

## Soutenance – Stéphanie St-Amant – 25 sept. 2013

### Présentation de la thèse *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale.*

La naissance a toujours exercé une fascination sur moi, probablement d'aussi loin que je me souviens. L'étudiante en littérature et philosophie, qui a eu 2 enfants durant son baccalauréat au milieu des années 1990, était loin de se douter alors qu'elle se tournerait vers un sujet qui tient à des questions de santé et de médecine pour la suite de son parcours universitaire. La découverte du programme et de la discipline de la sémiologie à l'UQAM allait me donner moyens et méthodes pour concilier la réflexion amorcée en 1995 (avec la naissance de ma 1<sup>re</sup> fille) et l'action communautaire et politique dans la sphère de la périnatalité au Québec (et au-delà) à une articulation théorique et une investigation scientifique doctorale sur ce que j'appellerai « le construit de l'accouchement ». Alors qu'au départ c'était le naître comme question philosophique qui m'intéressait, je me suis sentie poussée à me tourner vers une perspective beaucoup plus contingente, matérielle et actuelle; il m'est apparu qu'il y avait urgence à réfléchir aux conditions et conditionnements de l'expérience d'enfantement des femmes.

Point d'interrogation à l'origine de la démarche ayant guidé mon projet de thèse : la mise en doute de l'assertion de la médicalisation de l'accouchement comme mal nécessaire (peut-être faut-il le préciser, on doit entendre ici médicalisation au sens de technomédicalisation ou de chirurgicalisation, car c'est la chirurgie, avec sa panoplie d'outils et de techniques, qui s'est historiquement accaparé le domaine de la naissance), mise en doute donc de la sur/hyper/médicalisation comme condition garante du meilleur pronostic de survie aux affres d'un processus biologique qui serait – en soi – toujours délicat, douloureux et incertain, faisant des femmes d'aujourd'hui et leurs bébés les reconnaissantes bénéficiaires de l'aboutissement de la « sécurisation des couches » entreprise il y a plus de 3 siècles et qui coïncide avec l'institutionnalisation de la discipline obstétricale. En fait, d'aucunes l'on démontré avant moi (historiennes, sociologues, féministes), cette médicalisation est bien plus affaire de contrôle – des femmes par leurs fonctions génésiques – que de sécurité, et de l'exercice de nouvelles formes de pouvoir. Car l'institution professionnelle des hommes dans l'univers des prérogatives féminines surtout à partir du 18<sup>e</sup> siècle correspond à la chute de statut social des femmes – alors qu'on théorisait la différence sexuelle pour fonder comme fait « de nature » l'infériorité féminine –, tandis qu'au 19<sup>e</sup> siècle, avec l'établissement de la

gynécologie (alors que s'opère la « fabrication de la femme en tant que “fait scientifique” » [Barbara Duden]), c'est l'entièreté de l'être féminin (corps, sexualité, esprit) qui allait devenir malin. Si ce contrôle n'a cessé de s'appesantir depuis, à mon sens de nouvelles modalités se déploient au tournant du millénaire, modalités qu'une analyse du discours sociosanitaire ainsi que du récit que font les femmes de leur expérience ferait apparaître. Afin de nourrir l'hypothèse, j'ai entrepris, outre l'étude des travaux antérieurs portant sur la discipline et la pensée gynécoobstétricales, une *cartographie métanarrative* – 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 allait se dessiner la *nature construite* de la donne de la dangerosité de la naissance et du bien-fondé de la médicalisation complète de la maternité, ainsi que les *fondements sociopolitiques et rhétoriques de cette construction*. Si « la science, c'est la politique continuée par d'autres moyens » (comme le dit Bruno Latour), l'un des objectifs de cette thèse a été d'illustrer 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 – d'où l'idée de proposer une dé-construction.

Dans un second temps de l'interrogation, et c'est là que mon expérience de la périnatalité entre en jeu, en 18 ans de fréquentation assidue de l'univers des services périnataux et du monde communautaire et associatif, 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/la 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, du sens qu'ils recouvrent et souvent des logiques douteuses dont ils procèdent, a pris une place centrale dans mon projet : les phénomènes émergents (ou selon l'évolution actuelle de leur acception et signification) – tels, par exemple, le concept de « terme gestationnel » et de son dépassement (notion de « date prévue d'accouchement »), assorti à l'impératif du déclenchement voire de l'autodéclenchement – 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, de son inaptitude et de sa dangerosité. En même temps, ces syntagmes 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), selon ce que j'appelle l'économie du conflit fœtomaternel. Pour apprécier ces changements, j'ai entrepris une analyse du discours social à partir 1) des recherches,

prises de position, rapports médicaux et paramédicaux du monde périnatal, textes émis par les autorités sanitaires (politiques de santé, consensus, directives cliniques), mais aussi par les activistes, représentants-es des usagères des services de santé et des groupes citoyens, 2) des actualités (politiques, scientifiques) touchant la périnatalité dans les médias, les livres grand public et 3) des témoignages et débats qui explosent ces dernières années sur internet.

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 terme d'expérience (ce qui est exprimé dans les témoignages sous la forme de quelque chose qui manque, de l'insatisfaction, on parle de « rester sur sa faim », de vol d'expérience, et, dans les pires cas, de sentiment de viol, de trauma). Car, apparemment, il aura fallu « sacrifier la qualité d'expérience » à la sécurité – aux doléances des femmes exprimées en postnatal on répond souvent « au moins, tu as un bébé en santé » (*at least you have a healthy baby...*). Or cette antinomie/divergence entre les intérêts de la parturiente et ceux de l'enfant « à naître » telle qu'elle se joue dans l'arène de l'accouchement devait aussi impérativement, à mon sens, être confrontée à sa déconstruction, afin de lever l'interdit de parole qui pèse sur les expériences négatives d'enfantement des femmes. À la formule consacrée « la mère et le bébé se portent bien » – qui a parfois le sens minimaliste « d'être en vie » –, on opposera une notion de sécurité bien plus large, *incarnée*, qui part de la personne, et de laquelle la dimension expérientielle est insécable – et encore moins opposable – [*Yes, the journey DOES matter*]. Et ce dans le but que les prestataires de soins de santé périnataux en viennent à en prendre conscience et acte, que les autorités qui élaborent les politiques périnatales en tirent un jour enseignement. L'ultime vœu étant de participer à une réflexion fondamentale (et au mouvement international de plus en plus loquace et organisé en ce sens) visant à replacer les femmes comme principales intéressées, et surtout en tant qu'*agentes* principales en cette matière. Ce devrait être une évidence, mais la réalité des pratiques, des comportements et de l'organisation des services – ainsi que mon analyse d'un corpus de témoignages, récits, entrevues et observations d'accouchement au Québec (pour la période 1990-2004) – attestent qu'il n'en est rien au-delà de la lettre des intentions et des positions de principe. (Ce que j'ai voulu démontrer dans ma thèse par ailleurs, par le biais d'une analyse de plusieurs cas particuliers, notamment : les démarches de mise en application de la politique de périnatalité du Québec; les conflits qui se jouent à l'intersection des pratiques médicales et des droits des femmes en regard des lois professionnelles et de la loi-cadre sur la santé et les services sociaux...).

## La particularité de ma démarche

La réflexion sémiotique est à la base une réflexion épistémologique, sur le construit de nos connaissances (et sur les différents types d'inférences dont sont produites les connaissances), sur le construit de la réalité et des vérités (toujours tributaires du contexte dans lequel s'articule le raisonnement qui les fondent), réflexion donc sur ce qui est pris pour acquis, sur les critères de la scientificité et d'interprétabilité des phénomènes. Depuis l'Antiquité, les phénomènes entourant la naissance ont été (notamment) interprétés par la loupe de la médecine, science qui, à l'origine, était radicalement indicielle – en fait, un art de compréhension du signe-symptôme dans sa singularité. Or, la médecine, du fait de son ancrage dans la tradition judéo-chrétienne, a longtemps résisté à adopter la méthode scientifique et les nouveaux critères de scientificité du paradigme galiléen, science des universaux, où tout cas particulier doit être subsumé à une règle qui l'explique. Mais la médecine a connu un revirement conceptuel complet au fil du temps, pour devenir à un certain moment radicalement positiviste, de façon probablement plus rigide que toutes les autres sciences que l'on dit « pures » ou « dures », afin de rompre avec sa tradition indicielle, et de recevoir le crédit accordé aux sciences développées dans l'héritage aristotélicien puis galiléen. D'où la prédilection actuelle et quasi exclusive pour les résultats des études randomisées au détriment d'autres formes d'évaluations des conduites thérapeutiques, sans égard ou presque à la satisfaction ou à l'expérience des « sujets de l'expérimentation ». Pourtant, il s'agit de soigner des « personnes », de vouloir leur mieux-être, voire simplement de les accompagner dans un moment particulièrement sensible (enfin, c'était le rôle originel du médecin-interprète du signe-symptôme, de la sage-femme)... Mais il y a toujours un problème à vouloir faire entrer le « *bios* » – que le foisonnement et la diversité des manifestations caractérisent – dans des cadres logicomathématiques et statistiques d'explication. Et l'on peut dire qu'il y a une forme de violence à vouloir faire obtempérer le « vivant » aux règles qui l'ordonneraient absolument. Car déroger à la règle, sous ce paradigme, devient manifestation d'« anormalité » et, par là, de pathologie. On ne construit pas de modèle logicomathématique de l'accouchement idéal, standardisé, sans faire violence à l'expérience individuelle d'un enfantement singulier ni sans oblitérer le sens intime que revêt l'événement unique, inoubliable, irréproductible... et parfois irréparable... d'une naissance.

Dans cette perspective, mon projet a voulu décrypter la marche du progrès obstétrical comme un formatage toujours plus poussé et plus rigide, étape après étape, de la naissance, par le contrôle du processus de l'accouchement et du corps féminin (contrôle d'une part exogène : par les appareils, les instruments, mais aussi les chartes et les politiques / contrôle d'autre part endogène : administration d'hormones de synthèse, de sédatifs et, dans une mesure insuffisamment appréciée, des anesthésiques). On en

arrive à un point où plus rien dans le naître ne relève de la « normalité », parce que l'enfantement humain résiste encore à se conformer aux normes et au forçage chimique qu'on lui impose. Chaque occurrence du phénomène naissance est aujourd'hui une pathologie en puissance, et doit être traitée comme telle (d'ici à ce qu'on se passe du corps des femmes pour cet office nécessaire à la perpétuation de l'espèce). [D'ailleurs dois-je le rappeler : l'obstétrique du début du 20<sup>e</sup> siècle aura explicitement formulé le projet (avec Joseph DeLee) de faire *accéder l'accouchement au rang de pathologie*, afin que cette discipline déconsidérée parmi les autres spécialités médicales acquière son prestige.]

Bien avant l'atteinte de cette pathologisation totale de l'accouchement, il a fallu qu'ait lieu une « étape pivot de la genèse du savoir obstétrical », que l'obstétrique s'établisse comme science d'une distinction dont elle posséderait la compétence exclusive : le départage entre accouchements « naturels » et « 'sur' naturels » [*preternatural* : tombant hors du naturel] (dichotomie par ailleurs indépassable, puisqu'on parle toujours en termes d'opposition normal/anormal, ou eutocie/dystocie pour une consonance plus scientifique...). Cette discrimination prétendument inébranlable (à la manière d'une révélation divine, pourrait-on dire) devint la détermination du champ d'exercice des « accoucheurs », les cas normaux pouvant être laissées aux non-chirurgiens, praticiens traditionnels et aux sages-femmes (dans la mesure où l'exercice de celles-ci passerait sous leur autorité). Cette discrimination fonda du même coup l'assise de leur pouvoir (par la détention des codes de définition de la réalité). Dès lors, tous les débats s'articulèrent autour du caractère objectif, mesurable ou applicable d'un cas à l'autre du critère de départage entre les termes de la dichotomie, sur la définition de ces termes et sur les traitements ou conduites thérapeutiques préconisés à l'intérieur de ses subdivisions. La seule chose jamais disputée est la nécessité d'appréhender la naissance à travers une telle dichotomie. À vouloir circonscrire le « naturel », le « normal », c'est le spectre de l'« anormal » qui s'est élargi sans fin, jusqu'à ce qu'on en arrive au 20<sup>e</sup> siècle à formuler la doctrine qu'un « accouchement n'est finalement normal... qu'a posteriori ». Ainsi, à travers ces critères définitoires, l'obstétrique étendra son autorité et la nécessité de son intervention à toutes les naissances... sans distinction catégorielle (sinon pour la forme).

Ce que cet *empiètement phagocytaire* de l'anormal sur le normal démontre, c'est l'incapacité en fait pour l'obstétrique de produire cette distinction sur laquelle elle fonde son établissement en tant que science – l'identification de ce fameux instant ou *critère* de basculement. À défaut de la capacité à reconnaître et à comprendre les causes notamment fonctionnelles des difficultés afin de les anticiper et agir sur elles (« dénouer le nœud plutôt que le trancher », selon l'analogie d'Elizabeth Nihell, 1760), l'obstétrique se donna, par la multiplication grandissante de ses méthodes d'intervention, les moyens de

*réaliser le scénario autoprédictif de la « complication-toujours-latente », suivant une modalité de la « production des faits » (Fleck/Latour). Il faut dire aussi que, en parallèle, se produisit le transport de l'accouchement dans un nouveau lieu, les hôpitaux (où échouaient les indigentes, ce qui servit à en faire les hauts lieux de l'enseignement de la chirurgie). Un nouveau phénomène émergea alors en ces lieux [et qui se renouvela itérativement sur 2 siècles et demi : du milieu 17<sup>e</sup> s. à la fin du 19<sup>e</sup>] : les épidémies dévastatrices de fièvres puerpérales. Ledit phénomène canalisa à son tour le débat dichotomique : quel traitement allait départager les cas entre issue funeste et survie? Une fois le concept de contagion accepté et les mécanismes de transmission compris, jamais les accoucheurs n'admirent officiellement leur responsabilité dans l'étiologie de ces fièvres nosocomiales – en tant que vecteur du déclenchement et de la propagation des infections (malgré le « scandaleux » postulat des Semmelweis, Holmes, et 50 ans avant eux, Gordon, aussi tôt qu'en 1751). Mais cela leur servit à développer plutôt la théorie de *l'autocontagion féminine mortelle* durant l'accouchement, laquelle allait justifier au 20<sup>e</sup> s. l'hospitalisation universelle de la naissance, l'hôpital étant selon la théorie le seul lieu garant des conditions d'asepsie salvatrice; ce qui voulait dire : procédures de contention/désinfection des parturientes. La main médicale – qu'on lavait désormais – fut lavée de tout blâme... Au final, à la surnaturalité désormais acquise de l'accouchement se superposa un risque pathogène omniprésent, émanant des miasmes du sexe féminin. C'est ainsi que la cognition obstétricale parvint à construire une perspective *pathogénétique* de l'enfantement.*

Avec le temps, cette perspective pathogénétique s'est affirmée comme modèle de réalité – paradigme au sens de Thomas Khun – par lequel on énonce les règles du jeu qui seront acceptées comme base pour les travaux et discours ultérieurs. Bien qu'un paradigme ne s'explique qu'en référence aux concepts, théories et méthodes, ainsi qu'aux idéologies et cosmologies qui prévalent au moment de son émergence, lorsqu'il s'impose, il est pris pour acquis, rendant impensables d'autres systèmes de pensée possibles et caduque les systèmes antérieurs. Ce faisant, un paradigme devient imperceptible aux yeux de ceux et celles qui évoluent dans le monde qu'il crée et fonctionnent selon cet unique système d'interprétation valable; il prend l'aspect « d'ordre naturel des choses », de réalité. Il génère des « savoirs faisant autorité » [qu'on définit comme étant réalisés de façon collaborative à l'intérieur d'une communauté, qui en viennent à être considérés légitimes, conséquents, officiels, appropriés, seuls dignes de débats, et] dont le pouvoir réside dans une adhésion consensuelle leur conférant *valeur d'inquestionnabilité*. La principale caractéristique de ces savoirs n'est finalement pas d'être vrais *mais de compter aux yeux de la majorité*.

La thèse que je vous présente aujourd'hui s'est donné comme l'une de ses visées d'agir comme une espèce de révélateur de ces inquestionnables, de jeter une lumière à

l'intérieur de la « boîte noire » (Latour) pour faire voir ce qui y est entré, et, en même temps, d'utiliser le verre grossissant de l'expérience et des témoignages pour montrer les impacts sur les femmes du façonnement des phénomènes entourant la naissance qu'opère sa captation par les rets du paradigme dominant par lesquels on les interprète.

L'un des aspects du décryptage proposé s'inscrit dans le cadre d'un exercice de dé/monstration, d'une part, des modalités *d'artificialisation* de la nature et des événements biologiques opérée par la technomédecine postmoderne (appliquée ici au traitement de la naissance), et, d'autre part, de *naturalisation* de l'intervention technomédicale, la rendant ainsi presque imperceptible à nos yeux en tant que praxis qui influe, dirige le cours des processus; l'intervention naturalisée tombe même hors du langage. Ma thèse propose plusieurs analyses de discours en ce sens : par exemple, la naturalisation des gestes de déclenchement de l'accouchement, qui ne sont plus envisagés comme tels; la naturalisation de l'agir obstétrical, alors que les procédures majeures comme la césarienne itérative ou l'induction, par rapport à une approche expectative et à la non-intervention, reçoivent la valeur zéro dans la balance des risques (assimilées à un degré zéro du risque médicolégal); l'extension absolue du concept de prophylaxie en obstétrique – en coïncidence avec le revirement complet du *primum non nocere* hippocratique et de la notion de traitement –, alors que l'intervention universelle, anticipative, réalisée à amont de toute situation clinique la justifiant prend le sens de conduite « préventive », tandis que la non-intervention est envisagée comme nuisance (or pour nuire, une action, un acte thérapeutique quelconque... est logiquement nécessaire). Ce qui m'a fait dire : 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. A contrario, pour donner un exemple d'artificialisation des processus naturels, lorsqu'il est question d'« accouchement spontané » dans le langage des études cliniques évaluant les bénéfices de telle intervention sur telle autre et dans les représentations des manuels d'enseignement, la notion n'exclut en rien les facteurs suivants susceptibles d'entraver la... spontanéité du processus : position couchée imposée, poussée dirigée, rupture artificielle des membranes, déclenchement et stimulation hormonales, épisiotomie, forceps, ventouse...

C'est toujours dans l'optique du décryptage que je me suis attaquée d'entrée de jeu au concept du risque obstétrical, car quand une femme entreprend de soustraire sa grossesse au tout hypermédical, c'est au discours hyperbolique et mortifère du risque qu'elle est immédiatement confrontée. Habitus par excellence des sociétés du 21<sup>e</sup> siècle, pour qui tout devient affaire d'évitement de dangers, de poursuite – tyrannique – de l'illusoire « risque zéro », l'obsession du risque est en fait un rapport idolâtre à la « vie » : l'impression d'un perpétuel état de survie ou d'être en sursis vis-à-vis des innombrables périls qui nous menacent. Pour reprendre les termes de la sémiologue allemande Barbara

Duden, cette vie-là, adorée comme un fétiche, n'a plus d'égards pour le « vivant », la « personne vivante ». D'abord, j'ai décortiqué les différentes modalités actuelles de cet habitus de la surreprésentation du risque périnatal et ce vers quoi cela est susceptible de nous mener : crise des maternités, éclatement de la bulle obstétrico-néonatale avec l'évolution exponentielle des frais reliés à ce secteur d'activité, application de la doctrine antiterroriste étasunienne à l'accouchement avec ses dommages collatéraux, notamment l'augmentation iatrogène rapide de la morbidité/mortalité maternelle et néonatale (une donne associée à la hausse fulgurante des taux de césariennes qui semble échapper complètement au radar médiatique). Ensuite, j'ai présenté le récit de résistance et les *articulations contrenarratives* dont s'alimente le doute réflexif à l'égard de la dangerosité intrinsèque au naître humain en faisant la démonstration, par ex., que la concomitance entre la médicalisation des couches et les spectaculaires déclin de mortalité ne signifie pas causalité; qu'il n'y a pas une telle chose que le péril de la naissance en tant que résultante d'un combat adaptatif entre la grosseur du cerveau humain et la bipédie, parce que la grande prolifération de l'espèce humaine et la vigueur durable des taux de natalité incarnent plutôt la réfutation du mythe évolutionnaire; enfin, que la civilisation n'a pas causé la dégénérescence du corps féminin, telle que le veut la rhétorique servie itérativement depuis le 18<sup>e</sup> s., pas plus que la « nature » n'aurait conspiré contre les femmes.

La suite de mon propos s'est articulée autour du concept de « performativité ». Pour ce faire, je me suis employée à élaborer une typologie inédite de l'accouchement selon les termes de la logique performative et de la « performance du genre » (à l'instar de Butler), dans ce cas précis « *une performance du genre féminin inapte et défaillant* ». La typologie proposée allait présenter, dans une perspective critique sémiotique, des « mises en scène », « dispositifs », « scénarios », « prédicats » ou « motifs » de la incapacitation du corps de la femme. Ici, le recours aux textes des 18<sup>e</sup> siècles à aujourd'hui ainsi qu'aux travaux d'historiens-nes de l'obstétrique depuis la Renaissance servirait à retracer la marche constante de cette performativité à travers ses luttes de pouvoirs et les enjeux sociopolitiques successifs qui en ont permis le déploiement, et à travers ses moments-charnières et un langage qui lui est propre, telle une sorte d'étymologie : le tournant des années 1780 marqué par le zèle de l'usage des instruments et le critère de rapidité; l'opération prophylactique aux forceps de Joseph DeLee couplée au Sommeil crépusculaire [*Twilight Sleep*] (à partir de 1920) réalisant la mise en absence de la femme d'une scène natale où elle n'avait plus rien à faire [Adrienne Rich : la libération de la douleur place la femme à disposition de l'homme, tout en la maintenant à distance des potentialités de son propre corps. Sans modifier sa sujétion. (1976, p. 129)]; la construction actuelle du mythe de la « césarienne sur demande de la mère » par glissement sémantique à partir de la donne de la « césarienne sans raison médicale »; le protocole de Dublin et la gestion active (à partir de 1969) – ou l'industrialisation de la

naissance (toujours la méthode enseignée aujourd'hui) –, qui réalisent le contrôle de tout le « déroulement de l'accouchement », et, associés à l'usage normatif de la « courbe de Friedman », imposent un rythme constant (cm/h) à la dilatation cervicale (qu'il faudra dorénavant vérifier continuellement, ce qui veut dire : poser et reposer le geste non anodin – anxiogène et infectiogène – du TV [toucher vaginal]). Ce protocole entraînera avec lui tout *un langage de l'imperformance du corps-machine*, à forte connotation psychologique : incompetence du col, échec de progression, inertie ou paresse utérine, ainsi que toutes les déclinaisons de la « dystocie » (concept dont le flou sert utilement la valeur de sentence qu'on lui accorde). Ici, le diagnostic obstétrical se fait jugement moral. La gestion active créera aussi le scénario de la réduction de la femme à son col (« le col, synecdoque de la parturiente ») : où l'entièreté du processus de l'accouchement se trouve ramenée à une entreprise pour faire céder un col rébarbatif, qui semble doté de volonté propre, et où la femme se trouve réduite à la « compétence » de son col. On peut y voir une survivance de l'animalité qu'on conférait à l'utérus dans l'Antiquité, ou encore l'héritage des « visions » du col « foetophage », étrangleur, de l'irlandais Fielding Ould (inventeur de l'épisiotomie) ou de la « guillotine utérine » selon les mots de J. Marion Sims, le père de la gynécologie (prompt à l'amputation cervicale pour « traiter » l'infertilité féminine...).

Du modèle de la « gestion active » découlera ce qu'on décrit depuis peu comme « l'effet toboggan » ou la cascade interventionniste, que j'aurai l'occasion d'illustrer par l'analyse de différents récits. Autre dispositif : le monitorage fœtal électronique qui a généré, d'une part, le *motif de la contraction type*, seule apte à « faire naître », un idéal que l'utérus des femmes ne semble jamais atteindre « au naturel », sans qu'on l'y aide chimiquement, et d'autre part, une enflure corolaire de la suspicion de « détresse fœtale ». Médiatisé par le moniteur, l'enfantement s'est trouvé réduit à une épreuve de force, opposition dynamique entre l'activité utérine (espérée maximale) et la tolérance fœtale. De la scène monitorale, la femme est évacuée, alors que toutes les appréhensions se tournent vers l'appareil – seul site d'émission des signes dont on tient compte désormais quant à la bonne marche de l'accouchement. L'attention des soignants-es se concentre à produire le « plus beau tracé monitoral possible » comme s'il s'agissait d'un patient, tracé le plus défendable vis-à-vis son lieu de destination ultime : la Cour (à titre de pièce à conviction médico-légale obligée). Dans la logique monitorale, bien peu de place pour la polysémie et la complexité de l'expérience de la mise au monde.

En parallèle, j'ai examiné cette typologie de la performativité obstétricale à travers les témoignages des femmes, la parole des intervenants-es de périnatalité et quelques observations cliniques, dans un but de repérage des modèles et scénarios du récit natal contemporain (corpus Québec : 1990-2004). Parmi les motifs récurrents qui s'en dégagent : l'expérience de désubjection/réification rapportée par les femmes et la

culture de désobjectivation dans laquelle évoluent les soignants-es; la dynamique du consentement extirpé; l'inexistence du refus éclairé en tant qu'option; le langage dissociatif employé par les femmes par rapport au terme de leur grossesse, à leur corps réfractaire; l'aporie de la naissance improbable (si l'accouchement n'est pas induit); la modélisation des contractions et du ressenti de celles-ci telle que médiatisée par le moniteur fœtal, effet d'un langage qui néantise les sensations féminines et conséquence du processus historique d'excorporation des signes impartageables de l'expérience féminine du corps. Dernier motif : le schéma doloriste, où l'on confond intensité de la douleur avec efficacité du travail. La critique ici oppose à la croyance répandue en la victoire sur la douleur (ou la « malédiction biblique ») que garantirait la péridurale un exposé de la conduite extrêmement dolorisante des accouchements de nos jours.

Mon parcours se termine sur ce que j'ai appelé les « figures du sacrifice », c'est-à-dire la mise en acte du récit sacrificiel de la naissance. Ce qui rassemble ces figures est l'idée que les femmes qui choisissent ou consentent à la maternité charnelle auraient un tribut à payer, parce qu'on les tiendrait inconsciemment responsables d'engendrer des êtres mortels. Tout d'abord, il y a le sacrifice qui correspond à la réduction des options offertes aux femmes et à la mise en suspens factuelle de l'autonomie et des droits civils de la personne de la mère, alors que se formalisent les termes d'un conflit éthique opposant les intérêts de la mère à ceux du fœtus. Il y a aussi la grande résistance à identifier puis reconnaître les violences, maltraitements et négligences obstétricales, sous leurs formes individuelles, institutionnelles et systémiques, comme une dimension de la violence faite aux femmes. Il y a la disparition du sujet féminin de la génération – sacrifié sur l'autel de la maternité –, cet échange symbolique dont parlait Adrienne Rich entre la vie de la mère et celle de l'enfant sous le patriarcat. Cet échange apparaît par les formes de désobjectivation dont j'ai parlé plus tôt et par la néantisation linguistique de la personne dans le vocabulaire des études cliniques et des recommandations thérapeutiques. Il y a la souffrance psychique rendue ineffable, voire taboue : comment oser se plaindre quand on est la bénéficiaire d'un coûteux arsenal technologique de pointe censé assurer notre survie? Il y a la sexualité féminine, totipotente vis-à-vis la naissance et par là menaçante, auréolée de malignité depuis des siècles, qui est sacrifiée dans l'accouchement obstétrical, parce que la femme incarne cette « angoisse atavique devant la chair » qu'éprouvent bien des sociétés. Le droit au plaisir, le potentiel d'exultation (« la jouissance de son corps ») et la puissance de l'enfantement ont été expurgés du phénomène naissance, réalisant ainsi l'excision de la maternité charnelle d'une de ses dimensions signifiantes. La douleur – facultative, non essentielle – de l'enfantement a honteusement été célébrée comme expiation du péché originel, et rendue obligatoire à travers les déchargements sadiques et mutilatoires dont l'obstétrique et la gynécologie se sont historiquement autorisées, transformant le « mal joli » d'antan en souffrance véritable et souvent durable. Il y a l'amputation de l'intégrité physique et sexuelle

associée à la pratique libérale – et parfois punitive – de l'épisiotomie (sorte de castration maternelle). Il y a le double mouvement entre, d'une part, l'expurgation/invisibilisation de la dimension sexuelle de l'enfantement – que réalise l'anesthésie ou la césarienne, par ex. – et, d'autre part, la déssexualisation factice de l'examen gynécologique et des gestes obstétricaux. Or le « théâtre pelvien » du dispositif gynécologique – où la femme est rendue spécularisable et son sexe disponible à l'exploration, qui prend souvent l'aspect d'une *ostentation pornographique* et d'une mise en scène de viol – exploite la mise en absence du sujet maternel en imposant à la femme de se dissocier de son corps. Aussi cette expérience d'annihilation de sa subjectivité, lorsqu'elle est associée au sentiment que son corps ne lui appartient plus à un certain point de l'accouchement et à la peur de mourir, cause de nombreux cas parmi les nouvelles mères du syndrome, encore méconnu, de stress posttraumatique relié à l'accouchement (sans compter les cas où les femmes présentent plusieurs symptômes du syndrome). En ce sens, le sacrifice de la subjectivité maternelle s'avère une fabrique du trauma. Enfin, plus ordinairement, il y a les différentes modalités du sacrifice d'expérience dont rend compte l'empressement testimonial auquel on assiste depuis les années 2000, sacrifice expérientiel qui s'exprime comme une faillite momentanée du récit intime, une fracture dans la trame narrative intérieure de l'enfantement, de la maternité et de la relation au nouveau-né. Ce que le milieu des services périnataux apprécie bien mal, c'est que de telles ratées se répercutent dans toutes sortes de difficultés d'adaptation aux réalités postnatales, avec des impacts profonds dans la vie des mères et sur leur santé physique et mentale.

Pour terminer ce survol de ma thèse, j'espère ultimement que ce travail contribuera à *resémiotiser* l'expérience féminine du corps dans la naissance, et en même temps, resémiotiser la parole maternelle, et plus globalement à resémiotiser la naissance comme événement signifiant. De façon générale, ce travail poursuit la réflexion entamée il y a 40 ans sur l'humanisation de la naissance, s'inscrit dans une démarche féministe de réclamation du droit à l'autodétermination des conditions du déroulement de l'enfantement, un droit plus que jamais menacé, et illustre que la conquête pour les femmes de la pleine, entière et imprescriptible autorité sur leur corps en ce domaine est loin d'être atteinte. Pour finir, je pense que l'avenir d'une bioéthique de la naissance (à l'élaboration de laquelle je désire engager la suite de mes travaux) passera par un renversement de la perspective du conflit fœtomaternel au profit de l'établissement de la femme comme premier sujet de droit en matière de procréation.