les femmes la requête d'interventions gynécologiques (comme la cosmétique vulvovaginale actuellement en vogue) ou obstétricales (comme la césarienne de convenance ou encore les technologies d'assistance médicale à la procréation – toujours expérimentales, non légalement encadrées et aux bénéfices exclusifs d'intérêts privés). Hors du cadre du scénario des cobayes volontaires, on sait que Sims n'hésita pas à s'acheter une esclave dont le maître ne souhaitait pas traiter la condition.

Dans son étude sémiotique de la pratique gynécologique, Terri Kapsalis dégage ainsi trois éléments fondamentaux caractérisant l'instauration de la gynécologie en tant que discipline : 1) l'esclavage : en fournissant les sujets de l'expérimentation médicale, l'esclavage servit à définir la *qualité de l'objet* de cette expérimentation (n'y a-t-il pas être humain plus soumis et réifié que l'esclave, a fortiori lorsqu'on possède l'esclave sur qui on expérimente...?). C'est aussi parce que les esclaves étaient dites « capables » d'endurer la douleur de ces expérimentations et qu'on leur attribuait la demande de guérison que les conditions d'émergence de la gynécologie allaient être réunies; 2) l'utilisation du spéculum, objet de pénétration et de visualisation totale du sexe féminin, a été rendue possible par le recours au corps entièrement chosifié de femmes esclaves; 3) les expérimentations chirurgicales de Sims ont constitué le précédent qui allait permettre à l'institution médicale de poursuivre, à travers

¹⁸ Les sources divergent sur la question de la disponibilité des anesthésiques et de la connaissance de Sims de ceux-ci au début de ses expérimentations chirurgicales.

¹⁹ C'est moi qui traduis. Il en est de même pour tous les extraits de l'ouvrage de Kapsalis rapportés en français dans la suite de ce chapitre.

une frénésie d'innovation, des visées eugénistes et racistes en contrôlant d'abord la capacité reproductive des femmes noires, qu'il s'agisse de rétablir le potentiel reproductif des esclaves ou de l'empêcher chez les populations noires pauvres (au bénéfice du travail, par exemple), puis auprès d'autres groupes (ethniques, socioéconomiques ou chez les femmes « psychologiquement étiquetées »), tout en favorisant la fertilité des femmes blanches bien nanties. Le développement ultérieur des technologies contraceptives ou de procréation médicalement assistée ou encore le déploiement de politiques de stérilisation (souvent à l'insu des femmes ou des populations concernées...²⁰) vont entièrement servir ces fins (p. 32 et suivantes, chap. 2). En fait, la gynécologie confèrera les moyens techniques à l'exploitation de la fertilité des femmes – qu'elle aille dans le sens de politiques natalistes ou antinatalistes – que les gouvernements mettent à profit depuis aussi loin que le 17^e siècle²¹.

Pulsion scopique et chirurgie-performance

On peut dégager deux caractéristiques essentielles du *modus operandi* de Sims, lesquelles se transposeront dans la *mise en place du dispositif gynécologique* : la *scopophilie* et la

²⁰ Les chirurgies obstétricales ont servi – et servent d'ailleurs toujours – les politiques de stérilisation forcée. Un scénario récurrent : les femmes de groupes ethniques ciblés vivant en région isolée sont envoyées accoucher en ville et elles se découvrent stérilisées lorsqu'elles tentent plus tard de redevenir enceintes ou à la suite d'un examen médical. Voir ces exemples récents : le déploiement d'une politique dite « antipauvreté » par l'ex-dictateur péruvien Alberto Fujimori à partir de 1995 (Éric Samson, « L'affaire des femmes stérilisées à leur insu au Pérou », *France Inter*, reportage diffusé le 14 nov. 2011 [en ligne : <<http://www.franceinter.fr/emission-ailleurs-laffaire-des-femmes-sterilisees-a-leur-insu-au-perou>>]); Natalia Antelava, « Uzbekistan's policy of secretly sterilising women », *BBC News*, 12 avril 2012 [en ligne : <<http://m.bbc.co.uk/news/magazine-17612550>>]. Ce dernier article illustre comment la césarienne est mise au service de telles politiques (et cela se passe en 2012!) :

Several doctors I spoke to say that in the last two years there has been a dramatic increase in Caesarean sections, which provide surgeons with an easy opportunity to sterilise the mother. These doctors dispute official statements that only 6.8 % of women give birth through C-sections. "Rules on Caesareans used to be very strict, but now I believe 80 % of women give birth through C-sections. This makes it very easy to perform a sterilisation and tie the fallopian tubes," says a chief surgeon at a hospital near the capital, Tashkent.

Une gynécologue affirme : « *Every doctor is told how many women are to be sterilised – there is a quota. My quota is four women a month* ». (Liens consultés le 3 juil. 2012.)

²¹ Voir à ce sujet Rich (1976), p. 74-76, 270-274; Martin (2010), p. 61-62; Ginsburg et Rapp (1995). Voir aussi Lockhart (2009) qui expose comment, par exemple, le discours actuel sur la surpopulation de la terre (résurgence de la théorie « survivaliste » des années 1970 déguisée en écologie populationnelle) exploite la rhétorique du contrôle de la fertilité féminine et comment ce discours, en plus de menacer les droits des femmes, est utilisé à des fins eugénistes, ethnocentristes et xénophobes (la fertilité des populations pauvres de l'hémisphère sud et leur migration au nord comme menaces à la survie de l'espèce humaine sur terre).

chirurgie-performance. La pulsion scopique qui ressort des écrits Sims est un puissant moteur d'investigation : il se passionnait pour l'exploration visuelle des tréfonds de la féminité, se décrivant comme le découvreur de territoires inconnus²² (« *tout voir, comme nul homme avant moi*²³ »), avec la mise au point de son fameux spéculum à partir de cuillers de quincaillerie (des chausse-pieds?) auquel il donna son nom et dont il se servait en faisant adopter aux femmes une position à laquelle il a aussi donné son nom. Citant Mary Ann Doane, Kapsalis ajoute que cette narrativité de l'éclairage, de la mise en lumière a donné à l'homme le pouvoir du regard en rendant la femme *spécularisable* (p. 38). En cela, on peut situer Sims dans la filiation ascendante des anatomistes dissecteurs et vivisecteurs et la filiation descendante des radiologues, échographistes et autres techniciens en tomodensitométrie (*scanner*), un lignage dans lequel l'entreprise de visualisation et la mise au jour des parties intimes et de l'intérieur du ventre de la femme – et la réduction de la femme à ces parties – correspond à sa progressive disparition, et autorisera, j'y reviendrai, les

²² Kapsalis rappelle ici l'ancrage avec l'imaginaire colonialiste du 19^e siècle tel qu'analysé par Mary Ann Doane (« Dark Continents : Epistemologies of racial and sexual difference in psychoanalysis and cinema », *Femmes Fatales : Feminism, Film Theory, Psychoanalysis*, New York : Routledge, 1991), ainsi qu'avec le trope du « scientifique-héros » décrit par Donna Haraway, qui situe la science comme « un genre important de la littérature occidentale d'exploration et de voyage » (« The Biopolitics of Postmodern Bodies : Constitutions of Self in Immune System Discourse », dans *Simians, Cyborgs, and Women : The Reinvention of Nature*, New York : Routledge, 1991 [je traduis]); citées dans Kapsalis (1997), p. 38-39, 187.

²³ Une formulation semblable avait été employée auparavant par Wilhelm Gottfried von Ploucquet (1744-1814), médecin légiste allemand : « sentir et voir ce qu'aucun homme jusqu'ici n'avait tenté de sentir et de voir : le mouvement du fruit ». Le grand projet de Ploucquet était en fait la criminalisation de la grossesse « secrète » (crime dit de « recel de grossesse ») en vue d'empêcher l'infanticide. Pour ce faire, son idée était d'instaurer une surveillance publique des femmes célibataires, laquelle ne pouvait s'effectuer qu'à condition de posséder le moyen de « déceler les grossesses », d'où cette formulation traduisant la quête qu'il entreprend en bon conquérant, la recherche du symptôme parfait qui permettrait enfin à la société d'échapper à sa dépendance envers le témoignage des femmes en cette matière : la perception par un tiers du mouvement embryonnaire. Selon Barbara Duden, la proposition de Ploucquet consignait la rupture médicale avec une tradition remontant à Hippocrate : au lieu d'interroger, désormais on allait « diagnostiquer avec certitude “la vraie grossesse” », « savoir par [soi]-même ». Sur l'utérus des femmes ainsi rendu public est en train de s'ériger la médecine de surveillance au détriment de la médecine du soin. « Par palpation et observation, sur le corps dépouillé de ses vêtements », Ploucquet « cherch[ait] à établir de nouveaux *signa* » : il s'autorisait donc l'examen interne. Duden précise qu'il est l'un des premiers médecins à « ajout[er] un groupe de symptômes nouveaux à la liste existante : “les modifications qui se produisent essentiellement dans la matrice” ». S'il juxtapose ces symptômes à la grande cartographie des signes de la grossesse dans tout le corps observés traditionnellement par les médecins, Ploucquet n'en est pas encore à la représentation de la configuration interne du corps que développeront les gynécologues du 19^e siècle, laquelle évacuera les signes antérieurs. (Duden, 1996, p. 125-128)

différentes modalités de son sacrifice symbolique. En bon découvreur, Sims allait instaurer l'ordre au sein des territoires sauvages nouvellement conquis. C'est ainsi que les opérations qu'il effectuait sans relâche ont vite dégénéré en entreprise de « reconstruction » des organes génitaux féminins, vus comme laids, malsains, désordonnés. Durant ses premières années d'expérimentation, il pratiqua une trentaine d'opérations sur Anarcha avant d'arriver à un succès convainquant, et de nombreuses sur Betsey et Lucy, les deux autres esclaves dont le nom nous est connu; procédant par rotation, il disait avoir chaque jour un sujet disponible sur lequel opérer (p. 43). Dix ans plus tard, entre 1856 et 1859, il pratiquera autant d'interventions sur une indigente irlandaise, Mary Smith, cette fois, cependant, sous anesthésie. Cette persistance, si l'on peut dire (son propre biographe, dès 1950, le décrit comme un fanatique), fit sa réputation mondiale en tant qu'« architecte du vagin » et « père de la gynécologie », de même que sa fortune : il devint le deuxième plus riche médecin américain de son temps. En 1855, il fonda le *Woman's Hospital* de New York, le premier établissement consacré aux « troubles féminins », où il raffina encore davantage son art sur le corps de femmes pauvres, telle Mary Smith, qui y échouaient. Dans sa pratique privée, il opérât à fort prix des femmes riches souffrant elles aussi de fistules ou d'autres problèmes de santé. Sa renommée fut prodigieuse :

The historical evidence suggests strongly that [... Sims] did not differ essentially from his gynecological colleagues in intent, attitude, or method. He simply was more monomaniacal and ambitious than most men. Internationally famous, honored by his peers, he was an object of adulation at Harvard Medical School, where "the students recognized 'divinity' in Sims and counted him 'one of the immortals.' (Daly, 1978, p. 225)

Avec le personnage de Sims, on voit comment une volonté de réparation s'est rapidement transformée en entreprise de correction, sous l'impulsion de la profonde misogynie dix-neuviémiste, du racisme de l'Amérique esclavagiste et, de façon non négligeable mais toute personnelle, d'un sadisme aigu. Mais c'est dans cet esprit que se développera la discipline : « *The spate of gynecological activity in America and America's international prominence in gynecology were characterized by flamboyant, drastic, risky, and instant use of the knife* », telle est l'opinion de l'historien G. J. Barker-Benfield, auteur de *The Horrors of the Half-Known Life : Male Attitudes Toward Women and Sexuality in Nineteenth Century* (2005). Les

défenseurs actuels de Sims, et il s'en trouve chaque fois que celui-ci est attaqué²⁴, ont l'habitude d'arguer que nous le jugeons à tort à partir de critères éthiques contemporains (un peu comme on acquitte les médecins nazis à l'aune du progrès que leurs expérimentations ont permis de réaliser).

Or, au sein même de la communauté civile autant que médicale de son époque, et même dans sa propre famille, les opérations de Sims ont été décriées; en aucun cas elles étaient monnaie courante ou acceptables (Kapsalis, 1997, p. 44). Quant au *Woman's Hospital*, on lui a reproché la détention (durée d'hospitalisation indéfinie) de femmes sur place afin de leur faire subir de multiples traitements. Cela a mené à des condamnations de la part du *Board of Lady Managers* de l'établissement, qui imposa une limite au nombre de spectateurs autorisés à assister aux séances de « chirurgie-performance » que Sims tenait. Ce qui n'est pas sans nous rappeler les accouchements devant public qui avaient lieu dans les premières maternités européennes. D'ailleurs, durant la guerre de Sécession, Sims avait eu l'occasion d'opérer dans un amphithéâtre parisien, ce qui lui valut une célébrité outre-Atlantique. C'est là qu'il aurait pris goût aux audiences encore plus nombreuses pour réaliser ses « performances » : « *When Sims returned to New York with his European fame and confidence, he took center stage, making the Woman's Hospital into his own private experimentation theater—scores of medical men came to observe Sims's performance of daring surgeries* » (p. 46). En réaction au frein que de simples femmes tentaient de lui imposer, Sims démissionna. Il accéda aussitôt, en 1875, à la présidence de l'*American Medical Association* (AMA), où sa première action à titre de président fut de dénoncer le code d'éthique de l'organisation, un « moteur de torture et d'oppression »... pour le praticien! (p. 47) En guise de pied de nez au *Board of Lady Managers* qui avait voulu limiter ses prérogatives, Sims organisa chez lui, en 1879, une sorte de gala marathon chirurgical de quatre jours pendant lequel il exécuta de nombreuses interventions sur plusieurs femmes devant un public de cinquante à soixante médecins, suivi d'un banquet... (p. 45-46) Mary Daly insiste d'ailleurs sur un lien non équivoque entre la montée de la discipline gynécologique dans l'Amérique hygiéniste, puritaine et

²⁴ Kapsalis cite un exemple de débat autour de Sims à l'occasion de la publication des travaux de Barker-Benfield dans les années 1970 (p. 48-49). Autre exemple plus récent, cet appel à ne pas juger les intentions de Sims, puisque, au bout du compte, il a fait le bien (même s'il a pu mal agir) : « J. Marion Sims : Surgeon or Monster? », *East Harlem News*, 27 avril 2008 (en ligne : <<http://www.east-harlem.com/mt/archives/000149.html>>, consulté le 30 avril 2012).

obsessionnelle du 19^e siècle, et la première vague féministe. Suite logique aux théorisations dix-huitiémistes de l'infériorité constitutionnelle ou ontologique des femmes ayant permis de fonder en « fait de nature » leur incapacité professionnelle ou politique et favorisé leur confinement à la sphère domestique, la ferveur de l'intervention gynécologique participa d'un *backlash* contre l'émancipation organisée des femmes²⁵. Le contentieux de Sims avec le *Board of Lady Managers* est un témoignage éloquent du *backlash* en question, d'autant que cette affaire constitua le tremplin qui lui ouvrit l'accès à la présidence de l'AMA où il put faire tomber l'une des premières formes d'encadrement éthique de la pratique médicale moderne.

Quand Barker-Benfield écrit qu'à l'issue de l'ère Sims, les « gynécologues allaient pouvoir appliquer leurs couteaux à volonté sur le corps de la femme telle que réduite à son sexe », l'historien traduit par là que cette époque a permis, à la faveur de la compulsion inégalée du personnage, cet enchaînement : le passage de l'intention de *réparation* (le dommage obstétrical iatrogène de la fistule) à la volonté de *correction* – cette reconstruction chirurgicale, masquée derrière l'image grandiloquente d'une « architecture », qui, de facto, s'assimile à une mutilation (car une chirurgie gynécologique, quelle qu'elle soit, impacte l'innervation du sexe) –, puis à la défense des bénéfices de l'*ablation* sur l'intégrité (mutilation franche).

Gynécologie et psychopathie : corriger les déviances de la femme par ses organes, source de désordres physiques et mentaux, et la réassigner à sa position subalterne

Avant d'aborder directement la propension gynécologique à exciser les organes reproducteurs de la femme, j'aimerais proposer une parenthèse qui fait intervenir une brève analyse d'éléments du long métrage *Dead Ringers* (1988) du réalisateur canadien David Cronenberg, un film qui raconte (inspiré d'un fait divers réel) l'histoire de la descente aux enfers des deux gynécologues jumeaux psychopathes, Elliot et Beverly Mantle. Le lien que je veux faire ici a à voir avec l'utilisation des outils pour corriger le corps féminin – en tant que celui-ci dévie nécessairement du canon physiologique humain : l'homme, le mâle. Tout comme J. Marion Sims, les jumeaux Mantle, au zénith de leur brillante carrière, multiplient

²⁵ Laqueur (1992) traite aussi du contexte antiféministe du développement des théories sur le sexe (chap. 6 : « Le sexe socialisé »).

les honneurs et les récompenses de leurs pairs, dont l'une pour l'invention de l'« écarteur Mantle ». Or, plus tôt dans l'histoire, au moment où, étudiants, les deux frères mettaient à l'essai sur un cadavre cet instrument de leur invention, leur professeur s'était exclamé : « Jamais vous ne pourrez essayer ça *sur un corps vivant...* » (notons que le professeur n'ose parler de « femme vivante », seulement d'un « corps », soit un objet, qu'on retrouve sous une forme « vivante » ou « morte »). On comprend donc qu'en plus de l'avoir essayé sur une vivante, cet instrument a fait école et en même temps leur gloire... Plus loin dans le film, alors qu'il bascule progressivement dans la folie et la toxicomanie, Beverly se sert de l'écarteur sur une femme consciente et non anesthésiée. Aux plaintes de celle-ci (« *That really hurts!* »), Beverly répond : « *We have the technology. This can't hurt.* » Les hurlements de la patiente font intervenir Elliot, qui reproche à son frère l'utilisation hors-norme de l'instrument, ce à quoi Beverly riposte : « *There's nothing the matter with the instrument, it's the body... The woman's body was ALL WRONG!* » L'argumentaire que Beverly tient ensuite à son frère pour se justifier résume à mon sens le parcours tout entier de l'obstétrique-gynécologie vis-à-vis de la femme, alors que, comme nous l'avons vu au chapitre III, on tient ou bien l'évolution ou bien la civilisation responsable de la dégénérescence du corps féminin et de son appareil reproducteur (une rhétorique récurrente depuis les premiers hommes sages-femmes) : « *I've been trying to tell you, Eli, you just don't know the kind of patients we've been getting lately. The patients are getting strange. They look all right on the outside, but their insides are deformed. Well I had to deal with it somehow. Radical technology was required.* » La technophilie qu'excitent les organes féminins est à la hauteur de la propension atavique à la déviance de ceux-ci. La pathogénéité du corps féminin devient dans cet opus de Cronenberg la prolifération des « mutantes » de l'affabulation de Beverly Mantle²⁶. Sa quête de la technologie radicale apte à affronter l'explosion de cas de monstruosité génito-utérine à laquelle il se dit confronté mènera Beverly à avoir recours aux services d'un artiste qui travaille le métal, Anders Wolleck, pour réaliser les instruments qu'il dessine dans le but d'« opérer les mutantes ». Les instruments de torture sortis de l'imagination malade de Beverly Mantle se juxtaposent dans la trame

²⁶ Pour une lecture de *Dead Ringers* centrée sur la fétichisation du féminin pathologique dans la mise en scène gynécologique, on lira Kapsalis (1997), chap. 6 : « *Playing Doctor : Cronenberg's Surgical Construction of Mutant Female Bodies* », p. 135-159. Les citations du film sont tirées des pages 152 et 153, ainsi que de l'article de Blakesley (1998).

narrative du film avec l'iconographie obstétricale (tirée de l'ouvrage de plus 500 pages d'Harrold Speert [1973]) présentée en générique d'ouverture où l'on voit défiler la terrifiante galerie des outils bien réels inventés et utilisés depuis l'arrivée historique de l'homme sage-femme²⁷.

Bien que cette perspective ne soit pas celle retenue par les autres analyses de *Dead Ringers* que j'ai lues, en ce qui me concerne, je sais gré à Cronenberg d'avoir su montrer, par la lentille grossissante du cinéma, la pulsion sadique (et sacrificielle) derrière la vision gynécologique de la féminité et qui motive le traitement que réserve la gynécologie au corps de la femme. D'ailleurs, le titre du film, *Dead Ringers* (une expression idiomatique équivoque où le simulacre – *dead ringer* signifie « sosie »; et *ringer* seul, un imposteur – annonce la disparition, ou le sacrifice, de l'original...), fait lien avec la formule employée par Daly pour qualifier le projet gynécologique global (soigner la « femme ») : une *manufacture de mort*.

La marche de la gynécologie telle qu'ouverte par J. Marion Sims n'allait certes pas s'arrêter aux fistules vaginales. On l'a dit, la science de l'objet femme s'est instituée et érigée sur la prémisse de l'infériorité « naturelle » des femmes, et dans cette optique, les organes féminins ont été construits comme la cause toujours efficiente des désordres physiques et mentaux (freudisme aidant) de la femme, et par là de la société. La science gynécologique participe donc intrinsèquement de la visée de « réassigner la femme déviante » à sa position dans l'ordre hiérarchique du monde et s'y prenant par son corps. Daly poursuit le récit des innovations introduites dans la discipline durant la deuxième moitié du 19^e siècle :

For of course the purpose and intent of gynecology was/is not healing in a deep sense but violent enforcement of the sexual caste system.

[...] Thus, in 1848, the year of the first Women's Right's Convention, Dr. Charles Meigs was advising his pupils that their study of female organs would enable them to understand and control the very heart, mind, and soul of woman. Clitoridectomy, "invented" ten years later by the English gynecologist Isaac Baker Brown, was enthusiastically accepted as a "cure" for female masturbation by some American gynecologists. In 1852 Dr. Augustus Kinsley Gardner let out a battle cry against "disorderly women," including women's rightists, Bloomer-wearers, and midwives. In

²⁷ Comme l'a si bien fait remarquer Karen Newman (1996, p. 61), nombre de ces outils présentent une forme phallique.

the 1860s Dr. Isaac Ray and his contemporaries proclaimed that women are susceptible to hysteria, insanity, and criminal impulses by reason of their sexual organs. The year 1873 marked the publication of Dr. Robert Battey's invention of "female castration," that is, removal of the ovaries to cure "insanity."

For the next several decades ovariectomy became the gynecological craze; it was claimed to elevate the moral sense of the patients, making them tractable, orderly, industrious, and cleanly. "Disorderly" women were handed over to gynecologists by husbands and fathers for castration and other forms of radical treatment. (Daly, 1978, p. 227-228)

De plus en plus, les femmes allaient être dirigées (lorsque ce n'est pas emmenées de force par leur père, leur mari, leur frère ou encore leur mère) vers ce nouveau genre d'examen, pour dépister les erreurs et anomalies de leur sexe et y traquer la maladie occulte à la source de leur inconstance, de l'instabilité de leur comportement, de l'hystérie – cette folie de leur sexe – ou encore de leur appétence sexuelle, nécessairement déviante, et surtout : de leurs velléités d'insubordination.

Au fil du temps, alors que la gynécologie se normalisera, s'habilitera en discipline nécessaire au maintien de la santé et à l'entretien de l'appareil reproducteur féminin, que ses origines racistes, misogynes et sadiques seront expurgées de la mémoire collective, les femmes finiront par s'y soumettre volontairement et massivement. L'asymétrie dans l'abord médical des organes génitaux masculins et féminins devrait nous être patente, pourtant non : l'androgologie – en tant que spécialité qui serait l'équivalent de la gynécologie et imposerait un examen bisannuel de l'appareil reproducteur masculin toute la vie durant à partir de l'âge de la puberté – n'a jamais existé et n'existe toujours pas, le corps masculin ayant jusqu'ici résisté à sa pathologisation. Daly nous apprend d'ailleurs que, à l'époque de l'émergence de la gynécologie, des urologues ont tenté à plusieurs reprises de développer une spécialité d'« androgologie »²⁸, mais en vain. Ceci explique qu'on n'ait jamais assisté à une véritable,

²⁸ On assiste à un regain de cette entreprise avec les campagnes pour la prévention du cancer de la prostate, tout aussi controversées que les politiques de dépistage du cancer du sein dont j'ai parlé au chap. II. Voir par ex. : Sandrine Blanchard, « Dépister ou non le cancer de la prostate », *Le Monde.fr*, 18 sept. 2007 (en ligne : <http://www.lemonde.fr/vous/article/2007/09/18/depister-ou-non-le-cancer-de-la-prostate_956584_3238.html>); Dominique Dupagne, « Journée nationale de la prostate 2007 », *Atoute.org*, 21 sept. 2007 (en ligne : <<http://www.atoute.org/n/article61.html>>), où l'on apprend que l'Association française d'urologie (AFU), qui mène une campagne soutenue en faveur du dépistage du cancer de la prostate, est financée à 85 % par l'industrie pharmaceutique. Plus récemment, ce reportage de l'émission *Découverte* à Radio-Canada : « Prostate et test APS », 13 mai 2012 (en ligne :

sinon fructueuse, entreprise de pathologisation du corps masculin, parce qu'il représente – encore aujourd'hui et indiscutablement – la norme et, par extension, la santé.

L'irreprésentation de la normalité du sexe féminin

S'il faut davantage de preuves à cet égard, on peut également solliciter ici l'analyse comparative que Kapsalis propose des représentations du sexe dans les principaux manuels de gynécologie et d'urologie contemporains (1997, chap. 4 : « *Apparent Females and Female Appearances : On the Status of Genitals in Medical Textbook Illustration* », p. 81-111). D'un côté, le *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, un classique continuellement réédité depuis 1966, largement traduit et distribué dans le monde; de l'autre, le *Smith's General Urology*, qui en était à sa douzième édition en 1988. Le premier manuel, abondamment illustré de photographies de pathologies ou d'anomalies des organes génitaux internes ou externes (étroitement cadrées pour une meilleure objectivation de la maladie), réalisant de façon optimale la mise en absence du sujet de la pathologie par cette forme de morcèlement organique, ne contient aucune photo d'organes féminins sains et normaux²⁹, seulement un diagramme. Et si la représentation de la normalité est d'emblée gommée, réduite à l'abstraction idéalisée et univoque d'un diagramme, comme le note Kapsalis, la diversité d'apparence du spectre de la santé et de la normalité est donc oblitérée à un degré supérieur. Quant au manuel d'urologie, il ne présente en contrepartie *aucune photo* d'organes génitaux masculins, ni sains, ni affectés d'une pathologie, même dans les chapitres où l'on traite d'affections précises... On n'y voit que des images produites par résonance magnétique, échographie, tomodensitométrie, radionucléide ou des diagrammes :

[... B]ecause images of pathological penises have been excluded from General Urology, the viewer is prevented from identifying with the man whose penis is diseased; if such

<<http://www.radio-canada.ca/emissions/decouverte/2011-2012/Reportage.asp?idDoc=220563>>. Pages consultées le 27 juin 2012.

²⁹ Kapsalis (1997, note 2, p. 193) rapporte qu'un manuel médical a été retiré des tablettes aux États-Unis dans les années 1970 pour son contenu dit « pornographique », car il présentait des photos de corps nus dans leur entier. Elle remarque aussi que l'ambiguïté sexuelle (enfants intersexués) est présentée dans les premières pages du *Danforth's* parmi les pathologies, et, qui plus est, que cette « pathologie » est d'emblée située dans l'orbe du féminin (p. 86). Par ailleurs, le seul exemple de photo d'organes génitaux féminins normaux identifié par l'auteure dans un ouvrage médical a été trouvé dans un atlas anatomique qu'elle qualifie de « dégoûtant », à travers des photographies couleur de corps sectionnés et disséqués (p. 92).

images were included, they might prevent the viewer from achieving proper clinical distance from the object of study. Whereas diseased vulvas and other female body parts with large pathology are the clinical fetishes in the context of Danforth's, there is no parallel fetish in the case of General Urology.

[... In the latter, d]rawings of the penis serve to normalize and generalize it in its healthy state. While female genitalia are also drawn in order to normalize and generalize them, there is such a profusion of photographs of diseased cervixes and vulvas that this abundance of images may serve to "fix" the female as pathological.³⁰
(p. 100)

Kapsalis sollicite ici l'interprétation psychanalytique : l'abondance de représentations photographiques de pathologies, dont de nombreux cas extrêmes (aussi patents qu'immanquables à n'importe quel praticien, d'où une interrogation quant à l'utilité de les représenter dans ces ouvrages consacrés au dépistage), illustrerait que la pathologie sert de fétiche *réconfortant* parce qu'elle nécessite absolument l'intervention médicale, justifie la praxis. J'ajouterais que le récit implicite des manuels de gynécologie soutient qu'en chaque femme réside un tel potentiel pathogène que si l'on ne procède pas à un dépistage universel et récurrent, tôt ou tard les organes reproducteurs féminins révéleront cette sorte d'exubérance pathologique. Kapsalis poursuit : « *Taken to an extreme, pathology on or near female genitalia may also serve as a rationale for the missing penis, a remnant of the illness that ate it. Perhaps it is not a lack that is threatening but rather an excess.* » (p. 89)

Déclinaisons du principe d'excision : supprimer l'en-trop

Dans cette perspective, toutes les « cures » gynécologiques qui virent le jour au milieu du 19^e siècle – clitoridectomie, ovariectomie bilatérale, hystérectomie –, bien que controversées au sein de l'*establishment* médical de l'époque, représentent autant de déclinaisons du principe d'excision par lequel on prétend éradiquer un mal, une tumeur, une excroissance (ce quelque chose *en trop*, justement) par ablation de tout ou partie de l'organe corrompu/corrupteur. Ainsi, on l'a vu, ces « thérapies » relevaient du dessein d'élever la moralité féminine ou de la redresser. Si les hommes sages-femmes du 18^e se faisaient (apparemment) les complices de la luxure des femmes, leurs héritiers gynécologues se firent les gardiens absolus de leur vertu – et par là de leur docilité – en amputant les femmes dans leur sexualité même. Si la clitoridectomie était une excision, l'ovariectomie – ablation des

³⁰ L'auteure souligne. Ainsi que dans la citation suivante.

gonades – était une *castration* pure et simple. Et comment ne pas voir en l'« architecture vaginale » simsienne, obsédée par la *suture*, une forme d'infibulation? (J'y reviendrai.) Car Sims, en fin de carrière, a définitivement glissé de la chirurgie réparatrice/constructrice aux interventions ablatives. On dit qu'il a contribué à « rendre respectable » l'ovariectomie bilatérale de Battey et qu'il a inventé de nouveaux outils ou techniques (ablatives) pour « traiter » les femmes, du désordre mental à l'infertilité. Dans la citation qui suit, il faut porter attention au sens du vocabulaire et des analogies employées par Sims pour nommer ses innovations ainsi que pour décrire les conditions féminines qu'il identifie (créé) :

Contemporaneous with sterilizing the mentally disordered, Sims was seeking out innovative solutions to correct private patients' infertility. For example, he invented and used an instrument for the amputation of the cervix which he called the "uterine guillotine." A pioneer in artificial insemination, Sims was also taken with the practice of "splitting the cervix" supposedly in order to ease the travel of semen and menses through the cervical canal. Many gynecologists considered the practice "butcherous." Coining the term "vaginismus"³¹ to refer to female "frigidity," a condition that disallows penetration by the penis into the vagina, Sims proceeded to invent a number of methods to remedy the situation, including hymenotomy [...], incising the vaginal orifice, and dilating the vagina with various-sized wedges. In "treating" vaginismus, Sims would sometimes simply anesthetized the woman so that her husband could have intercourse with her in order to impregnate her. This procedure asserted the compatibility of the passive, anesthetized female body with gynecological as well as sexual manipulation. (p. 47)

Pour Sims, il faut ainsi forcer le vagin et anéantir littéralement le col comme autant d'obstacles à la fécondation (de la femme *par* l'homme) ou à la reproduction (de l'homme *via* la femme). On voit bien le lien ici avec le dogme obstétrical selon lequel il faut extirper le bébé du corps-étau de la mère pour lui garantir de « naître en vie ». Il n'est pas étonnant que les deux disciplines de la gynécologie et de l'obstétrique, plus chirurgicales que médicales dans leurs procédés, s'uniront historiquement. On voit aussi la parenté conceptuelle avec Fielding Ould, l'instigateur de l'épisiotomie dont on a parlé au chapitre III, qui avait imaginé le col comme une sorte de mâchoire susceptible d'étrangler le bébé à la naissance. Un lien important est également à faire avec ce que j'ai illustré au chapitre précédent : l'idée du col utérin comme *synecdoque* de la femme. Ainsi, dans leur filiation sémantique, les ancêtres du

³¹ En y portant attention, le mot « vaginisme » contient l'idée d'un vagin animé d'une volonté propre, se refusant à une pénétration qui serait sa finalité; en quelque sorte, un vagin agissant « contrenature ».

col paresseux ou rébarbatif que l'on force aujourd'hui à livrer passage sont le « col meurtrier, fœtophage » d'Ould, déjoué par l'épisiotomie, ou le « col empêcheur de fécondation » de Sims, anéanti par décapitation utérine – littéralement : par *décollation*³². La figure sacrificielle, mise à mort symbolique de la femme (mère potentielle) par section/ablation, apparaît dans toute son évidence.

Pour refaire lien avec l'interprétation psychanalytique selon laquelle les organes génitaux féminins ne sont pas tant l'image du manque que celui de l'excès – dans cette perspective, le corps féminin est insupportablement excessif dans sa capacité à *produire la vie* –, on peut postuler que la motivation de Sims à ce genre d'interventions aurait partie liée (consciemment ou inconsciemment) avec sa visualisation « comme nul homme avant lui » du col utérin : il y avait peut-être quelque chose d'insupportable à découvrir ce col tout à fait semblable au gland du pénis, mettant à mal la théorie d'une différence sexuelle dichotomique héritée des Lumières essentialisant la domination de l'homme sur la femme et dont la pensée de Sims se réclamait³³. Sur la figure de l'excès dans le traitement médical de la femme, Marc Girard, médecin expert auprès des tribunaux en France, écrit :

Mais cet excès d'attention qui a réponse à tout à chaque étape de la vie [de la femme] – c'est une attention de réduction, de dénégation et plus encore, **de dégradation** : les poils

³² Cassidy (2007) répertorie également une pratique initiée en 1791 par un médecin accoucheur du Maryland, un certain Thomas Archer, qui eût l'idée d'inciser le col utérin (« par trois incisions de deux pouces ») pour extraire un fœtus apparemment « piégé ». D'après l'auteure, cette pratique, préférée à la symphyséotomie ou à la césarienne fatale – aurait perduré jusqu'au 20^e siècle et même assez longtemps durant ce siècle. Je me demande quand même comment on peut expliquer qu'une telle manœuvre ait pu servir à résoudre une DCP, une malposition fœtale ou l'arrêt de progression du travail (*obstructed labor*). Notons au passage que la pratique de la symphyséotomie s'est exceptionnellement maintenue en Irlande (haut lieu du développement ultrainterventionniste de l'obstétrique et berceau de la « gestion active ») jusque dans les années 1970 (Margaret Roddy, « Brave woman speaks out about shocking symphysiotomy », *The Argus* [Dublin, Irlande], 28 mars 2012; en ligne : <<http://www.argus.ie/news/brave-woman-speaks-out-about-shocking-symphysiotomy-3064132.html>>, consulté le 8 oct. 2012).

³³ On se rappellera que la tradition anatomiste qui avait prévalu de la Grèce antique jusqu'aux 17^e-18^e siècles représentait les organes reproducteurs de la femme comme une version interne et analogue de l'appareil génital masculin externe. Selon cette conception, appelée « modèle unisexe », matrice et verge s'équivalaient, les testicules étaient à la fois féminins et masculins (Laqueur [1992]; voir en particulier la section « Illustrations » de l'ouvrage, où l'on retrouve plusieurs reproductions de planches anatomiques de la Renaissance, dont celles du célèbre Vésale. Des travaux récents – anatomistes ou embryologiques – vont plutôt dans le sens d'une reconsidération de la valeur ou de la vraisemblance des schémas du 16^e siècle).

intimes ne sont plus qu'une broussaille nauséabonde source de toutes les contaminations potentielles, la vulve n'est qu'un étranglement inopportun, l'utérus une source évitable d'emmerdements, les ovaires des glandes facilement substituables, les seins des morceaux de barbaque sans intérêt vital. Dans l'idéal du corps ainsi rectifié par la médecine, qu'est-ce qui reste de féminin?³⁴ (Girard c2005, p. 7)

Outre que l'amputation du col, la section du périnée maternel ou les autres formes d'ablations gynécologiques représentent par métonymie la mise à mort symbolique du féminin maternel (sans oublier qu'il s'agit de mutilations génitales bien réelles), Mary Daly suggère que la valence sacrificielle intrinsèque à la praxis gynécologique aura tôt fait de dépasser le symbolique :

The seeds which Sims and his colleagues sowed in the mind of their simians sons [...] have ripened in a rich harvest of medically manufactured carcinomas, "cured" by the cutting edge of advanced sexual surgery. The mutilations and mutations masterminded by the modern man-midwives represent an advanced stage in the patriarchal program of gynocide. [...] Unable to create life, they are performing the most potent act possible to them : the manufacture of death. (1978, p. 226)

La pathologisation du corps féminin : un projet patriarcal gynocidaire

En 1978, Daly avait déjà flairé la coïncidence entre la soudaine grande incidence des tumeurs gynécologiques et la faveur pour l'examen, un point que démontre par ailleurs Girard dans son plaidoyer implacable contre « la brutalisation du corps féminin par la médecine moderne ». Ce n'est pas par le plus pur des aléas biologiques qu'une grande partie des femmes au cours de leur vie recevront un résultat de cytologie « anormal » décelant la présence de ces fameuses cellules cervicales « précancéreuses » :

Dans le même numéro de *Gynécologie pratique* [mai 2004] que celui accréditant que nombre d'interventions sur cancer du sein tiennent plus de la maltraitance que de la chirurgie, deux autres auteurs (Sadoul G, Beuret T, p. 1, 5-6) affirment sans rougir que « la fréquence du col normal oscille selon les critères entre 2 et 15 % ». Statistiquement, la « norme » étant en principe la zone où se retrouvent 95 % des sujets, on ne saurait admettre plus effrontément que la médecine s'autorise sans complexe à rectifier la féminité, puisque 85 à 98 % des femmes actuelles auraient ainsi un col utérin... anormal! Cela n'est pas un lapsus : dans la même revue, un autre auteur (D. Benmoura. *Gynécologie pratique*, sept. 2004; n° 167 : 7) n'hésite pas à affirmer, avec la même inconscience statistique : « le col parfait est rare ». On [ne] saurait dire plus

³⁴ L'auteur souligne.

explicitement qu'en matière de féminin, la « perfection » est rare : mais qui la définit³⁵? (Girard, c2005, p. 7-8, note 14)

Il faut savoir aussi qu'un résultat de cytologie inquiétant annonce des investigations supplémentaires (biopsie du col) et souvent des interventions (cryogénisation, conisation), toutes rapportées comme extrêmement douloureuses.

En mettant en doute la véracité des diagnostics de ces cancers typiquement féminins, ou de la prévalence réelle – et maligne – de ces cancers, Daly situait la pathologisation du corps de la femme dans un projet patriarcal gynocidaire. Nous avons déjà parlé au chapitre II des dommages collatéraux du dépistage (faux positifs, cancers chimio ou radio-induits) et des interventions surutilisées, voire universalisées (césariennes), qui font statistiquement augmenter les taux de mortalité dans la population féminine. En cela, au regard de l'obstétrique et de la gynécologie, responsables de la construction pathogénétique du corps féminin, iatrogénie se confond avec gynocide. Daly n'est pas la seule à soutenir le postulat que ce qu'on a le dessein de chercher (les cellules *pas clean*, quelque chose comme le malin tapi dans le secret du corps), on le trouve. Au-delà de l'apparente tautologie qui consiste à affirmer que « plus on étend le dépistage, plus le nombre des cas augmente », on peut apercevoir l'iatrogénie corrélative au dépistage, tel que les femmes doivent s'y soumettre dès l'âge nubile. Au diagnostic correspond un traitement, et au traitement, des victimes... et ces victimes (en théorie de la maladie) se comptent peut-être en plus grand nombre chez les diagnostiquées qu'au sein des « malades qui s'ignorent », ces « asymptomatiques »³⁶.

Prenons à cet égard l'exemple de l'ovariotomie ou de l'hystérectomie. Le recours encore actuel et rapide à ces interventions radicales héritées du 19^e siècle pour traiter les pathologies du système reproducteur féminin (kystes, endométrioses, tumeurs dites précancéreuses, dysménorrhées, etc.) est considéré comme abusif, mutilant et inutile au plan médical. Outre Girard, c'est aussi le constat de la fondation étatsunienne HERS (*Hysterectomy Educational*

³⁵ Cela n'est pas sans évoquer cet extrait d'une des fiches du corpus TCPIP analysé au chapitre précédent (section 4.8), où les auteurs-es affirment, par exemple, que « jusqu'à 80 % des femmes en travail [peuvent] exhiber des tracés du cœur fœtal s'écartant de la normalité ».

³⁶ Voir par exemple Illich (1981), ainsi que les références données au sujet de la controverse entourant les diagnostics de cancer du sein au chapitre II. Sur les malades qui s'ignorent, voir aussi la notion de *pathologie virtuelle* développée au chapitre I.

Resources and Services) qui, selon les données qu'elle recueille et les contreexpertises effectuées, estime que dans 98 % des cas, la recommandation à l'hystérectomie s'avère médicalement non nécessaire³⁷. Ces interventions seraient surtout motivées (elles aussi...) par l'intérêt pécuniaire, plus payantes pour les chirurgiens-nes que des formes de traitements moins invasives ou délétères³⁸ : selon HERS, les hystérectomies et ovariectomies représentent, aux États-Unis seulement, une industrie de 17 milliards USD par année. Dans le monde de la gynécologie, il semble souvent anodin, lorsque la femme ne désire plus d'enfants ou qu'elle a passé l'âge de la ménopause, de proposer le retrait des organes désormais inutiles, superflus, porteurs de miasmes et voués tôt ou tard au dérèglement pathogène. Ce « codage de la catégorie du féminin » (pour reprendre une expression de Kapsalis) est si profondément ancré dans la discipline que le *Danforth's* jusqu'à sa 6^e édition (1990) présentait la technique de l'hystérectomie dès la huitième de ses mille pages. Il en allait de même pour un autre manuel important, le *Novak's Textbook of Gynecology*, qui, dans sa 11^e édition (1988), illustre l'intervention aux pages 30 à 34 d'un ouvrage qui en compte neuf cents³⁹. Sur l'asymétrie du codage chirurgical des sexes, Kapsalis commente : « *Within the first ten pages, the potential gynecological practitioner is already being taught how to remove the dangerous, hysteria-inducing organ. Would drawings of techniques for testicular removal or male castration be entertained in the first ten pages of a companion volume?* » (Kapsalis, 1997, p. 111). Ce codage est aussi bien intégré dans l'esprit des femmes, comme en témoignent ces citations trouvées tout récemment sur Facebook; ainsi, ai-je été étonnée de compter, sous l'illustration d'un « super utérus » rappelant la forme du logo de Superman (une image visant à encourager la fierté et l'*empowerment* féminins), le nombre de femmes saluant leur organe disparu, dont celle-ci, qui a fait un choix de mots saisissant :

³⁷ En ligne : <<http://www.hersfoundation.org>>, consulté le 17 avril 2012.

³⁸ On pourra lire à cet égard le cas crève-cœur raconté par Wagner (sur lequel s'ouvre le chap. 1 de *Born in USA*, 2006) où, à la suite d'une rupture utérine à laquelle le fœtus ne survit pas, une patiente subit, à l'issue d'un conflit entre les chirurgiens, l'ablation de son utérus parce que le chirurgien en chef considère cette intervention plus rapide. Celui-ci venait de décider que cette femme n'aurait pas une deuxième chance de porter un enfant.

³⁹ Kapsalis (1997, p. 196, note 50) précise que la 7^e édition du *Danforth's* (1999) a déplacé les représentations de l'hystérectomie vers la fin de l'ouvrage. Pour ma part, sans pouvoir dire en quelle année exactement le changement s'est produit, j'ai pu constater que le *Novak's* a fait de même et repoussé pour la 14^e édition du manuel (désormais appelé *Berek & Novak's*, 2007) ces illustrations vers le milieu du livre, soit à partir de la page 805 sur près de 1700.

« *Mine gave me 4 wonderful amazing beautiful kids.....but then got all whacky and out of control so it had to be taken!!!!⁴⁰ »*

Même expurgées de nos jours du discours sur le traitement des désordres mentaux ou des débordements sexuels de la femme, ces interventions ont néanmoins un effet castrateur bien réel. Ainsi, les femmes ayant subi une hystérectomie, une ovariectomie ou les deux rapportent les effets secondaires suivants : perte de libido dans 66 % à 79,7 % des cas; réduction ou absence complète de plaisir sexuel ou anorgasmie dans une proportion allant de 53 % à 62,5 % des cas. À cela s'ajoutent de nombreux problèmes de santé engendrés par l'effondrement postural du retrait d'un organe assurant l'intégrité structurale et le soutien des os (bassin, colonne), des autres organes pelviens (qui s'en trouvent tous affectés), ainsi que par la section de l'important réseau de nerfs, ligaments, veines et artères qui lui est rattaché (ce qui a également des impacts sur la circulation sanguine et l'innervation des membres inférieurs). Si l'on considère que l'hystérectomie est fréquemment associée aux complications de césarienne (lors de la césarienne elle-même ou lors d'une grossesse postcésarienne⁴¹) (voir chap. IV), on prend mieux la mesure des conséquences que la naissance chirurgicale peut avoir dans la vie des femmes, tant au plan de santé physique qu'au plan sexuel (alors qu'on tient souvent comme argument aux femmes que la césarienne protège la vie sexuelle future⁴²); on a d'ailleurs fait remarquer à juste titre qu'aucune étude

⁴⁰ Commentaire de Wanda Van Wyk, 1^{er} juin 2012, sur la page Facebook officielle d'Ina May Gaskin, en ligne :

<<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=459103640773393&set=a.446983188652105.122440.444972982186459&type=1&ref=nf>> (consultée le 27 juin 2012). Je souligne.

⁴¹ Paul Cesbron, suivant le paradigme écologique en vogue, décrit à ce sujet les césariennes primaires comme une pollution dont les conséquences sont repoussées dans le temps : « [L]a multiplication du taux de césariennes au cours des vingt-cinq dernières années a "mécaniquement" généré un surcroît de pathologies pour les grossesses suivantes, polluant ainsi massivement tout le dispositif sanitaire pour la période en cours » (Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 221).

⁴² Cette idée est venue avec la promotion de la césarienne prophylactique (voir chap. II). Un auteur écrivit dans un article de 1989 : « *Should we not offer the ultimate in pelvic and birth-canal protection to the mothers?* » (Clayton T. Beecham, « Natural Childbirth : A Step Backward?, *Female Patient*, n° 14, p. 56-60 ; cité dans Davis-Floyd [1992], p. 54). Aujourd'hui, cette prétention que la césarienne protège le plancher pelvien des femmes, prévient l'incontinence ou les prolapsus et préserve l'intégrité vaginale a acquis le statut d'une évidence en faveur de l'intervention chirurgicale. L'organisme *Childbirth Connection*, voué à la recherche en périnatalité, explique qu'il s'agit d'une conclusion simpliste à une réalité complexe et expose les biais qui minent l'établissement d'une preuve scientifique solide sur cette question, surtout que l'argument sert à éluder la question de la persistance des pratiques nuisibles à la structure pelvienne dans la conduite de l'accouchement normal.

n'a jamais été faite sur l'impact de la césarienne elle-même sur la sexualité future considérant le rôle du muscle utérin dans l'orgasme⁴³. Quant à la valence gynocidaire de ces interventions, Daly n'avait pas tort : les fonctions hormonales des ovaires et de l'utérus sont effectives toute la vie durant, non seulement durant la période fertile; ces organes jouent donc un rôle essentiel de protection cardiovasculaire. En conséquence, *l'ablation de l'utérus multiplie par trois le risque pour la femme de souffrir d'une maladie cardiaque et l'ablation des ovaires par sept*⁴⁴. Considérant que les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux sont, avec le cancer⁴⁵, les causes principales de décès⁴⁶, on comprend que ces interventions ont une incidence sur l'espérance de vie des femmes.

5.3 L'épisiotomie : une castration maternelle

Jusqu'ici, on a vu comment la gynécologie a servi le dessein explicite de discipliner les femmes en s'en prenant à leurs organes sexuels. Dans sa hardiesse, la gynécologie a aussi mis la table pour l'éclosion en obstétrique de personnages tels Pomeroy et surtout DeLee, qui

(« Preventing Pelvic Floor Dysfunction : Effect of Elective C-Section », *Childbirth Connection.org*, 21 févr. 2006; en ligne : <<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10200>>). L'obstétricienne Elaine Waetjen traduit bien comment cette prétention ne passe pas l'épreuve de la logique préventive : « *Preventive strategies should cause no more harm than the disease or problem that they are trying to prevent. Ideally, they should incorporate some kind of screening to identify people at risk. They should be cost effective and based on very good evidence of benefit. Elective C-section to preserve pelvic floor function fails on all these measures.* » (« Elective C-Section Revisited », *Ob.Gyn.News*, 2001, vol. 36, n° 15 (21 août) ; en ligne : <http://www.sciencebasedbirth.com/news01/citations_ACOG_ethiics_ECS_Nov03.htm>). Liens consultés le 23 sept. 2012.

⁴³ « An FGM Activist Speaks Out on an FGM Unacknowledged », article « Episiotomies : FGM at Home », *Boystoo.com* [s.d.] (en ligne : <<http://www.boystoo.com/fgmmgm/episiotomies.htm>>, consulté le 6 juil. 2102).

⁴⁴ Source : HERSfoundation.

⁴⁵ Le dénombrement statistique des victimes du cancer ne départage cependant pas les victimes du cancer *per se* des victimes des traitements oncologiques...

⁴⁶ Maladies cardiovasculaires et accidents vasculaires cérébraux étaient jusqu'en 2008 la principale cause de décès au Canada, année où ils ont été surclassés par le cancer. Ils demeurent néanmoins la principale cause de mortalité dans le monde selon l'OMS. Référence : Agence de la santé publique du Canada, *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada 1997* (juin 1997). Rapport en ligne : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hdsc97/index-fra.php>>; Statistique Canada, *Les Principales causes de décès au Canada, 2008*, document n° 84-215-XWF, en ligne : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/84-215-x2011001-fra.htm>>; Organisation mondiale de la santé, *Centre des médias*, « Maladies cardiovasculaires » (sept. 2011), en ligne : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/index.html>>. (Liens consultés le 4 mai 2012.)

instaureront le recours universel à l'épisiotomie. Il importe quand même de préciser que ces interventions chirurgicales sur le sexe sont étroitement liées à l'obsession antimasturbatoire de la médecine qui sévissait en Amérique, mais aussi en Europe et au-delà, un climat durable que l'essayiste Jean-Claude Guillebaud décrit ainsi : « Ce terrorisme absurde, qui n'est en rien d'origine religieuse, sera intériorisé par des générations entières d'Européens jusqu'au milieu du XX^e siècle. Et cela, avec une force dont on n'a pas idée, puisque les plus grands esprits [dont Benjamin Constant et Nietzsche] se trouvèrent influencés par la prétendue nocivité de la masturbation sur l'ouïe ou la vue. » (1998, p. 268-269). Garçons et filles firent autant les frais de la prolifération des formes de mutilations génitales : pour les unes, clitorotomie⁴⁷, application d'acide carbolique⁴⁸ ou fer rouge (Baker-Benfield, 2005); pour les autres, circoncision. Si la première forme de mutilation génitale a (en principe) disparu, la circoncision non religieuse⁴⁹ se perpétue avec le maintien de la rhétorique hygiéniste⁵⁰ désormais amputée du discours antimasturbatoire⁵¹ mais récemment revampée à la suite d'hypothèses scientifiques hautement discutées sur la prévention de la transmission du VIH-Sida [Green *et al.*, 2010⁵²]. Ceci explique d'ailleurs pourquoi les États-Unis affichent encore

⁴⁷ En effectuant des recherches étymologiques, j'avais découvert que dans le Furetière, un dictionnaire du 17^e siècle, la définition même du mot « clitoris » suggérait son ablation : « On retranche quelquefois [cette petite caroncule que quelques-uns appellent verge féminine] par opération de Chirurgie quand [il] sort trop en dehors » (en ligne sur *Gallica*, la bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France : <<http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-50614&M=notice>>, consulté le 27 juin 2012).

⁴⁸ Cette forme de mutilation était préconisée par John Harvey Kellogg (celui-là même qui a lancé les fameuses céréales) dans un chapitre de livre intitulé « Treatment for Self-Abuse and its Effects » (1888), p. 296. À la même époque, le mot « clitorisme » entrait dans le Littré comme terme de médecine signifiant « abus du clitoris » (voir le Littré en ligne : <<http://littrereverso.net/dictionnaire-francais/definition/clitorisme/13772>>, consulté le 27 juin 2012).

⁴⁹ Ce qui ne veut pas dire que les motifs religieux soient d'emblée acceptables et ne soient pas âprement débattus au sein même des communautés religieuses qui les pratiquent.

⁵⁰ Pour une lecture critique du visage contemporain de l'hygiénisme, on peut lire encore une fois Guillebaud (1998, p. 383-399) qui évoque le retour du scientisme sous la forme de la définition médicale de la « déviance » et les dérives conséquentes vers le « tout pénal » (tentatives d'éradiquer *pénalement* toute forme de violence et d'insécurité [d'après le philosophe Philippe Raynaud]).

⁵¹ Quoique pas entièrement. Dans la sphère religieuse, les motifs d'une excitabilité devant être sacrifiée demeurent invoqués, comme en font foi les propos d'un rabbin dans le documentaire *Couper court* (2007) d'Évelyne Guay, dont on peut voir un extrait en ligne ici : <<http://www.youtube.com/watch?v=FIVUr7PxGeA>> (consulté le 28 juin 2012).

⁵² Le débat s'est poursuivi dans les pages de l'*American Journal of Preventive Medicine* l'année suivante (vol. 40, n° 3, mars 2011) par des lettres aux auteurs et leurs réponses.

aujourd'hui le plus haut taux de circoncision masculine parmi les pays occidentaux, avec tous les problèmes éthiques que pose la pratique ordinaire d'une chirurgie « cosmétique » sur un nouveau-né à la demande de ses parents⁵³. Il importe de retenir ici la dimension castratrice – au sens d'amputation du plaisir génital – d'actes chirurgicaux mis au service du contrôle de la sexualité.

Même une fois le discours moral évacué et la phobie de la masturbation évanouie, la pratique de la circoncision n'a pas cessé ni sensiblement reculé; on a simplement plaqué dessus un discours sanitaire, sur l'hygiène corporelle⁵⁴ plutôt que mentale, voire esthétique. L'intention première, antilibidinale, derrière l'acte est passée du côté inconscient. Trop radicales, la clitorotomie ainsi que les autres formes de l'excision féminine occidentale ont été plus

⁵³ Voir par ex. ce vidéo du biophysicien Ryan McAllister : « Child Circumcision : an Elephant in the Hospital », 6 juil. 2011 (en ligne : <<http://vimeo.com/26130057>>, consulté le 27 juin 2012).

⁵⁴ On assiste actuellement, surtout aux États-Unis, à une reprise par certains médecins d'un discours sur une meilleure hygiène, voire une sexualité améliorée, pour vanter le recours volontaire à une forme de mutilation féminine, l'équivalent anatomique de la circoncision masculine : la *hoodectomy*, ou ablation du capuchon clitoridien (à titre d'exemple, un des nombreux sites tels que celui-ci : <<http://www.clitoralunhooding.com>>). Cette intervention se qualifie pour entrer dans la catégorie des mutilations génitales féminines de type I selon la définition de l'OMS (2012). Le prépuce, masculin ou féminin, est la deuxième zone la plus innervée des organes génitaux. Ce genre d'intervention est moussée en même temps que toute une panoplie de chirurgies cosmétiques vulvaires, dont la nouvelle popularité est aussi soudaine qu'inquiétante : nymphoplastie, *vaginal rejuvenation*, hyménoplastie, blanchiment du sexe, liposuction du mont de Vénus (par ex. : <<http://www.cosmeticvaginalsurgeon.gr>>)...

L'hyménoplastie à elle seule est immensément problématique, d'une part, parce que l'augmentation des requêtes pour cette intervention est en lien direct avec une recrudescence des crimes d'honneurs dans le monde, et d'autre part, parce qu'elle constitue la construction physique d'un échafaudage mythologique, celle de la « membrane de la virginité », alors qu'en fait, l'hymen (ou anneau hyménéal) est une couronne de muqueuses du vagin, qui jamais ne disparaît. L'hymen-membrane n'a pas d'existence anatomique; il s'agit d'un fantasme culturel, dénoncé par les anatomistes depuis le... 16^e siècle (Strandman, 2009). Selon Sissa (1984), qui consacre un article fondamental sur cette question, il n'avait pas non plus d'existence dans la Grèce antique; d'ailleurs, l'auteure attribue à une « proximité lexicale inquiétante [... ce qui allait] fonder dans la langue même idée un sexe féminin originellement scellé » (p. 1126). Dans un article de blogue antérieur, Strandman avait fait une comparaison étonnante entre les entrées française et suédoise à l'article « hymen » de l'encyclopédie virtuelle Wikipédia (Strandman, 2008). La souscription de certaines femmes au fantasme masculin de défloration donne également lieu à des requêtes d'hyménoplastie « cadeau » ou « récréative » (Susan Rubin, « 2, 4, 6, 8, Let's All Go Re-Virginate! », *Ms. Magazine blog*, 20 janv. 2011 [en ligne : <<http://msmagazine.com/blog/blog/2011/01/20/2-4-6-8-lets-all-go-re-virginate/>>])... De plus en plus de cas de complications de cette intervention lorsque répétée (j'ai lu jusqu'à six fois sur une femme russe) alimentent les faits divers sur la Toile. (Tous les liens donnés dans cette note ont été consultés le 14 mai 2012.)

facilement délaissées par la médecine, si ce n'est selon moi pour faciliter, avec l'annexion par l'obstétrique de la nouvelle science du sexe féminin tout entier, et compte tenu de l'influence immense des Sims, DeLee et consorts, l'émergence d'un geste similaire : l'épisiotomie. À mon sens, donc, l'excision féminine occidentale n'a pas réellement disparu, car elle s'est ainsi maintenue sous la forme « atténuée » de l'épisiotomie obstétricale, popularisée à l'aube du 20^e siècle; d'une certaine façon, elle l'a remplacée. L'épisiotomie a en commun avec la circoncision le fait que ce sont des interventions que l'on continue de pratiquer largement en dehors de toute justification médicale établie ou, en d'autres mots, malgré l'accumulation de preuves de leur nocivité (voir chap. III). En ce sens, la seule explication de ce maintien est à rechercher du côté des motivations symboliques et inconscientes, et de la survivance de la phobie de l'excitation sexuelle.

Une intervention mutilante remise en question, mais qui persiste

En 1993, dans l'*Encyclopedia of Childbearing*, la sociologue Barbara Katz Rothman écrivait : « L'épisiotomie est l'opération chirurgicale la plus fréquemment pratiquée sur les femmes⁵⁵. Son usage est si routinier qu'on semble souvent oublier que c'est une procédure chirurgicale, avec les risques, complications et conséquences que cela comporte.⁵⁶ » (p. 196) Tout comme pour la circoncision, le caractère habituel, routinier et, par là, rituel de l'intervention met en abîme ses origines troubles et la non-démonstration de son innocuité, de son utilité, de ses prétentions médicales (Graham, 1997); ce qui n'a pas d'intérêt médical démontré repose sur des croyances et des fabulations pseudoscientifiques (Tourné, 2002, p. 396-397). Pourtant, ces éléments devraient disqualifier de telles procédures et les faire entrer sous la catégorie des mutilations génitales⁵⁷. Déjà au milieu des années 1980, l'épisiotomie avait été envisagée frontalement comme forme de mutilation par l'anthropologue britannique Sheila Kitzinger (1986). Par définition, mutiler, c'est dégrader, priver de l'intégrité physique par une grave blessure. La définition de mutilation génitale

⁵⁵ Elle a été déclassée depuis par la césarienne en plusieurs endroits du monde, ce qui n'est pas vraiment rassurant. Selon les données pour 2011 aux États-Unis, la césarienne est la procédure chirurgicale majeure la plus courante toutes catégories (Pfundner, Wier et Stocks, 2013).

⁵⁶ Je traduis.

⁵⁷ Pour une analyse juridique de l'épisiotomie en tant qu'elle pourrait se qualifier comme « violence volontaire aggravée du fait d'une mutilation » au regard du droit français, on consultera Gamelin-Lavois et Herzog-Evans (2003), p. 74-77.

féminine [MGF] de l'OMS inclut, hormis les ablations, « toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées [sic] pour des raisons non médicales ». Les MGF de type 4 recouvrent « toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux » (OMS, 2012). Plus spécifiquement, l'épisiotomie se qualifierait même pour entrer sous la définition de l'*introcision*, soit une intervention qui « consiste à élargir l'entrée du vagin par une ou plusieurs incisions de l'hymen et de l'orifice vaginal, [qui] parfois [...] attei[gnent] la vulve voire le périnée » (Abbara, 2008). Évidemment, le nœud du problème repose ici dans la question du motif médical de l'intervention : le contexte médicohospitalier ne peut à lui seul suffire comme justificatif en l'absence de données probantes à l'appui d'un geste aussi connoté et sensible et dédouaner automatiquement le praticien, la praticienne de toute intentionnalité de nuire ou léser. Car lorsque ce n'est pas la mauvaise foi de l'individu-e-médecin qui est attaquant, c'est l'institution médicale qui l'est et plus largement la culture qui autorise ce traitement du corps maternel à travers le bras médical. Encore une fois, le *Danforth*, manuel de formation des gynécologues-obstétriciens, rend compte de l'institution médicale à l'œuvre : la série de douze photographies intitulée « *Spontaneous delivery* » (accouchement spontané) (Kapsalis, 1997, p. 91) montre dès la première planche la main gantée du praticien procédant à une épisiotomie médiane sur un sexe féminin cadré en gros plan, puis à diverses manipulations de la tête du bébé alors qu'elle émerge, ainsi qu'une apparente délivrance artificielle, un geste qui consiste en l'introduction de la main dans l'utérus pour retirer le placenta (p. 91, plan J), rien qui ne puisse être qualifié de « spontané » et, de surcroît, un geste affreusement douloureux que l'on est censé réserver aujourd'hui aux cas de rétention placentaire avérés. Tout à fait immobile à chaque plan, on comprend que la mise en scène photographique et médicale de cet accouchement dit « spontané » implique que la femme – soigneusement rognée de la trame narrative – ait les pieds dans les étriers. Kapsalis soulève la dichotomie patente entre la légende et les images :

Although we are told by the caption that this is spontaneous delivery, the photographs' narrative offers a different picture. The woman's contribution to the birth as represented in the photographs is minimal. In this series, it appears as if the process of birthing is something that is enacted upon the reclining woman pictured : there is no evidence of her active participation; the physician appears to be doing all the work. Although these photographs are the only occasion in Danforth's in which a healthy, normal vulva is

shown, the vulva has already been shaved and is first pictured as it undergoes transformation at the hands of the physician, hands that remain in the frame until the end of the successful “spontaneous delivery” (p. 90).

En plus de construire ici la narration visuelle de la nécessité de multiples manœuvres, dont l'épisiotomie, pour mener à bien un « accouchement spontané », l'usage institutionnel à des fins pédagogiques de la photographie vient renforcer l'effet de réalité. Comme le souligne Kapsalis, de par la mécanicité de l'appareil, on prend les images photographiques pour la réalité, une réalité supérieure et plus objective, et en fait, la seule vraie réalité, alors qu'on perd de vue les réalités hors cadre et dont l'expérience a été faite autrement. Il en va de même avec toutes les images produites par des appareils. « *The fashioning of the photograph – its framing, the lighting, and so on – is made transparent, particularly in a scientific context where photos are provided as visual evidence of scientific truths.* » (*ibid.*) C'est la réalité construite qui s'imprègne dans l'esprit des praticiens-nes au cours de leurs années de formation, alors que l'épisiotomie est encore souvent enseignée comme un geste obstétrical ordinaire et utile, sinon nécessaire.

Or, de l'autre côté du cadre, quelle est la réalité expérientielle de l'épisiotomie? Même s'il ne s'agit pas d'une ablation au sens strict, ses répercussions sont bien réelles, sérieuses et permanentes :

Au vu des dernières informations médicales et nombreuses, c'est un geste douloureux, violent et irrémédiable sans aucune justification scientifique; elle provoque des déchirures du 2^e et 3^e degré (qu'elle ne prévient pas lors de l'accouchement [...]), des fistules vaginoanales, des incontinences urinaires et fécales, une perte sanguine supérieure à la césarienne! [Sarfati, Maréchaud, Magnin, 1999], [une] cicatrice douloureuse et pendant de longues années [...] qui doit être « reprise » pour de nombreuses femmes; elle altère le schéma corporel, provoque honte et culpabilité⁵⁸ [...];

⁵⁸ Une femme sur quatre souffre d'incontinence urinaire après un accouchement (à cause des techniques d'extraction, des épisiotomies ou de la césarienne). Aux dires de la sexologue Louise-Andrée Saulnier (lors d'un épisode du magazine télé *Sexe et confidences* diffusé sur la défunte chaîne Télévision Quatre Saisons en 2000), les femmes attendent en moyenne 12 ans avant de consulter pour ce problème... Quant à l'incontinence fécale, un article publié dans une revue de chirurgie (Cook et Mortensen, 1998) affirmait que les cliniques chirurgicales accueillent *un nombre croissant* de femmes qui en sont atteintes. Le phénomène est lié, disent-ils, aux déchirures du 3^e degré, qui surviennent lors de moins de 1 % des accouchements vaginaux, mais aussi aux lésions occultes du sphincter ou aux lésions nerveuses, beaucoup plus fréquentes, associées quant à elles au tiers des accouchements. Ce dernier type de lésions, si elles ne sont pas immédiatement problématiques, sont susceptibles de le devenir plus tard dans la vie. (Sur le lien entre épisiotomie et incontinence fécale, voir aussi Girard

elle aggrave les hémorroïdes en modifiant la circulation locale (surtout la lymphe) et crée des œdèmes; la vie sexuelle de la femme coupée ne sera plus jamais pareille et ses sensations de plaisir pourront être réduites; beaucoup de femmes souffrent de dyspareunies.⁵⁹

Si l'on écarte toutes les complications qui lui sont associées, la « moindre » des conséquences de l'épisiotomie est sexuelle, mais elle est certaine : les nerfs sectionnés ne se ressoudent jamais, lentement d'autres terminaisons nerveuses prendront le relai, mais la sensation ne sera plus jamais la même dans la zone affectée, parfois elle sera carrément désagréable (du genre sensation de « courant électrique »). À cet égard, les moyennes statistiques sur la pratique de l'épisiotomie restent une information trompeuse : ce qui compte réellement en fait, c'est le nombre de femmes épisiotomisées au moins une fois au cours de leur vie – et l'on sait que l'incidence de l'épisiotomie chez les primipares est toujours significativement plus élevée que la moyenne⁶⁰. Le pourcentage absolu d'épisiotomisées est donc beaucoup plus grand que le pourcentage d'épisiotomies pratiquées en relation avec le nombre des naissances; ce qui devrait être une évidence doit pourtant être énoncé : « Un périnée qui a subi une épisiotomie ne peut pas être considéré comme intact. » (CIANE, 2005, p. 8) De la même manière qu'on impute à un défaut de préparation prénatale l'incidence grandissante de la césarienne (comme on l'a vu au chap. III), on use à l'égard de l'épisiotomie du même type de logique inversée : ainsi, par « glissement sémantique » (pour reprendre les mots de l'équipe du CIANE ayant investi la question), le discours médical fait-il de plus en plus valoir que la femme enceinte devrait s'astreindre à un massage périnéal (c'est-à-dire s'adonner à des séances répétées d'étirements intenses) – il en est de sa responsabilité encore une fois – afin de « prévenir l'épisiotomie » au lieu de présenter cette gymnastique comme une « protection possible du périnée » contre d'éventuelles déchirures (laquelle protection n'ayant toutefois pas été démontrée). Le CIANE insiste là-dessus :

Les deux problématiques [épisiotomie et protection du périnée] ne sont pas couplées. [...] De plus, ce geste [le massage périnéal anténatal] a un effet pervers avéré, tout

[1999].) Enfin, l'étiologie de la fistule vaginoanale cible en particulier les complications infectieuses de l'épisiotomie.

⁵⁹ Sophie Gamelin, pour l'AFAR, « L'épisiotomie est un acte chirurgical inutile, dangereux, et mutilatoire » (en ligne : <<http://www.fraternet.org/afar/episiotomie-detail.htm>>, consulté le 8 juin 2004). Voir également Scott (2005), « Episiotomy and Vaginal Trauma ».

⁶⁰ On se reportera au chapitre III pour quelques chiffres à ce sujet.

comme l'épisiotomie d'ailleurs : ancrer l'idée que la femme n'est pas « bien faite » puisqu'autrefois il fallait couper pour que bébé passe, et aujourd'hui il faudrait passer des heures à se distendre l'anneau vulvaire durant la grossesse pour éviter toute déchirure... (*ibid.*)⁶¹

La résistance qui maintient l'acte épisiotomique est prodigieuse et n'a probablement d'égal que celle qui a permis de se satisfaire – comme on l'a déjà mentionné – jusqu'à l'aube du 3^e millénaire de schémas tronqués⁶² de l'anatomie féminine. En témoignent les propos d'une sage-femme française : « Je ne suis pas fermement opposée à l'épisiotomie non plus, je pense que c'est comme tout, une épisiotomie peut parfois véritablement éviter une déchirure plus grave, la difficulté est de doser le risque...⁶³ »

Dans un billet, Barbara Strandman, militante franco-suédoise, membre du conseil d'administration de l'AFAR, lui rétorque que se réserver ainsi le droit de l'appréciation subjective de la nécessité (même si une telle nécessité n'est soutenue par aucune preuve scientifique) relève de la divination :

Dans ce cas-là, s'en remettre à la Pythie et à son diagnostique [sic] non argumenté [...] semble en effet approprié. L'auspice-tal dans toute sa splendeur! [...] Tout le monde n'en souffre pas. C'est un peu la roulette russe. [...]. Mais après tout, est-ce bien grave quand on est mère-de... oups... c'est pourtant ce qui leur est répondu aux mères, après. Faire avec. Est-ce bien grave de risquer toute une vie d'amour sans le plaisir de l'amour? À chacune de faire son choix, mais il est bon de connaître les risques. (Strandman, 2006)⁶⁴

⁶¹ Dans sa conférence donnée dans le cadre de l'atelier « Pratiques sous influences » du colloque *Obstétrique et santé publique* de l'ASPQ à Montréal en 2004, Bernard Bel proposait une analyse détaillée de différents biais d'exploitation des données probantes pour le cas d'espèce de l'épisiotomie : limites des conditions expérimentales, biais de motivation, fraude involontaire, fraude par polissage des résultats, fraudes méthodologiques (variables cachées et calcul statistique) (Bel, 2004).

⁶² Bien que ces schémas tronqués continuent à prévaloir.

⁶³ Citée par Strandman (2006).

⁶⁴ Dans le même registre, cette publicité de Kimberly-Clark pour les protège-dessous *Poise* diffusée en 2010 dans les magazines féminins : « Les mamans ont des LFU [légères fuites urinaires]. (Et quand on y pense, c'est peu cher payer pour avoir un câlin.) » Comme si l'accouchement et le désir d'enfant justifiaient – et compensaient (par l'amour de la progéniture)! – les inconvénients génito-urinaires futurs... Lorsqu'on connaît le lien entre l'épisiotomie couplée aux efforts expulsifs forcés et l'incidence des cas d'incontinence urinaire chez les femmes, ce genre de slogan publicitaire a des relents plutôt amers.

Cette attitude laisse la porte grande ouverte à opposer l'appréciation du praticien, de la praticienne à la volonté de la patiente : « Votre cas l'imposait et je suis le/la seul-e apte à en (pré)juger », comme dans cet extrait du récit de l'auteure franco-américaine Catherine Cusset, où l'euphémisation du geste est patente :

« [...] – Je vais avoir une épisiotomie? ai-je demandé avec inquiétude.

– Une toute petite.

– Oh non! »

Je me suis mise à pleurer.

« Vous ne sentirez rien, je vous promets. Si je ne fais pas d'épisiotomie, il risque d'y avoir une déchirure plus compliquée à recoudre, et pas jolie. » (Cusset, dans Lortholary, 2005, p. 152).

La perpétuation utile du flou artistique quant aux signes imposant le geste que seul l'œil exercé peut relever équivaut en d'autres mots à cet « *You're not qualified!* » que lançait le médecin des Monty Python dans « *The Miracle of Birth* » (1983) à la parturiente. Cela donne lieu à des cas comme celui de cette ancienne éducatrice prénatale, Pat, glané sur le Net :

The OB at my first birth had agreed not to do an episiotomy. He cut me anyway. The cut extended into a third degree tear, a complication associated almost exclusively with episiotomy. When the doctor saw what was happening, he tried unsuccessfully to stop the tear by cutting a mediolateral episiotomy [...]. I was in severe pain for a long time. I noted in a journal that I kept that six weeks later I was still not able to sit for long. At my six week appointment, this doctor claimed that my perineum was "abnormally strong" which required him to cut me without my consent. He derided me for not resuming intercourse, and suggested that I was frigid. Another doctor I consulted at that time was not able to insert two fingers to examine me. He advised reconstructive surgery or gradual stretching. It was two years before I no longer bled with intercourse.

*I have permanent sexual damage. I am not alone.*⁶⁵

Doublement, la femme se voit blâmée pour l'inadéquation de son corps : « périnée trop fort » pour enfanter (autant dire que toutes les femmes des populations qui font leurs tâches domestiques accroupies et ont un périnée hypertonique sont incapables d'accoucher...), « vaginisme psychologique » pour le non-retour à une activité coïtale postpartum. En outre, comme on l'a dit plus tôt, la justification de l'intervention par l'argument de l'« œil exercé » se heurte à la somme scientifique démontrant qu'il n'y a pas de signes prémonitoires d'une

⁶⁵ « An FGM Activist Speaks Out on an FGM Unacknowledged », *loc. cit.*

épisiotomie bénéfique, ces cas où elle serait moins dommageable que la déchirure de 2^e degré⁶⁶ à laquelle elle équivaut (d'autant qu'on ne peut écarter avant le geste posé les complications que celui-ci favorise). Il n'y a que des conséquences génitales plus ou moins graves pour la femme, comme en témoignent les sujets abordés sur la liste de discussion « soutien-épisiotomie⁶⁷ » :

« Comment bien vivre son prolapsus au quotidien? », « Comment s'anesthésier à la lidocaïne pour rendre possible une pénétration? », « La douleur en montant les escaliers », « Faire reprendre la cicatrice que faut-il en attendre? », « J'ai un bout des petites lèvres en moins, mais où a-t-il bien pu passer? (quelle étourdie!) », « Depuis que je suis enceinte j'ai à nouveau mal pourtant ça fait plus de trois ans », « C'est béant », « C'est trop serré », « ça ne cicatrise pas », « ça s'ouvre à chaque rapport », etc. (Strandman, 2006)

L'auteure du billet en rajoute évidemment une couche avec son humour grinçant, parce que l'épisiotomie n'a rien d'anodin et traiter cette question avec désinvolture ou légèreté⁶⁸ est indécent pour celles qui en vivent les séquelles.

Autres perspectives : rituel, clitorotomie, infibulation puerpérale

Rite de passage

Il convient d'insister là-dessus : l'épisiotomie est une mutilation *a fortiori parce qu'elle a valeur de rite*. Elle fait partie des rituels occidentaux de la naissance. Comme toute MGF, elle vient marquer dans la chair le passage de l'état de fille à l'état de femme ou mère; l'incidence

⁶⁶ Les femmes rapportent que la guérison d'une déchirure spontanée est plus rapide et la récupération moins douloureuse que celle d'une épisiotomie. La base de données de l'AFAR (<<http://afar.info/donnees-medicales/base-de-donnees>>) référence plusieurs études qui en viennent à cette conclusion. Johnson (1997, p. 60) rapporte que c'est d'ailleurs l'une des premières découvertes faites par Iain Chalmers, cofondateur de la prestigieuse *Cochrane Collaboration*, lorsqu'il entreprit une évaluation systématique de l'efficacité des interventions obstétricales après avoir quitté la pratique de la médecine pour consacrer exclusivement sa carrière à l'épidémiologie et à la recherche sur l'efficacité des soins de santé évalués à l'aune des données probantes. Chalmers est à l'origine du projet *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* qui, depuis 1987, procède à la compilation et la revue des meilleurs travaux de recherche en obstétrique, tout premier projet d'évaluation systématique d'une spécialité médicale entière (Graham, 1997; Block, 2007).

⁶⁷ La liste, surtout active entre 2004 et 2006, est hébergée à l'adresse suivante : <<http://fr.groups.yahoo.com/group/soutien-episiotomie/>>. Dans la foulée, un site public a été créé en 2005 : <<http://episiotomie.info>>, devenu depuis <<http://episio.info>>.

⁶⁸ Pour plusieurs exemples d'euphémisation de la portée de cet acte, voir les liens en note 49 chap. III.

de l'intervention est d'ailleurs toujours beaucoup plus élevée chez les primipares. Dans sa thèse publiée en 1992, Davis-Floyd a étendu son étude de la dimension rituelle des interventions obstétricales afin de décrypter tant le caractère hautement symbolique que les effets psychologiques⁶⁹ de toutes les procédures de routine. Comme toute MGF, l'épisiotomie est effectuée pour soi-disant protéger l'enfant à naître. Même si on en viendra à prétendre que cette intervention est réalisée pour son propre bien⁷⁰ (ce revirement dont j'ai parlé au chap. II), l'épisiotomie reste une blessure infligée par un tiers à la femme dans son sexe *pour le bien de l'enfant* d'abord, à la place d'une déchirure ou lacération périnéale occasionnellement incidente au passage de celui/celle-ci.

Clitorotomie

Par ailleurs, ce que les textes médicaux ne disent jamais au sujet de l'intervention, c'est que *les nerfs sectionnés au moment de l'épisiotomie appartiennent à la structure clitoridienne*. Pour cette raison, Anne Frye, sage-femme américaine reconnue, auteure de manuels d'enseignement, a choisi de ne plus parler d'épisiotomie⁷¹. Selon elle, le terme adéquat serait *clitorotomie* : « Comme le yoni [vagin]⁷² et l'urètre sont entourés de tissu clitoridien, cela en fait donc des orifices clitoridiens, de sorte que la clitorotomie (épisiotomie) de routine se place non seulement dans la catégorie des mutilations génitales, mais aussi clitoridiennes » (1995, p. 162). À travers ce choix linguistique, elle entend contribuer à « dissiper l'attitude

⁶⁹ Sur ces aspects, voir également le chapitre consacré à l'épisiotomie dans Davis-Floyd et Sargent (1997).

⁷⁰ Le médecin français Frederick Leboyer (né en 1918), auteur d'un livre célèbre intitulé *Pour une naissance sans violence* édité en 1974 (puis révisé en 1980), ayant impulsé ce qu'on appelle parfois la « révolution Leboyer » dans l'accueil du nouveau-né, ne considérait cette violence subie que du côté du nouveau-né et ne faisait que très peu de cas de la violence envers la parturiente. Dans un ouvrage plus récent, *Si l'enfantement m'était conté* (1996), il allait jusqu'à vanter, sous couvert de poésie, les vertus d'une épisiotomie effectuée sans avertissement (ni, bien sûr, consentement), « avec amour » et « pour le bien de la femme » (p. 205-210).

⁷¹ Dans tous les cas, ce terme est étymologiquement incorrect, puisqu'« épisiotomie » signifie incision du pubis (*epision*). Il aurait fallu employer le terme « périnéotomie ».

⁷² Entre autres propositions de termes gynécologiques exempts de connotation misogyne, violente ou machiste, Frye privilégie l'usage d'un mot sanskrit – *yoni* (source de toute vie) – pour remplacer le terme d'origine latine étymologiquement problématique de « vagin » (fourreau) qui suggère la proximité de la lame du sexe féminin. D'après l'anthropologue Sheila Kitzinger, dans bien d'autres langues, les mots utilisés pour désigner les organes féminins ont des significations encore bien pires.

cavalière envers cette forme de mutilation génitale de routine qui prévaut aux États-Unis et dans d'autres pays occidentaux » (p. 165)⁷³.

Sait-on que ce n'est en fait que depuis 1998, avec la publication de l'étude dirigée par Helen O'Connell, chirurgienne australienne spécialisée en urologie, que l'on dispose de la première planche anatomique correcte et complète de la structure du clitoris? Ces travaux (O'Connell *et al.*, 1998, 2005) ont montré que les tissus érectiles de l'organe « s'étend[ent] profondément dans le corps de la femme », qu'ils couvrent une zone beaucoup plus étendue que ce qu'on imagine généralement, « au moins deux fois plus grand[e] et des dizaines de fois plus large que ce qu'en montrent la plupart des ouvrages d'anatomie : les nerfs caverneux parcourent les parois de l'utérus, du vagin, de la vessie, de l'urètre ». Ignoré par des siècles d'anatomie phallogénique, le clitoris est beaucoup plus qu'un monticule (du grec *kleitoris*). O'Connell s'insurge que

[l]es manuels continuent à reproduire des illustrations d'organes féminins surannés et inexacts, quand ils n'omettent pas purement et simplement d'en présenter des schémas. De même les textes d'accompagnement sont incomplets. L'un d'entre eux présente les organes génitaux féminins comme une structure identique à celle de l'homme, mais tournée vers l'intérieur. Pour un autre, ils ne sont qu'un « pauvre homologue » des organes mâles – comme si le clitoris était un pénis qui avait perdu le Nord... Pas même le Gray's *Anatomy* – qui est considéré comme la bible des anatomistes – ne décrit en détail les nerfs et les vaisseaux sanguins reliés au clitoris. « Pour un chirurgien, déclare Helen O'Connell, c'est inadmissible. »⁷⁴

Si une connaissance précise et juste de l'anatomie féminine représente une information cruciale pour un-e chirurgien-ne, ne devrait-il pas en être autant pour le/la gynécologue dans sa pratique chirurgicale ordinaire?

⁷³ Je traduis. En guise de complément sur l'épisiotomie considérée comme forme de mutilation génitale, on consultera : Wagner (1999a), Hammani (2001). Voir également cet article en espagnol tiré d'un périodique mexicain consacré aux études du genre : Miriam Ruiz, « *La episiotomía, una práctica médica, comparable a la mutilación genital en Africa : Marsden Wagner* », entrée du 21 juin 2002, en ligne : <<http://www.cimacnoticias.com.mx/noticias/02jun/02062104.html>> (consulté le 14 mai 2012).

⁷⁴ D'après une traduction dans le *Courrier international* (« La face cachée du clitoris », 3 au 9 sept. 1998) d'une entrevue d'O'Connell donnée au *New Scientist* et rapportée par Jacques Languirand, « Par 4 chemins », émission du 5 oct. 1998 (transcription en ligne : <<http://www.radio-canada.ca/par4/vb/vb981005.html>>, consulté le 14 mai 2012). Les seuls travaux anatomiques qui trouvent crédit aux yeux de la chirurgienne sont « quelques très vieux schémas de dissection de la littérature française et allemande ». Fait intéressant à remarquer : ces schémas appartiennent à l'époque où prévalait encore la vision anatomique unisexe (Laqueur, 1992).

Infibulation puerpérale

Mère de sept enfants, l'essayiste et activiste canadienne Leilah McCracken, dont le défunt site Web *Birthlove* jouissait d'un grand retentissement au tournant des années 2000 (époque qui a coïncidé avec le début de la globalisation du militantisme citoyen autour de la naissance, mouvement qui connaît un essor sans cesse grandissant depuis), a suggéré le terme-choc d'*infibulation puerpérale* pour qualifier ce qu'elle appelle le « rituel sacrificiel de l'intégrité, du pouvoir et de la sexualité de la naissance ». Pour McCracken, l'expression recouvre à la fois l'épisiotomie et la césarienne, des actes symboliquement analogues :

De la même façon dont les femmes dans certaines cultures ont leur clitoris coupé et leur vulve découpée dans sa chair et cousue (infibulation), les femmes dans notre culture ont très souvent leur vagin, leur périnée et leur ventre ouverts par les docteurs, puis sont suturées et agrafées. Dans les deux cas, les femmes sont ou bien maintenues ou attachées pour les immobiliser quand les couteaux et les ciseaux sortent – et n'ont rien à dire quant aux conséquences.

Il est intéressant de noter que les buts sous-jacents sont les mêmes : contrôler de façon rigoureuse la sexualité de la femme (oui, l'accouchement est un événement inhérent à sa sexualité), et de protéger les enfants à leur naissance.

Beaucoup de cultures pratiquant la MGF insistent sur leur croyance que si l'enfant à la naissance touche les parties génitales de sa mère, il peut en mourir (d'où l'ablation des parties extérieures du sexe). En moyenne, une Nord-Américaine sur quatre⁷⁵ est amenée à croire que si elle n'accouche pas par césarienne, son bébé peut mourir (et bien sûr le bébé ne touche ainsi pas son vagin). Ou bien que si son vagin n'est pas coupé, l'enfant peut être blessé le long du canal étroit de la naissance. [...] Qu'une femme ait son vagin coupé dans une hutte isolée ou dans un hôpital mondialement renommé est hors propos : elle a quand même son vagin coupé, sa souffrance est sévère et elle la subira inévitablement.

L'infibulation puerpérale est aussi enracinée dans notre culture que la mutilation génitale féminine l'est dans les cultures qui la pratiquent. Ici les femmes sont forcées à donner aveuglément leurs corps de parturientes à des praticiens interventionnistes; là, elles sont avec véhémence encouragées à devenir chirurgicalement chastes. [...] La résistance est éminemment futile parce que, hélas, dans les deux cultures, nos propres mères et grand-mères [...] nous poussent avec le plus d'impatience dans les mains des praticiens faisant les coupures les plus cruelles [...]. La vieille génération peut rarement voir l'inutilité de ce cercle douloureux – apparemment sa propre souffrance doit être éprouvée par les jeunes générations. [...]

Les femmes infibulées puerpérales s'efforcent de trouver une raison à leur souffrance, une fin utile à chaque coup, chaque coupure, chaque découpe au scalpel. Nous avons besoin de croire dans la justesse de ce qui nous est fait. Peut-être une

⁷⁵ Maintenant une sur trois.

certaine adoration pour son docteur prend sa source dans l'histoire d'une relation de « passation de pouvoir » dysfonctionnelle. [...] Ces réactions invalidantes sont basées sur notre hystérie collective et culturelle de la naissance; la peur des femmes et leur défiance de l'accouchement sont tellement ancrées que quelqu'un parlant de la naissance comme d'un événement intime et sensuel a toutes les chances d'être craint et vilipendé.

Dire à une femme infibulée puerpérale que la naissance est belle revient à dire à une femme dont le clitoris a été tranché que la sexualité peut être érotique et orgasmique. Toutes deux penseront que vous ne savez pas de quoi vous parlez. Mais j'ai eu mon clitoris ressoudé, si l'on veut, et je dois dire au monde ce qui est perdu.⁷⁶

McCracken le clame ici avec opiniâtreté : le schème de la répétition et de l'aveuglement culturel (ne pas voir la poutre dans notre œil) représentent les ultimes motifs de la perpétuation de ce que je serais tentée d'appeler l'« acte épisiotomique ». Strandman (2006) encore :

Nous tranchons en France [annuellement] 14 à 21 km de matière brute « sexe féminin », « vulve ». [...] Évidemment de bons blancs bien policés utilisent eux de la Bétadine et des gants jetables. On n'est pas des sauvages ni des vulgaires. Non, la sage-femme ou le gynécologue coupe en souriant, en discutant de ses très prochaines vacances. Détachés. Ils ont un langage châtié, des produits pour anesthésier que parfois ils oublient d'utiliser. Ça change tout. Sauf la zone endommagée.

Dans son *Journal de la création*, l'écrivaine Nancy Huston touche au plus près au motif de ce déferlement sadique sur le corps de la femme durant l'accouchement – « *les femmes sont tenues pour responsables de la mortalité humaine* » –, mais du même souffle, elle le perd de vue dans les embruns de la fatalité : au milieu de sa vie donc, la femme

[...] *subit* les affres inexorables de l'accouchement. Un processus naturel fait irruption dans l'existence culturelle : on a beau le nommer, le commémorer, le circonscrire, le ritualiser... l'accouchement n'en déclenche pas moins des hurlements; n'en fait pas moins jaillir des geysers de sang; n'en laisse pas moins de confronter l'être humain avec sa *matérialité*⁷⁷. (Huston, 1991, p. 107)

Les hurlements ne sont pourtant pas plus inexorables que les geysers de sang... Hormis les cas d'hémorragie de la délivrance (souvent iatrogènes), c'est précisément à l'épisiotomie que

⁷⁶ Leilah McCracken, « Naissance médicalisée : Le viol du 20^e siècle », 1998, trad. de l'anglais par Andréine et Bernard Bel, en ligne : <<http://portail.naissance.asso.fr/docs/viol20siecle.htm>> (consulté le 14 mai 2012). On retrouve l'original en anglais de cet article dans le recueil publié à compte d'auteur par McCracken (2000), p. 58-76.

⁷⁷ L'auteure souligne.

l'on doit imputer l'effusion de sang qui peut se produire lors d'un accouchement. Le sang gicle : le tribut de la maternité doit être payé. En outre, l'épisiotomie est une façon de signifier qu'une femme ne peut se sortir sexuellement indemne de l'accouchement. Ou, en d'autres mots, que la naissance ne peut advenir sans attenter à la sexualité féminine, sinon en créant cette autre voie qui n'en est pas une : celle de l'éventration césarienne.

Au chapitre précédent, on a vu qu'au regard de la loi (j'avais cité les dispositions légales du Québec en particulier et de la France), le consentement à tout acte médical est préalablement requis et doit être assorti de la dispensation d'une information loyale. Si la pratique ordinaire de l'épisiotomie échappe à toute forme de consentement – au mieux l'annonce-t-on : « Je vais vous faire une épisiotomie sans quoi vous allez déchirer », ou la déclare-t-on « nécessaire et inévitable » (CIANE, 2005) –, la coutume des points de courtoisie se soustrait aux modalités les plus élémentaires du contrat de soin. Pire : elle est perçue comme un service rendu au couple. L'anecdote qui suit, racontée par les parents, révèle comment certains-es intervenants-es envisagent l'épisiotomie et le travail de couture qui va avec. Candida, une sage-femme française s'enorgueillit (à l'instar de DeLee) de redonner une nouvelle virginité à la mère... au bénéfice du conjoint, dont elle attend la complicité :

Pour son second bébé, une jeune femme a eu « droit » à « sa » seconde épisiotomie. Un énorme bébé de 3 kg... Le papa qui s'inquiétait de savoir si cela allait se passer encore comme ça pour un éventuel troisième accouchement a eu cette réponse de la sage-femme : « Ce n'est pas aussi dramatique que ça. Vous savez, après un premier enfant, le vagin peut se relâcher. Alors après un deuxième, vous pensez bien, ça peut être pire... Moi j'en ai bien conscience et *je prends toujours la précaution de recoudre au plus près, voire de refermer plus que naturellement le passage lorsque je l'estime nécessaire afin de protéger le plaisir...* Et aucun homme ne s'en est plaint...!!! Alors pas de souci! » (Boob, 2008b)⁷⁸

Comme quoi, il est encore de fiers-ères « architectes du vagin », œuvrant au profit de la sexualité masculine selon une vision égoïste, hétérocentriste et très réductrice de celle-ci, et ressassant le fameux cliché qui compare le vagin à un « élastique qui s'évente⁷⁹ ». On peut ajouter cette question : depuis quand le tissu cicatriciel serait-il potentialisateur de plaisir?

⁷⁸ Je souligne. Le cas est daté de 2007.

⁷⁹ Voir cette publicité pour un produit appelé « Hymen gel », un topique dit de resserrement (image trouvée sur le blogue *My Favorite Sexist Ads*, entrée du 5 oct. 2010; en ligne : <http://myfavoritensexistads.tumblr.com/post/1250919460/scrunchygel> [consulté le 2 juil. 2012])...

Pour la femme, travaillée dans son propre sexe, il est assez évident qu'il n'en est rien; d'ailleurs, le tissu cicatriciel n'est ni érectile ni dilatable... Mais pour le partenaire...?

Acte punitif

S'il faut encore se convaincre que l'épisiotomie est une violence sexuelle, je traiterai maintenant du phénomène le plus tabou qui soit et que j'appellerai l'*épisiotomie de représailles*. L'incidence d'une épisiotomie malveillante est certes rare, mais les témoignages sont suffisamment nombreux pour l'attester. Paradoxalement, c'est l'aspect qui fait le mieux apparaître la dimension mutilatrice de l'acte. Les médecins ont diverses réactions lorsqu'une femme fait valoir sa prérogative de « ne pas » bénéficier d'une épisiotomie prophylactique. Par exemple, dans son témoignage, Lysane raconte avoir dû, lors de son premier accouchement, réitérer son refus de l'épisiotomie qu'on était en train de lui faire :

Le seul avantage de cette salle d'accouchement traditionnelle est la présence du miroir au plafond. Après cinq minutes de poussée, je vois dans le miroir la main du médecin qui descend vers moi avec des ciseaux. Elle déclare :

– Je coupe, sinon ça va déchirer.

Je crie :

– NON! Ne coupez pas!

Elle sursaute et sa main se retire, les ciseaux s'éloignant du même coup. Ouf! J'ai eu chaud!

– Oui, mais ça va déchirer, insiste-t-elle.

– Je vais pousser plus doucement.

Mon ton est sans équivoque. L'infirmière insiste à son tour et elle répètera à plusieurs reprises :

– Vous êtes avisée, ça va déchirer.

Je ne réponds plus, Martin [conjoint] a pris la relève, expliquant :

– Elle y tient, vous ne coupez pas. (ACN1, p. 29)

Après la délivrance placentaire, Lysane interroge d'emblée le médecin pour savoir si elle a finalement déchiré. Celle-ci lui répond : « Je ne sais pas, il faut faire une révision pour savoir; ce sera fait plus tard. » (p. 32) On lui confirmera par la suite qu'elle n'a subi aucune déchirure. Il y a de la mauvaise foi dans la réponse de la médecin, parce qu'une déchirure franche aurait été immédiatement remarquée. Et supposant que la révision eut été nécessaire à dépister une éventuelle lésion interne, il est possible que cette médecin ne l'ait pas faite pour

ne pas avoir à donner raison à la patiente, peut-être aussi par manque d'assurance de sa part : cette résidente – Lysane l'apprendra plus tard – venait d'assister son premier accouchement en solo. De plus, la résidente a craint un moment l'anoxie du bébé, car on lui a manifestement enseigné le mythe persistant de la privation d'oxygène associée à la durée de la phase expulsive (après cinq minutes de poussée, elle avait enjoint Lysane de « pousser plus fort sinon le bébé va manquer d'oxygène » [p. 29]); or, nous avons vu plus tôt que la prétention associée à l'épisiotomie de prévenir l'anoxie néonatale a été rigoureusement démentie. Du reste, ce « je ne sais pas » servi à Lysane en guise de réponse à sa question sur la déchirure est plutôt laconique et peut être perçu comme un évitement (« quelqu'un d'autre vous le dira »).

Ce cas est somme toute banal. N'eût été la présence du miroir, Lysane aurait probablement subi contre son gré une épisiotomie inutile. N'eût été peut-être aussi l'appui du conjoint, car il est documenté que l'on effectue généralement plus d'interventions obstétricales sur les mères monoparentales ou celles qui ne sont pas accompagnées d'un homme⁸⁰. Le prochain témoignage, par contre, rapporté dans le *Bêtisier officiel de l'obstétrique*, est beaucoup plus grave : il s'agit d'un cas où l'obstétricien passe outre à un refus explicite :

Un jeune couple. Ils ont choisi cette clinique, car son site internet vante les mérites de l'accouchement « naturel ». À tout hasard, ils l'ont bien répété qu'ils veulent un accouchement sans interventions, du moment que tout va bien. Ils l'ont dit et redit qu'ils ne veulent pas de cette épisiotomie-préventive-qui-ne-sert-à-rien, et même pendant le travail ils ont encore pris la peine de le rabâcher. On ne sait jamais.

Le travail se déroule vite. Le bébé va très bien. C'est [un Goujat] qui rentre dans la salle de travail pour la fin de l'accouchement. Pas patient le Goujat. Au bout de 5 à 10 minutes de poussées, il commence : « *Si j'avais coupé il serait déjà là* ». Ben tiens. Le compagnon insiste, pas d'épisiotomie pour des prunes. Quelques minutes plus tard, il voit le Goujat se saisir de la paire de ciseaux. Il se dirige vers le Goujat pour l'arrêter tout en disant « *Non, ne coupez pas!* » Trop tard! Le Goujat a tranché. Il ne s'est écoulé que quinze minutes. Le bébé ne pèse que 2,8 kg.

Depuis, le compagnon cauchemarde. Il revoit la scène. Il se voit lui-même en train de couper sa compagne. [...] Cool, la loi Kouchner n'a pas prévu de sanctions pénales.

⁸⁰ On fait aussi statistiquement plus d'interventions ou impose davantage une conduite à tenir (restriction des options) aux mères jeunes, aux femmes noires, autochtones ou d'origine ethnique étrangère, à celles qui ont un surpoids, un diagnostic de séropositivité au VIH, ou encore aux femmes pauvres, marginalisées ou peu scolarisées (Bowser et Hill, 2010), et sans aucun doute, aux lesbiennes.

Mais ceci relève-t-il encore de la loi Kouchner, ou du simple droit commun? (Boob, 2008c)⁸¹

Dans le contexte, ce geste est littéralement un pied de nez à une femme qui demande autorité sur son propre corps; le médecin ne daigne céder un iota de son pouvoir : c'est lui qui sait, c'est lui qui décide et il épisiotomise « coupe que coupe ». Les cas similaires ne sont pas exceptionnels, comme celui de cette femme, C. J., qui cherche à faire intervenir la *Loi sur l'intégrité génitale* pour obtenir réparation judiciaire :

I am a woman that had requested, verbally and in written form, NOT to have an episiotomy performed during the birth of my last child. To make a long story short, the procedure was performed anyway. In my case, the episiotomy was inappropriately and improperly performed and has left me with permanent disfigurement and pain. [...] It took me nearly 3 years to find a competent doctor that was even willing to acknowledge I had a real physical problem. I have had to have corrective surgery in an attempt to correct the damage done.⁸²

Revenons sur la scène, examinée au chapitre précédent, de l'accouchement de Natalie, tirée de la pièce *Naissance* de Karen Brody. On se rappellera que le personnage résiste et conteste les ultimatum de dilatation (menaces répétées de césarienne) posés par l'obstétricienne, puis continue – et réussit – à pousser son bébé après une heure d'efforts, passant outre à la décision « finale » en faveur de la chirurgie prise par l'intervenante. Au moment où émerge le bébé, Natalie se voit gratifiée d'une épisiotomie surprise, malgré ses implorations :

Je ne veux pas [la césarienne]! Je savais que je pouvais pousser et mettre mon bébé au monde. Alors, j'ai annoncé aux deux infirmières qui étaient dans la pièce que j'allais encore pousser.

(elle les regarde) et elles disent NON et Natalie dit oui!

Et quand la gynéco est revenue, la tête du bébé commençait à sortir. J'ai posé ma main dessus... et j'ai senti ses cheveux. *(grand sourire)*

Mon bébé arrivait! J'étais si excitée... J'allais y arriver... mais juste avant que je ne pousse sa tête, j'ai senti quelque chose de froid contre mon vagin et... et...

Nooon! Ne me coupez pas!!!!!!

S'il vous plaît, ne me coupez pas! Ne me coupez pas! *(frappe)* Et elle m'a coupée.... Elle m'a coupée...

⁸¹ Événement daté de 2008.

⁸² « Email from a Woman Who Was Cut », article « Episiotomies : FGM at Home », *loc. cit.*

(LONG silence)

Mon vagin ne sera plus JAMAIS comme avant. (Brody, 2009, p. 30)

Dans cet exemple, bien que fictif, mais basé sur de nombreux témoignages, Natalie tient tête et « désobéit » à l'obstétricienne en accouchant par voie vaginale quand même. L'épisiotomie, non annoncée et poursuivie malgré l'opposition catégorique de la parturiente, sert de sanction au refus de suivre le mot d'ordre médical. Un cas en tout point semblable – celui de Debra – avait été rapporté par Davis-Floyd :

Mes eaux ont crevé, on s'est rendus à l'hôpital. Mon col était dur et ouvert d'un demi-centimètre. Le médecin de garde entra, m'examina (il ne me dit même pas son nom), se tourna vers l'infirmière et lui dit : « Prépare-la, on va l'opérer ». Je lui dis : « Minute! Que se passe-t-il? » Il me répond : « Ton col ne dilate pas, tu as besoin d'une césarienne ». J'ai répondu « non », qu'il me restait 24 heures pour accoucher avant qu'on m'en fasse une. J'étais la seule femme à accoucher ce samedi-là et je pense qu'il ne voulait pas passer la nuit là. Mon travail a commencé, mais lentement. Le médecin venait à l'occasion. Il était fâché. Il entrait, mettait mon mari dehors, me faisait un examen vaginal et criait après moi pour avoir refusé une césarienne : « Tu vas tuer ton bébé parce que tu as refusé la césarienne »... Finalement, j'arrivai à 10 cm et poussai 2-3 heures avant qu'elle naisse. Le médecin fit une longue épisiotomie, sans raison (c'était entendu avec mon médecin que je n'en aurais pas). Pour me recoudre, il ne m'a pas gelée. Je lui disais que ça faisait mal et il me répondait « t'es folle!, tu ne peux pas éprouver de douleur! »⁸³ (1992, p. 211-212)

Les deux autres cas d'épisiotomie punitive que je citerai ici sont liés à des tentatives d'accouchement à domicile. Bien que ces deux cas soient éloignés dans le temps et dans l'espace, ils ont en commun la pratique d'une épisiotomie *exemplaire* et *hors-norme* : dans les deux situations, il s'agit de femmes qui se rendent à l'hôpital en cours de travail, bien qu'elles aient souhaité donner naissance à la maison (travail trop long, épuisement, difficulté à composer avec la douleur, problème suspecté par la sage-femme...), et essuient un accueil vindicatif de la part des services hospitaliers. Bien que l'on puisse être tenté-e de diminuer la valeur de ces événements en les relayant dans l'orbe de l'anecdotique, ce serait discréditer les témoignages innombrables de femmes attestant d'un traitement hargneux sinon violent lorsqu'il est su qu'elles ont voulu se soustraire au cadre normatif de l'accouchement médicalisé, tel que le décrit par exemple Judith (MH5) au chapitre précédent. L'usage

⁸³ Traduction d'Hélène Vadeboncœur, dans le cadre des travaux du groupe de recherche CRI-VIFF-RNR, texte de réflexion intitulé *La violence obstétricale : un objet de recherche nouvellement exploré et une préoccupation croissante à travers le monde* (2011), p. 6-7.

coercitif de l'épisiotomie – ou de sa suture consécutive, sans anesthésie, comme dans l'exemple de Debra (voir aussi à ce sujet Kitzinger, « Punitive Touch », dans Davis-Floyd et Sargent, 1997, p. 228-229) – est de plus en plus documenté dans des rapports tels que celui d'USAID, compilant revue de littérature, entrevues avec des experts, synthèses de groupes de discussion et analyse de récits en provenance de 18 pays, dont les États-Unis et le Canada. Ainsi peut-on lire dans ce rapport : « *Physical abuse has also been described in the context of unnecessary extensive episiotomies (sometimes for financial gain) and post-partum suturing of vaginal tears or episiotomy cuts without the use of anesthesia* » (Bowser et Hill, 2010, p. 9). On aurait tort de croire ce genre de traitement confiné aux dispensaires du tiers monde. D'ailleurs, les sept types de maltraitance périnatale (« *categories of disrespect and abuse* ») identifiés dans ce rapport ont servi à l'élaboration par la *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood* d'une Charte pour les soins en maternité respectueux (*Respectful Maternity Care – The Universal Rights of Childbearing Women* [2011]), un projet à visée internationale. L'organisme insiste sur la dimension universelle de la maltraitance obstétricale, sans distinction entre pays riches ou pauvres⁸⁴.

Le premier témoignage, tiré de *Pushed* de Jennifer Block, est celui de Linda (non fictif), une sage-femme des régions rurales du Midwest étatsunien dans un État (non précisé) où ce travail constitue une « pratique illégale de la médecine ». Block a suivi cette sage-femme au quotidien pour son chapitre intitulé « *Underground* » afin de rendre compte du vécu de ces professionnelles et des femmes qu'elles assistent dans un tel climat d'illégalité. Contrairement aux rapports collégiaux d'autres sages-femmes avec le milieu médical dans des endroits plus ouverts (par exemple, le Nouveau-Mexique), même de certaines qui pratiquent en théorie illégalement, Linda a rarement de bonnes expériences lors du transfert d'une cliente. À l'hôpital, la continuité de soins est rompue, Linda devant s'y présenter comme une simple « amie », ce qui ne la met ni elle ni sa cliente à l'abri de possibles réactions hostiles, en plus de lui interdire de transmettre à l'équipe médicale des informations cliniques précieuses sur la parturiente qu'elle accompagne. Ainsi, Linda raconte que, lors d'un transfert pour un arrêt prolongé de progression du travail, le médecin de garde procéda

⁸⁴ WRA, « Break the silence : Respectful Maternity Care », *YouTube.com*, 29 févr. 2012 (en ligne : http://www.youtube.com/watch?v=K105F9o3HtU&feature=player_embedded, consulté le 5 juil. 2012).

à... trois épisiotomies sur sa cliente : « *“Snip, snip, snip. One, two, three,” Linda says while miming a pair of scissors in her hand. “He did it to punish this woman for thinking she could have a home birth.”* » (Block, 2007, p. 211-212). Le deuxième témoignage est celui de Clara, l’une des femmes interviewées par Andrée Rivard (2010) pour sa thèse d’histoire portant sur « l’enfantement dans un Québec moderne » (centrée plus particulièrement sur la période 1950-1990). Clara, une infirmière de Montréal, a eu trois enfants : le premier est né à l’hôpital; pour le deuxième, elle tenta d’accoucher à domicile, mais fut transférée à l’hôpital; le troisième naîtra à la maison. La deuxième naissance a lieu en 1978. Globalement déçue de sa première expérience à l’hôpital (« Mais là le lien entre les difficultés d’allaitement et le fait d’avoir eu un médicament [Demerol], le fait d’avoir été coupée, rasée, *solutée*, séparée de mon bébé, moi qui est [sic] en santé, c’était comme : *c’est quoi ça?* » [Rivard, 2010, p. 312]) et, fascinée par la réémergence de la naissance à domicile par le biais de ses lectures de publications récentes (articles et livres) à ce sujet, Clara décide de tourner le dos à l’accouchement médicalisé. À l’époque, elle avait trouvé un médecin qui acceptait de venir à la maison, mais seulement à la toute fin. Le travail se prolongeant, Clara et son mari, livrés à eux-mêmes, se résignent à se rendre à l’hôpital :

Sachant que la femme avait organisé un accouchement à domicile, c’est très froidement qu’elle y est accueillie par le personnel « hospitalier » et le gynécologue de garde :

Moi, j’étais une infirmière, j’avais voulu accoucher à maison! Aille! Trois docs viennent me voir... Ils ne me regardent pas! Les trois mesurent la bedaine... Ils font tous un toucher vaginal, je pense... N’importe quoi! [...] Le bébé était en postérieur, c’est pour ça que ç’a été long (et on ne le savait pas). [...] Ça fait que là, il m’a transférée dans la salle d’accouchement, encore une fois les jambes attachées. Là, il s’en allait pour m’attacher les mains, j’ai dit : « non, je veux pas! » Il a dit : « O.K.! » Puis là, moi je suis une curieuse, ça fait que j’étais en train de pousser, le bébé s’en venait, ça fait que par deux fois, j’ai voulu toucher mon ventre, je voulais toucher ce qui se passait, ce qui arrivait, puis là : « non, non touchez pas »! (Tu sais les champs stériles partout...) Puis la troisième fois, le doc (qui n’était pas mon médecin), il m’a dit : « si tu recommences ça, je t’attache! » À moi! J’étais à la fois très vulnérable et immensément forte. *Puis là, j’ai dit que je ne voulais pas d’épisiotomie. Il est parti à rire! « Moi, ça me fait rien que tu déchires au quatrième degré, là... » Mais il m’en a fait une et pis toute une! Une vieille technique en J.* Je l’ai braillée celle-là! On m’a fait ça! Celle-là, je me suis sentie mutilée, je l’ai braillée longtemps, celle-là! [...] Tsé, j’affirmais mon pouvoir, mais

lui il a abusé du sien! Il n'a absolument pas reconnu le mien! Aucun respect! Aucun respect!⁸⁵ (*ibid.*)

Enfin, je rapporterai ici un dernier exemple, tiré du corpus de l'étude CRI-VIFF-RNR. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une épisiotomie, le témoignage rapporte une tentative de poser un geste obstétrical hors norme et dépassé malgré un refus explicite : une révision utérine. Cette tentative répond aux critères d'une agression médicale commise vraisemblablement sous motivation punitive : probablement parce que la mère a opté pour un suivi sage-femme (à l'époque du début des maisons de naissance où cette pratique était beaucoup plus méconnue qu'aujourd'hui et très mal acceptée) et parce qu'elle a voulu avoir son mot à dire sur ce qui se passait. Nathalie (ACN23) est l'une de ces femmes qui donnent naissance en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire. Et chacun des trois enfantements qu'elle raconte se passe plus rapidement que le précédent. Après un premier accouchement induit à l'hôpital, elle accouche de sa deuxième enfant dans la voiture dans le stationnement de la maison de naissance, tandis que son troisième enfant naît inopinément à domicile (elle n'a pas le temps de partir pour la maison de naissance). Hormis la rapidité de la naissance, tout se passe bien pour la mère et le bébé; la sage-femme est en route pour venir effectuer au domicile des parents les examens usuels du postnatal immédiat, mais entretemps, les services d'urgence ont été appelés comme la sage-femme le leur a recommandé d'ici à son arrivée. C'est là que les choses se gâtent :

Les ambulanciers arrivent avec fracas. Ils entrent promptement dans la chambre et déposent leurs sacs dans un tapage qui me dérouté. Rapidement, une ambulancière succione (inutilement) mon bébé et coupe le cordon en tremblotant. L'autre ambulancier discute au téléphone avec le médecin d'Urgences-Santé. Il l'avertit qu'il n'a pas besoin de se dépêcher, que tout est sous contrôle. J'informe l'ambulancier que ma sage-femme est en route. Mais ils doivent suivre le protocole, le médecin doit absolument venir. (ACN23, p. 287)

L'indélicatesse et la brusquerie de l'équipe d'ambulanciers ne sont rien à côté de ce qui va suivre :

Peu après, j'entends le médecin monter bruyamment avec ses grosses bottes. « MONSIEUR » est arrivé. À la suite du rapport des ambulanciers, il entre dans ma bulle et sollicite plus d'informations. Isabelle [la sage-femme] arrive à ce moment, nous nous enlaçons. Le médecin semble contrarié. Il s'impose aussitôt comme si son rôle était en

⁸⁵ Je souligne.

péril. Il brise notre complicité. Il tient à effectuer une révision utérine⁸⁶. Isabelle me rappelle que je ne suis pas obligée d'accepter, d'autant que c'est une pratique depuis longtemps abandonnée. Frustré, il hausse le ton. Il accuse Isabelle de vouloir m'influencer et la fait sortir de la chambre. Je refuse l'intervention en prenant soin de le regarder dans les yeux. Il insiste, il doit absolument remplir son rapport. De bonne grâce, j'accepte qu'il observe s'il y a déchirure afin qu'il me laisse tranquille ensuite. Il approche la main, soi-disant pour mieux voir, et tente d'effectuer une révision. Fâchée, je lui dis, toujours en le regardant dans les yeux : « Tu m'agresses, là. Touche-moi pas, tu m'agresses. » Il me regarde, éberlué. Il ne comprend absolument pas pourquoi je n'accepte pas ses « soins ». Voyant que je suis sérieuse, il recule et dit autoritairement aux ambulanciers de m'emmener à l'hôpital pour exécuter des points de suture. Je refuse, ma sage-femme va s'en occuper, elle a l'expertise et le matériel nécessaires.

Voyant mon entêtement, il s'éloigne pour remplir son dossier puis sort, exaspéré. Martin [le conjoint] aura droit à un beau discours sur les responsabilités. C'est à croire que nous sommes, mon bébé et moi, en danger de mort. (p. 287-288)

Les parents en seront finalement quittes pour un sermon culpabilisateur qui accuse leurs choix et leur refus des soins proposés, inutiles dans les circonstances :

L'ambulancier prend la relève. Il tente de me raisonner et de me convaincre d'aller à l'hôpital : « Tu devrais donner la chance à ton bébé de voir un médecin », « Fais-le pour ton bébé », « Il n'a pas demandé à vivre ton *trip*, lui », etc. Désespéré, il finit par me dire qu'ils sont venus du parc Maisonneuve pour rien! Dommage, n'ayant pas fait d'hémorragie, ton travail se termine là! Ils sortent en affirmant : « On connaît ça, ces situations-là : dans quelques heures, on va se faire appeler pour revenir ici, puis c'est nous autres, les premiers que vous allez blâmer! » (p. 288)

Pourquoi persiste-t-elle? Rémunération, formation et la part du symbolique en cause

Pourquoi la pratique de l'épisiotomie persiste-t-elle? Quelques pistes peuvent l'expliquer. Une première piste d'explication, plutôt triviale, réside, selon l'avis de plusieurs, dans l'épineux problème de la rémunération des médecins à l'acte : l'épisiotomie est ordinairement un acte tarifé, la réfection subséquente du périnée aussi⁸⁷. Le douloureux

⁸⁶ Cette pratique, inqualifiablement douloureuse, consiste à introduire la main dans l'utérus afin de vérifier qu'il n'y reste pas de morceau(x) de placenta. L'inspection du placenta (est-il ou non complet) suffit à s'en assurer normalement. Ici, l'urgentiste se comporte « comme si » il avait affaire à une réelle – et sévère – hémorragie de la délivrance...

⁸⁷ Cette situation a donné lieu à une percutante parodie sur *Déchainées.com*, site du « Groupe radical des excitées de la naissance naturelle » (GRENN), sous la forme d'un vidéo proposant un nouveau mode de rémunération : pour remplacer la T2A ou « tarification à l'acte », on y suggère la T3A ou « tarification à l'absence d'acte » par lequel les médecins seraient rétribués-es pour chaque périnée intact (en ligne : <<http://dechainees.cluster1.easy-hebergement.net/index.php?page=19f>>, 16 juil. 2009 [consulté le 28 juin 2012]).

« nerf » de la guerre, encore une fois... La seconde piste, sur laquelle nous allons nous pencher davantage, nous est suggérée par l'étude de Pel *et al.* (1995). Ces auteurs ont identifié deux facteurs principaux influençant les médecins quant aux interventions qu'ils/elles pratiquent dans le cours d'un accouchement : les politiques de l'établissement hospitalier, mais surtout, l'enseignement reçu durant leurs années de formation :

The factor teacher led to the greatest differences. [...] Most remarkably, the influence of the teacher was not attenuated by increasing age, nor, by implication, by post-graduate courses or keeping up with medical literature. It illustrates the known fact that hard data, obtained from randomized controlled trials, penetrate only slowly into daily clinical practice. Apparently the effect of one's teacher strikes early and strikes hard (p. 132).

L'anthropologue Davis-Floyd (1987) avait d'ailleurs axé ses toutes premières recherches sur le rôle de l'épisiotomie dans le cadre de la formation des obstétriciens-nes envisagée sous l'angle des rites d'initiation de ces professionnels-les (dépositaires d'un savoir/pouvoir hautement connoté dans une société qui envisage leur pratique comme gage de sa survie), et par là la transmission et la perpétuation de l'acte s'en trouvent assurées.

Les autres pistes sont plus troublantes. La première concerne le souci de certains médecins du plaisir sexuel futur du conjoint. En effet, faire une épisiotomie implique un autre geste : recoudre. On recoud souvent bien serré (« votre mari me remerciera, madame! »); une habitude qui porte même un nom : les « points de courtoisie » ou « points du père »... En termes appropriés, il s'agit bel et bien d'infibulation. C'était d'ailleurs la prétention affirmée de DeLee (1920), qui déclarait « restaurer les conditions virginales » : « *The restoration of the parturient canal has been almost perfect—indeed, perhaps too near perfect.* » (Ce « *too near perfect* » laisse pour le moins dubitative...) Le psychanalyste Bernard This décrit l'épisiotomie et sa couture comme une manière de « s'arroge[r] le droit de “parafer” systématiquement son œuvre » (1980, p. 68).⁸⁸ Hors des limites autorisées de la violence obstétricale systémique, cette interprétation révèle le fantasme d'appropriation sadique du

⁸⁸ Dans cet esprit, devrait-on s'étonner de la survenue d'un passage à l'acte comme celui du chirurgien new-yorkais qui, fier de la beauté de son ouvrage, avait initialisé au scalpel le ventre d'une césarisée? (Edward Wong, « Doctor Carved His Initials Into Patient, Lawsuit Says », *The New York Times*, section « Health », 22 janv. 2000; en ligne : <<http://www.nytimes.com/2000/01/22/nyregion/doctor-carved-his-initials-into-patient-lawsuit-says.html>>, consulté le 15 mai 2012).

corps maternel et de l'acte procréateur. Le contexte médicohospitalier agit ici comme un masque très opaque et infiniment difficile à retirer.

Parlant d'aveuglement, l'une des justifications les plus troublantes qu'il m'ait été donné de lire au sujet de l'épisiotomie – et incidemment de la césarienne – est celle de la psychanalyste Monique Bydlowski. Sa lecture suggère que la terreur suscitée par la puissance de la sexualité féminine au moment de l'enfantement serait tributaire de l'irreprésentable vision de la femme en possession d'un phallus démesuré lors de l'expulsion de l'enfant, et, bien loin de critiquer cette pratique, elle voit dans l'épisiotomie un acte salutaire permettant de raccourcir le moment de cette insoutenable scène et de « remettre les choses en place » dans l'ordre des représentations :

Le déroulement de la mise au monde d'un enfant est en effet très suggestif. Au cours de la phase expulsive, la tête du nouveau-né à venir se porte en avant. Elle distend lentement le périnée maternel, sculptant pour quelques minutes un phallus érigé entre les jambes de l'accouchée. Le moment est particulièrement chargé d'intensité et d'émotion pour ceux qui regardent. Ce peut être le cas du père qu'aucune autre tâche concrète ne mobilise que celle de conforter sa compagne. Souvent, l'épisiotomie abrège cet instant et cette représentation. Elle remet les choses à leur place. La tête de l'enfant apparaît au plus vite, c'est bien un visage humain qui éclot et non un sexe féminin doté d'un phallus qui se donne à voir! Le tableau est encore plus saisissant lorsque l'enfant se présente en siège et que ses fesses et son corps font, pour quelques instants, une saillie de plus de vingt centimètres! Les praticiens réalisent facilement une césarienne pour présentation en siège, et l'opération a le mérite d'éviter la confrontation prolongée à la représentation. (Bydlowski, 2000, p. 113)⁸⁹

À défaut d'étayage scientifique, le recours à l'interprétation psychanalytique en guise de placage théorique pour justifier après coup (une fois institutionnalisé) un acte mutilateur médicalement ritualisé témoigne bien de la violence que suscite la dimension sexuelle de l'enfantement. Bydlowski légitime cette violence en usant de l'évocation de la régression œdipienne de la femme doublée d'une apparence d'inceste maternel, évocation que le médecin vient par son geste interrompre, voire empêcher. La seule perspective du possible

⁸⁹ Dans la préface de son ouvrage *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*, Yvon Gauthier, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal et pédopsychiatre à l'hôpital Sainte-Justine, félicite tout particulièrement Bydlowski d'apporter son éclairage dans « un contexte de collaboration étroite avec les obstétriciens, et de respect des avancées de la science obstétricale » (p. 5). Je souligne. En d'autres mots, il la remercie de ne pas remettre en cause, comme certains-es, les pratiques obstétricales, assimilées à un progrès évident et certain, indisputable.

rapport incestueux avec l'enfant-pris-pour-le-phallus motiverait l'immédiate sanction/section de la chair maternelle. Bydlowski conforte sa lecture sur les traditions ethnologiques (comme si elles étaient uniformes et univoques là-dessus) qui assureraient, depuis des temps immémoriaux, le nécessaire refoulement du sexuel de la naissance :

L'enfantement est [...] isolé de la vie sexuelle. Les rituels et les traditions tendent à déssexualiser l'événement et à en nier le caractère sexuel. [...] Il y a séparation radicale des voies de la naissance de celles de la jouissance sexuelle. La coutume se mettrait donc au service du refoulement psychique. La représentation sexuelle de l'enfantement reste et doit rester inconsciente et les rituels assurent cette fonction défensive. (p. 28)

L'évocation de l'inceste est aussi ce qui gênerait les accoucheurs devant les cris des parturientes « comme si la douleur masquait une autre scène, une scène orgasmique » (p. 42) – on comprend que la péridurale servira ainsi de défense efficace pour le praticien à évacuer cette représentation. Elle ajoute que, contrairement aux autres spectateurs de la scène natale (le médecin et surtout le père), la douleur vient pour la mère camoufler la représentation incestueuse (p. 43); elle y voit donc une sorte de nécessité psychique. Encore une fois, la femme qui n'éprouverait pas de douleur serait, comme pour les siècles passés, suspecte, et coupable si l'éprouvé du plaisir se mêle à son expérience? Il n'y a qu'un pas à franchir pour justifier la dolorisation de l'enfantement. De toute façon, d'après son expérience psychanalytique personnelle, Bydlowski affirme que les femmes évacueraient rapidement de leurs souvenirs le passage de l'enfant par leur vagin. Le tabou ne serait-il pas suffisant à expliquer cet effacement de la mémoire du corps, et inversement, cet effacement ne devra-t-il pas appeler la psychanalys(t)e à viser l'ébranlement du tabou? Pourtant, j'ai lu de très nombreux témoignages où les femmes décrivent avec force détails le souvenir de ces sensations intenses... Mais cette parole vient le plus souvent de celles qui ont connu une minimale liberté d'enfantement.

Les exemples parfois extrêmes évoqués précédemment dans cette section agissent comme le verre grossissant qui vient mettre en exergue la nature de l'attentat à la sexualité féminine que constitue la mise en acte du scénario gynécoobstétrical de l'accouchement. Alors que l'épisiotomie attendue à la vie sexuelle future, nous allons maintenant explorer ce qui en est du sacrifice de l'expérience sensorielle et sexuelle de l'enfantement lui-même, sacrifice en tant que cette dimension de la naissance en est retranchée, empêchée ou autrement niée. Sacrifice

aussi en tant que cette négation/effacement est génératrice de traumatismes chez les nouvelles mères et rend invisible les modalités spécifiques de la violence gynécoobstétricale.

5.4 *Dispositif gynécologique : déssexualisation factice et trauma*

Lithotomie et viol

Il est évident que l'épisiotomie est facilitée par le dispositif gynécologique et la lithotomie imposée – en fait, elle en est corrélative, car impossible à réaliser sur une femme qui enfante accroupie ou à quatre pattes. Qui plus est, et si l'on suit l'interprétation de la psychanalyste Lucy Holmes Johnson, depuis le moment historique où, à la cour du roi Louis XIV ou chez les nobles d'abord, le tabouret d'accouchement fut remplacé par le « lit de misère », « la plupart des femmes donnent naissance dans la position qu'elles adoptent habituellement durant les rapports hétérosexuels [ou que la culture religieuse et morale leur a intimé d'adopter], pénétrées de la main masculine [ou symboliquement masculinisée] ou d'un "outil" », ainsi s'est accomplie la « conversion du travail en un coït symbolique » (1997, p. 14)⁹⁰. Cependant, je crois que s'impose une autre lecture dudit coït hétérosexuel, dans le contexte d'un rapport de domination-soumission, alors que la parturiente n'est d'ordinaire pas libre... ou bien de mouvement, ou bien de consentement aux actes de pénétration, ou les deux. La soumission au devoir conjugal n'est pas au coït ce qu'est la relation sexuelle désirée et consentie. On se situe bien davantage au niveau de la symbolique du viol, surtout que la scène de l'accouchement médicalisé implique des touchers intimes rarement indolores, ainsi que des outils qui meurtrissent ou entaillent les organes génitaux. Considérant que les femmes en travail constituent les sujets de prédilection – en tant que premières patientes véritables et non un modèle – pour l'enseignement du toucher vaginal, elles font tout particulièrement les frais de cette « situation pédagogique aux allures de "viol collectif" ». Une pédagogie qui a aussi été comparée à un rite d'initiation sexuelle de l'adolescent (l'étudiant en médecine) par un mâle adulte sexuellement expérimenté (le médecin ou le résident) (Kapsalis, 1997, p. 64). Or, ce viol (pas toujours) symbolique, qui consiste à placer la parturiente dans une position passive, la plupart du temps écartelée par l'usage des

⁹⁰ Je traduis.

étriers⁹¹, livrant ainsi son corps et son sexe à l'entière disposition des intervenants-es, semble complètement étranger à l'interprétation des soignants-es dans l'univers de la naissance médicalisée.

Du sadisme

Pourtant, comme on l'a vu depuis le début de ce chapitre, la gynécoobstétrique s'est érigée sur des comportements à motivation sadique, là où le désir de contrôle du corps féminin à travers ses fonctions ou organes reproducteurs atteint un point culminant. Quand Barker-Benfield décrit le monde de la médecine au milieu du 19^e siècle, il parle d'un univers « féroce et compétitif », une compétition qui se joue entre hommes et où l'on s'illustre par la hardiesse d'intervention : le *modus operandi* de Sims, « sa façon particulière d'inciser le corps féminin » lui servit de carte d'entrée dans cette compétition qui allait faire du « système reproducteur des femmes l'arène où lui et ses adversaires de chirurgie croiseraient le fer pour des décennies »⁹² (Barker-Benfield, 2005, p. 90), et ce n'est malheureusement pas qu'une figure de style. Il n'est pas surprenant non plus que la profession ait attiré – et attire encore – des personnages particulièrement misogynes, comme l'observait dans un ouvrage de 1992 John M. Smith, lui-même gynécologue : « *After years of closely observing the personalities and behavior of gynecologists, I have to conclude that for many the subconscious motivation may involve the need to be in a powerful and controlling relationship with women.*⁹³ » La plupart des personnes qui travaillent dans les maternités ou départements d'obstétrique (infirmières, accompagnantes à la naissance) peuvent nommer aisément des médecins plus prompts-es que leurs collègues sur le bistouri, ceux et celles dont le taux d'épisiotomie ou de césariennes est très élevé ou encore à la réputation d'agressivité notoire. Le psychanalyste Bernard This a dénoncé le « martyr de la parturiente [qui] attend son tour comme à l'abattoir de Chicago »; Paul-Claude Racamier, l'un des premiers à s'intéresser aux dépressions postnatales, écrivit qu'« on ne sait pas à quel point [les milieux d'accouchement] sont saturés d'un monstrueux sadisme » où l'on se livre à des « brutalités institutionnelles »; même le

⁹¹ Ce n'est pas innocemment que les tables gynécologiques ont une place de choix dans les donjons sadomasochistes!

⁹² Je traduis.

⁹³ John M. Smith, *Women and Doctors* (New York : Atlantic Monthly Press, 1992), p. 115; cité dans Kapsalis (1997), p. 23.

biologiste et éthicien Jacques Testart : « Les gynécologues traitent les femmes comme aucun garagiste n'oserait traiter les voitures » (cités dans Cesbron et Knibiehler, 2004, p. 143 et 213). Ce type de violence a été nommé « iatrogenèse comportementale » (*behavioural iatrogenesis*) par Jean Robinson (1995), une des activistes de l'organisation AIMS (*Association for Improvements in the Maternity Services*) au Royaume-Uni, dans un article d'une revue professionnelle. Sous le couvert de l'anonymat institutionnel que confèrent en général la non-imputabilité et de la non-divulgence publique des taux d'interventions (par établissement hospitalier, par médecin), les intervenants-es les plus hardis-es, ceux et celles qui s'éloignent le plus des normes de bonnes pratiques ou les moins respectueux-ses des principes du droit de la patiente peuvent sévir en toute impunité. Si des mécanismes pour contrer les abus institutionnels, professionnels et thérapeutiques ont été mis en place dans des secteurs comme celui de la santé mentale, force est de constater qu'en obstétrique, ces initiatives sont toujours à l'état de projet (p. ex. : les *Dix Conditions pour la naissance respectée* de CIMS, la *Charte pour le respect dans les soins en maternité* de la *White Ribbon Alliance*), c'est-à-dire qu'elles ne sont pas encore assorties de modes d'application concrète. Pourtant, bien qu'on résiste encore à parler d'un type de violence spécifique, on peut faire remonter aux années 1950 la dénonciation publique des mauvais traitements obstétricaux, alors que, à l'occasion d'un article (« *Cruelty in Maternity Wards* ») publié dans le *Ladies' Home Journal* en 1957, des centaines de lettres de témoignages furent envoyées à l'éditeur (Freeze, 2004, p. 105). On trouve des témoignages directs plus anciens encore décrits comme accablants, comme ceux rapportés par Françoise Thébaud de la France de l'entre-deux-guerres⁹⁴, ou celui que rapporte Stefan Zweig dans *Lettre d'une inconnue*, sur les maternités publiques dans les années 1920 :

Tout ce que la pauvreté doit subir d'humiliations, d'outrages moraux et physiques, je l'ai souffert, dans cette promiscuité avec des prostituées et des malades qui faisaient de la communauté de notre sort une commune infamie... sous le cynisme de ces jeunes médecins qui, avec un sourire d'ironie, relevaient le drap de lit et palpaient le corps de la femme sans défense, sous un faux prétexte [sic] de souci scientifique.⁹⁵

⁹⁴ F. Thébaud, *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France d'entre deux guerres* (Lyon : Presses universitaires de Lyon, 1986); cité dans Cesbron et Knibiehler (2004), p. 120.

⁹⁵ S. Zweig, *Lettre d'une inconnue* (Paris : Le Livre de poche, 1920); cité dans *ibid.*, p. 107.

La violence obstétricale, une dimension de la violence envers les femmes

Il serait difficile de passer sous silence cependant l'adoption historique, en 2007, de la toute première loi dans le monde munie de dispositions visant nommément la « violence obstétricale » : la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, au Venezuela (WRA, 2012, p. 3). En 2010, l'Argentine emboîtait le pas avec un article d'une loi sur la violence envers les femmes – la *Ley De Protección Integral N°26485* – condamnant la violence obstétricale. Ajoutons que depuis 2004, plusieurs pays d'Amérique latine (Argentine, Équateur, Brésil), qui sont les précurseurs mondiaux en la matière, ont adopté des lois portant sur l'humanisation de l'accouchement (Vadeboncœur, 2011, p. 32-35).

Au-delà de cette violence obstétricale spécifique (sous l'un de ses trois visages : individuelle, institutionnelle ou systémique), ce qui est très curieux à mon sens, c'est l'invisibilisation acquise du caractère sexuel de la scène natale, qui fait en sorte que le commun des praticiens-nes, même la plus sensible, considère comme asexués des gestes à la symbolique sexuelle explicite. Qu'il ou elle ne croit plus faire irruption dans la sphère de la sexualité féminine par ses interventions et sa position même. Pour mieux explorer cette tension sexualité/déssexualisation de l'enfantement, nous allons maintenant revenir au « théâtre pelvien » (*performance of pelvics*) tel que décrypté par Kapsalis.

Le « théâtre pelvien » : mise en scène et dissociation gynécologiques

Tout d'abord, comme on l'a vu, cette mise en scène du sexe féminin s'élabore et se pérennise dans la formation des praticiens-nes, une construction qui s'illustre dans les manuels d'étude. Si, d'un côté, un manuel comme *General Urology* ne représente pas en photo le sexe masculin, il s'intéresse cependant à l'érogénéité des organes reproducteurs mâles et y consacre un chapitre (« *Physiology of Erection and Pathophysiology of Impotence* »), son pendant gynécologique, le *Danforth*, n'aborde rien des mécanismes de l'excitation sexuelle féminine, pas même d'un point de vue strictement physiologique (Kapsalis, 1997, p. 106). Évidemment, pour paraphraser Irigaray, comme ce sexe n'en est pas, il constitue un site d'intervention moins gênant. Mais cela ne suffit pas. On a beau « n'en rien dire » de l'érogénéité des organes reproducteurs et, pour faire une belle tautologie, de leur rôle dans la sexualité féminine, l'examen gynécologique – en plus d'être questionnable comme examen

de routine et pour la plupart de ses indications usuelles (Winckler, 2011) – demeure une situation trouble.

Un chercheur et une chercheuse, Henslin et Biggs, respectivement médecin et infirmière, ont consacré des travaux de longue haleine à ce problème. S'inspirant de certaines théories de la performance artistique, ils ont posé dans un article de 1971 les balises de ce qu'ils ont nommé la « déssexualisation dramaturgique » de l'examen vaginal envisagé « sociologiquement ». Prenant pour données les douze à quatorze mille séances d'examens performés par eux, ils ont structuré la visite gynécologique modèle, scandée en neuf « scènes » au cours desquelles la femme se transforme aller-retour de « personne à pelvis » puis de « pelvis à personne », en passant par les étapes intermédiaires de « personne possédant un pelvis » et « pelvis appartenant incidemment à une personne ». But de l'opération : que la patiente puisse « exposer son vagin de manière non sexuelle à un homme » (Kapsalis, 1997, p. 11). On voit que, dans l'optique des auteurs, c'est la femme qui s'expose plutôt que le médecin qui requiert l'exposition de ses parties intimes; il incombe à la première de s'objectifier adéquatement pour le regard médical, sans quoi il s'agit, selon eux, d'un « *case of role failure* » : « *the patient does not cooperate and play the role of the object* » (p. 12). Si l'on extrapole la perspective, il est manifeste que, faute de dissociation (les auteurs emploient ce vocabulaire), la femme pourrait être perçue comme demanderesse d'attouchements génitaux. Elle doit jouer « son rôle », tandis que celui du médecin est immédiatement correct et son comportement au-dessus de tout soupçon. Aux fins de dissociation, le théâtre pelvien requiert l'usage du drapé, de façon à « cacher efficacement la zone pubienne aux yeux de la patiente lorsqu'exposée au médecin ».

Comme le souligne Kapsalis, ce drapé joue le même rôle que le rognage photographique sur le gros plan des organes génitaux dans les manuels de formation des médecins et vise à faire oublier que ce sexe appartient à une personne (ce qui le déssexualiserait... théoriquement). Sans traces de subjectivité (vêtements personnels, autres parties du corps et, surtout, en empêchant le contact visuel), la zone génitale féminine se trouve « adéquatement dressée pour sa consommation médicale ». D'ailleurs, Kapsalis le démontre bien dans son étude des représentations médicales, aussitôt qu'il y a trace d'un sujet dans le cadre, l'image se trouve

immédiatement connotée comme étant « pornographique »⁹⁶. La routine obstétricale avait aussi son propre mode de dressage de la parturiente : imposition de la jaquette d'hôpital, rasage pubien, lavement, installation dans les étrières, badigeonnage de la vulve à la Bétadine. Malgré la nocivité établie de ces gestes, plusieurs persistent encore. Si le port de la jaquette n'est pas nocif comme tel, son rôle symbolique est patent : faire adopter la position de *patiente*, docile et dépouillée des marques de sa personnalité.

Du reste, en elle-même, la démarche entreprise par Henslin et Biggs pour déssexualiser l'examen pelvien en souligne paradoxalement la dimension sexuelle intrinsèque. Surtout si l'on considère historiquement ce type d'examen, alors que les premiers contacts génitaux des médecins sur leurs patientes avaient une finalité de thérapeutique sexuelle, et ces thérapies ont foisonné du 17^e jusqu'au début du 20^e (Maines, 2012). Henslin et Biggs se sont en quelque sorte donné le mandat de gommer l'histoire de leur discipline en construisant une fiction chaste et pure du rapport gynécologique. Mais cette chasteté ne serait atteignable comme objectif que par la néantisation du sujet de l'examen. En fait, dans l'esprit des auteurs, la « déssexualisation dramaturgique » – c'est-à-dire la dispensation d'un traitement non sexuel durant l'examen – dépend de l'aptitude de la patiente à ne pas réagir et ne pas se plaindre, donc à rester passive (Kapsalis, 1007, p. 13). On ose à peine imaginer comment les survivantes d'agressions sexuelles éprouvaient la position (psychique et physique) que Henslin et Biggs leur imposaient. À l'instar de Daly démontrant en quoi l'institution de la gynécologie procédait du *backlash* antiféministe, Kapsalis constate que des travaux de recherche dans la lignée de ceux de Henslin et Biggs ont foisonné à cette époque concurremment à la montée du mouvement de santé autonome des femmes : « L'emploi récurrent des termes du registre sémantique du théâtre ne visait pas la *critique* des relations de genre et de pouvoir dans le cadre du scénario de l'examen pelvien, mais plutôt à *renforcer*, *naturaliser* et *essentialiser* la performance de ces rôles prescrits. » (p. 19) Se référant à ce que Judith Butler appelle la « performance compulsive de la femme », Kapsalis suggère avec justesse que

[...] *l'examen pelvien est en réalité une mise en scène du sexe et du genre*, en particulier la mise en scène de la féminité et de la sexualité féminine. [...] Qui plus est, si l'examen

⁹⁶ Voir l'exemple donné à la note 29.

pelvien n'est pas mis en scène de façon appropriée, si [... la] patiente n'est pas adéquatement transformée en objet [...], l'inconvenance de l'examen menace la stabilité de [l]a médicalisation [de cet objet]. (p. 14)⁹⁷

Ce n'est donc pas innocemment qu'à cette époque, fort d'une campagne de promotion sociosanitaire, l'examen gynécologique devint un rite de passage obligé pour la jeune fille nubile (qui y est souvent conduite par sa mère, d'ailleurs), façon d'inscrire en elle cette attente comportementale hétéronormative et patriarcale : se laisser pénétrer sans se plaindre et sans réagir : « *In this narrative, not only is the pelvic exam preparation for the first sexual experience, it also reads like a first sexual experience in and of itself. The titillation of fear and pain, key ingredients of a Sadeian tale, establish an uncomfortable erotics.* » (p. 17) Pour ma part, il est patent que la répétition de cette dramaturgie vise aussi à conditionner la femme à l'adoption du même rôle passif lors du Grand Jeu de sa vie sexuelle de femme adulte : celui de l'accouchement obstétrical.

Quand Kapsalis évoque les cas d'images rejetées dans le contexte médical parce que dites « pornographiques », elle explique que c'est le marquage du sujet qui provoque cette réaction de censure en même temps que l'appellation pornographie. Or, d'un point de vue théorique, il m'apparaît que c'est plutôt d'une quelconque charge érotique à laquelle on veut soustraire la représentation médicale, au sens où l'éros ne peut se passer du sujet de l'érotisation, de son « objet de désir ». En gommant le sujet, on tend à évacuer le désir – bien qu'on ne puisse que le prétendre (vainement voire fallacieusement). Le scénario de la déssexualisation dramaturgique de l'examen gynécologique relève d'une telle prétention. Aussi serais-je tentée de réserver, dans le cadre de la présente analyse, le terme pornographique à ce rapport de domination qui *exploite* la mise en absence – l'annihilation – du sujet, ainsi que le fantasme de mise à mort de la mère, et aux représentations qui émanent de cette exploitation. Ainsi, cette pseudodéssexualisation des différentes modalités de l'examen vaginal en gynécoobstétrique relève davantage à mon sens, au contraire d'une déssexualisation toute clinique, d'une *ostentation pornographique*, alors que la femme doit être la plus exposée et écartelée⁹⁸ possible, recevoir (lors de l'accouchement) de multiples visites digitales de la part

⁹⁷ Le soulignement est de l'auteur.

⁹⁸ Voir à cet égard l'exemple de l'accouchement de Sandy dans la pièce *Naissance*, à qui le médecin intime sans cesse d'écartier plus grand les jambes pour laisser passer un bébé dont le poids, estimé par

de plusieurs personnes (souvent à des fins de formation dans les établissements universitaires) sans avoir le droit de se plaindre de la douleur causée, amplifiée, et souffrir cette humiliation (d'autant qu'on les convainc que ces gestes sont nécessaires au bien-être de l'enfant à naître). Le théâtre pelvien exige cette exhibition. Si les motivations inconscientes de la pulsion de viol ont à voir avec le désir de tuer la mère, elles s'illustrent assez bien dans le scénario gynécoobstétrical.

Le syndrome de stress posttraumatique relié à l'accouchement

L'incidence du syndrome de stress posttraumatique relié à l'accouchement (SSPT-A) et des manifestations de symptômes du spectre posttraumatique rend compte d'une certaine façon des échecs de distanciation de la femme d'avec son corps. Selon la thèse de Ford (2008), cette incidence est de 2 %, alors que 30 % des femmes qualifient leur expérience d'accouchement de traumatique et que 30 % ont été trouvées partiellement symptomatiques⁹⁹. Seulement pour le Royaume-Uni, cela donne le chiffre saisissant de 12 000 cas de SSPT-A et 180 000 femmes affectées de symptômes de trauma annuellement. Quant à l'étude toute récente de Beck *et al.* aux États-Unis (2011), elle établit l'incidence du SSPT-A à 9 % et à 18 % le nombre de mères en éprouvant un nombre élevé de symptômes. Si l'autoréification ponctuelle peut être salutaire en certaines circonstances, elle est bien souvent impossible, et jamais ne devrait-elle être nécessaire. Il y a toute une marge entre la résilience qui permet à une femme de survivre sans trop de séquelles psychologiques à une expérience d'accouchement malheureuse au cours de laquelle elle a « perdu le contrôle sur son corps » et le bonheur d'un enfantement où elle s'est sentie exaltée en tant que sujet et, par-dessus tout, puissante.

Ce n'est que depuis 1994 que l'on accorde un statut clinique spécifique au « syndrome de stress posttraumatique relié à l'accouchement » et depuis la fin des années 1990 que des

celui-ci, ne cesse d'augmenter (!) d'heure en heure (Brody, 2009, p. 31-32). Autre exemple, tiré du récit de Catherine Cusset (dans Lortholary, 2005, p. 153) : l'auteure relate le réflexe qu'elle a eu de fermer les jambes à un moment de l'expulsion, ce qu'elle a interprété, conforté en cela par la réaction de l'équipe médicale, comme mauvais, sorte de tentative désespérée de retenir le bébé en elle alors que sa tête est déjà sortie, un réflexe immédiatement réprimé par le mari et l'infirmière « appuya[n]t chacun sur une de mes cuisses pour me forcer à les ouvrir »...

⁹⁹ Le récit « Encore là » de Marie Darrieussecq dans le collectif français *Naissances* (dans Lortholary, 2007, p. 11-29) apparaît comme une description très vive et crue d'un vécu maternel posttraumatique.

études s'y intéressent sérieusement. Encore très méconnu dans le monde de la périnatalité, on confond souvent les symptômes du SSPT-A avec ceux de la dépression postpartum, un diagnostic commode où les hormones maternelles ont bon dos. Bien que la dépression soit une comorbidité très fréquente (66 % à 87 % selon le temps écoulé depuis la naissance) du SSPT-A (l'inverse ne l'est pas : la dépression n'engendre pas de stress posttraumatique), un diagnostic exclusif de dépression rate la cible et occulte le problème central (Ford, 2008, p. 5-6). Les études sur le SSPT-A, combinées à des travaux comme ceux de l'étude CRI-VIFF-RNR consacrés aux témoignages des femmes de leur expérience d'accouchement, mettent précisément en exergue la dimension essentielle du respect du sujet de l'enfantement, de la reconnaissance de la parturiente comme personne autonome et apte, quant à la santé physique et mentale¹⁰⁰ des mères dans la période postnatale ainsi que dans l'adaptation aux demandes du nourrisson. Cette expérience a aussi, il va sans dire, des impacts majeurs reconnus sur la vie sexuelle future de la femme. Le besoin d'une dénomination particulière au SSPT-A témoigne en outre de la résistance à admettre que les femmes peuvent souffrir des suites de leur accouchement de quelque chose qui affecte jusqu'à l'incapacité les personnes qui ont vécu la guerre, les victimes d'accident grave ou de crimes contre la personne et les survivantes de viol. Il faut dire d'ailleurs que les femmes qui ont subi des agressions sexuelles sont particulièrement à risque de développer un SSPT-A (facteur de prédisposition).

Quelques remarques s'imposent ici au sujet des facteurs pernatals (*intrapartum*) associés au SSPT-A (p. 15-21, 28) : de façon notable, l'éprouvé de la douleur¹⁰¹ de l'enfantement, son soulagement et la longueur du travail ont été exclus de l'étiologie du syndrome, tandis que le seul facteur obstétrical qui y a été associé ne réside pas tant au plan des interventions pratiquées qu'à celui de la *perception* par la femme à un moment ou un autre d'une menace à sa vie ou à celle du bébé avec réaction de *peur, sentiment d'impuissance ou horreur*. À cet

¹⁰⁰ Depuis 1997, le Royaume-Uni a adopté une nouvelle définition de la mortalité maternelle (OMS CIM-10) qui inclut la mortalité maternelle tardive (jusqu'à 12 mois après la naissance), et selon cette définition, la première cause de décès corrélative à l'événement d'un accouchement serait... le suicide (CEMACH, 2004).

¹⁰¹ La revue systématique menée par Hodnett (2002) est aussi arrivée à la conclusion que le fait d'avoir éprouvé ou non de la douleur n'est pas un facteur de la satisfaction des femmes de leur expérience d'accouchement. Cependant, l'étude de Waldenström et Schytt (2009) a démontré que le souvenir de la douleur joue un rôle important à long terme chez les femmes qui sont globalement insatisfaites de leur expérience d'accouchement, contrairement à celles dont l'expérience a été positive.

égard, on a observé que le déroulement des événements menant à une décision d'intervention (utilisation des instruments ou césarienne d'urgence) avait bien plus d'impacts que le mode d'accouchement lui-même. En fait, cette observation vient souligner le rôle crucial des causes humaines et de l'attitude des intervenants-es, ce que l'identification des principaux facteurs de risque associés au développement de symptômes du spectre posttraumatique est venue confirmer. Regroupés en deux axes, ces principaux facteurs tiennent à ce qui fait défaut quant 1) à la perception de la qualité du *soutien*; et 2) au sentiment de *contrôle*¹⁰². La déficience du soutien revêt différentes formes : communication non satisfaisante avec le personnel; piètre qualité d'interaction avec l'équipe médicale; soins périnataux inadéquats, faible soutien du personnel et du ou de la partenaire; sentiment d'être peu informée et écoutée; contact inadéquat avec le personnel; faible soutien ou aide (tel-le que perçu-e et désiré-e) (p. 19). La dimension du contrôle lors d'événements stressants en lien avec la santé se caractérise par l'atteinte des résultats souhaités et tient à l'équilibre entre le sentiment d'avoir du contrôle sur ce qui se passe (autonomie) et la confiance accordée à l'autre lorsque celui-ci doit être cédé, et qui se montre digne de cette confiance (dépendance consentie) (p. 25). L'atteinte de résultats pour ce qui est de l'accouchement se traduit par une expérience en proche correspondance à l'idée que l'on s'en faisait. Par exemple, une étude de 1998 citée par Ford chiffrait à 45 % le nombre de femmes qui, malgré une préparation prénatale satisfaisante, qualifiaient leur expérience d'accouchement de pire que ce à quoi elles s'attendaient, tandis que 31 % ont déclaré avoir subi des interventions médicales auxquelles elles ne s'attendaient pas, ce qui montre le clivage entre ce à quoi elles sont préparées et ce qu'elles vivent (p. 18). Plusieurs témoignages cités au chapitre précédent m'apparaissent rendre compte de ce décalage entre les attentes et la réalité. Bien que ce qui caractérise un sentiment de contrôle dans le cours d'un enfantement soit fort variable – qui plus est vis-à-vis d'un phénomène en soi incontrôlable et demandant l'abandon¹⁰³ –, Ford regroupe par thèmes et sous-thèmes les

¹⁰² Les facteurs « besoin d'être en contrôle » et « besoin de soutien » ont aussi été identifiés comme cruciaux quant à la satisfaction retirée de l'expérience d'enfantement (Vadeboncœur, 2004b, p. 103-104).

¹⁰³ De la même manière que l'abandon, dans la confiance, est nécessaire pour jouir dans la relation sexuelle. On l'a vu, la compréhension contemporaine des mécanismes réflexes de la parturition montre bien que les mêmes hormones entrent en jeu pour l'enfantement spontané, l'allaitement et la jouissance sexuelle. Et la sécrétion optimale de ces hormones implique abandon et laisser-aller (réflexes de contraction et d'éjection).

facteurs qui en influencent la perception (section 5.3.1) : 1a) la personne soignante prend-elle le contrôle ou est-ce le processus du travail lui-même qui s'accomplit?; 1b) choix, décisions et options; 1c) interventions et procédures (la manière de les effectuer); 2a) l'information dispensée; 2b) être réconfortée : une façon de se voir redonner une part de contrôle; 2c) être écoutée; 3) contrôle de l'environnement et de l'atmosphère; 4) rapport à la douleur et à son soulagement. On comprend aisément comment le cumul de ces facteurs où s'intriquent perte de contrôle et défiance élevée peut s'avérer générateur de stress traumatique.

Enfin, si l'on prend en considération les facteurs prédictifs d'un SSPT-A, soit l'expérience d'une *dissociation péritraumatique* (définie comme une réaction à un stress extrême impliquant dépersonnalisation, déréalisation, sentiment de détachement de son corps, perception temporelle altérée, conscience réduite ou brouillage des réactions émotionnelles) couplée à l'éprouvé d'*émotions péritraumatiques* (anxiété, agressivité, nervosité, sentiment de panique, colère, peu d'émotions positives durant l'accouchement) (p. 20-21), cela jette un éclairage très trouble sur l'exigence de dissociation qu'impose la posture gynécologique traditionnelle à la femme, encore aujourd'hui si peu ébranlée : si les examens gynécologiques représentent une sorte d'« entraînement à la dissociation », on pourrait soutenir que la proposition derrière une telle mise en scène a quelque chose d'une fabrique du trauma.

L'enseignement du toucher vaginal

La discipline de la gynécologie a tout de même envisagé des mécanismes pédagogiques¹⁰⁴ pour déjouer la proposition dissociative derrière le « malencontreux scénario gynécologique » tel que traditionnellement conçu : « une situation dans laquelle un praticien [masculinisé de par sa position même¹⁰⁵] doit, par définition, examiner les organes génitaux d'une femme de

¹⁰⁴ Kapsalis remarque utilement, à l'instar du traducteur anglais de *La Naissance de la clinique* de Foucault, que le terme « clinique » en français, signifiant à la fois le chevet des malades et le lieu d'enseignement (soit l'hôpital), contient en lui-même l'insolubilité du problème, en médecine, de la symbiose entre l'enseignement et la pratique, alors que « les deux concourent à la formation, au transfert et à la perpétuation du savoir médical » (1997, p. 63-64), donc la répétition de schèmes tel celui du théâtre pelvien.

¹⁰⁵ Pour ce qui est des femmes gynécologues ou obstétriciennes en formation, elles se trouvent (et Kapsalis a pu l'observer directement) dans une position particulièrement chiatique et dissociée, s'identifiant à la femme examinée en même temps qu'elles intègrent leur nouveau rôle masculinisé d'observateur. En référence à ce que Laura Mulvey appelle « *trans-sex identification* » dans l'expérience spectatoriale féminine au cinéma, cette identification est décrite comme une habitude qui

manière clinique et nécessairement non sexuelle » (Kapsalis, 1997, p. 62). Contemporaine à la démarche de « déssexualisation dramaturgique » de Henslin et Biggs bien qu'aux antipodes dans son approche, une initiative proposée par le professeur Robert Kretzschmar de l'Université de l'Iowa devint en 1972 le programme d'enseignement dispensé par le biais de *gynecology teaching associate* (GTA). Dans ce programme, les deux personnes dont le corps sert, à tour de rôle, de modèle anatomique agissent directement à titre de formatrices, encourageant le dialogue avec la patiente, la dispensation rigoureuse d'explications, la recherche de rétroaction et la vérification continue du statut du consentement. Terri Kapsalis a œuvré elle-même en tant que « patiente professionnelle », mais surtout à titre de GTA, ainsi analyse-t-elle ces expériences d'enseignement au chapitre III de *Public Privates*. La formation avec GTA a le mérite d'adresser véritablement la dimension sexuelle de l'examen, plutôt que de l'évacuer, et de reconnaître la subjectivité de la personne examinée (qui du coup n'est plus tant une « patiente »). Il faut dire que les gynécologues et obstétriciens-nes en formation se sont traditionnellement entraînés-es à l'examen pelvien sur des cadavres et des prostituées, des corps d'emblée objectifiés, ou plus récemment, sur des bassins de plastique, sans compter la pratique toujours courante à l'éthique questionable de réaliser des séances de formation sur les patientes de chirurgie gynécologique ou urologique sous anesthésie générale¹⁰⁶ (p. 65-66). Quoi qu'il en soit, les critiques du programme ont tout de suite suggéré

devient facilement seconde nature, mais qui reste inconfortable en raison du va-et-vient perpétuel du sujet entre les positions (transidentification/réidentification) (p. 64).

¹⁰⁶ Un article du *Globe and Mail* révélant et confrontant cette pratique très controversée avait suscité en 2010 beaucoup de réactions et de justifications : « Time to end pelvic exams done without consent » (Picard, 2010). L'article précise que, à l'époque, les lignes directrices des associations professionnelles des gynécologues aux États-Unis et en Angleterre exigeaient un consentement particulier, tandis qu'au Canada, les termes du consentement restaient « implicites ». Voici d'ailleurs en quels termes ambigus la SOGC (2006, ligne directrice n° 176) évoquait alors la question :

- Le consentement verbal devrait être obtenu en ce qui concerne les examens pelviens devant être menés par des stagiaires en médecine, que ce soit dans des cliniques, des salles de travail et d'accouchement ou des salles d'urgence.
- Les stagiaires en médecine devraient être accompagnés d'un chaperon approprié en tout temps afin d'assurer la sécurité de la patiente et la valeur de l'occasion d'apprentissage.

En ce qui a trait aux interventions sous anesthésie, le document indique aussi que l'examen pelvien est à considérer comme « une composante de l'intervention chirurgicale ». En ce sens, « le consentement envers l'exécution d'un examen pelvien par des stagiaires en médecine faisant partie de l'équipe chirurgicale est donc implicite, lorsque le consentement envers la participation des stagiaires en médecine à l'intervention chirurgicale est accordé. » Possiblement dans la foulée de la controverse entourant l'article du quotidien montréalais, une nouvelle ligne directrice plus élaborée a été édictée en

que la motivation des femmes qui postuleraient pour un tel emploi aurait à voir avec la recherche compulsive de sensations érogènes et une nymphomanie non dissimulée... Comme quoi ceux-là mêmes qui prétendent à la non-sexualisation de leurs gestes sont prompts à resituer l'examen dans l'orbe du sexuel lorsqu'il s'agit d'une récipiendaire participante plutôt qu'obligée et coite. La GTA agirait comme miroir incommode réfléchissant les intentions de l'examineur (ou de l'examinatrice) :

Instead of focusing on what kind of woman would allow multiple exams to be performed on her, physicians might be more justified in asking how the medical establishment perceives the proper model or model patient. Or to turn the question back onto the medical institution itself, one might ask what kind of man or woman will give multiple exams. Unless there is a continued investigation of the medical structures that construct and reflect attitudes about female bodies and sexuality, the answer to this question might indeed be something to really fear. (p. 79)

Compte tenu de l'escamotage de l'histoire trouble de la gynécobstétrique dans la formation des nouveaux médecins, cette tâche de réflexivité n'est pas une mince affaire, malgré des initiatives telles le programme GTA animées des meilleures intentions.

Comme je le disais en introduction à cette section, le corps des parturientes est souvent utilisé pour former les futurs-es omnipraticien-nes-accoucheurs-euses, obstétriciens-nes et infirmiers-ères d'obstétrique à une modalité particulière de l'examen pelvien, soit le toucher vaginal, visant à apprécier la dilatation et l'effacement du col utérin en cours de travail ainsi que la présentation fœtale (j'ai d'ailleurs amplement traité de l'expérience des femmes de cet examen et de son rôle dans la construction performative du travail au chapitre précédent). En plus d'être une pratique dont on remet sérieusement en question l'utilité de la fréquence et de la répétition en raison du risque infectieux qu'elle pose (Enkin *et al.*, 2000), sans compter son

sept. 2010 (n° 246) où l'on parle désormais de consentement « obtenu et documenté », tout en maintenant le conditionnel (« devrait être ») et en insistant sur la valeur pédagogique de cette pratique, alors que le bassin de la femme est idéalement détendu et relaxé.

Comme le souligne Kapsalis, outre son caractère non éthique, cette tradition de pratiquer ces examens sur des patientes de chirurgie a fort partie liée avec la conception que j'appelle pour ma part pathogénétique du corps féminin et la perspective selon laquelle il faut, pour être un-e bon-ne gynécologue, être exposé-e au maximum de pathologies pour savoir à quoi ressemblent les organes génitaux normaux. Le mouvement féministe et de santé autonome des femmes a opposé que, au contraire, il faut être exposé au plus grand éventail possible d'organes du spectre de la normalité pour discriminer la pathologie et éviter de développer le réflexe de la suspecter immédiatement (1997, p. 76).

désagrément pour la femme, surtout en travail actif, les intervenants-es semblent bien peu habitués-es à réfléchir à la portée du geste et à la manière dont ils/elles l'exécutent et dont les femmes le vivent. Un exemple marquant est celui de la réaction de Murray Enkin, l'un des responsables du vaste projet de révision scientifique continue des pratiques obstétricales de la *Cochrane Collaboration* connu sous le nom d'*Effective Care in Pregnancy and Childbirth*¹⁰⁷, lorsqu'il prit connaissance des résultats d'une étude d'observation sur les examens pelviens effectués durant la phase de la poussée (Bergstrom *et al.*, 1992). L'analyse des enregistrements vidéos de ces examens ayant révélé à la fois de la brutalité dans la façon de réaliser l'acte et l'insensibilité des intervenants-es aux réactions des femmes pendant l'intervention, Enkin fit part de son étonnement en publiant ce commentaire au titre révélateur : « *Do I do that? Do I really do that? Like that?* » (Enkin, 1992) La scène de l'accouchement de Chantal (HV27) au chapitre précédent constitue un excellent exemple de la manière dont cela se passe. L'étude de l'équipe de Bergson a ainsi permis d'apprécier le fait d'invisibilisation acquise de la sexualité de la scène natale dont je parlais plus tôt en même temps que l'inconscience – peut-être davantage que la dénégation – du potentiel d'agression ainsi que de l'effraction que constituent les TV.

De l'importance de comprendre et reconnaître la dimension sexuelle de l'enfantement

Dans cette perspective, afin de prévenir l'expérience d'accouchement traumatique, la dimension sexuelle de la naissance doit-elle être prise en considération, mais d'abord doit-elle être vue et reconnue en tant que telle. Lorsque les comportements des intervenants-es y sont sensibles et obligeants, l'expérience que les femmes rapportent de leur enfantement est d'ordinaire beaucoup plus positive voire satisfaisante. En fait, au-delà du premier niveau de l'attitude respectueuse des personnes qui accompagnent l'événement de la naissance, celui de la subjectivation de la femme qui enfante passant par le respect plein et entier de ses droits et de son autonomie, se situe celui d'une resexualisation de l'événement, laquelle requiert l'acceptation, mais surtout la compréhension de la sexualité inhérente à la parturition, et ouvre la possibilité à l'expérience – bien que toujours taboue – de l'enfantement orgasmique, extatique, à l'éprouvé du plaisir, d'une satisfaction charnelle, du sentiment d'*empuissancement* (*empowerment*), selon les mots que les femmes donnent à cette

¹⁰⁷ Voir note 65.

expérience. Mais pour que cela advienne, la présence de l'intervenant-e doit se faire discrète si ce n'est quasi invisible, observatrice plutôt que performative¹⁰⁸. En clair : une attitude en rupture complète avec la tradition obstétricale, caractérisée par la prise de contrôle; un renouement avec les compétences et l'humilité maïeutiques, où l'accompagnement a le sens de présence bienveillante et sécurisante.

5.5 *Expurgation du (plaisir) sexuel : l'expérience prohibée de l'enfantement-exultation*

Si la sexualité de la parturition est invisible à bien des yeux, non seulement à ceux des intervenants-es, mais aussi aux yeux des femmes elles-mêmes, donc aux yeux de notre culture de la naissance, c'est qu'un interdit de jouissance repose toujours sur un événement qu'on a fini par associer à la « malédiction d'Ève », à l'expiation du péché de la chair selon la tradition augustinienne. En 1949, l'anthropologue Margaret Mead observait que « l'imagination masculine sur la naissance, ni disciplinée ni définie par des indices physiques immédiats ou par l'expérience, a probablement contribué de façon disproportionnée à nos croyances et pratiques culturelles entourant l'enfantement¹⁰⁹ ». La psychanalyste Johnson ajoute : « L'homme, par la culture patriarcale qu'il a mise en place, a inventé le concept d'accouchement synonyme de douleur et souffrance¹¹⁰ » et qu'une histoire différente émerge à peine des récits féministes (Johnson, 1997, p. 38). Sans m'étendre davantage sur les origines et l'histoire théologiques de cette construction, je voudrais plutôt m'attarder à la nature sexuelle et orgasmique de la naissance en tant que ce qui est sacrifié sous le modèle gynécoobstétrical. Et surtout, en fait, en tant que ce qui constitue la distinction fondamentale que je défends entre *l'accouchement comme praxis* et *l'enfantement comme phénomène*. Pour illustrer cette distinction, je reprendrai ici l'analogie du psychiatre Ronald Laing cité par l'obstétricien et néonatalogiste Marsden Wagner dans son ouvrage *Born in USA* (2006) : « *We do not see childbirth in many obstetric units now. What we see resembles childbirth as much as artificial insemination resembles sexual intercourse.* » Peut-être une naissance a-t-

¹⁰⁸ J'ai décrit au chapitre III la nécessité biophysiological de l'accompagnement le plus effacé possible, essentiel à la libération optimale des hormones facilitant la naissance et au déroulement d'un processus involontaire orchestré au niveau du cerveau reptilien.

¹⁰⁹ D'après son ouvrage *Male and Female* (New York : W. Morrow, 1949); citée par Johnson (1997), p. 38.

¹¹⁰ Je traduis ces extraits.

elle bel et bien lieu lorsqu'une femme « est accouchée », mais ce n'est pas sans dessaisir l'événement d'une grande part de sa valeur expérientielle. Loin de moi l'idée – je le réitère – de faire de la maternité charnelle et de l'enfantement (auquel on pourrait adjoindre l'épithète piégée de « naturel ») une sorte de quintessence de la vie sexuelle féminine adulte, une étape développementale nécessaire ou quoi que ce soit du même acabit, distinguant dans l'échelle de l'évolution psychique les femmes qui ont désiré ou ont eu accès à un « enfantement naturel » des « autres ». Bien que j'accrédite par exemple la position d'une psychanalyste féministe comme Lucy Holmes Johnson qui voit dans l'expérience (positive) d'enfantement une occasion développementale unique (*developmental milestone*) et y a consacré ses travaux, cela n'en fait pas pour autant un passage obligé. Au demeurant, les témoignages de femmes pour qui l'expérience de l'enfantement a eu des impacts très significatifs ou transformateurs ne sont pas qu'anecdotiques bien qu'une telle expérience n'ait que très peu suscité d'intérêt scientifique. Elle mérite qu'on y « consacre une attention pensante », pour reprendre les mots de Derrida à propos de l'impensé du sujet philosophique de la naissance (Derrida et Roudinesco, 2001).

L'enfantement envisagé comme expérience sensuelle jouissive

Commençons d'abord par quelques considérations sur l'enfantement envisagé comme expérience sexuelle jouissive – et non un plaisir féminin purement masochiste (bien qu'il s'y mêle le plus souvent de la douleur) comme le prétend la vision réductrice d'une certaine théorisation psychanalytique. Pour comprendre ce qui est perdu, ce que l'on sacrifie, ce qui a été évacué du récit patriarcal de la naissance (comme l'exprime Johnson ci-haut, ou, plus encore, Adrienne Rich). On trouve dans *Le Livre du Ça*, publié en 1923, du psychanalyste Georg Groddeck une évocation tout à fait étonnante de cette expérience, d'autant qu'elle est exceptionnelle, et pas que pour son époque (déjà que la sexualité de la grossesse brille par son absence dans le discours des psychanalystes qui se sont penchés-es sur la maternité [Tourné, 2007, p. 138]¹¹¹). Dans l'une de ses lettres fictives adressées à une « amie », Groddeck porte d'abord aux nues la volupté de l'état gravidique : « Eh bien, amie vénérée, la grossesse appartient à ce genre de masturbation en infiniment plus fort, car ici, le péché

¹¹¹ Il faut quand même ajouter le nom d'Helene Deutsch (1994) qui parle d'orgasme de l'enfantement dans *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*, publié en 1925.

s'auréole de sainteté. Mais quelque sainte que soit la maternité, cela n'empêche pas que l'utérus gravide excite ces nerfs et produit une sensation de volupté »¹¹² (Groddeck, 2001, p. 70). Ce phénomène s'explique d'ailleurs bien concrètement par le fait que la grossesse double peu à peu le volume sanguin de la femme, d'où une irrigation accrue des organes génitaux. Puis, Groddeck s'en prend à la culture, qui nourrit un tabou séculaire autour de l'enfantement-plaisir :

Et ensuite, vous consentirez à me suivre plus loin encore et à admettre une affirmation encore plus sévèrement désapprouvée par le cœur et la civilisation, à savoir que l'accouchement lui – même est un acte de suprême volupté dont l'impression subsiste sous forme de tendresse pour l'enfant, d'amour maternel. [...] Il est vrai que cette affirmation est en contradiction avec toutes les expériences, avec l'expérience de millénaires. Pourtant, un fait que je tiens pour fondamental et duquel il faut partir, ne la contredit point : c'est qu'il ne cesse de naître de nouveaux enfants, par conséquent, toutes ces peurs, toutes ces souffrances desquelles on nous rebat les oreilles depuis des temps immémoriaux ne sont pas assez fortes pour ne pas être surpassées par le désir, ou un quelconque sentiment de volupté.

Avez-vous déjà assisté à un accouchement? Il y a un fait tout à fait étrange : la parturiente gémit, crie, mais son visage est rouge, fiévreusement surexcité et ses yeux ont ce rayonnement extraordinaire qu'aucun homme n'oublie quand il l'a suscitée chez une femme. Ce sont des yeux singuliers, curieusement voilés, exprimant l'enivrement. Et qu'y a-t-il de remarquable, d'incroyable, à ce que la douleur soit une volupté, une suprême volupté? Seuls, ceux qui flairent partout la perversion et les plaisirs contre nature ne savent pas ou font semblant d'ignorer que la grande volupté s'accompagne de douleur. [...] Le vagin de la femme est un Moloch insatiable. Où donc est le vagin qui se contenterait d'avoir en soi un petit membre de la taille d'un doigt, alors qu'il pourrait disposer d'un autre, gros comme un bras d'enfant? L'imagination de la femme travaille avec des instruments puissants, l'a toujours fait et le fera toujours. [...]

Pourquoi, si l'enfantement est vraiment un acte de volupté, l'heure des douleurs est-elle décrite comme une souffrance nonpareille? Je ne saurais répondre à cette question : demandez aux femmes. Je peux cependant affirmer avoir rencontré de-ci de-là une mère qui m'a avoué : « Malgré les douleurs, ou plutôt à cause d'elles, la naissance de mon enfant a été la plus belle impression de ma vie. » Peut-être pourrait-on supposer que la femme, obligée de tout temps à la dissimulation, est incapable de parler tout à fait franchement de ses sensations parce qu'on lui a communiqué pour la vie l'horreur du péché. Mais on ne parviendra jamais à découvrir tout à fait l'origine de cette identification entre le désir sexuel et le péché. (p. 71-73)

¹¹² En écho, cette réflexion de la performeuse espagnole Maria Llopis, associée au mouvement féministe *post-porn* : « Pregnancy as a mega sexual state of bodies », *mariallopis.com* (en ligne: <<http://www.mariallopis.com/en/portfolio/pregnancy-as-a-mega-sexual-state-of-bodies/>>, consulté le 19 déc. 2011).

Certes, la représentation de l'enfantement-exultation n'est pas celle qui domine – et c'est un euphémisme – dans les œuvres de fictions et la culture contemporaine en général. Ainsi cette réflexion du médecin Marc Zaffran alias le romancier Martin Winckler :

Je comprends très [bien] l'usage, à l'écran, du stéréotype de la parturiente qui crie : il est destiné à montrer qu'accoucher, ce n'est pas de la tarte, et à augmenter la tension dramatique dans les scènes de naissance (qui ne surviennent jamais à l'improviste dans les films ou les séries télé, mais toujours à des moments soigneusement choisis par les scénaristes). [...] Mais la télévision et le cinéma ont un impact important sur l'imaginaire et le ressenti des spectateurs. Des scènes aussi émotionnellement chargées que la naissance (y en a-t-il de plus universelle que celle-là?) ont inévitablement un effet inductif puissant sur les femmes qui n'ont jamais accouché (« Ça fait tellement mal qu'on hurle, je veux une péridurale! »), sur les hommes qui aimeraient être présents à la naissance de leurs enfants (« Je ne veux pas l'entendre crier, je ne veux pas la voir souffrir ») et sur les soignants qui cherchent à rassurer les uns et les autres – et à former d'autres soignants.

Et que ressentent les femmes, les hommes et les soignants qui ne se reconnaissent pas du tout dans ces séances de hurlements?

Quand on cherche à représenter la réalité, on se doit de la décrire dans toute sa variété et toutes ses nuances. Ça fait partie de l'éthique de la narration, je crois.

Alors j'aimerais bien, de temps à autre, dans les films et les téléseries, voir un personnage féminin accoucher sans pousser un cri et entendre dire clairement que toutes les femmes qui accouchent ne crient pas.

Ce serait moins caricatural, moins sexiste, moins terroriste.

Et plus juste. (Winckler, 2012a)

Adrienne Rich avait elle aussi fait la réflexion que la description de l'enfantement en termes de douleur a réduit et façonné l'expérience des femmes. À preuve : à force de nommer les contractions des « douleurs », les femmes ont perdu accès à la visualisation d'un processus en cours (dont elles ne seraient pas le simple jouet ou la victime de par leur condition de femme) pour mieux se percevoir comme envahies par la sensation douloureuse (Rich, 1976, p. 162).

Cette éthique de la narration réclamée par Winckler est peut-être en train de se déployer sur un autre terrain, alors que, dans le monde de plus en plus vaste, ou, je dirais, de plus en plus visible à cause d'internet, de la « naissance alternative » (doulas, sages-femmes, maisons de naissance, accouchement à domicile, groupes d'influence et d'*advocacy*), on assiste ces dernières années à une prolifération des représentations (photos, images, vidéos, récits, films et documentaires) mettant de l'avant une vision autre, contre-culturelle, de la scène natale, et

qui n'a rien d'agonique. Cette forme de représentation divergente semble aussi en voie de contaminer le monde scénaristique ou dramaturgique plus *mainstream* ou grand public. On en vient à lire, par exemple, sur un blogue rattaché à un hebdomadaire montréalais, un témoignage comme celui-ci, d'un nouveau père, célébrant la complicité du couple dans l'enfantement :

Le 15 octobre, un peu avant *3600 secondes d'extase*, ma blonde a accouché en direct de notre sous-sol, à quatre pattes dans une piscine gonflable. Elle n'a pas hurlé de douleur, elle n'a pas eu l'air possédée du démon et n'a réduit aucune de mes phalanges en purée. Elle n'a pas non plus eu besoin de quelque antidouleur que ce soit. [...] À la place, enveloppée dans un nuage d'endorphines, ma blonde s'endormait entre chacune de ses contractions. Elle était magnifique à voir. Anecdote : chaque contraction, vous allez rire, ma blonde les prenait en disant un grand « Ouuuuu! ». On est loin de la trame sonore du film d'horreur. On est plus dans l'audio d'un film cochon, mettons. Et c'est ainsi que Romane est venue au monde dans l'eau. Après le départ de la sage-femme, on s'est endormis dans notre lit, et le lendemain, on s'est réveillés chez nous. On était une famille. [...] J'ai la conviction que lorsqu'on ambitionne de donner la vie, la moindre des choses, c'est d'avoir confiance en elle, la vie. (Proulx, 2009)

Ou encore, ce témoignage candide d'une dame de quatre-vingts ans, Estelle, confiant, à l'occasion d'un billet de Martin Winckler au sujet de la liberté de positions durant le travail et l'accouchement paru en 2012 sur le site *Passeportsanté.net*, n'avoir jamais trouvé l'enfantement douloureux :

J'ai accouché 6 fois, sans jamais ressentir aucune douleur. Les deux premiers une garde-malade m'a mis dans un demi sommeil et m'a donné des messages¹¹³. [...] La troisième j'avais lu un livre sur l'accouchement sans douleur sans être endormi aussi. J'ai donc fait les exercices qu'il avait dans ce livre, tout en me disant que c'était possible. Une belle grosse fille de 8 livres, toujours ses accouchements à la maison. Le 4e, j'ai renouvelé l'expérience, j'ai vagué à mes occupations jusqu'à la dernière minute, en prenant ma fille qui avait juste un an, en courant dans la maison avec les deux autres. Un beau gros bébé de 10 livres et 11 onces, dépassé son temps de 4 semaines. Ce fût pareil pour la 5e et la 6e, qui est arrivé avant le médecin. Comme c'était la mode de se faire endormir, j'ai refusé ceci. Le monde ne me croyait [pas] non plus. Maman qui était sage femme depuis plus que 15 ans, disait que je jouais la comédie. Ces belle contraction ressemblait beaucoup plus à une grosse envie des selles que je satisfaisait. Mes enfants ont de 59 à 52 ans, et ceci s'est toujours passé à la maison. [...] Les femmes et la population sont

¹¹³ Ce n'est pas clair si Estelle fait référence ici au *Twilight Sleep* ou si elle parle d'une forme d'hypnose avec suggestions mentales.

tellement encre dans cette idée que cela doit faire mal avoir un bébé. J'ai vécu des temps merveilleux avec tous ces enfants et que je vis encore. [sic]¹¹⁴

Fait à remarquer dans ce témoignage qui porte sur des naissances ayant eu lieu dans le Québec des années 1950 et 1960, l'auteure défend déjà un choix en rupture avec la culture obstétricale de l'époque et revendique une expérience qui ne trouve plus crédit (« le monde ne me croyait pas »). On y lit aussi la dynamique de la transmission mère-fille : une mère sage-femme (dans le contexte, on parle d'infirmière d'obstétrique ou de puéricultrice) qui s'y connaît en accouchements semble refuser l'idée que sa fille éprouve une forme d'expérience qui lui est étrangère; Estelle « jouerait la comédie »... de ne pas avoir mal. Estelle adhère au prédicat du mouvement de l'ASD selon lequel la douleur de l'enfantement est un conditionnement culturel sous-tendu par la peur et la crispation et, en ce sens, elle prend ses distances avec l'héritage maternel.

Le récit d'enfantement-exultation ou satisfaction prend tranquillement place dans le discours, investit également – bien qu'avec difficulté à s'y faire reconnaître – la parole féministe, la maternité restant un domaine toujours suspect d'asservissement. Ainsi, Annie Leclerc écrivait-elle en 1974 : « accoucher c'est vivre aussi intensément qu'il est possible de vivre. C'est le somptueux paroxysme de la fête¹¹⁵ ». Néanmoins, c'est surtout depuis les années 1990 (Schneider, 2009) que les féministes en rendent compte. Par exemple, Kathryn Allen Rabuzzi, dont voici un extrait : « *I felt myself expand infinitely outward. This did not exactly hurt; it was on the other side of pain, where pain is no longer an appropriate word. Possibly ecstasy will do. I was dying, being born, giving birth. An infinite outward and inward expansion.*¹¹⁶ » Cet « autre côté de la douleur » ou cette « sensation de ne plus avoir de corps et devenir un canal d'énergie », tel que le décrivait Nicole, interviewée pour un article de la revue *Urbania* (Bergeron, 2011), est aussi une façon de décrire le genre de sensations glorifiées par les adeptes de sport ou d'autres formes de dépassement physique,

¹¹⁴ Commentaire d'Estelle Côté envoyé le 2 avril 2012 en réaction au billet « Travail et accouchement : révisez vos positions! » de Martin Winckler (2012b). Le texte est recopié tel quel, sans corrections.

¹¹⁵ A. Leclerc, *Parole de femme* (Paris : Grasset, 1974); citée dans Cesbron et Knibiehler (2004), p. 157.

¹¹⁶ Kathryn Allen Rabuzzi, *Mother with Child : Transformations Through Childbirth* (Bloomington : Indiana University Press, 1994); citée par Johnson (1997), p. 38.

qu'on attribue à l'effet des endorphines et de l'ocytocine naturelle¹¹⁷. Une expérience recherchée par les uns-es apparaît encore aujourd'hui louche lorsqu'il s'agit de réclamer un « accouchement naturel », sans hormones ni anesthésiques artificiels. Ou bien les femmes feraient par abnégation ce choix rétrograde de souffrir « au bénéfice du bébé », victimes d'un nouvel écologisme aliénant (Badinter) – et aussitôt se voient-elles accusées d'antiféminisme –, ou bien elles n'auraient que faire du bien-être du bébé et, en mal de sensations fortes, privilégieraient des avenues dangereuses (tel l'accouchement naturel à domicile) par pur « machisme féministe¹¹⁸ », afin de se prouver supérieure. Dans un cas comme dans l'autre, elles sont suspectes.

Mais s'il en était simplement de ne pas vouloir faire le sacrifice d'une expérience intensément sensuelle :

*After all the pain of labor, pushing felt fantastic. I've never felt so powerful, and yet it was as if I had nothing to do with it but get out of the way and let life renew itself. I could feel the baby being born. It was the most exhilarating moment I've ever known. The head was so big, and as it passed into the world, I let out a cry of joy and relief. Then I felt the limbs like slippery little fishes. It was the most erotic experience I've ever had.*¹¹⁹

L'association accouchement et jouissance : malaise?

Toutes les représentations issues de ce que j'appelle le monde de la naissance alternative ne sont pas à tout coup sexuellement explicites ou franchement érotisées, loin de là. Par contre, on est de plus en plus susceptible d'être exposé-e à des narratifs de cette nature¹²⁰ ou à des

¹¹⁷ Contrairement à l'ocytocine sécrétée par le corps lui-même (aussi appelée neurohormone), l'ocytocine injectée ne traverse pas la barrière hématoencéphalique, et donc n'induit pas d'effets comportementaux ni de sensations d'excitation ou de plaisir (Uvnäs Moberg, 2003).

¹¹⁸ Une expression utilisée par un médecin dans un article repris d'Associated Press par *Yahoo! News*, commentant la hausse importante du nombre des naissances à domicile aux États-Unis entre 2004 et 2008 : Leanne Italie, « Home birth on the rise by a dramatic 20 percent », 5 juil. 2011 (en ligne : <<http://news.yahoo.com/home-birth-rise-dramatic-20-percent-184157307.html>>), et commenté ici : « And the Misogynist Wins », *Birthing Beautiful Ideas ...Somewhere between reverence and irreverence (blog)*, entrée de 6 juil. 2011 (en ligne : <<http://birthingbeautifulideas.com/?p=3654>>). Liens consultés le 6 juil. 2011.

¹¹⁹ Description donnée par une cliente de la psychanalyste Johnson, *op. cit.*

¹²⁰ Ici, par exemple, Laura Shanley consacre une page de son site Web à des extraits de récits d'enfantement mêlés de jeux sexuels et de masturbation : « Sensual Birth », *Bornfree!* (en ligne : <<http://www.unassistedchildbirth.com/sensual/sensualbirth.html>>, consulté le 13 janv. 2012).

témoignages vidéos¹²¹. La réception d'un tel récit est très divergente. S'il y en a qui sont touchées et trouvent cela beau, l'exubérante sexualité de l'enfantement et la possibilité d'y éprouver du plaisir suscitent souvent des réactions choquées. Le récent spécial « Bébés » de la revue *Urbania* consacrait ainsi un court article à l'accouchement « orgasmique » (« Accoucher en jouissant », Bergeron, 2011). L'auteur constatait que les commentaires lus sur le Web et les propos tenus sur certains blogues « maternité » à ce sujet suffisaient à « déprimer sur la nature humaine » : « Certains s'offusquent à l'idée que leur mère ait pu "avoir du plaisir en les accouchant". D'autres affirment que l'idée leur donne le "goût de vomir". Un autre "a froid dans le dos à imaginer sa mère à avoir du plaisir à sa naissance". Certains croient même que l'enfant né dans la jouissance aura "besoin d'un psychologue à l'adolescence". » D'autres tiennent un discours du type « il y a un temps pour jouir, il y a un temps pour accoucher », calquant la dichotomie habituellement servie au sujet des seins de la femme « tantôt nourriciers, tantôt sexuels », pour bien sortir la maternité et le maternage de l'orbe de l'érotique. Un commentaire nous vient immédiatement à l'esprit (très proche de celui de Debra Pascali-Bonaro, réalisatrice du documentaire *Orgasmic Birth : The Best-Kept Secret* [2008]¹²² et coprésidente de l'IMBCO, qui clôt l'article) : pourquoi serait-on plus à l'aise avec l'idée que notre mère ait enfanté dans la douleur plutôt que dans le plaisir? Surtout que la douleur n'est pas une nécessité physiologique ou un impératif biologique qui en ferait une composante de la naissance. La jouissance de la mère – dans le continuum grossesse, enfantement, allaitement – reste taboue, irréprésentable et suspecte, confondue, comme on l'a déjà dit, avec un inceste maternel. Comme si le plaisir était abus et la douleur une parade à celui-ci, un garde-fou... Car chacun-e sait que – si on me permet l'ironie – qui a mal ne saurait abuser...!

¹²¹ L'une des plus célèbres vidéos est sûrement celle-ci : « Birth 8 Found », *YouTube*, ajoutée le 1^{er} nov. 2009 (en ligne : <<http://www.youtube.com/watch?v=BRWYUAKaoZo>>, consultée le 17 août 2012). Diffusée illégalement sur le site de vidéopartage, elle provient du matériel d'enseignement des praticiens-nes de l'ASD en France et date des années 1950 ou début 1960.

¹²² Ce documentaire aborde l'enfantement « naturel » comme une expérience transcendante, de dépassement, jouissive dans un sens large, non exclusivement sexuel. On y voit quelques femmes qui éprouvent du plaisir au moment d'enfanter, mais le film n'est pas uniquement consacré à ces rares expériences. Par ailleurs, d'après un sondage mené par la sage-femme étatsunienne Ina May Gaskin auprès de 151 amies, 32 d'entre elles ont affirmé avoir connu du plaisir sexuel au cours d'au moins un enfantement, soit 21 %. La plupart de ces femmes ont donné naissance dans des conditions peu perturbées (au centre de naissance appelé *The Farm*), mais certaines ont vécu leur accouchement orgasmique à l'hôpital (Gaskin, 2003, chap. 3).

En 2007 s'est déroulé sur le Web un épisode qui donne la mesure de cet irréprésentable de la naissance-exultation, mettant en scène Laura Shanley, figure emblématique de l'« accouchement non assisté » (*unassisted childbirth*). Ayant posté sur *YouTube* l'une de ses vidéos, où on la voit, en flou et dans la pénombre, donner naissance dans une position de force (à la verticale, à genoux) en émettant quelques sons et respirations audibles pouvant s'apparenter à ceux produits durant l'acte sexuel, Shanley a vu le clip retiré du site pour violation de ses politiques relatives à l'obscénité. Remise en ligne par la suite, la vidéo reste indisponible au moment où je revisite le lien en 2012, alors que la page affiche la mention « supprimée, car son contenu ne respecte pas les Conditions d'utilisation »¹²³. Pourtant, la recherche « *unassisted childbirth* » donne 1 040 résultats en date du 30 août 2012, dont plusieurs très explicites tant au plan sonore que visuel. À l'époque, la question soulevée par Shanley était : pourquoi ma vidéo est-elle obscène, donc censurée, alors que ces extraits – très crus – d'accouchements médicalisés, avec force épisiotomie en gros plan, ne le sont-ils pas¹²⁴? On en a parlé auparavant, il s'agit bien sûr de l'effet du contexte médical qui rend recevables, voire consommables, des représentations autrement scabreuses. On pourrait évoquer ici une forme de *conflit de monstration*.

Pousser couchée : esquiver l'apothéose de la sortie de l'enfant

Autant l'acte épisiotomique vient « couper court » à un possible plaisir durant la parturition, mais surtout l'amputer pour l'avenir, autant la lithotomie imposée au deuxième stade du travail, soit la phase d'expulsion ou « de la poussée », semble répondre de cette motivation

¹²³ Le lien vers la vidéo est celui-ci : <<http://www.youtube.com/watch?v=NMaAfakqHpo>>. Shanley avait envoyé un courriel le 29 août 2007 (« YouTube reposted my video! », infolettre *UCbirthnews* [<UCbirthnews@yahoo.com>]) pour signaler que sa vidéo avait été remise en ligne, après trois lettres envoyées par elle aux administrateurs du site mais restées sans réponse. Néanmoins, elle confiait avoir dans l'intervalle mis la même vidéo en ligne sur *LiveVideo*, où elle a été supprimée en moins d'une heure, et sur *MySpace*, où elle connut le même sort en moins de deux jours. L'extrait est désormais hébergé sur un site privé à l'adresse suivante : <http://www.onetruemedia.com/shared?p=10461340dbd1f62a6bda6c6&skin_id=601&utm_source=otm&utm_medium=text_url> (consulté le 31 août 2012).

¹²⁴ Les clips recensés par Shanley apparaissaient dans l'un de ses messages (« Censorship at YouTube ») sur *UCbirthnews* envoyé par courriel le 18 août 2007. En voici la liste, avec leur statut en date du 30 août 2012 : <<http://youtube.com/watch?v=cNP6PYQWknQ>> et <http://www.youtube.com/watch?v=q_P3VhPpXNk> (retirés par l'utilisateur); « Childbirth », <<http://www.youtube.com/watch?v=WCIKCJ1CmeU>>, mis en ligne le 28 avril 2007 (toujours en ligne; regardé plus de 9 624 000 fois). J'avais visionné tous ces extraits le 19 août 2007.

passée du côté de l'inconscient d'esquiver l'apothéose du moment précis de l'émergence de l'enfant, alors que les gémissements culminent et que la femme en couches est portée à adopter des positions jadis considérées bestiales et indécentes. « Heureusement », la péridurale a réglé le problème de l'inconfort de la lithotomie et facilité son maintien dans tout le cours de la naissance. De ses observations en milieu hospitalier, Vadeboncoeur avait émis le constat que c'est précisément au moment de la poussée que les femmes ont le moins d'autonomie (2004a, p. 153 [citant les travaux de Kitzinger] et p. 193-197, conclusion de son chapitre V, « Les comportements des intervenant-e-s », et en particulier de la section portant sur « la prise de décision : les intervenants décident-ils à la place des femmes? »). En d'autres mots, alors qu'on leur a fait miroiter une politique d'établissement favorisant la liberté de mouvement et de position tout au long de l'accouchement (rappelons que les observations de Vadeboncoeur ont eu lieu dans une maternité québécoise aux pratiques réputées progressistes), les femmes se voient d'emblée installées en position gynécologique une fois décrétée la fameuse dilatation complète, puis débute la poussée *coachée*. De fait, le 2^e stade correspond aussi au moment où le ou la médecin est normalement appelé-e pour « faire l'accouchement » et prendre le contrôle des opérations. Si la fameuse technique *Vasalva*, bien que nocive¹²⁵, persiste dans les usages obstétricaux (soi-disant pour pousser efficacement ou

¹²⁵ Le modèle physiologiste prétend que la poussée n'est pas un effort mais un « réflexe d'éjection » (Odent) de l'utérus et que les efforts expulsifs, la plupart du temps dirigés, sont antagonistes du mécanisme involontaire d'éjection (voir notamment De Gasquet, Odent, Gaskin, Buckley, et Beynon avant eux). En ce sens, on devrait laisser pousser aussitôt que l'envie – « Ça pousse! », comme disent les femmes – s'en fait sentir, gage d'une expulsion rapide et aisée. Un problème se pose tout de même avec la péridurale : elle ne permet pas toujours de ressentir une envie spontanée de pousser, rendant nécessaires les touchers vaginaux pour l'évaluation de la dilatation, suivie, une fois complète, de l'habituelle poussée dirigée (technique Vasalva : « inspirez, bloquez, poussez!!!! »; en anglais, on utilise aussi l'expression douloureusement imagée de *purple pushing*...). Le *coaching* du 2^e stade du travail des parturientes sous péridurale renforce d'une certaine façon à la fois la compréhension de la parturition selon le modèle mécaniste et la nécessité de conduire tout accouchement, sous anesthésie ou pas, selon ce modèle. La technique Vasalva est pourtant une pratique dont les avantages présumés (durée d'expulsion raccourcie et meilleur état du bébé à la naissance) n'ont pas été démontrés, et qui, au contraire, est associée à une augmentation de la fréquence et de la sévérité des blessures périnéales chez la mère ainsi que des probabilités de décélérations du rythme cardiaque fœtal (Enkin *et al.*, 2000; Sakala et Corry, 2008). Dans le classement du GECPC, les pratiques que l'on regroupe sous la catégorie du contrôle de la poussée (dont : poussée dirigée, maintien de l'effort expulsif le plus longtemps possible et rétention du souffle pour pousser) reçoivent la cote de niveau 5 (sur 6) : « *forms of care unlikely to be beneficial* », c'est-à-dire contre lesquelles les preuves s'accumulent, mais pas aussi fermement à ce jour qu'envers les pratiques classées au niveau 6.

De surcroît, les muscles sollicités par ces efforts expulsifs n'ont techniquement rien à voir avec la parturition, surtout quand la parturiente est installée dans l'habituelle position gynécologique semi-

pour ne pas s'épuiser), peut-être est-ce parce qu'elle impose un rythme contenu à la respiration de la femme et dicte les efforts expulsifs, ce qui confère à ce moment les allures d'une épreuve sportive, lesquelles se surimposent aux référents (sonores et posturaux) à l'acte charnel dont l'enfantement non discipliné et « sauvage » est nimbé.

Ces exemples montrent bien l'inconfort suscité par le spectacle du sexuel de la naissance. Dans cette perspective, la péridurale, tout comme le *Twilight Sleep* ou l'anesthésie générale avant elle, vient utilement empêcher ces manifestations gênantes. Et tranquillement, celle-ci se voit remplacée, en partie pour les mêmes motifs inconscients, par la césarienne programmée, qui permet de surcroît d'escamoter les sensations du travail. Au-delà d'un possible plaisir à enfanter, il y a plus qui est sacrifié avec la naissance anesthésiée : une expérience.

5.6 *Le sacrifice d'expérience – péridurale : une entrave à l'empuissancement*

L'enfantement n'a pas à être jouissif, orgasmique ou indolore pour constituer une expérience relevant de l'extatique, une expérience que des femmes réclament encore au 21^e siècle et désirent se réapproprier. Être coupée de la sensation, comme le fait la péridurale si facilement administrée¹²⁶ (bien entendu salubre pour celles qui souffrent), peut avoir des répercussions profondes sur l'expérience globale de la maternité, que certaines femmes traduisent en termes de *manque*. C'est ce que j'appelle le *sacrifice d'expérience*. Bien qu'elle n'annihile pas la conscience comme le faisait le *Twilight Sleep* ou l'anesthésie générale, la péridurale crée néanmoins une fracture dans la trame narrative intérieure de l'enfantement.

Dans un article publié en 2000 (« *Losing the Plot : Narrative Construction and Longitudinal Childbirth Research* »), la sociologue anglaise Tina Miller rendait compte de ses travaux portant sur le récit de soi des femmes après la naissance d'un premier enfant. Elle y constatait

assise, ce qui a pour effet de créer une hyperpression abdominale s'exerçant sur l'utérus, les organes pelviens et le périnée, antagoniste du relâchement favorisant une expulsion facile. Cette hyperpression engendre descentes d'organes, œdèmes et déchirures, ainsi que l'incontinence à l'effort des suites de couches. Bernadette de Gasquet décrivait le caractère physiologiquement inapproprié des efforts expulsifs ainsi commandés à la parturiente par cette image : « On veut faire sortir l'utérus avec le bébé » (propos tenus lors d'une formation donnée au Québec en 1999 à laquelle je participais).

¹²⁶ J'ai traité du phénomène de la pression à la péridurale exercée sur les femmes en travail au chapitre précédent.

que plusieurs mères éprouvent leur récit personnel de la maternité comme incohérent et discontinu, au sens où le récit du devenir-mère d'avant la naissance ne concorde plus à celui qu'elles peinent parfois à (se) faire après l'arrivée de l'enfant. Plusieurs femmes décrivent ainsi leur expérience : « *Birth happened to me* », et la chercheuse Dana Schneider (2009) en a fait l'un des thèmes de son exploration des constructions narratives de la naissance par les nouvelles mères. Comme nous allons le voir plus loin, le même sentiment de discontinuité est décrit lorsque l'accouchement ne s'est pas déroulé selon le scénario que la femme s'était fait et, pire encore, lorsque les désirs exprimés n'ont pas été entendus ou les choix niés. Les difficultés postnatales ou la détresse vécue rendent ce récit ineffable dans la mesure où il ne concorde plus à l'ensemble des récits publics et individuels (avis professionnels ou profanes) que ces nouvelles mères avaient intégré et qui (pré)déterminent socialement ce qu'une bonne mère doit dire, être, ressentir. Miller explique :

Ayant été guidée et soutenue par la ressource symbolique du modèle biomédical pendant la période prénatale, la nouvelle mère découvre qu'elle doit se laisser guider [maintenant] par son propre instinct – soit son récit individuel – qui a pu être nié (ou du moins réprimé) avant la naissance. En préparant les femmes à l'accouchement, le récit public prénatal induit l'impression que l'on peut prédire ce que sera la maternité. Lorsqu'on découvre tout ce que le maternage postnatal comporte d'imprévisible, ce récit public risque de sombrer dans l'inintelligibilité. De façon très réelle, le fil narratif peut être perdu alors que la mère tente de rendre signifiant les changements qu'elle vit. Des problèmes [identitaires] risquent de survenir quand les expériences d'un individu ne peuvent s'accommoder d'aucune narration dans l'éventail des récits publics et de ceux que font les particuliers.¹²⁷ (Miller, 2000, p. 6)

Dans la faillite momentanée du récit intime, il y a donc un manque à dire ou l'éprouvé d'un interdit de parole. La formule canonique de cet interdit de parole ou de déception à l'égard des circonstances de la naissance et des sentiments ambigus du postnatal que la société impose aux nouvelles accouchées prend la forme de ce « *at least, you have a healthy baby* » ou encore ce « tout ce qui importe est que la mère et l'enfant soient en santé ». Cette rhétorique, qualifiée de « tyrannique » pour les femmes par l'américaniste Rixa Freeze (2010), antagonise (par une fausse dichotomie) sécurité et qualité d'expérience (voir aussi Remer, 2008)¹²⁸. Comme l'explique Miller, l'incapacité à produire un récit personnel, et le

¹²⁷ Je traduis, ainsi que l'extrait suivant du même article.

¹²⁸ Sur le thème de la logique sécuritariste, on se reportera également au chap. II.

cas échéant un contre-récit lorsqu'aucun discours connu ou entendu ne traduit le sentiment intime de ce qui est ou a été vécu, serait un élément qui concourrait avec d'autres à expliquer ou renforcer certaines dépressions *postpartum* maternelles (Miller, 2000, p. 9). La sociologue ajoute :

[...] la dépression postnatale est peut-être un symptôme de la discontinuité d'un récit (ou compte-rendu d'expérience). Quand la discordance entre les attentes prénatales et les expériences postnatales devient trop grande ou trop difficile à contenir, la dépression risque d'autant plus de survenir. Le besoin d'une reconstruction narrative, de trouver le sens d'un événement afin de l'intégrer au contexte d'un épisode de vie apparaît alors de la plus haute importance. Cependant, comme le montre [les propos des femmes recueillis dans le cadre de l'étude], cela n'est accompli que rétrospectivement. (p. 8)

Pour faire un lien avec ce que nous apprend l'étude du SSPT-A, un tel clivage narratif intime agirait-il comme matrice traumatique? La persistance de la discordance ou le difficile accomplissement de la résolution rétrospective du conflit narratif est susceptible de perturber tant la qualité du maternage, l'attachement au nouveau-né-e, que les relations familiales et interpersonnelles à court, moyen voire long terme. Parler dans un tel cas de trauma ou d'effet de trauma ne serait pas tout à fait abusif. Pour conclure sur ces brèves considérations narratives portées sur le phénomène-naissance du point de vue du remaniement identitaire maternel, on peut affirmer que si la perte du fil narratif, la faillite de l'intrigue d'une histoire qu'on pensait sienne n'est pas ressentie de façon nécessairement traumatique, l'exemple que nous offre les travaux de Tina Miller sur la mutation du récit de soi des femmes en période périnatale montre bien l'impact des constructions narratives dominantes sur l'expérience individuelle et sur ce qu'on s'autorise à exprimer autant que ressentir.

À travers leurs témoignages, des femmes nous livrent ce qu'il en a été pour elles de cette fracture expérientielle une fois coupées des sensations de leur corps. On se rappellera à cet égard le récit douloureux de Sylvie au chapitre précédent, tiré du recueil *Naissances*, qui aurait préféré « hurler une douleur physique que ravalier [s]a douleur morale ». Dans *Au Cœur de la naissance*, ce thème est récurrent. Sophie, qui s'y connaît en la matière, ayant déjà accouché deux fois sous péridurale, observe, après avoir donné naissance pour une première fois sans :

Je me demande d'où nous vient cette facilité à soumettre nos corps de femmes enceintes à ce point. Sûrement de loin d'un point de vue historique puisque, de tout temps, tout a été fait pour empêcher un travail facile et heureux. Le sourire plaqué aux lèvres, on se déshabille, on se laisse toucher le col de l'utérus, tâter le ventre et, le jour J, entailler le sexe, pour soi-disant aider le bébé à naître. Et nous gobons toutes les explications! Tandis qu'à notre époque la douleur est anéantie par la péridurale, nous subissons d'autres douleurs morales et physiques, qui, celles-là, ne durent pas que le temps de la naissance, mais des mois, voire des années. (ACN13, p. 162)

Dans le même recueil, le long témoignage d'Andrée (ACN20), « Parcours de mises au monde : quêtes et conquêtes », investit à fond le sujet de la souffrance psychique et du sacrifice expérientiel. C'est à ce récit, qui porte sur quatre naissances, que je m'attarderai pour terminer ce chapitre.

Andrée : l'enfantement en quatre naissances

Ainsi, à l'issue de la naissance « médicalisée à souhait » de son premier bébé, Andrée éprouve un sentiment d'incomplétude semblable à cette fracture dont parle Miller. S'éveille alors en elle ce doute qui déclenche un processus intense de réflexion, où le rôle de l'anesthésie est questionné :

[...] pour des raisons confuses, et contre toute attente, la naissance de Sophie m'avait laissée très songeuse. Sans repères, j'avais de la difficulté à mettre de l'ordre dans mes idées. Je me disais que j'étais probablement en train de vivre une espèce de « crise d'identité » ou de « crise du développement », comme disent les psys, et qu'il n'y avait là rien de plus normal. Toutefois, *quelque chose* me disait que ce n'était pas tout... Il y avait *autre chose* qui me chiffonnait, *quelque chose* qui me gardait sur mon appétit, mais quoi au juste? C'est dans ce terreau introspectif qu'a pris corps un puissant mouvement de *quête* de sens à propos de mes accouchements, mais aussi de *conquête* dans ma façon de les vivre. Durant les mois qui ont suivi la naissance de Sophie, j'ai commencé à prêter plus d'attention aux propos de femmes qui avaient mis au monde vraiment par elles-mêmes, sans médicament. Au départ, j'étais surtout curieuse par rapport à un comportement différent de celui de la vaste majorité. Puis j'ai suivi la piste que cela ouvrait devant moi. Mon questionnement devenait de plus en plus aigu. Était-il possible qu'en donnant naissance sous péridurale, *droguée* (parce que dans un état de conscience absolument différent de celui d'une femme qui enfante par elle-même), coupée de mes sens, je me sois privée d'un vécu précieux?¹²⁹ (p. 254)

¹²⁹ Dans toutes les citations de ce témoignage, le soulignement est de l'auteure.

Souhaitant une expérience différente pour la deuxième naissance, sa demande de soutien et réassurance humaine dans le cœur de la tempête trouve pour seule réponse l'offre de péridurale, à nouveau :

Si je m'étais attendue à rencontrer une douleur physique violente durant l'accouchement, jamais cependant je n'avais envisagé qu'une émotion vive logée en creux la porterait à un tel sommet. Ce sentiment que je ne m'attendais surtout pas à retrouver *là* et à ce *moment-là*, c'est la solitude, une solitude dure et crue, que rien ne pouvait soulager, pas même la *foule* qui m'entourait. « Elle a peur », ai-je entendu à un moment. Ça m'est arrivé aux oreilles comme un coup de fouet. J'enrageais. Comment des *étrangers, concernés par mon seul corps*, pouvaient-ils entendre ce que je vivais? Mon désarroi était incommunicable et ma douleur en a de toute évidence été décuplée. J'avais besoin d'être rassurée, de savoir que je n'étais pas perdue tout fin seule au beau milieu de l'océan, que le rivage était plus près qu'il n'en avait l'air, qu'on me dise que le courant m'était favorable, ou je ne sais quoi d'autre, mais j'avais besoin que quelqu'un *comprenne* que quelque chose n'allait pas et me tende la main dans cette mer furieuse. [...] Immobilisée sur une civière, toute mon énergie passait dans cette solitude dévorante et dans la retenue (surhumaine) des sons qui se pressaient dans ma gorge. Alors que j'étais presque mûre pour la poussée, mon seul cri fut pour qu'on m'injecte cette péridurale qui, depuis un bon bout de temps, ne quittait plus le champ de ma conscience. J'espérais que mon être entier serait libéré de toute sa souffrance, comme si du soulagement du corps s'ensuivrait naturellement celui du cœur. (p. 255-256)

L'injection enclenche alors le phénomène de l'« effet toboggan » décrit au chapitre précédent : travail qui s'arrête, administration d'ocytocine, détresse fœtale, extraction instrumentale (ventouse) évitée de justesse, séparation immédiate du bébé pour effectuer les manœuvres d'oxygénation (p. 256). Alors que son premier accouchement lui avait laissé un sentiment d'incomplétude pour elle-même, se surajoutent à cette deuxième naissance une solitude et un désarroi incommunicables, puis une déconnexion profonde d'avec le nouveau-né :

Mais je n'étais pas encore arrivée au bout de mes déceptions. Ce bébé-là, je ne le *reconnais*sais pas. Est-ce que c'était vraiment le mien, celui que j'avais fait grandir au creux de mon ventre? Curieusement, avec l'anesthésie, tout s'est passé comme si un signal avait été déclenché dans mon cerveau, m'indiquant qu'une perturbation extérieure était venue contrarier le déroulement normal de la mise au monde et que cette interférence avait fait en quelque sorte disparaître mon petit... Avait-il même déjà existé? (Ce sentiment étrange, je l'avais vécu déjà avec Sophie, mais avec moins d'acuité.) Ainsi, c'est *sur le vif* que j'intégrai cette importante leçon : *toute ingérence dans le processus physiologique de la naissance est ni un geste banal ni sans risque*, et les effets en cascade, tant au plan psychologique qu'au plan physique, sont toujours à redouter.

Encore étendue sur la table d'accouchement, j'ai été tout à coup assaillie par un fort sentiment de dépression. Cette périodurale m'avait *gelée* de fond en comble et j'avais perdu *le fil de ma douleur*. Dépourvue désormais de nom et de sens, ma douleur était devenue absolument intolérable. Je suis restée plusieurs mois dans cet état, sans en comprendre véritablement l'origine ni la raison. (p. 256-257)

Plusieurs femmes qui l'ont vécu comparent, lorsqu'elles osent en parler, ce sentiment de ne pas reconnaître – voire de ne pas éprouver d'amour – pour leur bébé à l'exemple de la chatte qui repousse ses chatons, imprégnés d'odeur étrangère, qu'on ne s'est pas gardé de toucher; d'autres rapportent que le bébé refuse d'être pris-e ou pleure continuellement dans leurs bras et elles disent ne pas arriver à comprendre leurs besoins ou à y répondre¹³⁰. L'expression « perdre le fil de sa douleur » est une image forte pour traduire la discontinuité dans la trame narrative expérientielle de l'enfantement, une faille où se loge une nouvelle douleur, celle-là « intolérable » et qui persiste des mois, parfois des années, parfois jamais ne s'efface entièrement¹³¹ (Simkin, 1991, 1992).

¹³⁰ Voir chap. III, note 49, sur les travaux portant sur le phénomène de l'attachement et sa perturbation. Voir aussi : Janov (1983) (Cyrulnik (1992) ; Liedloff (2006); Odent (2001a, 2006).

¹³¹ Traduisant avec acuité la perturbation du lien mère-enfant découlant des pratiques hospitalières et la persistance de la souffrance qui en découle, voici un extrait d'un témoignage envoyé au RNR relatant un accouchement daté de 1974. L'auteure attribue le défaut de lien avec son fils aux circonstances de son accouchement et au retardement de leur première rencontre :

Lorsque la tête est apparue on a décidé de m'anesthésier. Je ne comprenais pas pourquoi et je me suis débattue en refusant que l'on applique le masque sur mon nez. Cet accouchement a duré dix-huit longues heures et je pensais mourir. Je ne pouvais confier à personne toutes les angoisses que j'ai vécues. C'est pour cette raison que je me débattais et que je ne voulais pas que l'on m'endorme. Je ne sais pas combien de temps je suis restée endormie. Je me suis réveillée dans le corridor et je réclamais mon bébé et sans me donner d'explication on me disait de me reposer. Je l'ai réclamé à plusieurs reprises et on me l'a finalement apporté en me disant que l'on devait le remettre tout de suite à la pouponnière. Je ne l'ai même pas tenue dans mes bras. J'étais tellement heureuse d'avoir eu mon petit garçon que je ne me suis pas rendormie de la nuit, ni de la journée et le soir j'étais tellement contente que je ne voulais pas dormir et l'infirmière m'a présenté des pilules que j'ai fini par prendre parce que je me suis dit qu'il fallait que je reprennes des forces afin de pouvoir m'occuper de mon bébé. Je ne le voyais qu'à travers une vitre et j'ai eu le premier contact avec mon bébé le troisième jour. [...] Je n'ai pu donner mon empreinte maternel à mon fils et aujourd'hui mon fils vit un lien abandonnique c'est ce qui s'est imprimé en lui. À peine âgé de neuf mois il refusait que je le garde dans mes bras pour l'endormir. Une année entière pour me remettre de mon accouchement [...]. [Mon fils] a été malade toute la première année de sa vie, fièvres, diarrhées. [...] Nous avons beaucoup de difficulté à communiquer. Je crois que cette première dissociation a entraîné chez moi et chez lui une grande souffrance qui a miné la confiance que mon fils aurait pu ressentir envers moi. Ma belle-mère est devenue le parent de substitution et m'a remplacé dans son cœur. [Le texte retranscrit tel quel n'a pas été corrigé.] (« Histoire d'une naissance », par A. P., transmis par courriel le 25 janv. 2011.)

Le troisième enfantement d'Andrée, en maison de naissance, comble, en même temps qu'un appétit de continuité, ses attentes de « sécurité physique et affective », deux notions dont le « rapport synergique, désormais [...] coulait de source dans [s]on esprit » (ACN20, p. 257) :

Quelque deux heures s'étaient écoulées avant que je finisse par me coucher sur le côté pour mettre mon bébé au monde. J'arrivais au terme d'une longue expédition (de plusieurs années!) et je me préparais à toucher enfin l'absolu de la naissance. Pour la première fois, j'avais en bouche toute sa saveur, dans une orgie de sensations uniques : une contraction encore, accompagnée d'un irrésistible mouvement de poussée, puis la brûlure de la tête qui émerge, et enfin sans autre douleur, tranquillement, le glissement doux et ondulé du corps de mon bébé qui s'apprête à voir le jour... C'est un moment tout à fait hallucinant que celui où l'enfant, moitié dehors, moitié dedans, paraît, comme hésitant entre deux mondes, dans le temps tout à coup immobile... Pour n'avoir manqué aucune sensation sans doute, mon corps avait l'intelligence de cet autre corps dont il ne se séparait que très doucement. Au-dehors, sur mon ventre, je reconnaissais le moindre de ses mouvements : oui c'était bien *mon* bébé! Je caressais sa peau, je palpais son cordon qui battait toujours, puis au bout d'un plus long moment, de mes mains, je découvrais son sexe... Une fille! Je cherchais son regard, je la respirais à cœur joie... (L'odeur de son enfant nouveau-né, l'odeur de liquide amniotique, ne s'oublie jamais!) Je coupe le cordon qui vient de cesser de battre, j'expulse le placenta, puis je reprends le nourrissage – jusqu'alors placentaire – en mettant mon bébé au sein.

Cette venue au monde, je l'ai vécue comme s'il n'y avait jamais eu de séparation entre moi et ma petite. Je l'ai vécue comme une relation qui se transforme, dans un mouvement tout naturel, continu, en franchissant tout doucement, et une à une, chacune des petites étapes de cette métamorphose. (p. 259-260)

Elle savoure cette naissance presque comme un festin, un festin des sens et de connexion : « cet accouchement m'a rassasiée de bien des manières ». Cet extrait de témoignage décrit au mieux, à mon sens, la nature de l'expérience sacrifiée de la naissance anesthésiée.

Malheureusement, Andrée voit ses espérances pour la naissance de son quatrième enfant déçues, alors que l'accouchement traîne en longueur et qu'un transfert hospitalier est décidé. Les choses se passent comme une répétition du deuxième accouchement et elle se voit contrainte d'accepter la péridurale comme seul moyen de retrouver une contenance et composer avec celles, gynécologue et anesthésiste, qui semblent pressées d'en finir :

Dès mon entrée dans la salle d'accouchement, tout était en place pour que je reçoive l'anesthésie, sans autre justification, comme une évidence. Encouragée par l'avancement de ma dilatation, j'ai tout de suite insisté pour qu'on me laisse « travailler » toute seule pour un bout encore. L'anesthésiste s'est montrée très contrariée par cette demande « inusitée ». « Décidez-vous! Je n'ai pas que ça à faire, je suis attendue ailleurs! », m'a-

t-elle aussitôt lancé, d'un ton autoritaire. J'ai su d'une claque que le temps m'était compté... Je « travaillais », je poussais, sous le regard incrédule et irrité du personnel de la salle d'accouchement. Je me sentais humiliée, comme ça, en sueur, hurlante de douleur (et de détermination!), dans un état « animal », les cheveux en bataille, à moitié nue, devant des inconnus en parfaite maîtrise d'eux-mêmes, abasourdis par mon attitude « entêtée ».

Après quelques poussées effectuées dans des conditions extrêmement difficiles, sur une table d'accouchement, « épiée » par des gens qui attendaient que je flanche, j'ai été assaillie (encore!) par une immense solitude. [...] J'ai brutalement compris que j'étais dans un cul-de-sac et que le seul moyen de m'en sortir sans interventions lourdes était de recevoir la péridurale pour faire désenfler mon col¹³² et permettre à mon bébé de sortir au moins par voie naturelle. J'ai donc cédé à la peur d'avoir à passer de longues heures encore en travail difficile, sans support [sic] adéquat, dans un milieu hostile et inapproprié. [...]

Ainsi, finalement, il m'a fallu à nouveau « consentir » à la péridurale. Quand, après avoir capitulé, je me suis laissé saisir pour qu'on m'administre la fameuse piqûre, je vivais, du fond de mes entrailles, le choc de deux univers. Quelques minutes auparavant, j'étais en train de *faire mon enfant*, dans une douleur certes à la limite du tolérable, mais je le *faisais* tout de même et j'y étais totalement engagée. Puis, en un claquement de doigts, je devais renoncer à la jouissance de mon corps et à son talent particulier pour l'enfantement. De vulnérable ET forte, j'étais dorénavant juste vulnérable. J'étais déconnectée de tout. De mon corps, bien sûr, mais aussi de mon bébé et de toute l'*énergie* de la naissance dans le fond. Tout venait me distraire du sacré qui s'accomplissait (j'oserais ajouter « malgré tout »). Si au moins j'avais eu la conviction que l'intervention était indispensable à cette mise au monde... (p. 261-262)

Une fois encore insiste-t-elle sur le sentiment de déconnexion et la dépossession de ses moyens, ce qu'elle nomme la « jouissance de son corps » dans ce moment fort de la vie des femmes qui font le choix de la maternité charnelle. Andrée exprime aussi qu'il ne manquait que le temps – qu'on lui laisse « son temps » – et un climat de confiance pour que le lien dans la trame de son enfantement ne soit pas rompu. L'auteure Annie Leclerc décrivait quelque chose de similaire, que ce n'est pas donné à toutes les femmes d'arriver à passer outre aux conditions d'accouchement imposées, parfois le corps est plus fort que le regard, parfois non :

[I]l y avait de l'indécence à vivre cela devant eux parce que c'est quelque chose qui sort de nos mœurs, les insulte, les transgresse d'une verte insolence. [...] Pas étonnant qu'elles continuent à vivre ça dans la douleur alors que ça devrait, que ça pourrait être vécu dans le bonheur [...] J'ai eu vraiment à ce moment le sentiment qu'on me cassait le

¹³² Sur l'ambiguïté relative à la question de l'œdème cervical, on se rapportera au chapitre précédent (section : « Le motif de la “bande de col” »).

travail, qu'on m'abîmait tout, qu'on me rabaissait à moins que rien. Heureusement, très vite mon corps s'est imposé de nouveau, oubliant, rejetant dans la fange irréaliste ces empêcheurs de tourner en rond [...]¹³³.

Le milieu médical, en perpétuant l'insensibilité à ce que vivent ou désirent vivre les femmes de la naissance qu'elles donnent, massacre souvent ce lien fragile et important, que plusieurs peineront à reconstruire tandis que d'autres n'y parviendront pas. Un lien dans le fil de leur histoire personnelle, mais aussi celui qui se crée avec l'enfant dans ce moment hypersensible. Consentir à donner la vie ne devrait pas signifier, comme cela est le cas trop souvent, consentir à tout, à sacrifier sa dignité de femme, d'être humain, de personne, et à disparaître comme cosujet de la naissance et comme seul sujet de l'expérience de l'enfantement. Bien que cette naissance soit celle de quelqu'un-e, on naît d'une femme... qui enfante.

Le témoignage d'Andrée, tout comme celui de chaque femme qui a ressenti la vive impulsion de raconter ce qu'elle a vécu de l'enfantement et dont la lecture nourrit ce projet de thèse depuis ses balbutiements, montre bien ce que les statistiques sociosanitaires ou les synthèses épidémiologiques jamais ne traduiront. Sur papier, chacun des accouchements d'Andrée reçoit la même côte : A+, « la mère et le bébé se portent à merveille ». Aplanies, les différences qualitatives sont réduites à des scories qui entacheraient la pureté mathématique du modèle sur lequel les politiques de santé sont bâties. Le système n'en demande pas plus pour s'enorgueillir de ses succès et de sa générale, bien qu'extrêmement coûteuse, efficacité (et on se satisfait de cette incohérence dès lors qu'elle fait rouler une économie et que les dépenses engagées sont perçues comme vitales et incompressibles). Ce n'est pas par hasard si on assiste depuis une bonne quinzaine d'années à un empressement testimonial (par l'écrit, la vidéo, la photo) qui s'est fait de plus en plus présent dans l'espace public, sorte de réflexe de survie des femmes en réaction au climat tyrannique de l'évitement des risques qui avale toute velléité d'expression du sujet maternel. Ce à quoi les femmes peuvent s'attendre en matière d'expérience d'accouchement de nos jours n'obéit en rien à un fatidique ordre naturel des choses. En ce sens, j'espère avoir su rendre justice à cette prise de parole testimoniale. En remontant la filière sociohistorique de la construction performative du corps féminin, j'espère

¹³³ Leclerc, *op. cit.*; citée dans Cesbron et Knibiehler (2004), p. 319-320.

également avoir fait apparaître de façon convaincante les motivations inconscientes derrière le projet de domination technomédicale de la naissance. J'ose croire que la compréhension des mécanismes et des modalités de cette construction aideront les femmes à penser qu'il peut en être autrement. Et qu'il leur appartient de rejeter un paradigme qui les a elles-mêmes exclues comme sujet valide et agente principale afin de mettre en œuvre les moyens de faire d'autres possibles leur propre réalité de la naissance.

CONCLUSION

[... T]he new priests of modernity [...] seek to remove women's birth power and thus neuter women's bodies into passive recipients of surgery.

– Janet Fraser (2012), activiste australienne et historienne de formation

Le portrait que cette thèse dresse de l'expérience actuelle de l'accouchement est sombre. Si les pratiques périnatales deviennent de plus en plus contraignantes, si les moyens d'y échapper se réduisent comme peau de chagrin, si la croyance en leur nécessité est enracinée au point de rendre culturellement impensable et *criminalisable* la perspective de s'en passer (en tout ou en partie), si les femmes n'ont plus aucune confiance en leur corps, si le caractère dysfonctionnel, pathologique et mortifère de leurs fonctions reproductrices – et de leur sexualité – leur est acquis, engrammé dans leur esprit à l'issue de trois siècles d'une entreprise qui a naturalisé ce qui était à l'origine un échafaudage théorique, alors quel intérêt pour les femmes en général à réclamer le droit à l'autodétermination des conditions de l'« expérience d'enfantement »? Y a-t-il un avenir pour l'enfantement? Connaîtra-t-on une rétrogradation de l'hyperinterventionnisme obstétrical au profit d'une redécouverte de l'eutocie et de la physiologie de la parturition?

La césarienne prophylactique universelle apparaît comme une étape obligée du devenir posthumain, d'ici à ce que la marche constante vers l'extirpation de la naissance du corps des femmes qui nous achemine au projet hygiénique et sans affect de l'utérus artificiel – l'ectogenèse – se fasse irrémédiable et que les femmes soient enfin définitivement libérées du dernier reliquat biologique sur lequel repose leur assujettissement (une position défendue d'ailleurs par plusieurs féministes et cyberféministes, dont Donna Haraway, Shulamith Firestone, Irina Aristarkhova, Marcela Iacub, Anna Smajdor). La « société postmortelle » (Lafontaine) qui a fantasmatiquement dépassé la mort – ou du moins l'a annihilée du discours – trouve certainement son corolaire dans une société « anatale », car la naissance aussi est disparue du registre du représentable, reléguée dans l'ob-scène (De Certeau). En intitulant

son ouvrage sur l'utérus artificiel *Le Désenfantement du monde* (2011), la sociologue Sylvie Martin traduisait tout à fait l'idée d'une perte. Enfanter a – du moins peut avoir – quelque chose de l'enchantement. La maternité, le désir charnel de porter, mettre au monde, nourrir un enfant, enchante encore les femmes. Je ne veux pas dire que la maternité soit une partie de plaisir et transporte les femmes dans un état de béatitude coïte, tant s'en faut. La maternité, comme la parentalité en général, qu'elle soit biologique ou adoptive, c'est ardu, ingrat, pénible et *tutti quanti*. La maternité charnelle ajoute un surcroît de désagréments, de douleurs et d'épreuves. Je ne veux surtout pas insinuer que la maternité charnelle distinguerait les femmes entre celles qui l'ont vécue et celles qui ne l'ont pas vécue, comme s'il s'agissait d'un plus à mettre au crédit de la féminité ou de l'« être femme ». La maternité enchante « des » femmes au sens d'une expérience que ces femmes-là ont envie de vivre, qu'elles chérissent et qui les nourrit humainement. Et elles en ont le droit. De la même manière, l'amour fait peut-être souffrir horriblement, mais beaucoup se risquent encore à aimer. Parce que l'amour arrive encore à nous enchanter. Renoncer à l'amour, à la relation affective et charnelle, à enfanter sa progéniture, ce sera renoncer à la condition humaine. Le devenir posthumain aura rompu avec la chair et probablement avec l'amour. Plus prosaïquement, l'acte bestial et exubérant d'enfanter enchante encore des femmes. C'est d'elles qu'on a à apprendre ce qu'est l'enfantement; c'est par elles qu'on désapprendra l'accouchement. Parce que l'accouchement est une *performance du genre féminin* inapte et défaillant, une performance de plus en plus effective et avérative. Malheureusement, pour plusieurs femmes qui ont subi ou été témoins d'accouchements difficiles ou violents, qui ont été victime de dépression postnatale, de séquelles physiques ou morales ou d'un stress posttraumatique, l'affirmation d'un enfantement enchanteur est une hérésie, et choque. On le comprend.

Doit-on se débarrasser de l'enfantement pour autant? Jeter le bébé avec l'eau du bain? On peut aussi changer l'eau, changer de baignoire, verrouiller la porte de la salle de bain, imposer un code de conduite à ceux et celles qui voudraient y pénétrer et leur dicter le cas échéant nos règles du jeu. Cela s'appelle faire la révolution ou, plus simplement, conquérir pour les femmes la pleine, entière et imprescriptible autorité sur leur corps. Bien que cette autorité nous soit théoriquement consentie par nos lois, par notre Code civil au Québec, il est clair que, *de facto*, les femmes n'en disposent plus librement dès lors qu'elles consentent,

comme je l'ai déjà dit, à la maternité charnelle. Dans l'hypothétique monde réformé où les pratiques périnatales et les comportements des intervenants-es seraient entièrement en phase avec le principe que « la raison d'être des services est la personne qui les requiert », comme l'énonce la Loi-cadre sur les services de santé et les services sociaux (Québec), et où se serait produit un renversement du paradigme du risque et de la dangerosité des fonctions procréatrices du corps féminin, on peut penser que la nature de l'expérience d'enfantement des femmes pourrait être tout à fait différente, transformée, et renouer avec son potentiel d'enchantement.

Faute de faire la révolution, faute d'entreprendre de véritables réformes de soins gynécoobstétricaux et périnataux, faute d'une concertation du mouvement féministe autour de la question des formes de la violence, négligence ou maltraitance obstétricales (souvent inconscientes et invisibles) et du contrôle social et sanitaire des femmes enceintes et nouvelles mères, et parce que le droit des femmes à disposer librement de leur corps ne s'arrête pas à l'accès à la contraception et à l'avortement, on peut douter que de réels changements s'opèrent. Le fait que le mouvement féministe a toujours maille à partir avec le concept de maternité-oppression contribue beaucoup à l'inertie actuelle. Pourtant, comme les femmes et les féministes vont encore faire des enfants, les conditions dans lesquelles l'événement de la naissance se déroule devraient constituer un sujet de la plus haute importance. Pendant ce temps, l'interventionnisme se renforce : les femmes qui accouchent aujourd'hui pour la première fois croient que les choses se sont toujours passées ainsi et que leur propre survie et celle de leur enfant ont justifié l'épreuve et l'expérience douloureuse dont elles garderont le souvenir. Elles n'ont pas idée à quelle vitesse se sont implantés les nouveaux tests et examens de routine auxquels elles se sont pliées à répétition durant leur grossesse, et que ces investigations n'ont pourtant rien changé aux statistiques périnatales; elles ne sont pas en mesure de comprendre que les interventions qu'elles ont subies durant leur accouchement sont la conséquence d'une médecine défensive en constante exacerbation. Ces mauvaises expériences génèrent de nouvelles adeptes du fantasme de l'ectogenèse. Car si l'on en croit ses défenseurs-es, la « nature » a conspiré contre les femmes, un discours qui conforte l'hégémonie patriarcale telle quelle s'exerce en médecine sur le corps féminin et sa sexualité.

À vouloir se débarrasser de l'accouchement et de ses affres (sous prétexte que ceux-ci lui sont intrinsèques), ce que l'on défend est l'*effacement* des rares phénomènes physiologiques spécifiquement féminins, impartageables et inuniversalisables comme l'était le fameux *quickenning* (premier tressaillement) pour la grossesse ou comme les menstruations (que la prise d'anovulants en continu a rendues « désuètes »). En perdant un à un les seuls signes véritablement impartageables de l'expérience féminine du corps, construits comme autant d'embaras, on peut se demander si la femme n'est pas elle-même vouée à disparaître. Et ce serait pour le mieux? Libérée des règles, de la grossesse, de l'enfantement, de l'allaitement, de son cycle et de la ménopause, la femme n'est-elle pas, enfin, un homme comme les autres? N'atteint-elle pas, enfin, à l'humanité et, par là, à l'égalité? Dans une entrevue radiophonique, le généticien Axel Kahn avait un jour déclaré la femme en voie de disparition. La pilule – en continu ou non – a (entre autres risques pour la santé) des effets dévastateurs sur la libido. Mais l'évitement d'une grossesse non désirée en vaudrait le prix, dit-on. Les autres moyens contraceptifs ne sont jamais devenus aussi populaires que celui qui affectait autant la sexualité féminine et permettait aux hommes de se déresponsabiliser vis-à-vis de leur propre – et permanente – fertilité. Le désir sexuel de la femme a été disqualifié au profit de sa disponibilité. Effacement. Les attributs sexuels féminins sont aussi effacés : les seins (faux de préférence, sinon disproportionnés par toutes sortes d'artifices) qu'on affiche ne doivent jamais faire voir un mamelon (alors que le mamelon masculin devient objet d'exhibition : il y a même des tatouages pour les agrandir); les poils pubiens (signe de maturité sexuelle) doivent disparaître et les replis du sexe soigneusement masqués (sinon excisés par chirurgie cosmétique); il n'y a plus que la version *Barbie* de la femme qui est représentable. Un être hypersexualisé, mais stérile et chaste. Jusqu'où effacera-t-on? La sexualité féminine se doit d'être *impotente*. Une anecdote récente m'apparaît fort révélatrice : le jeune mannequin australien Andrej Pejic, un garçon androgyne devenu l'égérie des grands couturiers de mode féminine, était apparu en 2011 sur la couverture d'un magazine, coiffé et maquillé un peu à la Marilyn, mais avec la chemise ouverte sur son torse nu et plat. Aux États-Unis, le magazine a dû être placé en présentoir sous couverture opaque ou caché des regards juvéniles avec les revues pornographiques. Ce fait divers démontre en réalité que ce ne sont pas les seins d'une femme qui sont indécents, mais *la femme qui est indécente*.¹ C'est

¹ Lisa Wade, « Censored Cover Raises Question: Why Are Breasts “Obscene,” But Not Chests? », *Ms.*

aussi le sens de la formule de Janet Fraser : l'obscénité de la femme, de son irréprésentable sexualité lorsqu'elle n'est pas passive, mène à la *castration* du corps féminin. L'expression anglaise *to neuter* est encore meilleure à mon avis, car elle comporte en plus le sens de *neutralisation*. L'effacement est cette castration-neutralisation. Mettre hors d'état d'exister.

Dans un article intitulé « L'utérus artificiel contre la naissance sacrificielle », la féministe Marcela Iacub écrivait à propos de l'ouvrage d'Henri Atlan (2005) :

Avez-vous déjà pensé que vos arrière-petits-enfants, voire vos petits-enfants, ne naîtront plus des douleurs d'un accouchement, mais du ventre d'une belle et envoûtante machine? Qu'ils s'apitoieront de notre triste destin de mammifères sous-développés? Que les historiens de demain s'étonneront des ruses que nous avons inventées pour rendre supportable cette charge qui consiste pour les femmes à faire sortir de leurs corps l'espèce humaine? [...] Fini la contraception, l'avortement, les restrictions pendant la grossesse, les différences entre les hommes et les femmes à l'égard de cet acte toujours exorbitant de faire naître. (Iacub, 2005)

Embrassant la perspective d'une posthumanité réjouie qui aura éradiqué toutes les marques de la différence sexuelle (le genre neutre étant le masculin, comme chacun-e le sait!) et débarrassé les femmes de leur infortuné tribut à l'espèce, l'auteure fait œuvre d'amnésie historicophilosophique. Ainsi reprendrai-je à mon compte la critique percutante et cynique de Betty Boob :

D'un côté, [Iacub] bouscule les fondements patriarcaux de notre société en défendant l'intelligence des femmes, d'un autre côté, elle se prend somptueusement les pieds dans le tapis en croyant dur comme fer à la malédiction biblique : sacrifice, douleurs, mammifères sous-développés, charge insupportable, acte exorbitant, tout y passe. La « malédiction », encore appelée méthode Coué [autosuggestion] ou lavage de cerveau, ça marche très bien. Si même les féministes y croient au point de partir à l'accouchement comme une vache à l'abattoir c'est à pleurer. (Boob, 2008a)

Et c'est ainsi que des féministes font leur l'ultime projet patriarcal en faisant l'économie de la réflexion de nombreuses autres féministes au sujet de la masculinisation technomédicale de la naissance. Que réservera la *Meilleur des mondes* aux femmes qu'il « libérera » enfin de leurs fonctions procréatrices? : « Ah oui? Et on va faire ça comment? En enlevant l'utérus à tous les bébés filles dès la naissance par exemple? Mais attention, faut préserver les ovaires pour

Magazine blog, entrée du 18 mai 2011 (en ligne :

<<http://msmagazine.com/blog/blog/2011/05/18/dossier-mag/>>, consulté le 16 nov. 2012).

aller ponctionner les ovules. Plus de grossesse, et tout le monde au *shoot* d'hormones et à la ponction... Quel progrès fabuleux! » (*Ibid.*) Rien dans la perspective ectogénétique pour nous sortir de la logique sacrificielle. La dystopie huxleysienne proposait une vision certainement plus réaliste que l'utopie saluée par Iacub et consorts de ce que la reproduction excorporée promet aux femmes du futur.

En plus de nous assurer que l'avenir de l'humanité sera eugéniste, la perspective ectogénétique fait l'impasse sur la nature relationnelle et affective ou encore « écosystémique » de l'être humain, comme si l'hominisation se suffisait du fusionnement de deux gamètes. Là-dessus, le généticien Pierre Sonigo avait écrit : « On ne peut transmettre un caractère que si on transmet aussi l'«environnement» qui l'a sélectionné. » Ainsi, un œuf mal couvé n'engendrera aucun développement. « Chez les mammifères, l'environnement utérin, lui-même produit par le développement de la mère, est essentiel. » (Sonigo, dans Sonigo et Stengers, 2003, p. 81) L'« envoûtante machine » promet probablement au naissant ce que l'expérience d'Harlow a réservé aux jeunes rhésus :

[L]orsque Harlow « tortura » de jeunes singes rhésus en les privant d'interactions avec leur mère, et constata notamment la disparition du « comportement d'exploration », il mit au jour un relai typique entre ce qui est requis (les soins maternels) et ce qui devient possible (expérimenter un monde ouvert). Le jeune rhésus, comme tous les êtres qui ont besoin de véritables soins parentaux, ne naît pas tout équipé pour un monde tout fait, défini par ses catégories comportementales. *Il naît dans le monde de sa mère*², et a besoin de sa mère pour risquer un apprentissage qui le cocréera en relation avec *ce* monde auquel il a affaire, non avec *le* monde dont son espèce fait le pari. (Stengers, dans *ibid.*, p. 121)

Dès lors que l'on envisage la mère comme un monde d'interaction par lequel le possible de l'humain advient, il me semble qu'instantanément il y a là quelque chose qui commande le respect. Il devient inconvenant d'imaginer qu'on peut malmener le *monde de la mère*, son corps, sa personne, sans attenter au naissant. Voilà aussi de quoi méditer pour penser la déliaison du conflit fœtomaternel. Il n'y a pas de tel conflit. La mère, que l'on considère inconsciemment coupable de générer des êtres mortels et à qui on en fait payer le prix (sadisme gynécologique, violence obstétricale), est la condition de possibilité du naître. La mère est primordiale :

² Je souligne ici.

Comme il n'y a pas d'échappatoire au temps, le niveau qui apparaît le premier [antérieur plutôt qu'inférieur] est toujours prioritaire. En termes darwiniens, comme l'individu précède le groupe [et la mère, l'enfant], la sélection de groupe ne peut *jamais* prendre le dessus sur la sélection individuelle. La vie est une conjonction d'intérêts : celui du groupe ne peut qu'étendre et renforcer ceux des individus dont il émerge, pas s'y opposer. [...] Sans conjonction d'intérêts, le groupe ne se forme pas : la succession d'émergence s'arrête. Tout le monde physique n'a pas produit la vie. Toutes les cellules n'ont pas produit d'organisme. Tous les organismes n'ont pas produit de société. (Sonigo, dans *ibid.*, p. 77-78)

Je solliciterais une dernière fois la perspective de la biologie évolutionniste pour repenser la naissance – et toutes les pratiques échafaudées sur le conflit fœtomaternel –, sous un angle radicalement opposé à celui d'une divergence d'intérêts, où la survie de l'une serait au détriment de celle de l'autre, et inversement. Ce n'est pas « la mère ou l'enfant », mais de la mère, un enfant se détache... en temps opportun :

Dans le cas d'une mère humaine et de son enfant, les choses peuvent-elles être vues sous un angle similaire [à celle de la mitose cellulaire]? Il s'agirait de concevoir un phénomène de croissance de l'ensemble mère-enfant, suivi d'une scission le long d'un « axe » encore moins évident que dans le cas de l'ADN [qui se divise entre les brins de la double hélice] ou de la cellule [mitose]. Le résultat n'en est pas moins la production de deux humains à partir d'un curieux phénomène de croissance et de division asymétrique de l'un d'entre eux. L'asymétrie au moment de la naissance se réduit avec le temps, pour aboutir, plus tard, à deux humains qui se ressemblent comme les moitiés d'un même morceau de bois. La mère et l'enfant sont des moitiés symétriques, mais décalées dans le temps. Contrairement au monocellulaire qui produit deux moitiés *tout de suite*, la symétrie de la division multicellulaire doit être définie dans l'espace-temps. Il n'y a donc pas de différence fondamentale entre le monocellulaire et le multicellulaire, si ce n'est la difficulté de définir la « symétrie » de croissance et de division. L'enfant se développe à partir de sa mère par croissance et séparation comme une cellule ou une branche sur un arbre. Vu ainsi, cela diffère de l'idée habituelle de la production d'un œuf qui porte un plan de construction. Dans le cadre classique, la discontinuité définie *a priori* entre deux individus, la mère et l'enfant, imposait de recréer un lien virtuel, informationnel, entre eux. C'était le rôle du gène. Ce lien informationnel est inutile si on rétablit le lien matériel. Si les individus sont en continuité, l'opposition classique entre croissance et reproduction est dissoute. Si l'on « joint » les individus, leur « reproduction » revient à une « croissance » de leur groupe. (p. 76)

Il m'apparaît extrêmement intéressant de constater qu'à ce niveau « fondamental » de la définition biologique de la naissance telle que proposée par Sonigo, on se réconcilie avec la vision tout à fait féministe qui a empêché – du moins à ce jour – la dotation de personnalité juridique au fœtus, une vision selon laquelle le fœtus n'a pas d'entité, n'existe pas d'en l'a

priori d'un potentiel de nouvel être humain tant qu'il est à l'intérieur de la mère – c'est-à-dire tant qu'il est partie de celle-ci – ou tant que la naissance *ne l'en a pas séparé*. On pourrait ultimement postuler, dans cette perspective, que le « nouveau-scindé-e » n'acquerrait pas de distinction totale de sa mère tant et aussi longtemps qu'il n'aurait pas atteint *dans l'espace-temps*, pour reprendre les termes de Sonigo, l'égalité symétrique avec celle-ci, c'est-à-dire l'âge pubère, probablement... Sans avoir besoin de pousser la logique jusque-là, la perspective pourrait contribuer à fonder une bioéthique opposée au forçage chimique et mécanique du corps féminin à livrer passage ou à l'idée d'un bénéfice à l'effraction chirurgicale de la césarienne prophylactique universelle en tant que procédure d'« optimisation de la vie » (*life-enhancing*). J'utilise ici à dessein la formule « tant que la naissance ne l'en a pas séparé », car cette formulation me semble conforme à la pensée et à l'explication de Sonigo, soit que la naissance serait un phénomène qui advient au moment où un certain stade de croissance est atteint, qui ainsi dépendrait de cette croissance et, en ce sens, ne pourrait relever d'une instance extérieure. Car au postulat d'une optimisation technomédicale de la vie correspond cette « fétichisation de la vie pour elle-même » décrite par Barbara Duden, laquelle passe par l'éradication de la femme et la dévaluation la plus totale de son expérience.

Enfin, je n'ai pu accorder dans le cadre de cette thèse la place que j'aurais souhaitée à une réflexion sur l'expérience du naissant. En fait, cette réflexion y est présente, mais surtout en filigrane. L'interventionnisme gynécoobstétrical et néonatalogique s'appuie entièrement sur le conflit fœtomaternel et se justifie de l'échafaudage théorique d'un fœtus toujours virtuellement en danger de mortinaissance. Celui ou celle « en devenir » pour qui on se démène à un tel point en sort tout aussi malmené-e et paie le prix d'une réification qui l'atteint directement. On l'a vu, l'interventionnisme obstétrical représente un secteur économique lucratif et la profitabilité des pratiques est le prétexte obscur qui garantit l'immuabilité et la rigidification du système en place. Leur corolaire réside néanmoins dans ce que l'obstétricien-gynécologue George Morley (2003) dénonce en tant qu'« économie de la morbidité néonatale ». Ironie du sort, c'est par le biais de l'identification et de la reconnaissance des effets pervers de l'interventionniste obstétrical et néonatalogique sur le bébé que surviennent les rares formes d'assouplissement des pratiques médicales consenties.

Si les femmes peuvent bénéficier de ces assouplissements, elles n'en sont jamais les destinataires véritables. L'avenir d'une bioéthique de la naissance passe par un renversement de la perspective où la personne de la femme deviendra réellement le premier sujet de droit en matière de procréation.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbara, Aly. 2008 (24 juin). « Description des mutilations sexuelles féminines (MSF) ». *Site personnel du Dr Aly Abbara, gynécologue obstetricien*. En ligne. <http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/mutilation_sexuelles_feminines.html>. Consulté le 12 mai 2012.
- Ackermann-Liebrich, U., T. Voegeli, K. Günter-Witt, I. Kunz, M. Züllig, C. Schindler *et al.* 1996. « Home vs. Hospital Deliveries : Follow up Study of Matched Pairs for Procedures and Outcome ». *British Medical Journal*, n° 131, p. 1313-1318. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7068.1313>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Adams, Alice E. 1994. *Reproducing the Womb. Images of Childbirth in Science, Feminist Theory, and Literature*. Ithaca (N.Y.) : Cornell University Press, xii + 267 p.
- Akrich, Madeleine et Françoise Laborie (dir. publ.). 1999. *De la contraception à l'enfantement : l'offre technologique en question*. Coll. « Cahiers du genre, n° 25 ». Paris et Montréal : L'Harmattan, 204 p.
- Akrich, Madeleine et Bernike Pasveer. 1996. *Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Coll. « Les empêcheurs de penser en rond ». Le Plessis-Robinson (France) : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 194 p.
- Akrich, Madeleine, Maire Leane et Celia Roberts. 2012. « Les associations d'usagers dans le domaine de la périnatalité : un engagement fondé sur la connaissance? » *Revue de médecine périnatale*, vol. 4, n° 4 (déc.), p. 198-205. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1007/s12611-012-0199-z>>. Consulté le 22 nov. 2013.
- Akrich, Madeleine, Maire Leane, Celia Roberts et João Arriscado Nunes. 2012. « Practising childbirth activism : a politics of evidence ». *Papiers de recherche du CSI*, n° 023. En ligne. In *Centre de sociologie de l'innovation*. Paris : Mines ParisTech, 40 p. <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/70/20/75/PDF/WP_CSI_023.pdf>. Consulté le 22 nov. 2013.
- Alfirevic Z., D. Devane et G.M.L. Gyte. 2013. « Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5. Art. n° : CD006066 (31 mai). En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub2>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR). 2004. « Compilation "épisiotomie" ». *Portail naissance*, 75 p. En ligne. <<http://naissance.ws/docs/episio-compil.pdf>>. Consulté le 9 mai 2012.
- Andrews, Roxanne M. 2008. « Statistical Brief #59 : The National Hospital Bill: The Most Expensive Conditions by Payer, 2006 ». *Healthcare Cost and Utilization Project (H-*

- CUP) (sept.). En ligne. Rockville (Mar.) : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 12 p. <<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb59.pdf>>. Consulté le 21 nov. 2013.
- Andrist, Linda C. 2008. « The Implications of Objectification Theory for Women's Health : Menstrual Suppression and "Maternal Request" Cesarean Delivery ». *Health Care for Women International*, vol. 29, n° 5, p. 551-565. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1080/07399330801949616>>. Consulté le 17 oct. 2010.
- Arms, Suzanne. 1977. *Immaculate Deception : a new look at women and childbirth in America*. Av.-pr. de Frederick Leboyer. Toronto : Bantam Books, xv + 398 p.
- _____. 1994. *Immaculate Deception II: Myth, Magic & Birth*. Av.-pr. de Christiane Northrup. Berkeley (Calif.) : Celestial Arts, xiv + 290 p.
- Arney, William Ray. 1985. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago et Londres : University of Chicago Press, xii + 290 p.
- Arnold, Jill. 2009a (14 janv.). « Iatrogenic Shoulder Dystocia? » *The Unnecesarean*. En ligne. <<http://www.theunnecesarean.com/blog/2009/1/14/iatrogenic-shoulder-dystocia.html>>. Consulté le 1^{er} févr. 2012.
- _____. 2009 b (9 déc.). « Joseph DeLee's Campaign to Eliminate the Midwife ». *The Unnecesarean*. En ligne. <<http://www.theunnecesarean.com/blog/2009/12/9/joseph-delees-1915-campaign-to-eliminate-the-midwife.html>>. Consulté le 3 nov. 2012.
- Atlan, Henri. 2005. *L'Utérus artificiel*. Coll. « La librairie du XXI^e siècle ». Paris : Seuil, 215 p.
- Ayache, Laurent. 1992. *Hippocrate*. Coll. « Que sais-je?, n° 2660 ». Paris : Presses universitaires de France, 127 p.
- Baillargeon, Denyse. 2004. *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal : Remue-ménage, 373 p.
- Barker-Benfield, G. J. 2005. *The Horrors of the Half-Known Life : Male Attitudes Toward Women and Sexuality in Nineteenth Century*. New York et Londres : Routledge, 1 + 350 p.
- Barrett, Lisa. 2011 (6 mars). « Mechanism of Breech ». *Homebirth : A Midwife Mutiny*. En ligne. <<http://www.homebirth.net.au/2011/03/mechanism-of-breech.html>>. Consulté le 20 oct. 2012.
- Barthes, Roland. 1985. *L'Aventure sémiotique*. Paris : Seuil, 358 p.
- Bartoli, Lise. 2007. *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Coll. « Petite bibliothèque Payot », n° 627. Paris : Payot et Rivages, 284 p.

- Basen, Gwynne, Margrit Eichler et Abby Lippman (dir. publ.). 1993. *Misconceptions. The Social Construction of Choice and the New Reproductive and Genetic Technologies (vol. 1)*. Hull : Voyageur Publishing, 287 p.
- Bastian, Hilda. 1992. « Confined, Managed and Delivered : the Language of Obstetrics ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Section « Commentaries », vol. 99 (févr.), p. 92-93. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb14460.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Beck, Cheryl Tatano, Robert K. Gable, Carol Sakala et Eugene R. Declercq. 2011. « Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers : Results from a Two-Stage U.S. National Survey ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 38, n° 3 (sept.), p. 216-227. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society : Towards a New Modernity*. Londres : Sage Publications, 260 p.
- Beech, Beverley L. 1999. « Ultrasound : Weighing the Propaganda Against the Facts ». *Midwifery Today*, n° 51 (automne), p.31-33. En ligne. <<http://www.midwiferytoday.com/articles/ultrasound.asp>>. Consulté le 18 oct. 2012.
- Beech, Beverley L., et Jean Robinson. 1994. *Ultrasound? Unsound*, Londres : Association for the Improvements in the Maternity Services (AIMS), 35 p.
- Begley, Cecily M., Gillian M. L. Gyte, Declan Devane, William McGuire et Andrew Weeks. 2011. « Active versus expectant management for women in the third stage of labour ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 11 (9 nov.). Art. No. : CD007412. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub3>>. Consulté le 3 nov. 2012.
- Bel, Bernard, Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR). 2004. « Protocoles obstétricaux et données probantes des études scientifiques : une panacée? », atelier 2 : « Pratiques sous influence ». In *Obstétrique et santé publique : élargir les perspectives sur les réalités de la naissance, Conférence annuelle l'ASPQ, Journées annuelles de santé publique* (Montréal, 29-30 novembre 2004). En ligne. In *Université d'Aix en Provence*, page de Bernard Bel, 9 p. <<http://aune.lpl.univ-aix.fr/~belbernard/misc/sons/ASPQ04/PratiquesBB.pdf>>. Consulté le 21 oct. 2012.
- _____. 2005. « Les "communautés virtuelles" au service d'une approche citoyenne de la périnatalité ». In *Participation des usagers en dehors des dispositifs légaux de représentation. Quelles leçons peut-on tirer de leur mobilisation? Séminaire de recherche organisé par le DIES (Développement, Innovation, Évaluation, Santé)* (Paris : École Supérieure Montsouris, 13 et 14 oct. 2005). En ligne. In *Alliance francophone pour l'accouchement respecté : articles*, 8 p. <<http://afar.info/articles/DIESarticleBB.pdf>>. Consulté le 8 févr. 2011.
- Bel, Bernard, Andréine Bel, Hema Rairkar et Guy Poitevin, pour le Centre de Recherche coopérative en Sciences sociales (CCRSS, Pune, Inde). 2002. « Rencontre avec la

- naissance en Inde rurale ». Support de conférence. Festival Inde-Mayenne (avril). En ligne. In *CianeWiki – Portail naissance : articles*.
<<http://portail.naissance.asso.fr/docs/inde/naissance-inde-fr.htm>>. Consulté le 26 sept. 2012.
- Bel, Bernard. 2003. « Naissance d'une communauté virtuelle ». En ligne. In *CianeWiki – Portail naissance : articles*.
<<http://portail.naissance.asso.fr/docs/communautevirt.htm>>. Consulté le 8 févr. 2011.
- _____. 2004. « Pour une naissance insoumise ». In *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, sous la dir. de Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, p. 361-382. Montréal : Remue-ménage.
- Bélangier, Claude. 2000. « Events, Issues and Concept of Quebec History : Birth Rate » et « Fertility Rate » (23 août). En ligne. In *Quebec History, Marianopolis College*. En ligne. <<http://faculty.marianopolis.edu/c.belanger/quebechistory/events/birth8.htm>> et <<http://faculty.marianopolis.edu/c.belanger/quebechistory/events/fertile.htm>>. Consultés le 27 sept. 2012.
- Belghiti, Jérémie, Gilles Kayem, Corinne Dupont, René-Charles Rudigoz, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Catherine Deneux-Tharoux. 2011. « Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study ». *BMJ Open*. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Belizán, José M., et Maria L. Cafferata. 2011. « Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy : RHL commentary ». *The WHO Reproductive Health Library* (1^{er} sept.). Genève : Organisation mondiale de la santé. En ligne. <http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/fetal_disorders/prenatal_diagnosis/cd007058_belizanjm_com/en/index.html>. Consulté le 19 oct. 2012.
- Berek, Jonathan S. (dir. publ.). 2007. *Berek et Novak's Gynecology*. 14^e éd. Philadelphie (Penns.) : Lippincott Williams & Wilkins, 1696 p.
- Bergeron, Mickaël. 2011. « Accoucher en jouissant ». *Urbania : spécial bébé*, n° 31 (automne), p. 52-53.
- Bergstrom, Linda, Joyce Roberts, Leslie Skillman et John Seidel. 1992. « “You’ll Feel Me Touching You, Sweetie”: Vaginal Examinations During the Second Stage of Labor ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 19, n° 1 (mars), p. 10-18. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00365.x>>. Consulté le 14 août 2012.
- Berriot-Salavore, Évelyne. 1991. « Le Discours de la médecine et de la science », p. 359-395. Chap. in *Histoire des femmes en Occident. Tome III (XVI^e-XVII^e)*, sous la dir. Georges Duby et Michelle Perrot. Paris : Plon.
- Bertrand-Mirkovic, Aude. 2003. *La notion de personne : étude visant à clarifier le statut juridique de l'enfant à naître*. Préf. de François Terré. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille, 472 p.

- Bibeau, Gilles. 2004. *Le Québec transgénique. Science, marché, humanité*. Montréal : Boréal, 454 p.
- Biringer, Anne. 1994. « Langage in Obstetric Care : What Do We Really Want to Say? » *Canadian Family Physician*. Section « ViewPoint; Platform », vol. 40 (mai), p. 880-882.
- Birman, Chantal. 2003. *Au monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte...* En coll. avec Sophie Troubac. Paris : La Martinière, 350 p.
- Blakesley, David. 1998. « Eviscerating David Cronenberg ». *Enculturation*, vol. 2, n° 1 (automne). En ligne. <http://enculturation.gmu.edu/2_1/blakesley/>. Consulté le 9 mai 2012.
- Block, Jennifer. 2007. *Pushed: The Painful Truth about Childbirth and Modern Maternity Care*. Cambridge (Mass.) : Da Capo Press, xxvi + 316 p.
- Boob, Betty. 2008a (1^{er} juin). « Parole d'Évangile ». *Le Bétisier officiel de l'obstétrique [BOOB]*. En ligne. <<http://boob.over-blog.fr/article-19397943.html>>. Consulté le 16 nov. 2012.
- _____. 2008 b (9 juin). « La virginité en prime ». *Le Bétisier officiel de l'obstétrique [BOOB]*. En ligne. <<http://boob.over-blog.fr/article-20193949.html>>. Consulté le 15 mai 2012.
- _____. 2008c (19 oct.). « Le Goujat passe à l'acte ». *Le Bétisier officiel de l'obstétrique [BOOB]*. En ligne. <<http://boob.over-blog.fr/article-23864498.html>>. Consulté le 3 juil. 2012.
- Bourgeois dite Boursier, Louise (1563-1636). 1992. *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-nés; suivi de Instructions à ma fille (1609)*. Préf. de Françoise Olive. Coll. « Des femmes dans l'histoire ». Paris : Côté-femmes, 223 p.
- Bowser, Diana, et Kathleen Hill. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*. Bethesda (Mar.) : USAID-TRAction Project (Harvard School of Public Health et University Research Co., LLC) (20 sept.), 57 p. En ligne. <<http://www.tractionproject.org/content/respectful-care-during-childbirth>>. Consulté le 7 déc. 2011.
- Boyle, Elaine M., Gry Poulsen, David J. Field, Jennifer J. Kurinczuk, Dieter Wolke, Zarco Alfirevic et Maria A. Quigley. 2012. « Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age : population based cohort study ». *British Medical Journal*, vol. 344, n° 896 (1^{er} mars), p. 1-14. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e896>>. Consulté le 23 nov. 2013.
- Brabant, Isabelle. 2001. *Une Naissance heureuse. Bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Montréal : Saint-Martin, 440 p.
- _____. 2005. « Les accoucheuses [2^e article] ». *La Vie en rose : hors série*, p. 108-109.

- Brody, Karen. 2009. *Naissance [pièce en un acte]*. Trad. de l'anglais [États-Unis] par Claire Bernet-Rollande. Adaptation québécoise de Johanne Benoît. S.l. : copyright Karen Brody [inédit en français]. Document PDF, 59 p.
- Buckley, Sarah J. 2004a. « Undisturbed Birth: Nature's Hormonal Blueprint for Safety, Ease and Ecstasy ». *MIDIRS, Midwifery Digest*, n° 14, p. 203-209. En ligne. <<http://www.midirs.org/midirs/midweb1.nsf/services?openform>>. Consulté le 25 févr. 2008.
- _____. 2004 b. « What Disturbs Birth? ». *MIDIRS, Midwifery Digest*, n° 14, p. 353-359. En ligne. <<http://www.midirs.org/midirs/midweb1.nsf/services?openform>>. Consulté le 25 févr. 2008.
- _____. 2005. « The Hidden Risks of Epidurals ». *Mothering*, n° 133 (nov.-déc.), p. 50-59. En ligne : <<http://mothering.com/pregnancy-birth/the-hidden-risk-of-epidurals>> Consulté le 14 févr. 2012.
- Butler, Judith. 1993. *Bodies that Matter : On the Discursive Limits of "Sex"*. New York : Routledge, xii + 288 p.
- _____. 2004. *Le pouvoir des mots : politique du performatif*. Trad. de l'anglais par Charlotte Nordmann. Paris : Amsterdam, 287 p.
- Bydlowski, Monique. 2000. *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris : Odile Jacob, 185 p.
- _____. 2002. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. 4^e éd. Préf. d'Yvon Gauthier. Coll. « Le fil rouge; Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant ». Paris : Presses universitaires de France, 207 p.
- Campergue, Rachel. 2011. *No mammo? Enquête sur le dépistage du cancer du sein*. Préf. du Dr Bernard Junod. Coll. « Essais-Documents ». Paris : Max Milo, 511 p.
- Canguilhem, Georges. 1966. *Le normal et la pathologique*. Paris : Presses universitaires de France, 226 p.
- _____. 1977. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie : nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris : J. Vrin, 1977, 144 p.
- _____. 1990. *La santé : concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse : Sables, 36 p.
- Carontini, Enrico. 2000. « Inférence et encyclopédie ». Document d'accompagnement au séminaire *Concepts fondamentaux* (SEM 8110). Doctorat en sémiologie (hiver), 32 p.
- Cartwright, Elizabeth. 1998. « The Logic of Heartbeats : Electronic Fetal Monitoring and Biomedically Constructed Birth ». In *Cyborg Babies : From Techno-Sex to Techno-Tots*, sous la dir. de Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit. New York et Londres : Routledge, p. 240-254.

- Cartwright, Lisa. 1995. *Screening the body : tracing medicine's visual culture*. Minneapolis : University of Minnesota Press, xvii + 199 p.
- Cassidy, Tina. 2007. *Birth. The Surprising History of How We Are Born*. New York : Atlantic Monthly Press, 312 p.
- Certeau, Michel de. 2007. *L'Invention du quotidien. Tome I : Arts de faire*. Nouv. éd. établie et présentée par Luce Giard [1990]. Coll. « Folio/essais, n° 146 ». Paris : Gallimard, liv + 349 p.
- Cesbron, Paul, et Yvonne Knibiehler. 2004. *La Naissance en Occident*. Coll. « La cause des bébés ». Paris : Albin Michel, 360 p.
- Chalmers, Beverley, Janusz Kaczorowski, Cheryl Levitt, Susie Dzakpasu, Beverley O'Brien, Lily Lee, Madeline Boscoe et David Young; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (GEEM) du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) de l'Agence de la santé publique du Canada. 2009. « Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth : Findings from the Maternity Experiences Survey ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 36, n° 1 (mars), p. 13-25. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00291.x>>. Consulté le 1^{er} nov. 2012.
- Champenois Rousseau, Bénédicte. 2003. *Éthique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal*. Thèse de doctorat. Paris : École nationale supérieure des mines, 400 p.
- Charbonniaud, Marie. 2012 (16 janv.). « Quand les premières minutes avec bébé nous sont volées ». *Naître en grandir*. Section « Famille à la une ». En ligne. <<http://naitreetgrandir.net/cs/blogs/famille-a-la-une/archive/2012/1/16/quand-les-premieres-minutes-avec-bebe-nous-sont-volees.aspx>>. Consulté le 21 janv. 2012.
- Cherniak, Donna. 2005. « Les accoucheuses [1^{er} article] ». *La Vie en rose : hors série*, p. 106-108.
- Chervenak, Frank A., Laurence B. McCullough, Robert L. Brent, Malcolm I. Levene, Birgit Arabin. 2012. « Clinical Opinion. Planned home birth : the professional responsibility response ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (13 nov.) En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.002>>, 8 p. Consulté le 14 nov. 2012.
- Chevassus-au-Louis, Nicolas, et Sophie Dufau. 2010. « Dossier spécial : Identité et biologie. 1. Les Désillusions du gène; 2. Ces Autres qui sont en nous; 3. Où s'arrête le moi? 4. Cet étranger que l'on fait soi. 5. De l'identité biologique à l'identité nationale? » *Mediapart.fr* (29-30 juil., 2 août) En ligne. <<http://www.mediapart.fr/dossier/culture-idees/identite-et-biologie>>. Consulté le 3 août 2010.
- Childbirth Connection. 2010. « Cesarean Section. Why Does the National U.S. Cesarean Section Rate Keep Going Up? » In *Childbirth Connection : Cesarean Section*. En ligne. <<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10456>>. Consulté le 7 oct. 2010.

- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). 2009. « The Coalition for Improving Maternity Services Responds to The Today Show's Biased Reporting on Midwifery Care and Home Birth ». In *Coalition for Improving Maternity Services*. En ligne. <<http://www.motherfriendly.org/pdf/CIMS%20One%20Voice%20Response%20to%20The%20Today%20Show%20FINAL%2020090923.pdf>>, 4 p. Consulté le 27 janv. 2011.
- Coenen, Marie-Thérèse (dir. publ.). 2002. *Corps de femmes : sexualité et contrôle social*. Préf. d'Yvonne Knibiehler. Coll. « Pol-his ». Bruxelles : De Boeck Université, 216 p.
- Coeytaux, Francine, Debra Bingham et Nan Strauss. 2011. « Editorial : Maternal Mortality in the United States : A Human Rights Failure ». *Contraception*, vol. 83, n° 3 (mars), p. 189-193. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.11.013>>. Consulté le 21 mars 2011.
- Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Groupe de travail « Épisiotomie ». 2005. *Lettre du Ciane au CNGOF [Collège national des gynécologues-obstétriciens] suite à relecture des recommandations de pratique clinique sur l'épisiotomie (27 sept.)*, 15 p. En ligne. <<http://fr.scribd.com/doc/2520553/Lettre-du-Ciane-au-CNGOF-suite-a-relecture-des-recommandations-de-pratique-clinique-sur-lepisiotomie>>. Consulté le 3 juil. 2012.
- Collectif Les Accompagnantes de Québec. 2005. *Mettre un enfant au monde : des femmes se racontent et souhaitent être entendues. Présentation de revendications émises par des femmes de la région 03 (Québec, Portneuf, Charlevoix) en matière de soins périnataux*. Coll. « Les Cahiers du GREMF, n° 91 ». Québec : Groupe de recherche multidisciplinaire féministe, Université Laval, xi + 113 p.
- Confidential Enquiry into Maternal Deaths and Child Health (CEMACH). 2004. *Why Mothers Die 2000–2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. Londres : RCOG Press, xii + 338 p. En ligne. *Healthcare Quality Improvement Partnership*. <<http://www.hqip.org.uk/assets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/33.-2004-Why-Mothers-Die-2000-2002-The-Sixth-Report-of-the-Confidential-Enquiries-into-Maternal-Deaths-in-the-UK.pdf>>. Consulté le 7 août 2012.
- Cook, T. A., et N. J. Mortensen. 1998. « Management of Faecal Incontinence Following Obstetric Injury », *British Journal of Surgery*, vol. 85 n° 3 (mars), p. 293-299. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2168.1998.00693.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Coombs, Robert H., Sangeeta Chopra, Debra R. Schenk et Elaine Yutan. 1993. « Medical Slang and its Functions ». *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 8 (avril), p. 987-998.
- Corea, Gena. 1985. *The Mother Machine : Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York : Harper & Row, x + 374 p.
- _____. 1987. *Man-made Women : How New Reproductive Technologies Affect Women*. Bloomington : Indiana University Press, 109 p.

- Cronenberg, David (réal.) 1988. *Dead Ringers*. Film. [S.l.] : Mantle Clinic II et Morgan Creek Productions. Vidéocassette VHS, 117 min.
- Cyrulnik, Boris. 1992. *Sous le signe du lien. Une histoire naturelle de l'attachement*. Coll. « Pluriel, n° 8607 ». Paris : Hachette, 319 p.
- Daly, Mary. 1978. *Gyn/Ecology. The Metaethics of Radical Feminism*. Boston : Beacon Press, xx + 485 p.
- Darmon, Pierre. 1977. *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*. Paris : J.-J. Pauvert, 283 p.
- David, Sarah. 2007. *Les Accompagnantes à la naissance. Émergence d'une fonction ancestrale dans les sociétés modernes : l'exemple québécois*. Mémoire de maîtrise. Paris : Université Paris 13 – Bobigny, xii + 70 p.
- Davis-Floyd, Robbie. 1987. « Obstetric Training as a Rite of Passage ». *Medical Anthropology Quarterly. Special Issue. Obstetrics in the United States : Woman, Physician, and Society*, sous la dir. de Robert Hahn, vol. 1, n° 3 (sept.), p. 288-318. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1525/maq.1987.1.3.02a00050>> Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. 1992. *Birth as an American rite of passage*. Coll. « Comparative studies of health systems and medical care ». Berkeley : University of California Press, xii + 382 p.
- Davis-Floyd, Robbie et Joseph Dumit (dir. publ.). 1998. *Cyborg Babies : From Techno-Sex to Techno-Tots*. New York et Londres : Routledge, 358 p.
- Davis-Floyd, Robbie et Carolyn Fishel Sargent (dir. publ.). 1996. *Medical Anthropology Quarterly. Special Issue : The Social Production of Authoritative Knowledge in Childbirth*, vol. 10, n° 2 (juin). En ligne. <http://www.davis-floyd.com/art_frame_iaak1ss.html> Consulté le 21 févr. 2003.
- _____. (dir. publ.). 1997. *Childbirth and authoritative knowledge : cross-cultural perspectives*. Av.-pr. de Rayna Rapp. Berkeley : University of California Press, xii + 510 p.
- Declercq, Eugene, et Judy Norsigian. 2007. « The folly of 1 percent Policy ». *The Boston Globe*. En ligne. 6 août. <http://www.boston.com/yourlife/health/women/articles/2007/08/06/the_folly_of_1_percent_policy/>. Consulté le 10 févr. 2011.
- Declercq, Eugene R., Lisa L. Paine, Michael R. Winter. 1995. « Home Birth in The United States, 1989–1992: A Longitudinal Descriptive Report of National Birth Certificate Data ». *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 40, n° 6 (nov.-déc.), p. 474-482. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182\(95\)00061-5](http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(95)00061-5)>. Consulté le 25 sept. 2012.
- Declercq, Eugene R., Carol Sakala, Maureen P. Corry, Sandra Applebaum et Peter Risher. 2002. *Listening to Mothers : Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York : Maternity Center Association, 59 p. En ligne.

- <http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers>> Consulté le 26 août 2010.
- Declercq, Eugene R., Carol Sakala, Maureen P. Corry et Sandra Applebaum. 2006. *Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York : Childbirth Connection, viii +104 p. En ligne. <http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers>> Consulté le 8 mars 2010.
- _____. 2008. *New Mothers Speak Out: National Survey Results Highlight Women's Postpartum Experiences*. New York : Childbirth Connection, 69 p. En ligne. <http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers>> Consulté le 26 août 2010.
- Dekker, Rebecca L. 2012 (20 août). « What is the Evidence for Induction for Low Amniotic Fluid in a Healthy Pregnancy? ». *Science & Sensibility: A Research Blog About Healthy Pregnancy, Birth & Beyond (Lamaze International)*. En ligne. <http://www.scienceandsensibility.org/what-is-the-evidence-for-induction-for-low-amniotic-fluid-in-a-healthy-pregnancy/>>. Consulté le 23 nov. 2013.
- Delassus, Jean-Marie. 2005. *Psychanalyse de la naissance*. Coll. « Psychismes ». Paris : Dunod, vii + 391 p.
- DeLee, Joseph B. 1920. « The Prophylactic Forceps Operation ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 1, p. 34-44. En ligne. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.123205>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. 1940. « The Use of Solution of Posterior Pituitary in Modern Obstetrics ». *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, vol. 115, n° 16, p. 1320-1326. En ligne. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1940.02810420006003>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Derrida, Jacques et Élisabeth Roudinesco. 2003. *De quoi demain... : dialogue*. Paris : Flammarion, 315 p.
- Deutsch, Helene. 1994. *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Prés. de Paul Roazen. Trad. de l'anglais par Pierre-Emmanuel Dauzat. Coll. « Histoire de la psychanalyse ». Paris : Presses universitaires de France, xv + 125 p.
- DeVries, Raymond G., Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen et Sirpa Wrede (dir. publ.). 2001. *Birth by Design : Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. Av.-pr. de Robbie Davis-Floyd. New York : Routledge, 301 p.
- Didi-Huberman, Georges. 1999. *Ouvrir Vénus : nudité, rêve, cruauté*. Coll. « Le temps des images ». Paris : Gallimard, 149 p.
- Les Dossiers de l'obstétrique*. Dossiers spéciaux. 1999. Le Naissant, n° 273. 2001. Autour du concept de « naissant » (1^{re} et 2^e partie), n°s 297-298.
- Dubois, Jean, Henri Mitterand et Albert Dauzat. 2001. *Dictionnaire d'étymologie*. Coll. « Références ». Paris : Larousse, xxxviii + 822 p.

- Duden, Barbara. 1996. *L'Invention du fœtus : le corps féminin comme lieu public*. Trad. de l'allemand par Jeanne Étoré. Paris : Descartes et cie, 171 p.
- Dumont, Martial, et Pierre Morel. 1968. *Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie*. Lyon : Simep, 87 p.
- Dunn, Helen Marie. 2011. *Someone Else's Child : Women's Experiences of Disconnection and Birth Distress*. Mémoire de maîtrise. Burnaby (C.-B.) : Simon Fraser University, x + 126 p.
- Dupagne, Dominique. 2009. « La “bulle médicale” : la situation de la médecine est très proche de celle de l'économie des années 2000 ». In *Knol. A Unit of Knowledge*. (21 oct.) En ligne. <<http://knol.google.com/k/la-bulle-médicale>>. Consulté le 26 janv. 2011.
- Eco, Umberto. 1988. *Sémiotique et philosophie du langage*. Paris : Presses universitaires de France, 285 p.
- Emerson, Katy. 2011 (4 nov.). « Cord around the neck – what parents & practitioners should know ». *Delayed Cord Clamping Blog*. En ligne. <<http://cord-clamping.com/2011/11/04/cord-around-the-neck-what-parents-practitioners-should-know/>>. Consulté le 12 avril 2012.
- Enkin, Murray W. 1992. « Commentary : Do I Do That? Do I Really Do That? Like That? » *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 19, n° 1 (mars), p. 19-20. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00366.x>>. Consulté le 15 août 2012.
- Enkin, Murray, Marc J.N.C. Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Duley, Ellen Hodnett et Justus Hofneyr. 2000. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3^e éd. Oxford : Oxford University Press, 544 p. En ligne. <<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=329&ck=10218&area=27>>. Consulté le 25 août 2007.
- Epstein, Abby (réal.), et Ricki Lake, Abby Epstein, Amy Slotnick et Paulo Netto (prod.). 2007. *The Business of Being Born*. Documentaire. Beverley Hills (Calif.) : Ample Productions; New York : Barranca Productions, 87 min.
- Epstein, Abby (réal.), et Ricki Lake (prod.). 2011. *More Business of Being Born* (1. « Down on The Farm : Conversations with Legendary Midwife Ina May Gaskin », 55 min; 2. « Special Deliveries : Celebrity Mothers Talk Straight on Birth », 74 min; 3. « Explore Your Options : Doulas, Birth Centers & C-Sections », 102 min; 4. « The VBAC Dilemma : What Your Options Really Are », 51 min). Documentaire en 4 épisodes. Beverley Hills (Calif.) : Ample Productions; New York : Barranca Productions. 4 DVD.
- Epstein, Randi Hutter. 2010. *Get Me Out. A History of Childbirth from the Garden of Eden to the Sperm Bank*. New York et Londres : W. W. Norton & Company, xvi + 302 p.

- États généraux de la naissance (EGN). 2006. « Atelier 11 : Le déclenchement. Transcription (23 sept.) ». *Quelle naissance demain? États généraux de la naissance*. Châteauroux (France) (22 au 24 sept. 2006) En ligne. <<http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/transcriptions/11-declenchement.pdf>>, 12 p. Consulté le 2 nov. 2012.
- « Every Sperm is Sacred ». 2007. In *Wikipédia : l'encyclopédie libre*. En ligne. <http://en.wikipedia.org/wiki/Every_Sperm_Is_Sacred>. Consulté le 12 mars 2007.
- Ferron, Jacques. 1999. « Un texte inédit du Dr Jacques Ferron : “L'accoucheur, personnage insolite” ». Prés. de Luc Gauvreau. *Le Devoir*, section « Idées » (10 sept.), p. A9.
- Flamm, Bruce L. 1997. « Once a Cesarean, Always a Controversy ». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 90, n° 2 (août), p. 312-315. En ligne. <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1997/08000/Once_A_Cesarean_Always_A_Controversy.32.aspx>. Consulté le 21 févr. 2011.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fond des Nations Unies pour la population (UNFPA). 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (oct.), vii + 103 p. En ligne. New York : UNICEF. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalgui.pdf>. Consulté le 22 sept. 2012.
- Ford, David A., Debra Pascali-Bonaro et Eugene R. Declercq (réal.). c2008. *Birth by the Numbers*. Vidéo. 22:24 min. En ligne. <http://www.youtube.com/watch?v=tGx_GrAKBVU>. Consulté le 10 févr. 2011.
- Ford, Elizabeth. 2008. *The Role of Support and Control During Birth in the Development of Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth*. Thèse de doctorat. Brighton : University of Sussex, xi + 345 p.
- Foucault, Michel. 1993. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Coll. « Tel, n° 225 ». Paris : Gallimard, 360 p.
- _____. 2006. *Histoire de la sexualité I : La Volonté de savoir*. Coll. « Tel, n° 248 ». Paris : Gallimard, 211 p.
- _____. 2007. *Naissance de la clinique*. 7^e éd. Coll. « Quadrige/Grands textes ». Paris : Presses universitaires de France, xvi + 214 p.
- Foureur, Maralyn, Clare L. Ryan, Michael Nicholl et Caroline Homer. 2010. « Inconsistent Evidence: Analysis of Six National Guidelines for Vaginal Birth After Cesarean Section ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 37, n° 1 (mars), p. 3-10. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00372.x>>. Consulté le 19 oct. 2012.
- Franklin, Sarah. 1991. « Fetal Fascinations : New Dimensions to the Medical-Scientific Construction of Fetal Personhood ». Chap. in *Off-centre : feminism and cultural studies*, sous la dir. de Sarah Franklin, Celia Lury et Jackie Stacey. New York : Routledge, p. 190-205.

- _____. 1997. *Embodied progress : a cultural account of assisted conception*. Londres et New York : Routledge, 1997, xii + 252 p.
- Franklin, Sarah et Margaret M. Lock (dir. publ.). 2003. *Remaking life & death : toward an anthropology of the biosciences*. Coll. « School of American Research advanced seminar series ». Santa Fe (N.-M.) et Oxford : School of American Research Press et James Currey, xii + 372 p.
- Franklin, Sarah et Helena Ragoné (dir. publ.). 1998. *Reproducing reproduction : kinship, power, and technological innovation*. Philadelphie : University of Pennsylvania Press, vi + 245 p.
- Fraser, Janet. 2012 (5 mars). « Why I never say witch hunt ». *Janet Fraser [blog]. Where birth and feminism intersect*. En ligne. <<http://janetfraser.id.au/blog/2012/03/05/why-i-never-say-witch-hunt/>>. Consulté le 16 nov. 2012.
- Fraser, William D., Justus Hofmeyr, Roberto Lede, Gilles Faron, Sophie Alexander, François Goffinet, Arne Ohlsson, Céline Goulet, Lucile Turcot-Lemay, Walter Prendiville, Sylvie Marcoux, Louise Laperrière, Chantal Roy, Stavros Petrou, Hai-Rong Xu, et Bin Wei (pour le *Amnio-infusion Trial Group*). 2005. « Amnioinfusion for the Prevention of the Meconium Aspiration Syndrome ». *New England Journal of Medicine*, vol. 353, n° 9 (1^{er} sept.), p. 909-917. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa050223>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Freeze, Rixa Ann Spencer. 2008. *Born Free : Unassisted Childbirth in North America*. Thèse de doctorat. Iowa : University of Iowa, ix + 354 p.
- _____. 2010 (27 juil.). « All That Matters... ». *Stand and Deliver : Reflections on Pregnancy, Birth and Mothering*. En ligne. <<http://rixarixa.blogspot.ca/2010/07/all-that-matters.html>>. Consulté le 4 nov. 2012.
- Friedman, Alex. 2010. « Test leads to needless C-sections ». *The Philadelphia Inquirer*. En ligne. 26 avril. <http://articles.philly.com/2010-04-26/news/25213857_1_cesarean-heart-rate-heart-rate>. Consulté le 4 nov. 2012.
- Frye, Anne. 1995. *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice. Vol. 1 : Care During Pregnancy*. Introd. de Robbie-Davis Floyd, Ph. D. Av.-pr. de Veronika Kolder, M.D. Portland (Oreg.) : Labrys Press, xvi + 1184 p.
- Gagnon, Jean-Philippe. 1979. *Rites et croyances de la naissance à Charlevoix*. Coll. « Connaissance ». Montréal : Leméac, 150 p.
- Gamelin-Lavois, Sophie, et Martine Herzog-Evans. 2003. *Les Droits des mères. T. 1 La grossesse et l'accouchement*. Coll. « La Justice au quotidien ». Paris : L'Harmattan, 128 p.
- Gamelin-Lavois, Sophie. 2005. *Accoucher en sécurité. Plaidoyer pour choisir une naissance plus naturelle*. Coll. « Santé ». Chêne-Bourg (Suisse) : Vivez Soleil, 205 p.

- _____. 2006a. « Diabète gestationnel. Sources scientifiques et institutionnelles : Dossier ». En ligne. In *Projet de naissance.com* (nov.). <<http://ddata.over-blog.com/0/33/11/36/diabete-dossier.pdf>>, 11 p. Consulté le 6 nov. 2012.
- _____. 2006b. *Préparer son accouchement. Faire un projet de naissance*. Préf. du Dr Bernard Maria. Coll. « Les Maxi Pratiques ». Saint-Julien-en-Genevois (France) et Genève : Jouvence, 93 p.
- Gaskin, Ina May. 2003. *Ina May's Guide to Childbirth*. New York : Bantam Books, xv + 348 p.
- de Gasquet, Bernadette. 2002. *Bien-être et maternité*. 6^e éd. Paris : Implex, 370 p.
- Gawande, Atul. 2006. « Annals of Medicine. The Score : How Childbirth Went Industrial ». *The New Yorker* (9 oct.) En ligne. <http://www.newyorker.com/archive/2006/10/09/061009fa_fact?currentPage=all>. Consulté le 4 oct. 2012.
- Gélis, Jacques, Mireille Laget et Marie-France Morel. 1978. *Entrer dans la vie : Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Coll. « Archives ». Paris : Gallimard-Juillard, 245 p.
- Gélis, Jacques. 1984. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne – XVI^e-XIX^e siècle*. Paris : Fayard, 611 p.
- _____. 1999. « L'individualisation de l'enfant ». In *De la Renaissance aux Lumières*. Éd. rev. et augm. dir. par Roger Chartier, p. 303-318. T. 3 d'*Histoire de la vie privée*, sous la dir. de Philippe Ariès et Georges Duby. Coll. « Points; Histoire ». Paris : Seuil.
- Georges, Eugenia, et Lisa M. Mitchell. 1998. « Baby's First Picture : The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging ». In *Cyborg Babies : From Techno-Sex to Techno-Tots*, sous la dir. de Robbie Davis-Floyd et Joseph Dumit, New York/Londres, Routledge, p. 105-124.
- Ginsburg, Faye D. et Rayna Rapp (dir. publ.). 1995. *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley et Los Angeles : University of California Press, xii + 450 p.
- Ginzburg, Carlo. 1980. « Signes, traces, pistes : racines d'un paradigme de l'indice ». *Le Débat*, n° 6 (nov.), p. 3-44. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.3917/deba.006.0003>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Girard, Marc. 1999. « Episiotomy and faecal incontinence ». *The Lancet*, vol. 354, n° 9196 (18 déc.), p. 2169. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77077-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77077-X)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. c2005. « La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne ». En ligne. In *CianeWiki – Portail naissance : articles*. <<http://portail.naissance.asso.fr/docs/brutalisation.pdf>>, 12 p. Consulté le 26 août 2010.

- _____. 2013. *La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne*. Jouars-Pontchartrain : Marc Girard, 171 p.
- Girard, René. 1998. *La violence et le sacré*. Coll. « Pluriel, n° 897 ». Paris : Hachette, 486 p.
- Glezerman, Marek. 2006. « Five years to the term breech trial : The rise and fall of randomized controlled trial ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 194, n° 1 (janv.), p. 20-25. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.039>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Goer, Henci. 1995. *Obstetrics Myths versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature*. Westport (Conn.) : Bergin and Garvey, x + 385 p.
- _____. 1999. *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*. New York : Perigee, The Berkley Publishing Group, 367 p.
- _____. 2006. « How Childbirth Went Industrial – A Deconstruction ». *Mothering.com*. (26 nov.) En ligne. <<http://mothering.com/pregnancy-birth/how-childbirth-went-industrial>>. Consulté le 16 avril 2012.
- Gottvall, K., et Ulla Waldenström. 2002. « Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? ». *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 109, n° 3 (mars), p. 254-260. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)01200-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-0328(02)01200-4)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Gøtzsche, Peter C. 2012. *Mammography Screening: Truth, Lies and Controversy*. Av.-pr. d'Iona Heath. Av.-pr. de Fran Visco. Londres : Radcliffe, 400 p.
- Graham, Ian D. 1997. *Episiotomy : challenging obstetric interventions*. Oxford et Malden (Mass.) : Blackwell Science, xix + 199 p.
- Green, Lawrence W., John W. Travis, Ryan G. McAllister, Kent W. Peterson, Astrik N. Vardanyan et Amber Craig. 2010. « Male Circumcision and HIV Prevention: Insufficient Evidence and Neglected External Validity ». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, n° 5 (nov.), p. 479-482. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.07.010>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Greenhalgh, Trisha. 2004. « Meta-narrative Mapping : A New Approach to the Systematic Review of Complex Evidence ». In *Narrative Research in Health and Illness*, sous la dir. de Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh et Vieda Skultans, p. 349-381. Malden (Mass.) : Blackwell.
- Grégoire, Lysane, et Stéphanie St-Amant (dir. publ.). 2004. *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*. Montréal : Remue-ménage, 444 p.
- Grmek, Mirko Drazen. 1983. *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale : recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*. Coll. « Médecine et sociétés ». Paris : Payot, 527 p.

- Groddeck, Georg. 2001. *Le Livre du ça*. Trad. de l'allemand par L. Jumel. Introd. de Roger Lewinter. Préf. de Lawrence Durrell. Coll. « Tel, n° 3 ». Paris : Gallimard, 341 p.
- Groupe MAMAN. 2008. *Manifeste sur les droits des femmes à l'égard de leur maternité* [Déposé le 25 mars 2011]. En ligne. Laval (Québec) : Groupe MAMAN. <<http://www.groupemaman.org/docs/ManifesteIntegral.pdf>>, 14 p. Consulté le 2 nov. 2012.
- Guay, Évelyne (réal.). 2007. *Couper court*. Documentaire. Québec : Vidéo Femmes. DVD, 52 min.
- Guillebaud, Jean-Claude. 1998. *La tyrannie du plaisir*. Coll. « Point/Essai, n° P668 ». Paris : Éditions du Seuil, 391 p.
- _____. 2001. *Le principe d'humanité*. Coll. « Point/Essai, n° P1027 ». Paris : Seuil, 379 p.
- Gülmezoglu A.M., C.A. Crowther et P. Middleton. 2006. *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* n° 4 (18 oct.). Art. n° : CD004945. En ligne. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054226>>. Consulté le 2 févr. 2012.
- Gülmezoglu A.M., C.A. Crowther, P. Middleton et E. Heatley. 2012. *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* n° 6 (13 juin). En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub3>>. Consulté le 24 nov. 2013.
- Halldorsdottir, S., et S. Karlsdottir. 1996. « Empowerment or discouragement : women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth ». *Health Care for Women International*, vol. 17, n° 4 (juil.-août), p. 361-379. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1080/07399339609516251>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hammani, Farida. 2001. « L'épisiotomie est une mutilation sexuelle douloureuse, inutile, dangereuse... » *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 295 (juin). En ligne. <<http://www.projetdenaissance.com/article-episiotomie-mutilation-sexuelle-49221335.html>>. Consulté le 14 mai 2012.
- Hannah, Mary E., Arne Ohlsson, Dan Farine, Sheila A. Hewson, Ellen D. Hodnett, Terri L. Myhr, Elaine E. L. Wang, Julie A. Weston et Andree R. Willan; for the TERMPROM Study Group. 1996. « Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 334, n° 16 (18 avril), p. 1005-1010. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199604183341601>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hannah, Mary E., Walter J. Hannah, Sheila A. Hewson, Ellen D. Hodnett, Saroj Saigal, Andrew R. Willan; for the Term Breech Trial Collaborative Group. 2000. « Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomised multicentre trial ». *The Lancet*, vol. 356, n° 9239 (21 oct.), p. 1375-1383. En

- ligne. <[http://dx.doi.org/doi:10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](http://dx.doi.org/doi:10.1016/S0140-6736(00)02840-3)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hannah, Mary E. 2004. « Planned elective cesarean section : A reasonable choice for some women? » *Canadian Medical Association Journal* (2 mars), vol. 170, n° 5, p. 813-814. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1032002>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hartmann, Katherine, Meera Viswanathan, Rachel Palmieri, Gerald Gartlehner, John Thorp Jr et Kathleen N. Lohr. 2005. « Outcomes of Routine Episiotomy : A Systematic Review ». *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 293, n° 17 (mai), p. 2141-2148. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.17.2141>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hastie, Carolyn, et Kathleen M. Fahy. 2009. « Optimising Psychophysiology in Third Stage of Labor : Theory Applied to Practice ». *Women and Birth*, vol. 22, n° 3 (sept.), p. 89-96. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2009.02.004>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hecquet, Philippe. 1990. *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes; et De l'obligation aux mères de nourrir leurs enfants; suivi de S'il est des signes qui assurent de la puissance des hommes, autant que le font ceux qui répondent de la sagesse des filles (1707)*. Préf. d'Hélène Rouch. Paris : Côté-femmes, 182 p.
- Hess, Gérald. *Le langage de l'intuition. Pour une épistémologie du singulier*. Coll. « Collection L'ouverture philosophique ». Paris-Montréal : L'Harmattan, 1997, 284 p.
- Hewison, Alistair. 1993. « The Language of Labour : An Examination of the Discourses of Childbirth ». *Midwifery*, vol. 9, n° 4, p. 225-234. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/0266-6138\(93\)90006-E](http://dx.doi.org/10.1016/0266-6138(93)90006-E)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Hippocrate. 1970. *De la génération; De la nature de l'enfant; Des maladies IV; Des fœtus de huit mois*. Éd. et trad. par Robert Joly. Coll. « Collection des universités de France ». Paris : Les Belles Lettres, 188 p.
- Hippocrate de Cos. 1994. *De l'art médical*. Éd. et introd. par Danielle Gourevitch. Trad. d'Émile Littré, Mirko Grmek et Pierre Pellegrin. Coll. « Le livre de poche-Bibliothèque classique, n° 704 ». Paris : Librairie générale française, 606 p.
- Hivon, Myriam, et Vania Jimenez. 2006. *Perception d'une naissance et naissance d'une perception : Où en sont les femmes?* En ligne. Montréal : Publications du Centre de recherche et de formation, Université McGill, et Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, 84 p.
<http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/Publications_CR_F/perception_naissance_serie13_enligne.pdf>. Consulté le 17 oct. 2010.
- Hodges, Susan, et Henci Goer. 2004. « Effects of Hospital Economics on Maternity Care ». *Citizens for Midwifery News* (printemps-été). En ligne. <<http://cfmidwifery.org/Resources/item.aspx?ID=32>>. Consulté le 7 févr. 2007.

- Hodnett, Ellen D. 2002. « Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : A systematic review ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5 (mai), p. S160-S172. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.121141>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Huston, Nancy. 1990. *Journal de la création*. Coll. « Libre à elles ». Paris : Seuil, 276 p.
- _____. 2004. *Professeurs de désespoir*. Paris : Actes Sud; Montréal : Leméac, 380 p.
- Iacob, Marcela. 2002. *Penser les droits de la naissance*. Coll. « Questions d'éthique ». Paris : Presses universitaires de France, xxiv + 194 p.
- _____. 2004. *L'empire du ventre : pour une autre histoire de la maternité*. Paris : Fayard, 365 p.
- _____. 2005. « L'utérus artificiel contre la naissance sacrificielle ». *Libération* (rubrique « Rebonds ») (25 mars). En ligne. <http://www.liberation.fr/tribune/2005/03/29/l-uterus-artificiel-contre-la-naissance-sacrificielle_514577>. Consulté le 25 nov. 2013.
- Illich, Ivan. 1981. *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*. Coll. « Points, n° 122 ». Paris : Seuil, 217 p.
- _____. 1999. « Un facteur pathogène prédominant : l'obsession de la santé parfaite ». *Le Monde diplomatique*, mars, p. 28. En ligne. <<http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Donner naissance au Canada : Les coûts*. En ligne. Ottawa : ICIS, xii + 54 p. <https://secure.cihi.ca/free_products/Costs_Report_06-Fre.pdf>. Consulté le 25 sept. 2012.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada (SOGC) – Essai QUARISMA. s.d. [2012] « La surveillance fœtale durant le travail », 26 p.; « La césarienne », 26 p.; « L'accouchement du siège », 26 p.; « Méthodes pharmacologiques de la gestion et du soulagement de la douleur durant le travail », 23 p.; « Déclenchement et stimulation du travail », 25 p.; « L'accouchement vaginal après césarienne », 32 p. [documents de travail] *Tronc commun provincial d'information prénatale (TCPIP)*. Montréal : INSPQ.
- Irigaray, Luce. 1977. *Ce sexe qui n'en est pas un*. Paris : Minuit, 217 p.
- Iser, Wolfgang. 1988. *Laurence Sterne : Tristram Shandy*. Trad. par David Henry Wilson. Coll. « Landmarks of World Literature ». Cambridge : Cambridge University Press, xviii + 135 p.
- Jacobus, Mary, Evelyn Fox Keller et Sally Shuttleworth (dir. publ.). 1990. *Body/politics: women and the discourses of science*. New York et Londres : Routledge, vi + 197 p.

- Jacques, Béatrice. 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Préf. de Martine Segalen. Coll. « Partage du savoir ». Paris : Presses universitaires de France, x + 208 p.
- Jaggar, Alison M., et Susan Bordo (dir. publ.). 1989. *Gender/Body/Knowledge : Feminist Reconstructions of Being and Knowing*. New Brunswick (N. J.) : Rutgers University Press, vii + 376 p.
- Jakobi, Peter. 2003. « Are You Happy With the Epi(siotomy)? ». *Israeli Medical Association Journal*, vol. 5, n° 8 (août), p. 581-584. En ligne. <<http://www.ima.org.il/imag/ar03aug-11.pdf>>. Consulté le 25 avril 2012.
- Janov, Arthur. 1983. *Imprints. The Lifelong Effects of the Birth Experience*. New York : Coward-McCann, 309 p.
- Jimenez, Vania, Michael C. Klein, Myriam Hivon et Catherine Mason. 2010. « A Mirage of Change : Family-Centered Maternity Care in Practice ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 37, n° 2 (juin), p. 160-167. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00396.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Johnson, Kenneth C., et Betty-Ann Daviss. 2005. « Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives : Large Prospective Study in North America ». *British Medical Journal*, vol. 330, n° 7505, p. 1416 (16 juin). En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7505.1416>>. Consulté le 25 nov. 2013.
- Johnson, Lucy Holmes. 1997. *Childbirth as a Developmental Milestone*. Thèse de doctorat. Cincinnati (Ohio) : The Union Graduate School, 281 p.
- Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in four cultures : a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4^e éd. rev. et augm. par Robbie Davis-Floyd. Prospect Heights (Ill.) : Waveland Press, xxi + 235 p.
- Jordan, Sue. 2006. « Infant feeding and analgesia in labour : the evidence is accumulating ». *International Breastfeeding Journal*, vol. 1, n° 25 (11 déc.). En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1186/1746-4358-1-25>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Jordanova, Ludmilla J. 1989. *Sexual visions : images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries*. Madison (Wis.) : University of Wisconsin Press, xiii + 207 p.
- Kapsalis, Terri. 1997. *Public privates : performing gynecology from both ends of the speculum*. Durham (Car.-du-N.) : Duke University Press, x + 216 p.
- Keller, Evelyn Fox. 1985. *Reflections on Gender and Science*. New Haven (Conn.) : Yale University Press, viii + 193 p.
- _____. 1999. *Le rôle des métaphores dans les progrès de la biologie*. Trad. de l'anglais (États-Unis) par Gilles Charpy et Marc Saint-Upéry. Le Plessis-Robinson (France) : Synthélabo, 157 p.

- _____. 2003. *Le siècle du gène*. Préf. de François Jacob. Trad. de Stéphane Schmitt. Coll. « Bibliothèque des sciences humaines ». Paris : Gallimard, 173 p.
- Kellogg, John Harvey. 1888. « Treatment for Self-Abuse and its Effects ». In *Plain Facts for Old and Young*. Burlington (Iowa) : F. Segner & Co., p. 290-327. En ligne. In *Google Books*. <<http://books.google.se/books?id=XjyV7Ow6qFgC&printsec=frontcover&hl=fr-v=onepage&q&f=false>>. Consulté le 1^{er} nov. 2012.
- Kitzinger, Sheila. 1986. *L'expérience sexuelle des femmes*. Trad. de l'anglais par Marie-France de Palomera. Coll. « Libre à elles, n° 1 ». Paris : Seuil, 382 p.
- _____. 1996. « Sheila Kitzinger's Letter from Europe : Birth Speak ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 23, n° 1 (mars), p. 46-47. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00463.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. 1999. « Sheila Kitzinger's Letter from Europe : Obstetric Metaphors and Marketing ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 26, n° 1 (mars), p. 55-57. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536X.1999.00055.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. 2006. *Birth Crisis*. Abingdon (R.-U.) et New York : Routledge, xiii + 191 p.
- Kitzinger, Sheila, et Penny Simkin. 1986. *Episiotomy and the second stage of labor*. 2^e éd. Seattle : Penny Press, viii + 133 p.
- Klein, Michael C., R.J. Gauthier, S.H. Jorgensen, J. Kaczorowski, *et al.* 1992. « Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? » *Online Journal of Current Clinical Trials*, Doc N° 10 (juil.).
- Klein, Michael C., Robert J. Gauthier, James M. Robbins, Janusz Kaczorowski, Sally H. Jorgensen, Eliane D. Franco, Barbara Johnson, Kathy Waghorn, Morrie M. Gelfand, Melvin S. Guralnick, Gary W. Luskey et Arvind K. Joshi. 1994. « Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation ». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 171, n° 3 (sept.), p. 591-598. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(94\)90070-1](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(94)90070-1)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Klein, Michael C., J. Kaczorowski, J.M. Robbins, R.J. Gauthier, S.H. Jorgense et A.K. Joshi. 1995. « Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy : consequences for women in their care ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 6 (15 sept.), p. 769-779.
- Klein, Michael C. 2010. « From Routine Episiotomy to Routine Cesarean Section. How society came from rejecting one to embracing another ». *The Bear Bones*, vol. 10, n° 1 (printemps), p. 12-17. En ligne. Vancouver : UBC Department of Family Practice Research Office. <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7B2F968A23-D9EE-4F6A-BEC7-6E8B991A5DAB%7D/BBones_Klein.pdf>. Consulté le 15 nov. 2012.
- Knibiehler, Yvonne, et Catherine Fouquet. 1983. *La femme et les médecins. Analyse historique*. Coll. « La force des idées; Littérature générale ». Paris : Hachette, 333 p.

- Knibiehler, Yvonne. 1976. « Les médecins et la “nature féminine” au temps du Code civil ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 31, n° 4, p. 824-845. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.3406/ahess.1976.293751>>. Consulté le 24 nov. 2013.
- _____. 2002. *La Sexualité et l'histoire*. Paris : Odile Jacob, 267 p.
- Kotaska, Andrew J., Michael C. Klein et Robert M. Liston, 2006. « Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births : a critical look at the external validity of randomized trials ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 194, n° 3 (mars), p. 809-814. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.09.014>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Kramer, Michael S., Kitaw Demissie, Hong Yang, Robert W. Platt, Reg. Sauvé et Robert Liston. Groupe d'étude de la santé foetale et infantile (GESFI) du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). 2000. « The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality ». *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 7 (16 août), p. 843-849. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.7.843>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Kuhn, Thomas S. 1996. *The Structure of Scientific Revolutions*. 3^e éd. Londres et Chicago : University of Chicago Press, 212 p.
- Kupiec, Jean-Jacques, et Pierre Sonigo. 2003. *Ni Dieu ni gène : pour une autre théorie de l'hérédité*. Éd. par Nicolas Witkowski. Coll. « Points/Sciences, n° S153 ». Paris : Seuil, 231 p.
- Lafontaine, Céline. 2008. *La société postmortelle : la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*. Paris : Seuil, 242 p.
- Laget, Mireille. 1982. *Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique*. Préf. de Philippe Ariès. Coll. « L'univers historique ». Paris : Seuil, 346 p.
- Lake, Ricki, et Abby Epstein. 2009. *Your Best Birth : Know All Your Options, Discover the Natural Choices, and Take Back the Birth Experience*. Av.-pr. de Jacques Moritz. New York : Wellness Central, xxxii + 238 p.
- Lamaze International. 2006. « The Problem with “Maternal Request” Cesarean ». En ligne. In *Lamaze International : Statements*. <<http://www.lamaze.org/institute/about/statements.asp>>. Consulté le 24 févr. 2006.
- Landsbury, Coral. 1985. « Gynecology, Pornography, and the Antivivisection Movement ». *Victorian Studies*, n° 28 (printemps), p. 413-437.
- Laqueur, Thomas. 1992. *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Trad. de l'anglais par Michel Gautier. Paris : Gallimard, vii + 355 p.
- Latour, Bruno. 1984. *Les microbes : guerre et paix; suivi de Irréductions*. Coll. « Pandore ». Paris : Métailié, 281 p.

- _____. 1989. *La science en action*. Trad. de l'anglais par Michel Biezunski; texte rév. par l'auteur. Coll. « Textes à l'appui. Anthropologie des sciences et des techniques ». Paris : La Découverte, 450 p.
- Latour, Bruno, et Steve Woolgar. 1988. *La vie de laboratoire : la production des faits scientifiques*. Trad. de l'anglais par Michel Biezunski. Coll. « Science et société ». Paris : La Découverte, 299 p.
- Lawson, Gerald W. 2012. « The Term Breech Trial Ten Years On : Primum Non Nocere? » *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 39, n° 1 (mars), p. 3-9. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00507.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Leavitt, Judith W. 1988. « Joseph B. DeLee and the practice of preventive obstetrics ». *American Journal of Public Health*, vol. 78, n° 10 (oct.), p. 1353-1361. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1353>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Le Boursier du Coudray, Angélique Marguerite. 1759. *Abrégé de l'art des accouchemens : dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en pratique*. Paris : Chez la Veuve Delaguet, lii + 189 p. En ligne. In *Google Books*. <http://books.google.ca/books?id=gWI9AAAACAAJ&ots=fm4_vjCV3a&dq=boursier%20du%20coudray&lr&hl=fr&pg=PP3#v=onepage&q&f=false>. Consulté le 19 août 2010.
- Leboyer, Frédérick. 1980. *Pour une naissance sans violence*, Nouv. éd. rev. et augm. Coll. « Vie pratique ». Paris : Seuil, 156 p.
- _____. 1996. *Si l'enfantement m'était conté*. Coll. « Vie pratique ». Paris : Seuil, 284 p.
- Le Breton, David. 1995. *La sociologie du risque*. Coll. « Que sais-je?, n° 3016 » Paris : Presses universitaires de France, 127 p.
- Leri, Damien, Ian M. Bennett et Victoria Leri. 2011. « Mapping Maternity Care and Birth Outcomes : Cost & Outcomes ». *Mapping Health* (févr.). En ligne. <<http://www.mappinghealth.com/maternitycare>>. Consulté le 21 nov. 2013.
- Leroy, Fernand. 2002. *Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Préf. d'Émile Papiernik. Bruxelles : De Boeck, 456 p.
- Liedloff, Jean. 2006. *Le concept du continuum : à la recherche du bonheur perdu*. Trad. de Véronique Van den Abeele. Genève : Ambre, 221 p.
- Lippman, Abby. 1993. « Worrying -- and worrying about -- the geneticization of reproduction and health ». In *Misconceptions : The social construction of choice and the new reproductive technologies. Vol. 1*, sous la dir. de Gwynne Basen, Margrit Eichler et Abby Lippman, p. 39-65. Hull : Voyageur Press.
- Lockhart, Andy. 2009. « Optimum Population Trust : The Return of 1970s Survivalism, or Something New? ». *In-Spire Journal of Law, Politics and Societies*, vol. 4, n° 1, p. 19-

39. En ligne. <<http://inspirejournal.files.wordpress.com/2011/11/lockhart41.pdf>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Lord, Denis. 2003. « Dépistage. Le diabète de grossesse, objet de controverse ». *Le Devoir*. Société, santé. 29 mars. En ligne. <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/24169/depistage-le-diabete-de-grossesse-fait-l-objet-de-controverse>>.
- Lortholary, Isabelle (dir. publ.). 2007. *Naissances. Récits (Marie Darrieussecq, Hélène Villovitch, Agnès Desarthe, Marie Desplechin, Camille Laurens, Geneviève Brisac, Catherine Cusset et Michèle Fitoussi)*. Postf. de René Frydman. Paris : Points, 192 p.
- Loup, Cécile. 2008. « Le dogme de l'obstétrique française ». En ligne. In *CianeWiki*, CIANE, 18 avril. <<http://ciane.net/GynobsDogme>>. Consulté le 12 mai 2010.
- Lundgren, Ingela, Sigfridur I. Karlsdottir et Terese Bondas. 2009. « Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis ». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, vol. 4, n° 2, p. 115-128. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1080/17482620802423414>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- MacDorman, Marian F., Eugene Declercq, Fay Menacker et Michael H. Malloy. 2006. « Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with “No Indicated Risk,” United States, 1998-2001 Birth Cohorts ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 33, n° 3 (sept.), p. 175-182. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00102.x>>. Consulté le 25 sept. 2012.
- Main, Elliott K., Christine H. Morton, Kathryn Melsop, David Hopkins, Giovanna Giuliani et Jeffrey B. Gould. 2012. « Creating a Public Agenda for Maternity Safety and Quality in Cesarean Delivery ». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 120, n° 5 (nov.), p. 1194-1198. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31826fc13d>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Maines, Rachel P. 2012. *Technologies de l'orgasme : Le vibromasseur, l'« hystérie » et la satisfaction sexuelle des femmes*. Trad. de l'américain par Oristelle Bonis. Préf. d'Alain Giami. Paris : Payot, 272 p.
- de Maistre, Gilles (réal.). 2007. *Le Premier Cri*. Documentaire. France : Mai Juin Production, 100 min.
- Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body : A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston : Beacon Press, xi + 276 p.
- Martin, Karin A. 2003. « Giving Birth Like a Girl ». *Gender & Society*, vol. 17, n° 1 (févr.), p. 54-72. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1177/0891243202238978>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Martin, Sylvie. 2010. *L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel : de l'obstétrique à la machinique*. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal, 193 p.

- _____. 2011. *Le Désenfancement du monde. Utérus artificiel et effacement du corps maternel*. Montréal : Liber, 222 p.
- McCourt, Chris, Jane Weaver, Helen Statham, Sarah Beake, Jenny Gamble et Debra K. Creedy. 2007. « Elective cesarean section and decision making : A critical review of the littérature ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 34, n° 1 (mars), p. 65-79. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00147.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- McCracken, Leilah. 2000. *Resexualizing Childbirth. A Collection of Essays*. Coquitlam (C.-B.) : Birthlove, viii + 195 p.
- Meily, Stéphanie. 2010. « Donner la vie sans être en péril ». *Agir (Le Magazine des droits humains, Amnistie internationale Canada francophone)*, vol. 31, n° 3 (sept.), p. 12-17. En ligne. <http://www.amnistie.ca/site/images/stories/section_documents_archives/listes/agir_en_ligne/archives/Agir_Septembre_2010_lores.pdf>. Consulté le 27 oct. 2010.
- Merchant, Carolyn. 1983. *The Death of Nature : Women, Ecology, and the Scientific Revolution*. San Francisco : Harper & Row, xx + 348 p.
- Mignot, Sandra. 2003. « La fin de l'épisiotomie? – dossier ». *Profession sage-femme*, n° 23 (mars), p. 4-7.
- Miller, Amy Chasteen. 2009. « “Midwife to Myself”: Birth Narratives among Women Choosing Unassisted Homebirth ». *Sociological Inquiry*, vol. 79, n° 1 (févr.), p. 51–74. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-682X.2008.00272.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Miller, Tina. 2000. « Losing the Plot : Narrative Construction and Longitudinal Childbirth Research ». *Qualitative Health Research*, vol. 10, n° 3 (mai), p. 309-323. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1177/104973200129118462>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Milot, Emmanuel, Francine M. Mayer, Daniel H. Nussey, Mireille Boisvert, Fanie Pelletier et Denis Réale. 2011. « Evidence for evolution in response to natural selection in a contemporary human population ». *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 108, n° 41 (3 oct.), p. 17040-17045. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1104210108>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Mitchell, Lisa Meryn. 2001. *Baby's First Picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*. Toronto : University of Toronto Press, x + 258 p.
- Monty Python. 1983. « The Miracle of Birth : Part I ». In *The Meaning of Life*. Scène de film en ligne. Royaume-Uni : Celandine Films, 3 min 30 s *YouTube*. <<http://www.youtube.com/watch?v=Qbnv6eHKjCQ>>. Consulté le 1^{er} nov. 2012.
- Moreco, Lina B. (réal.) 2004. *Médecine sous influence*. Documentaire en ligne. Montréal : Office national du film, 77 min 03 s. <<http://www.onf.ca>>. Consulté le 9 janv. 2012.

- Morgan, Lynn Marie, et Meredith W. Michaels (dir. publ.). 1999. *Fetal subjects, feminist positions*. Philadelphie : University of Pennsylvania Press, vi + 345 p.
- Morley, George Malcolm. 2003. « Neonatal Resuscitation : Life That Failed ». *ObGyn.net*. (9 févr.) En ligne. <<http://www.obgyn.net/pregnancy-birth/pregnancy-birth.asp?page=/pb/articles/neonatal-resuscitation>>. Consulté le 18 oct. 2010.
- Murphy-Lawless, Jo. 1998. *Reading Birth and Death. A History of Obstetric Thinking*. Bloomington et Indianapolis : Indiana University Press, 343 p.
- National Institutes of Health (NIH). 2010. « NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean : New Insights ». *NIH Consensus and State-of-the-Science Statements*, vol. 27, n° 3 (8-10 mars), iii + 42 p. En ligne. Bethesda (Mar.) : U.S. Department of Health and Human Services. <http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf>. Consulté le 17 oct. 2012.
- New, Melvyn. 1969. *Laurence Sterne as Satirist : A Reading of Tristram Shandy*. Gainesville (Flo.) : University of Florida Press, 209 p.
- Newman, Amie. 2010 (13 août). « Does Refusing a C-Section = Child Abuse? » *RH Reality Check*. En ligne. <<http://www.rhrealitycheck.org/blog/2010/08/11/refusingcsection-child-abuse>>. Consulté le 11 nov. 2011.
- Newman, Karen. 1996. *Fetal Positions. Individualism, Science, Visuality*. Coll. « Writing Science ». Stanford (Calif.) : Stanford University Press, xviii + 158 p.
- Newman, Thomas B. 2004. « The Power of Stories over Statistics : Lessons from Neonatal Jaundice and Infant Airplane Safety ». In *Narrative Research in Health and Illness*, sous la dir. de Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh et Vieda Skultans, p. 257-272. Coll. « BMJ Books ». Malden (Mass.) : Blackwell.
- Newton, Niles. 1987. « The Fetus Ejection Reflex Revisited ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 14, n° 2 (juin), p. 106-108. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1987.tb01464.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Nihell, Elizabeth. 1760. *A Treatise on the Art of Midwifery. Setting forth various abuses therein, especially as to the practice with instruments : the whole serving to put all the rational inquirers in a safe way of safely forming their own judgement upon the question; which it is best to employ, in cases of pregnancy and lying-in, a man-midwife; or, a midwife [1709]*. Londres : A. Morley, iv + xvi + vi + 471 p. En ligne. In *Google Books*. <<http://books.google.ca/books?id=OslEAAAACAAJ&printsec=frontcover&dq=nihell&hl=fr&sa=X&ei=yF6XUNXXDsLi0QHV5oGYBQ&ved=0CDEQ6AEwAA>>. Consulté le 3 nov. 2012.
- Oakley, Ann. 1984. *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford et New York : Basil Blackwell, 352 p.

- O'Connell, Helen E., John M. Hutson, Colin R. Anderson et Robert J. Plenter. 1998. « Anatomical relationship between urethra and clitoris ». *Journal of Urology*, vol. 159, n° 6 (juin), p. 1892-1897. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)63188-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(01)63188-4)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- O'Connell, Helen E., Kalavampara V. Sanjeevan et John M. Hutson. 2005. « Anatomy of the clitoris ». *Journal of Urology*, vol. 174, n° 4 (oct.), partie 1, p. 1189-1195. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Odent, Michel. 1987. « The Fetus Ejection Reflex ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 14, n° 2 (juin), p. 104-105. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1987.tb01463.x>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. 1998. « Le moment de la naissance peut avoir de profondes répercussions sur le reste de la vie ». *Biocontact*, n° 70 (févr.). En ligne. In *CianeWiki – Portail naissance : articles*. <<http://portail.naissance.asso.fr/docs/odent1.htm>>. Consulté le 1^{er} mars 2011.
- _____. 2001a. *L'amour scientifié : les mécanismes de l'amour*. Paris : Jouvence, 160 p.
- _____. 2001b. « New Reasons and New Ways to Study Birth Physiology ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n° 75 (suppl. 1) : p. S39–S45. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00512-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00512-4)>. Consulté le 21 févr. 2008.
- _____. 2004a. « Le rôle des aiguilles à tricoter dans l'art de la sage-femme ». In *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, sous la dir. de Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, p. 143-145. Montréal : Remue-ménage.
- _____. 2004b. *Le fermier et l'accoucheur : L'industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement*. Coll. « Nouvelles naissances ». Paris : Médicis, 187 p.
- _____. 2005. *Césariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*. Coll. « Champ d'idées ». Gap (France) : Le Souffle d'Or, 180 p.
- _____. 2006. « The Long Term Consequences of How We Are Born ». *Primal Health Research Newsletter*, vol. 14, n° 1 (été), p. 179-201.
- _____. 2011. « Understanding stages of labour after the paradigm shift ». *Midwifery Today*, n° 98 (juin), p. 21.
- O'Driscoll, Kiera, John M. Stronge et Maurice Minogue. 1973. « Active management of Labour ». *British Medical Journal*, vol. 3, n° 5872 (21 juil.), p. 135-137. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.3.5872.135>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- O'Driscoll, Kieran, Declean Meagher et Michael Robson. 2003. *Active management of labour [The Dublin Experience]*. 4^e éd. rév. [1^{re} éd. : 1980] Maryland Heights (Mo.) : Mosby, 236 p.
- O'Gorman, Marcel. 2003. « What is Necromedia? ». *Intermédialités : histoire et théorie des arts, des lettres et des techniques / Intermediality :*

- History and Theory of the Arts, Literature and Technologies* [Numéro thématique « Naître »], n° 1 (printemps), p. 155-164. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.7202/1005450ar>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Olive, Jean-Louis. 2000. « Pour une sociologie du naissant : infans et persona ». In *Le naissant, Actes du colloque* (Perpignan, juin 2000), sous la dir. de Claude-Émile Tourné. Perpignan : Presses universitaires de Perpignan [jamais publié].
- Olsen, Ole. 1997. « Meta-analysis of the Safety of Home Birth ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 24, n° 1 (mars), p. 4-13. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00004.pp.x>>. Consulté le 14 févr. 2012.
- O'Regan, Maire. 1998. « Active Management of Labour – The Irish Way of Birth ». *AIMS Journal*, vol. 10, n° 2 (été), p. 1-8. En ligne. <<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol10No2/activeManagement.htm>>. Consulté le 4 nov. 2012.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2012. « Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 – Données fréquemment demandées ». *Politiques et données sur la santé*. En ligne. Paris : OCDE (10 août). <<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/OECDHealthData2012FrequentlyRequestedData.xls>>. Consulté le 21 oct. 2012.
- Organisation des Nations unies (ONU). Conseil économique et social. Commission des droits de l'homme. 2002. Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique. Violences contre les femmes. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Mme Radhika Coomaraswamy, présenté en application de la résolution 2001/49 de la Commission des droits de l'homme : Pratiques culturelles au sein de la famille qui constituent des formes de violence contre les femmes*. En ligne. Genève : Haut-Commissariat aux droits de l'homme, document E/CN.4/2002/83 (31 janvier), 41 p. <[http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/e8ca5f9aa0b910dbc1256ba7004f1903/\\$FILE/G0210429.pdf](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/e8ca5f9aa0b910dbc1256ba7004f1903/$FILE/G0210429.pdf)>. Consulté le 7 févr. 2007.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Département Santé et Recherche génésiques. 1997. *Les Soins liés à l'accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*. N° de référence : WHO/FRH/MSM/96.24. Genève : Organisation mondiale de la santé, vi + 61 p.
- _____. 2012. « Mutilations sexuelles féminines, aide-mémoire n° 241 » (févr.). En ligne. In *WHO*, Centre des médias. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>>. Consulté le 11 mai 2012.
- Pascali-Bonaro, Debra (réal.). 2008. *Orgasmic Birth : The Best-Kept Secret*. Documentaire. Riverdale (N. J.) : Sunken Treasure. DVD, 85 min.
- Pel, Maria, Marion H.B. Heres, Augustinus A.M. Hart, Fulco van der Veen et Pieter E. Treffers. 1995. « Provider-associated factors in obstetric interventions ». *European*

- Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 61, n° 2 (août), p. 129-134. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/0301-2115\(95\)02129-U](http://dx.doi.org/10.1016/0301-2115(95)02129-U)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Perkins, Barbara Birgman. 2004. *The Medical Delivery Business : Health Reform, Childbirth, and the Economic Order*. Piscatawat (N.-J.) : Rutgers University Press, xii + 253 p.
- Pfuntner, Anne, Lauren M. Wier et Carol Stocks. 2013. « Statistical Brief #165 : Most Frequent Procedures Performed in U.S. Hospitals, 2011 ». *Healthcare Cost and Utilization Project (H-CUP)* (mars). En ligne. Rockville (Mar.) : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 10 p. <<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb165.pdf>>. Consulté le 21 nov. 2013.
- Picard, André. 2010. « Time to end pelvic exams done without consent ». *The Globe and Mail*. Section « Health & Fitness ». En ligne. 28 janv. (dernière mise à jour : 6 sept. 2012). <<http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/time-to-end-pelvic-exams-done-without-consent/article4325965/>>. Consulté le 4 nov. 2012.
- Pizzini, Franca. 1991. « Communication Hierarchies in Humour : Gender Differences in the Obstetrical/Gynaecological Setting ». *Discourse and Society*, vol. 2, n° 4 (oct.), p. 477-488. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1177/0957926591002004008>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Plante, Lauren A. 2009. « Mommy, What Did You Do in the Industrial Revolution? Meditations on the Rising Cesarean Rate. » *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 2, n° 1 (printemps), p. 140-147. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1353/ijf.0.0010>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Poitel, Blandine. 2002. « Pour une charte du naissant ». *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 302 (févr.). En ligne. In *Carrefour Naissance*. <<http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/refl/PourUneCharteDuNaissant.htm>> Consulté le 7 févr. 2007.
- Porter, Roy (dir. publ.). 1987. *Man masters nature : 25 centuries of science*. Londres : BBC Books, 224 p.
- Porter, Roy. 1988. « A Touch of Danger : The Man-Midwife as Sexual Predator ». In *Sexual Underworlds of the Enlightenment*, sous la dir. de G. S. Rousseau et Roy Porter, p. 206-232. Chapel Hill : University of North Carolina Press.
- Prentice, A., et T. Lind. 1987. « Fetal Heart Rate Monitoring During Labour – Too Frequent Intervention, Too Little Benefit ». *The Lancet*, vol. 330, n° 8572 (12 déc.), p. 1375-1377. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(87\)91266-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(87)91266-9)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Prescott, James W. 1975. « Body Pleasure and the Origins of Violence ». *The Bulletin of The Atomic Scientists*, vol. 31, n° 9 (nov.), p. 10-20. En ligne. In *Google Books*. <<http://books.google.ca/books?id=UwsAAAAMBAJ&lpg=PP1&hl=fr&pg=PA1-v=onepage&q&f=false>>. Consulté le 15 nov. 2012.

- Proulx, Steve. 2009. « Accoucher normalement », *Voir*. En ligne. Chronique « Angle mort ». 29 oct. <<http://voir.ca/chroniques/angle-mort/2009/10/28/accoucher-normalement/>>. Consulté le 4 nov. 2012.
- Québec. 1973a. *Loi médicale*. LRQ, c M-9 [à jour au 1^{er} oct. 2012]. En ligne. Québec : Éditeur officiel du Québec. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/M_9/M9.htm>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec. 1973b. *Loi sur les infirmières et infirmiers*. LRQ, c I-8 [à jour au 1^{er} oct. 2012]. En ligne. Québec : Éditeur officiel du Québec. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec. 1991a. *Code civil*. CCQ-1991 [à jour au 1^{er} oct. 2012]. En ligne. Québec : Éditeur officiel du Québec. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec. 1991b. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. LRQ, c S-4.2 [à jour au 1^{er} oct. 2012]. En ligne. Québec : Éditeur officiel du Québec. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec. 1999. *Loi sur les sages-femmes*. LRQ, c S-0.1 [à jour au 1^{er} oct. 2012]. En ligne. Québec : Éditeur officiel du Québec. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_0_1/S0_1.html>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec, Directeur de l'État civil (DEC). 2011a. « Absence d'un constat de naissance dressé par un médecin ou une sage-femme ». *Directive de l'État civil CCQ 111-1* (4 avril). En ligne. Québec : Directeur de l'État civil. <http://www.etatcivil.gouv.qc.ca/publications/1133_11445_CCQ_111-1_constat_2011-04-04_finale_pub.pdf>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec, Directeur de l'État civil (DEC). 2011b. « Absence d'un constat de naissance dressé par un médecin ou une sage-femme : version révisée ». *Directive de l'État civil CCQ 111-1* (12 sept.). En ligne. Québec : Directeur de l'État civil. <http://www.etatcivil.gouv.qc.ca/publications/DIR-B_Absence_de_constat_de_naissance_07-10-11FINAL.pdf>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 2012. « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque ». *ETMIS [Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé]*, vol. 8, n^o 14 (sept.), xvi + 134 p. En ligne. Québec : INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf>; « Annexes du rapport », 194 p.

<http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/AN_NEXES_interventionsobstetricales.pdf>. Consultés le 1^{er} nov. 2012.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 1993. *Politique de périnatalité*. Québec : MSSS, Publications, n° 618.2(714) Que 1993, 101 p.

_____. Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. 1997. *Rapport final et recommandations sur la pratique des sages-femmes*. Québec : MSSS, Publications, v + 140 p. En ligne. <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs40403>>. Consulté le 28 mars 2012.

_____. Direction des communications. 2008. *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. En ligne. Montréal : MSSS, Publications, n° 08-918-01F, vii + 163 p. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>>. Consulté le 9 sept. 2010.

Quénart, Anne. 1992. « Risky Business : Medical definitions of pregnancy ». Chap. in *The Anatomy of Gender*, sous la dir. de D. Currie et V. Raoul, p. 161-174. Ottawa : Carleton University Press.

Rank, Otto. 1983. *Le mythe de la naissance du héros; suivi de La légende de Lohengrin*. Éd. critique introd. par Elliot Klein. Coll. « Science de l'homme ». Paris : Payot, 343 p.

_____. 1990. *Le traumatisme de la naissance : influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*. Trad. de l'allemand par S. Jankélévitch. Postf. de Claude Girard. Coll. « Petite bibliothèque Payot, n° 22 ». Paris : Payot, 240 p.

Rapp, Rayna. 1991. « Moral Pioneers : Women, Men, and Fetuses on a Frontier of Reproductive Technology ». Chap. in *Gender at the Crossroads of Knowledge : Feminist Anthropology in the Postmodern Era*, sous la dir. de Micaela de Leonardo. Berkeley : University of California Press, 1991.

_____. 1999. *Testing women, testing the fetus : the social impact of amniocentesis in America*. New York : Routledge, xiii + 361 p.

Ratcliffe, Krista. 1996. *Anglo-American Feminist Challenges to the Rhetorical Traditions : Virginia Woolf, Mary Daly, Adrienne Rich*. Carbondale et Edwardsville : Southern Illinois University Press, xvi + 227 p.

Reed, Rachel. 2010a. *The evidence for common midwifery practices during the second stage of labour*. Revue de littérature réalisée dans le cadre d'une recherche doctorale (30 juil.), 31 p. En ligne. <<https://www.box.com/shared/eyhh0tirnu>>. Consulté le 18 sept. 2012.

_____. 2010b (30 juil.). « Pushing : leave it to the expert ». *Midwife Thinking's Blog*. En ligne. <<http://midwifethinking.com/2010/07/30/pushing-leave-it-to-the-experts/>>. Consulté le 18 sept. 2012.

- _____. 2010c (16 sept.). « Induction of Labour : Balancing Risks ». *Midwife Thinking's Blog*. En ligne. <<http://midwifethinking.com/2010/09/16/induction-of-labour-balancing-risks/>>. Consulté le 2 févr. 2012.
- _____. 2010d (3 déc.). « Shoulder Dystocia : the Real Story ». *Midwife Thinking's Blog*. En ligne. <<http://midwifethinking.com/2010/12/03/shoulder-dystocia-the-real-story/>>. Consulté le 1^{er} févr. 2012.
- _____. 2011a (6 févr.) « Le bourrelet de col antérieur, ou Comment saccager un accouchement parfaitement normal ». *Midwife Thinking's French Blog*. Trad. de l'anglais par Marion de la Taille [d'après une entrée du blogue original en anglais publiée le 22 janv. 2011]. En ligne : <<http://midwifethinkingfrench.wordpress.com/2011/02/06/hello-world/>>. Consulté le 18 sept. 2012.
- _____. 2011 b (8 mars). « Le placenta : principal matériel de réanimation ». *Midwife Thinking's French Blog*. Trad. de l'anglais par Marion de la Taille. En ligne. <<http://midwifethinkingfrench.wordpress.com/2011/03/18/le-placenta-principal-materiel-de-reanimation/>>. [Version française de « The Placenta : essential resuscitation equipment ». *Midwife Thinking's Blog*, entrée du 26 août 2010. En ligne. <<http://midwifethinking.com/2010/08/26/the-placenta-essential-resuscitation-equipment/>>]. Liens consultés le 21 sept. 2012.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). 2012. *Manuel des médecins omnipraticiens*, n° 100. Mise à jour 75 (oct.). En ligne. Québec : Centre de formation et d'assistance aux professionnels. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/000_complet_acte_omni.pdf>, 466 p. Consulté le 1^{er} nov. 2012.
- _____. 2012. *Manuel des médecins spécialistes*, n° 150. Mise à jour 83 (oct.). En ligne. Québec : Centre de formation et d'assistance aux professionnels. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/150-facturation-specialistes/000_complet_acte_spec.pdf>, 762 p. Consulté le 1^{er} nov. 2012.
- Reid, Maire. 1997. « The Disappearance of Birth : Language Versus Reality in Modern Childbirth ». *Birth Gazette*, vol. 13, n° 2 (printemps), p. 15-21.
- Remer, Molly. 2008. « Satisfaction with Birth ». *International Journal of Childbirth Education*, vol. 23, n° 3 (sept.), p. 13-16. En ligne. <[http://icea.org/sites/default/files/09-08\(reduced\).pdf](http://icea.org/sites/default/files/09-08(reduced).pdf)>. Consulté le 4 nov. 2012.
- Revault d'Allonnes, Claude. 1991. *Le mal joli : accouchement et douleur*. 2^e éd. Paris : Plon, 340 p.
- Reynolds, J. Laurence. 1997. « Post-traumatic stress disorder after childbirth : the phenomenon of traumatic birth ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, n° 6

- (15 mars), p. 831-835. En ligne. In *CMAJ*. <<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/156/6/831.pdf>>. Consulté le 29 nov. 2010.
- Rich, Adrienne. 1976. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York : W. W. Norton, 318 p.
- Rivard, Andrée. 2005. *Perspectives sur les réalités de la naissance : Échos d'une conférence. Synthèse de la conférence annuelle 2004*. Montréal : Association pour la santé publique du Québec, xiv + 90 p. En ligne : <<http://www.aspq.org/documents/file/perspectives-realite-naissance.pdf>>. Consulté le 11 juil. 2012.
- _____. 2010. *L'enfantement dans un Québec moderne : générations, mémoires, histoire*. Thèse de doctorat. Québec : Université Laval, 379 p.
- Robinson, Jean. 1995. « Behavioural iatrogenesis ». *British Journal of Midwifery*, vol. 3, n° 6, p. 335.
- Romain, Jules. 1993. *Knock, ou Le Triomphe de la médecine*. Paris : Gallimard, 1993, 167 p.
- Rondeau, Sophie (dir. publ.). 2005. *Naissances. Recueil de récits*. Québec : Multimondes, xiv + 272 p.
- Rose, Nikolas S. 2007. *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Coll. « Information Series ». Princeton : Princeton University Press, xiii + 350 p.
- Rosenthal, Elisabeth. 2013. « American Way of Birth, Costliest in the World ». *The New York Times* (section « Health »). En ligne. 30 juin. <http://www.nytimes.com/2013/07/01/health/american-way-of-birth-costliest-in-the-world.html?_r=1&>. Consulté le 21 nov. 2013.
- Rothman, Barbara Katz (dir. publ.). 1993. *Encyclopedia of Childbearing: Critical Perspectives*. Phœnix (Ariz.) : Oryx Press, xxvi + 446 p.
- Roth, Rachel. 2000. *Making Women Pay, The Hidden Costs of Fetal Rights*. Ithaca et Londres : Cornell University Press, xii + 246 p.
- St-Amant, Stéphanie. 2002. « La natalité virtuelle : ultrasons mutagènes, identités muées ». In *L'identité. Zones d'ombres*, sous la dir. de Cristina Bucica et Nicolas Simard, p. 255-273. Coll. « Les Cahiers du CELAT ». Montréal : CÉLAT. En ligne. <http://www.er.uqam.ca/nobel/soietaut/documentation/publications_ouvrages/st-amantnatavirt.pdf>. Consulté le 11 juil. 2012.
- _____. 2004. « Épisiotomie : informer, dénoncer, agir ». *Le Péricoop, bulletin d'information en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec*, vol. 8, n° 1 (avril), p. 19-20.

- Sakala, Carol, et Maureen P. Corry. 2008. *Evidence-Based Maternity Care : What It Is and What It Can Achieve*. New York : Milkbank Memorial Fund, viii + 115 p. En ligne. <<http://www.milbank.org/reports/>>. Consulté le 23 févr. 2010.
- Santé Canada. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Centre du développement humain en santé. Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie. Section de la santé maternelle et infantile. Système canadien de surveillance périnatale. 2004. *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada. Surveillance accrue : la voie de la prévention*. En ligne. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, n° H39-4/44-2004F, vii + 36 p. <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/srmm-rsmm/pdf/mat_mortality_f.pdf> Consulté le 7 févr. 2007.
- Santé Canada. Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Centre pour la promotion de la santé. Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie. Section de la santé maternelle et infantile. 2009. *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. En ligne. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, n° HP5-74/2-2009F, viii + 234 p. <<http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php>>. Consulté le 20 sept. 2010.
- Sarfati, R., M. Maréchaud et G. Magnin. 1999. « Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 28, n° 1 (mars), p. 48-54. En ligne. <<http://dx.doi.org/JG-03-1999-28-1-0368-2315-101019-ART51>>. Consulté le 26 nov. 2013.
- Schiebinger, Londa. 1993. *Nature's body : Gender in the making of modern science*. Boston : Beacon Press, x + 289 p.
- Schneider, Dana Alban. 2009. *Beyond the Baby: Women's Narratives of Childbirth, Change and Power*. Thèse de doctorat. Northampton (Mass.) : Smith College School for Social Work, vi + 263 p.
- Scott, John R. 2005. « Episiotomy and Vaginal Trauma ». *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 32, n° 2 (juil.), p. 307-321. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2004.12.001>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Servant-Laval, Agnès. 2004. « Anatomie fonctionnelle. Psychomotricité deuxième année. Chap. 5 : Membre inférieur – appuis ». En ligne. In *Faculté de médecine Pierre et Marie-Curie, site de la Pitié-Salpêtrière*. <<http://www.chups.jussieu.fr/polypsSM/anatfonctPSM2/POLY.Chp.5.html>>. Consulté le 26 février 2007.
- Seymour, John. 2000. *Childbirth and the law*. Oxford et New York : Oxford University Press, xxix + 391 p.

- Shanley, Laura Kaplan. 2012. *Unassisted Childbirth*. 2^e éd. Av.-pr. de Michel Odent. Santa Barbara : Praeger, xviii + 164 p.
- Shetty, Ashalatha, Rhona Burt, Pat Rice et Allan Templeton. 2005. « Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour — A questionnaire-based study ». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 123, n^o 1 (1^{er} nov.), p. 56–61. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.03.004>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Shirley, Karen E., et Rosemary Mander. 1996. « The Power of Language ». *British Journal of Midwifery*, vol. 4, n^o 6 (juin), p. 298-300, 317-318.
- Simkin, Penny. 1991. « Just another day in a woman's life? Women's long term perceptions of their first birth experience. Part 1 ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 18, n^o 4 (déc.), p. 203-210. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>>. Consulté le 17 oct. 2012.
- _____. 1992. « JustAnother Day in a Woman's Life? Part II : Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 19, n^o 2 (juin), p. 64-81. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x>>. Consulté le 17 oct. 2012.
- Sissa, Giulia. 1984. « Une virginité sans hymen : le corps féminin en Grèce ancienne ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 39, n^o 6, p. 1119-1139. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.3406/ahess.1984.283124>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Smith, Linda J. 2010. *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding*. 2^e éd. Av.-pr. de Nils Bergman, Michel Odent, Johanna Bergerman, Diane Wiessinger. Sudbury (Mass.) : Jones and Bartlett Learning, xxiv + 246 p.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). 2001. « Le Déclenchement du travail à terme. Directive clinique n^o 107 ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)* (août), 13 p. En ligne. In *Directives cliniques SOGC*. <http://www.sogc.org/guidelines/index_f>. Consulté le 14 sept. 2010.
- _____. 2006. « Examens pelviens effectués par des stagiaires en médecine. Directive clinique n^o 176 ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, vol. 28, n^o 4 (avril), p. 322-323. En ligne. In *Directives cliniques SOGC*. <http://www.sogc.org/guidelines/index_f>. Consulté le 7 août 2012.
- _____. 2010. « Examens pelviens effectués par des stagiaires en médecine. Déclaration de principes commune SOGC-APOG n^o 246 ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, vol. 32, n^o 9 (sept.), p. 875-877. En ligne. In *Directives cliniques SOGC*. <http://www.sogc.org/guidelines/index_f>. Consulté le 7 août 2012.
- Société d'histoire de la naissance (SHN). 2002. *50^e anniversaire de l'accouchement sans douleur. Actes du colloque organisé par la Société d'histoire de la naissance et l'association Histoire et Avenir de la naissance* (Châteauroux, 28-29 sept. 2002). Paris : Société d'histoire de la naissance, 138 p.

- Sonigo, Pierre, et Isabelle Stengers. 2003. *L'Évolution*. Coll. « Mot à mot ». Les Ulis (France) : EDP sciences, 154 p.
- Sontag, Susan. 1993. *La maladie comme métaphore*. Trad. de l'anglais par Marie-France de Paloméra. Suivi de *Le sida et ses métaphores*. Trad. de l'anglais par Brice Matthieussent. Coll. « Choix-essais ». Paris : Christian Bourgois, 235 p.
- Speert, Harold. 1973. *Iconographia Gyniatrica. A Pictorial History of Gynecology and Obstetrics*. Philadelphie : Davis, x + 540 p.
- Spong, Catherine Y. 2013. « Defining “Term” Pregnancy : Recommendations From the Defining “Term” Pregnancy Workgroup ». *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 309, n° 23 (19 juin), p. 2445-2446. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.6235>>. Consulté le 24 nov. 2013.
- Stabile, Carol. 1992. « Shooting the Mother : Fetal Photography and the Politics of Disappearance ». *Camera Obscura*, vol. 10, n° 1-28, p. 178-205. En ligne. <http://dx.doi.org/10.1215/02705346-10-1_28-178>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Steer Philip J., M. Ash Alam, Jane Wadsworth, Anne Welch. 1995. « Relation between maternal haemoglobin concentration and birthweight in different ethnic groups ». *British Medical Journal*, vol. 310, n° 6978 (25 févr.), p. 489-491. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.310.6978.489>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Sterne, Laurence. 1803. *Œuvres complètes de Laurent Sterne*. Trad. par Joseph Frenais, avec Charles-François de Bonnay et J. B. Salaville. 6 t. Paris : Jean-François Bastien éditeur.
- _____. 1882. *Vie et opinions de Tristram Shandy; suivies du Voyage sentimental; et des Lettres d'Yorick à Eliza*. Nouv. trad. par Léon de Wailly. Paris : Charpentier 2 vol., xxi + 468 p. En ligne. In *Gallica*, Bibliothèque nationale de France. <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k663176>>. Consulté le 12 mars 2007.
- _____. 1940. *The Life and Opinion of Tristram Shandy, Gentleman*. Éd. par James Aiken Work. Indianapolis-New York : Odyssey Press, lxxvi + 647 p.
- Strandman, Barbara. 2006 (10 juil.). « Plaidoyer contre l'épisiotomie ». *Projet de naissance.com*. En ligne. <<http://www.projetdenaissance.com/article-3247718.html>> Consulté le 15 mai 2012.
- _____. 2008 (1^{er} juin). « Dépuçelage n'est pas défloration, ou l'hymen est un mythe! », *Blog Mediapart.fr*, section « Blogs ». En ligne. <<http://blogs.mediapart.fr/blog/barbara-strandman/010608/depucelage-n-est-pas-defloration-ou-l-hymen-est-un-mythe>>. Consulté le 4 nov. 2012.
- _____. 2009 (2 févr.). « L'hymen, “mythe primitif, indigne d'une nation civilisée comme la France” ». *Mediapart.fr*, section « Blogs ». En ligne. <<http://blogs.mediapart.fr/blog/barbara-strandman/020209/l-hymen-mythe-primitif-indigne-d-une-nation-civilisee-comme-la-fr>>. Consulté le 4 nov. 2012.

- Strong, Thomas H. Jr. 2002. *Expecting Trouble : What Expectant Parents Should Know About Prenatal Care in America*. 2e éd. New York et Londres : New York University Press, x + 243 p.
- Sugaya, Norioki. 1999. *Les sciences médicales dans Bouvard et Pécuchet de Gustave Flaubert. Tome I*. Thèse de doctorat. Paris : Université Paris VIII (mars), 211 p.
- Sureau, Claude. 1978. Le danger de naître : entretiens avec Laurence de Cambronne. Coll. « Hommes en liberté ». Paris : Plon, 254 p.
- Taylor, Janelle S. 2000. « Of Sonograms and Baby Prams : Prenatal Diagnosis, Pregnancy, and Consumption ». *Feminist Studies*, vol. 26, n° 2 (été), p. 391-418. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.2307/3178541>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Terrien, Joëlle. 2004. « Date du terme, le casse-tête des chiffres ». En ligne. In *CianeWiki – Portail naissance : articles*. <<http://portail.naissance.asso.fr/docs/date-terme.pdf>>, 3 p. Consulté le 9 sept. 2010.
- Testart, Jacques. 2004. *Des hommes probables : De la procréation aléatoire à la reproduction normative*. Coll. « Science ouverte ». Paris : Seuil, 279 p.
- Tew, Marjorie. 1998. *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*. 3^e éd. Préf. de Sheila Kitzinger. Londres et New York : Free Association Books, xxviii + 414 p.
- Thacker, Stephen B., et H. David Banta. 1983. « Benefits and risks of episiotomy : an interpretative review of the English language literature, 1860-1980 ». *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 38, n° 6 (juin), p. 322-338.
- This, Bernard. 1982. *La requête des enfants à naître*. Paris : Seuil, 256 p.
- _____. 1991. *Le père : acte de naissance*. Coll. « Points / Essais, n° 225 ». Paris : Seuil, 316 p.
- Tilmans-Cabiaux, Chantal et Joseph Duchêne (dir. publ.). 2002. *Risquer de naître : médecine prénatale et tests génétiques*. Coll. « Épistémologie et éthique du vivant, n° 1 ». Namur : Presses universitaires de Namur, 214 p.
- Tita, Alan T.N., Mark B. Landon, Catherine Y. Spong, Yinglei Lai, Kenneth J. Leveno, Michael W. Varner, Atef H. Moawad, Steve N. Caritis, Paul J. Meis, Ronald J. Wapner, Yoram Sorokin, Menachem Miodovnik, Marshall Carpenter, Alan M. Peaceman, Mary J. O'Sullivan, Baha M. Sibai, Oded Langer, John M. Thorp, Susan M. Ramin et Brian M. Mercer, pour l'Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. 2009. « Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 2 (8 janv.), p. 111-120. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0803267>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Tort, Michel. 1992. *Le désir froid : procréation artificielle et crise des repères symboliques*. Coll. « Textes à l'appui/Psychanalyse et société ». Paris : La Découverte, 340 p.

- Tourné, Claude-Émile (dir. publ.). 1998. *Naissance et maltraitance : évaluation des pratiques médicales autour de la naissance : Actes du 3^e colloque « Naissance et société »* (Perpignan, 12 juin 1998). Coll. « Les Cahiers de l'Université de Perpignan, n° 28 ». Perpignan : Presses universitaires de Perpignan, 205 p.
- _____. 1999. *Le naître humain : cette naissance qui vient à l'homme*. Paris et Montréal : L'Harmattan, 273 p.
- _____. 2002. *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier : Sauramps Médical, 482 p.
- _____. 2007. *Le Naissant : ce petit tout qui fait un homme*. Paris : L'Harmattan, 231 p.
- Treichler, Paula A., Lisa Cartwright et Constance Penley (dir. publ.). 1998. *The Visible Woman : Imaging Technologies, Gender, and Science*. New York et Londres : New York University Press, vii + 400 p.
- Truven Health Analytics. 2013. *The Cost of Having a Baby in the United-States*. Truven Health Analytics : Ann Arbor (Mich.), 84 p. En ligne. In *Childbirth Connection*. <<http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/01/Cost-of-Having-a-Baby1.pdf>>. Consulté le 21 nov. 2013.
- Uvnäs Moberg, Kerstin. 2003. *The Oxytocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love, and Healing*. Trad. du suédois par Roberta W. Francis. Cambridge (Mass.) : Da Capo Press, xvi + 226 p.
- Vadeboncoeur, Hélène. 1998. « La péridurale : informe-t-on les femmes des risques? » *La Presse* (Montréal), 26 juil., p. C1. En ligne. In *Mère et monde, centre de maternité*. <<http://www.mereetmonde.com/articles/complications/peredural.htm>>. Consulté le 14 févr. 2012.
- _____. 2004a. *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on?* Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, xix + 343 p.
- _____. 2004b. « La femme en travail peut-elle exercer son autonomie en centre hospitalier? » In *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, sous la dir. de Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, p. 89-110. Montréal : Remue-ménage.
- _____. 2005. « L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée? » *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 7 (juillet), p. 77-86
- _____. 2011. *La violence obstétricale : un objet de recherche nouvellement exploré et une préoccupation croissante à travers le monde*. Document de travail pour la recherche CRI-VIFF-RNR. [s. l.] (11 avril), 43 p.

- _____. 2012. *Une autre césarienne ou un AVAC? S'informer pour mieux décider*. 3^e éd. Préf. d'Emmanuel Bujold. Montréal : Fidès, 380 p.
- Wagner, Marsden. 1996. « Active Management of Labour ». *Midwifery Today*, n° 37 (printemps).
- _____. 1999a. « Episiotomy : A Form of Genital Mutilation ». *The Lancet*, vol. 353, n° 9168 (5 juin), p. 1977-1978. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X)>. Consulté le 26 nov. 2013.
- _____. 1999b. « Ultrasound : More Harm than Good? » *Midwifery Today*, n° 50 (été). En ligne. <<http://www.midwiferytoday.com/articles/ultrasoundwagner.asp>>. Consulté le 18 oct. 2012.
- _____. 2004. « Pour les poissons, l'eau est invisible : la nécessité d'humaniser la naissance ». Trad. de l'américain par Stéphanie St-Amant. In *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, sous la dir. de Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, p. 219-247. Montréal : Remue-ménage.
- _____. 2006. *Born in the USA : How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Mothers and Infants First*. Berkeley, Los Angeles et Londres : University of California Press, ix + 295 p.
- Wagner, Peter. 1988. « The Discourse on Sex – or Sex as Discourse : Eighteenth-Century Medical and Paramedical Erotica ». Chap. in *Sexual Underworlds of the Enlightenment*, sous la dir. de G. S. Rousseau et Roy Porter, p. 46-68. Chapel Hill : University of North Carolina Press.
- Wagner, Veronica. 2007. « Footling Breech : A Midwife Own Birth Story ». *Midwifery Today*, n° 83 (automne). En ligne. <<http://www.midwiferytoday.com/articles/FootlingBreech.asp>>. Consulté le 20 oct. 2012.
- Wainer, Nancy. 2001. « A Butcher's Dozen ». *Midwifery Today*, n° 57 (printemps), p. 9-15. En ligne. <<http://www.midwiferytoday.com/articles/dozen.asp>>. Consulté le 10 déc. 2010.
- Waldenström, Ulla. 1996. « Modern maternity care : does safety have to take the meaning out of birth? » *Midwifery*, vol. 12, n° 4 (déc.), p. 165-173. En ligne. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)80003-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138(96)80003-9)>. Consulté le 27 nov. 2013.
- _____. 2004. « Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? » *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 31, n° 2 (juin), p. 102-107. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x>>. Consulté le 2 nov. 2012.
- Waldenström, Ulla, Ing-Marie Borg, Brita Olsson, Margareta Sköld et Sigrid Wall. 1996. « The Childbirth Experience : A Study of 295 New Mothers ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 23, n° 3 (sept.), p. 144-160. En ligne. <<http://dx.doi.org/doi/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00475.x>>. Consulté le 2 nov. 2012.

- Waldenström Ulla, et E. Schytt. 2009. « A longitudinal study of women's memory of labour pain--from 2 months to 5 years after the birth ». *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 116, n° 4, p. 577-583. En ligne. <<http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.02020.x/pdf>>. Consulté le 2 nov. 2012.
- White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA). 2012. *The Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Childbearing Women* (oct.), 6 p. En ligne. <http://www.whiteribbonalliance.org/WRA/assets/File/Final_RMC_Charter.pdf>. Consulté le 5 juil. 2012.
- Wiegers, T.A., M.J.N.C. Keirse, J. van der Zee, G.A.H. Berghs. 1996. « Outcome of Planned Home and Planned Hospital Births in Low Risk Pregnancies : Prospective Study in Midwifery Practices in the Netherlands ». *British Medical Journal*, vol. 313, n° 7068 (23 nov.), p. 1309-1313. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7068.1309>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Wier, Lauren M., et Roxanne M. Andrews. 2011. « Statistical Brief #107 : The National Hospital Bill: The Most Expensive Conditions by Payer, 2008 ». *Healthcare Cost and Utilization Project (H-CUP)* (mars). En ligne. Rockville (Mar.) : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 12 p. <<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb107.pdf>>. Consulté le 21 nov. 2013.
- Winckler, Martin. 2009 (25 nov.). « Les violences faites aux femmes... par les médecins ». *Winckler's Webzine : le site personnel de Martin Winckler*. En ligne. <http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=987>. Consulté le 4 nov. 2012.
- _____. 2011. « Seins et organes sexuels : pas d'examen "systématique"! ». *A contrario*. Section « Sexo; les articles gynéco ». En ligne. 28 juin. <<http://www.acontrario.net/2011/06/28/seins-et-organes-sexuels-pas-d'examen-systematique/>>. Consulté le 4 nov. 2012.
- _____. 2012a (13 mars). « Toutes les femmes qui accouchent ne crient pas ». *Winckler's Webzine : le site personnel de Martin Winckler*. En ligne. <http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=1082>. Consulté le 13 mars 2012.
- _____. 2012b (29 mars). « Travail et accouchement : révisez vos positions! ». *Passeportsanté.net*. Blogue de Martin Winckler (Marc Zaffran). En ligne. <http://blogue.passeportsante.net/martinwinckler/2012/03/travail_et_accouchement_revi se.html>. Consulté le 6 avril 2012.
- Winnicott, Donald Woods. 1992. « Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety (1949) » (Partie 3, chap. 14). In *Through Paediatrics to Psychoanalysis : Collected Papers*, p. 174-193. New York : Brunner-Routledge.
- Young, Diony (dir. publ.). 1983. *Obstetrical Intervention and Technology in the 1980s*. Coll. « Women & Health, vol. 7, n^{os} 3-4 ». New York : Haworth Press, xiv + 203 p.

- _____. 2003. « Editorial. The Push against Vaginal Birth ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 30, n° 3 (sept.), p. 149-152. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00238.x>>. Consulté le 3 nov. 2012.
- _____. 2006. « Editorial. “Cesarean Delivery on Maternal Request”: Was the NIH Conference Based on a Faulty Premise? ». *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 33, n° 3 (sept.), p. 171-174. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00101.x>>. Consulté le 30 janv. 2012.
- Zhang, Jun, Michael K. Yancey, Mark A. Klebanoff, Jenifer Schwarz et Dina Schweitzer. 2001. « Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* vol. 185, n° 1 (juil.), p. 128-134. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2001.113874>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Zhang, Jun, James F. Troendle et Michael K. Yancey. 2002. « Reassessing the labor curve in nulliparous women ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 187, n° 4 (oct.), p. 824-828. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.127142>>. Consulté le 27 nov. 2013.
- Zhang, Jun, James Troendle, Rafael Mikolajczyk, Rajeshwari Sundaram, Julie Beaver, William Fraser. 2010. « The Natural History of the Normal First Stage of Labor ». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 115, n° 4 (avril), p. 705-710. En ligne. <<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d55925>>. Consulté le 27 nov. 2013.