



HAL
open science

Le travail obstétrical: corps et pratiques médicales dans l'accouchement

Madeleine Akrich, Bernike Pasveer

► **To cite this version:**

Madeleine Akrich, Bernike Pasveer. Le travail obstétrical: corps et pratiques médicales dans l'accouchement. 2006. halshs-00122104

HAL Id: halshs-00122104

<https://shs.hal.science/halshs-00122104>

Preprint submitted on 26 Dec 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le travail obstétrical : corps et pratiques médicales dans l'accouchement¹

Madeleine Akrich* et Bernike Pasveer**

* CSI, Ecole des Mines de Paris (madeleine.akrich@ensmp.fr)

** Maastricht University (b.pasveer@tss.unimaas.nl)

Dans cet article, nous nous intéresserons à la manière dont les femmes décrivent leur accouchement, et en particulier à la place qu'occupe le corps, leur corps dans cette narration : s'il est vrai que, comme le soutiennent un certain nombre d'analystes, la médecine occidentale installe, en même temps qu'elle le présuppose, un dualisme corps/esprit, la question se pose de savoir en quoi les pratiques et les technologies médicales qui entourent la plupart des naissances aujourd'hui ont un effet performatif sur l'expérience que font les femmes de leur accouchement. Le choix des termes prend ici toute son importance : il s'agit bien d'accouchement et non de naissance et nous ne ferons pas d'hypothèses a priori sur la manière dont l'un est relié à l'autre. En effet, l'accouchement occupe une position d'entre deux, constitue la transition entre deux états bien différents, celui de la grossesse et celui de la

¹ La recherche dont cet article est tiré a bénéficié du soutien de la MIRE et de l'INSERM. Ce texte est la version française remaniée d'un article publié en anglais : Akrich, Madeleine and Bernike Pasveer, 2004, « Embodiment and disembodiment in childbirth narratives », *Body & Society. Special Issue on Bodies on Trial.*, vol.10, n°2-3, pp. 63-84.

maternité. Et, à suivre les récits qu'en font les femmes aussi bien dans la vie courante qu'en situation d'entretien face à la sociologue, l'accouchement ne se réduit pas à un simple passage mais possède une épaisseur propre, irréductible à ce qui le précède comme à ce qui le suit : il n'est que de voir l'intensité des souvenirs qui affluent lorsqu'une femme est confrontée à l'expérience que vient de faire sa fille, sa nièce, une amie plus jeune etc. L'accouchement y apparaît alors comme une expérience majeure de l'existence, expérience dans laquelle l'enfant-à-naître peut être assez peu présent. Enfin, postuler un lien constitutif entre accouchement et naissance, c'est déjà, et trop tôt, apporter une réponse à la question que nous posons : pour n'en donner qu'un exemple, les mouvements qui, en France, s'opposent à ce qu'ils considèrent une médicalisation outrancière de l'accouchement, dénoncent précisément le fait qu'à leur sens, en traitant l'accouchement comme un processus essentiellement physique, l'utilisation des techniques empêche les parents de vivre pleinement cet événement qu'est la naissance de leur enfant. Ceci implique de notre point de vue que la manière dont les femmes lient accouchement et naissance doit être considérée comme une question ouverte à laquelle seule l'analyse du récit que fait chaque femme permet d'apporter une réponse.

Au delà des positions critiques que développent localement les acteurs, la question du rapport entre les pratiques médicales et l'expérience des patients a fait l'objet dans les dernières années d'un certain nombre d'analyses qui débouchent souvent sur une remise en cause de ces pratiques, fondée en particulier sur l'idée que le dualisme corps/esprit qu'elles installent est ruineux sur le plan médical comme sur le plan humain : ainsi, des auteurs comme Turner (1992), Bendelow and Williams (1995) ou encore Kleinman (1988) plaident pour une refondation de la médecine occidentale et opposent au corps comme objet central de la médecine une conception holistique du sujet, basée selon les cas sur une référence à la phénoménologie ou à la psychanalyse. De leur point de vue, il était concevable qu'auparavant, lorsqu'elle avait à traiter essentiellement des pathologies aiguës, la médecine puisse maintenir une approche purement physiologique ; mais, dans la période récente, l'important développement des maladies chroniques ou de pathologies au long cours rend nécessaire une redéfinition profonde de la médecine qui prenne appui sur une conception renouvelée des sujets, non plus clivés comme le veut la tradition cartésienne, mais unifiés par leur « embodiment » c'est-à-dire leur enracinement corporel, telle que la phénoménologie l'a posée :

« In other words, the sociology of the body represents a major counter-position to the medical model and to reductionism in sociobiology because, in the concept of embodiment, we can break out of the dualism of the Cartesian legacy, phenomenologically appreciating the intimate and necessary relationship between my sense of myself, my awareness of the integrity of my body and experience of illness as not simply an attack on my instrumental body but as a radical intrusion into my embodied selfhood. » Turner (1992) (p. 167)

Cette critique repose sur l'hypothèse d'une continuité forte entre la médecine en tant que discipline, les pratiques médicales et l'expérience de ceux sur lesquels elle s'exerce, à savoir les patients. Elle fait peu de cas du travail nécessaire pour arriver à faire se superposer le corps tel que défini par la médecine comme discipline avec l'enveloppe corporelle de chaque patient. Or, même si, comme Foucault (1994) l'a montré, l'espace de la maladie s'est confondu au terme d'une histoire mouvementée avec l'espace de l'organisme, c'est bien plus tardivement que, dans les pratiques quotidiennes des médecins, sont apparus les instruments et les outils d'enregistrement permettant de donner à chaque patient un corps congruent à celui défini par la clinique (Berg, Harterink 2004). De façon analogue, d'autres travaux (Boullier (1995), Hirshauer (1991), Heath (1993), Kapsalis (1997)) mettent en évidence l'ensemble des opérations à chaque fois mises en oeuvre pour parvenir à cette superposition des deux corps, ou plus exactement pour ménager l'articulation entre le corps de la « personne » et le corps du patient tel que défini par la médecine. Heath et Kapsalis décrivent par exemple le savoir-faire incorporé à la fois chez le médecin et chez le patient pour que certains gestes nécessaires à l'examen puissent être faits, qui, en dehors de ces circonstances particulières, pourraient être vécus comme des atteintes à l'intégrité de la personne, à son honneur ou à sa dignité. De la même façon, Hirshauer (1991) montre comment le travail préparatoire à l'opération chirurgicale proprement dite permet de faire disparaître de la scène le corps du patient-personne et de faire émerger un corps recomposé au plus près du corps anatomique sur lequel le chirurgien peut exercer son art.

A l'instar de ces derniers travaux, nous nous proposons ici de laisser ouverte la question du corps, c'est-à-dire que nous ne ferons pas d'hypothèse sur l'unicité et l'univocité des corps que construisent les pratiques médicales, pas plus que nous ne supposerons du côté des femmes l'existence d'un corps déjà-là, substrat de toutes leurs expériences. Plus exactement, nous nous proposons de suivre dans les récits des femmes la manière dont se distribue l'action et en particulier, nous décrirons les processus de dissociation-association entre le sujet de la narration, le « je » du récit lui-même potentiellement fluctuant, et les différentes instanciations du corps présentes dans ces récits : nous chercherons à analyser les différentes médiations qui permettent de passer d'un état, d'une configuration à l'autre, et en particulier, nous nous intéresserons au rôle que jouent les professionnels et les techniques mobilisées dans ces transitions.

Nous nous appuyerons sur un corpus de plus de soixante-dix récits d'accouchements, qui ont été collectés par des moyens divers : la plus grande partie a été recueillie lors d'entretiens ouverts dans lesquels nous demandions aux femmes de nous retracer leur parcours des débuts de la grossesse à l'accouchement, en insistant surtout sur la question du suivi de grossesse, de la préparation à l'accouchement et sur le déroulement de l'accouchement lui-même. Un certain nombre de femmes ont accepté de tenir un « journal » de grossesse qui nous permette de retracer ce parcours au fur et à mesure de son déroulement et ces

journaux se sont conclus par le récit plus ou moins détaillé de l'accouchement. Enfin, certains récits ont été envoyés par courrier électronique en réponse à une demande que nous avons faite au travers d'un forum internet destiné aux futurs parents.² Nous n'avons opéré aucune sélection a priori des femmes en fonction de catégories déterminées a priori (milieu social, niveau d'études, parité, lieu d'habitation, origine...). Il ne s'agit en effet pas de révéler les déterminants qui permettent d'expliquer pourquoi le récit de telle ou telle femme est agencé de telle ou telle manière – la liste de ces déterminants potentiels est d'ailleurs problématique dans la mesure où l'on serait bien en peine de reconstituer a priori la chaîne permettant de lier des catégories traditionnelles de la sociologie et des descripteurs assez fins des récits d'accouchement – mais plutôt, de comprendre comment, de quels éléments, est constituée la relation des femmes à leur corps durant l'accouchement. En revanche, l'environnement dans lequel la naissance prend place n'est pas indifférent pour notre propos : de ce point de vue, nous disposons d'une palette assez étendue de configurations, puisque certains récits concernent des accouchements à domicile, d'autres des accouchements en milieu hospitalier mais avec une utilisation assez légère des techniques, d'autres enfin des accouchements très médicalisés faisant ou non intervenir la péridurale qui représente aujourd'hui la méthode d'analgésie la plus couramment employée.

Dans une première partie, nous nous intéresserons au démarrage de l'accouchement et à la manière dont une capacité d'action ou actantialité est attribuée à une entité émergente que nous appellerons le corps-utérus : nous verrons en particulier que la constitution de ce corps-utérus est effectuée au travers de médiations extrêmement variées, parmi lesquelles le savoir obstétrical occupe une place non négligeable. Dans un second temps, nous caractériserons les différentes distributions de l'actantialité qui sont repérables dans les récits, autrement dit nous nous intéresserons à la manière dont les différents couples « sujet de la narration » / « corps » sont définis et à leur dynamique dans le temps. Puis, nous analyserons la manière dont les professionnels interviennent sur la mise en place de ces distributions. Enfin, nous reviendrons sur la notion d'aliénation et nous essaierons de voir dans quelles conditions, la situation de l'accouchement est vécue comme aliénante.

L'entrée dans le travail, dys-apparition du corps

² <http://www.ouders.nl>

« Une semaine avant la date prévue de mon accouchement, j'avais rendez-vous avec ma sœur pour aller passer la journée en ville. Au petit déjeuner, j'ai dit à mon mari que je ne me sentais pas très bien. Mon ventre faisait des gargouillis et j'avais des petites crampes de temps à autre. J'ai pensé que j'avais mangé quelque chose qui ne m'avait pas réussi. Je suis quand même partie à Amsterdam.

On est allé prendre le thé, j'avais tout le temps besoin de changer de position parce que mon ventre durcissait. Je l'ai dit à ma sœur qui m'a tout de suite répondu : « tu ne vas quand même pas accoucher le coiffeur ! ? ! ». Arrivées chez le coiffeur, il y avait un monde fou, mais comme on bavardait, je ne prêtais pas trop d'attention à ce que je pensais être des crampes intestinales. J'étais persuadée que ce n'était pas des contractions. J'avais lu partout que les contractions, c'est très douloureux et là franchement ce n'était rien du tout. J'avais aussi lu que quand ce sont des vraies contractions, on le reconnaît immédiatement. Donc je me disais : si j'ai un doute, c'est que ce ne sont pas des vraies, mais des pré-contractions. Ma mère en avait eu pendant une semaine...

Ma sœur me demandait de temps à autre comment ça allait, et de plus en plus de femmes ont commencé à s'en mêler : certaines disaient que ce n'était rien et d'autres que j'étais en travail. Dans la glace, je me suis vue changer de couleur, passer du blanc entre deux crampes, au rouge pendant les crampes. Le coiffeur a vu ma tête, et m'a suggéré de minuter l'intervalle entre deux crampes : il a posé sa montre sur la tablette devant moi. Il est apparu que j'avais des crampes toutes les huit minutes et il m'a dit d'appeler mon mari, ce que j'ai fait. Je lui ai dit : « ils disent que je suis en train d'accoucher, mais je ne sais pas... » Marcel m'a répondu : « à la voix, tu n'as pas l'air d'avoir des contractions, mais peut-être tu devrais appeler la sage-femme. » La sage-femme m'a dit : « si les contractions sont espacées de quatre minutes, ce n'est plus du pré-travail ! » Donc j'ai rappelé mon mari pour lui dire que je n'étais pas en travail, vu que ces crampes venaient toutes les huit minutes. On a continué notre ballade avec ma sœur.

(...) quand j'ai été dans la voiture, j'ai commencé à me sentir pas très à l'aise. Je n'arrivais pas à trouver de position et à un moment donné, je n'arrivais plus à parler pendant les crampes. Le doute a commencé à s'insinuer : c'était quand même de fortes crampes... Et si c'était des contractions ? Mais c'est seulement quand j'ai vu que l'intervalle entre deux était descendu à quatre minutes que j'ai vraiment été convaincue.

J'ai rappelé la sage-femme qui m'a conseillé de rentrer à la maison ; elle m'a dit qu'elle passerait jeter un œil quand je serai arrivée. Une fois à la maison, on a recommencé à minuter, mais ce n'était plus très régulier. Peut-être que c'était seulement des pré-contractions finalement ? Et puis la sage-femme est arrivée, elle m'a examinée, et m'a confirmé que j'étais bien en travail et que la dilatation était même déjà de trois centimètres !! » (Carole)

Cette longue citation extraite d'un récit qui nous a été envoyé par courrier électronique met en relief de façon particulièrement détaillée un certain nombre d'éléments qui apparaissent dans la plupart des entretiens, en premier lieu, le caractère indécis du démarrage de l'accouchement : ici, il semble que le corps prenne l'initiative et force en quelque sorte Carole à entrer dans un travail d'interprétation. Plus exactement, l'on assiste ici à ce que Leder (1990) a appelé la dys-apparition du

corps. S'appuyant sur Merleau-Ponty, Leder caractérise le corps par un double régime d'absence-présence : médiateur permanent dans notre façon d'être au monde, il s'efface dans le même mouvement, à la fois parce qu'en dérochant au regard son fonctionnement interne il nous permet d'être ouverts sur notre extérieur, et parce que la présence du monde en nous est corrélative d'une certaine forme d'absence à nous-mêmes, ou en d'autres termes que l'organe de perception s'efface nécessairement derrière l'objet perçu. Dans de rares situations, le corps s'expérimente pour lui-même, mais plus généralement, le corps ré-apparaît en tant que tel lorsque quelque chose rompt l'harmonie ordinaire : dans la douleur, la maladie, le malaise, la difficulté motrice ou perceptrice, le corps se rend présent, d'où cette notion de dys-apparition que nous réutiliserons ici.

Dans le récit de Carole, son corps ou certaines parties de son corps dys-apparaissent progressivement, dans un mouvement de balancier : au départ, son corps se rend présent sous la forme de « crampes », mais elle est incertaine quant à la qualification de ces crampes, et disposée à croire qu'il s'agit de manifestations ordinaires du corps organique (« recessive body » dans les termes de Leder) qui peuvent être, moyennant une petite phase d'adaptation, remises en arrière-plan de la conscience. L'insistance des crampes, et peut-être encore plus celle de sa sœur, vont contribuer à faire émerger le corps comme une entité présente et étrangère en un sens : l'attention se dirige vers la perception et la qualification de ses manifestations, qui deviennent l'objet d'une discussion collective. Le cas de Carole se distingue par la multiplicité des acteurs impliqués dans ce processus – la sœur, les autres clientes, le coiffeur, le mari puis la sage-femme – mais ne représente de ce point de vue qu'une exacerbation de la situation commune : dans la grande majorité des récits d'accouchement, l'émergence des contractions comme manifestation d'un corps qui devient non seulement présent mais actif est médiatisée par l'intervention d'autres acteurs que la femme elle-même. Dans le récit de Carole, elle-même ne semble pas détenir de privilège particulier quant à l'appréhension de ce processus : les sensations internes sont ambiguës, plus ambiguës semble-t-il que certaines manifestations externes, comme son changement de couleur durant les contractions. De ce point de vue, le miroir constitue le premier élément objectivant qui l'installe, exactement comme les autres personnes présentes, dans une position d'extériorité vis-à-vis d'elle-même. Parfois même, ce sont les autres qui forcent la transition entre un état « ordinaire », caractérisé par une présence en sourdine du corps, et l'entrée dans le travail : ils constituent ainsi le corps comme entité agissante, et requalifient la perception qu'en a la femme. Sans l'intervention de son mari, Sonia, par exemple, aurait probablement accouché chez elle de façon impromptue, tant elle refuse l'éventualité même qu'elle puisse être en travail. Carole faisait jouer dans son évaluation de la situation toute une série d'éléments externes et déployait beaucoup d'énergie à essayer à la fois de raffiner ses perceptions et de construire des traductions possibles entre savoirs et sensations ; Sonia, elle, verrouille d'emblée cette

traduction – elle ne « le » sent pas - alors même qu'une traduction opposée est évidente pour un observateur extérieur :

« Moi, je n'étais pas prête, aussi bien physiquement que moralement, car moi je ne le sentais pas. Mon mari m'a dit : tu ne crois pas que tu vas bientôt accoucher ? C'est vrai que j'avais des contractions mais comme j'en avais jamais eu tout le long de ma grossesse, je ne savais pas ce que c'était. J'avais mal dans le bas du ventre mais je ne savais pas ce que c'était. Pour moi, ce n'était rien, je ne voulais pas partir. Quand je suis arrivée là-bas et qu'on m'a dit : vous allez accoucher tout de suite, là ça m'a foutu un coup. Il paraît que je tremblais comme une feuille, je n'étais pas prête à accoucher. J'espère que pour le prochain ça ne se passera pas comme ça parce que là c'était pris en précipitation et je ne m'y attendais pas. » (Sonia)

Si nous revenons au cas de Carole, un certain nombre de dispositifs – la montre, les doigts de la sage-femme principalement – sont amenés dans le récit qui représentent autant de points d'entrée dans l'obstétrique et qui, là encore, spécifient de plus en plus l'action en cours et marquent le fait qu'elle se déroule en quelque sorte à l'insu de la femme. L'agent en cause n'est pas forcément désigné de façon très explicite, mais on peut faire l'hypothèse que l'imprégnation obstétricale des différentes personnes impliquées, des professionnels aux parents, est considérée comme une donnée de base par les professionnels. Depuis près d'un demi-siècle, les cours de préparation tout comme les livres grand public destinés aux femmes enceintes font partie, dans les pays occidentaux au moins, du paysage et ont contribué à banaliser une représentation physiologique de l'accouchement, avec un scénario bien établi dans lequel l'utérus, qui est l'élément actif, se contracte et, en tirant sur le col, l'ouvre progressivement afin de laisser le passage à l'enfant. Ce processus échappe au contrôle volontaire de la mère : d'emblée, celle-ci n'est positionnée que comme l'une des protagonistes, certes majeure, de l'accouchement. Et cette dissociation, inscrite dans la description obstétricale, se trouve souvent « actée » par les femmes elles-mêmes : en accomplissant certains gestes recommandés par les sages-femmes ou les médecins, elles mettent leurs propres perceptions à l'épreuve, et entrent dans une démarche objectivante qui permet ensuite aux professionnels de rapporter leurs sensations à un processus physiologique identifié. A chaque fois, l'épreuve consiste à introduire un tiers dans la relation des femmes à leur propre corps : le bain, la serviette, le suppositoire viennent s'ajouter à la montre ou au chronomètre qui sont pratiquement utilisés par toutes.

« Le jeudi soir, j'avais des contractions. Au cours d'accouchement, elles m'avaient dit : prenez un bain chaud et vous voyez après comment se déroulent les contractions, etc. J'ai tout fait au pied de la lettre, les contractions continuaient, j'avais mal. J'ai dit : je fais ma valise et on va à l'hôpital. » (Amélie)

« J'ai perdu les eaux mais ce n'était pas grand chose. Mon mari m'a dit : tu perds les eaux. J'ai dit : non, on attend. J'ai mis la serviette comme les sages-femmes m'avaient dit, j'ai regardé et, effectivement, c'était ça. » (Prisca)

« J'ai eu les premières douleurs vers 6h30, le dimanche soir. Je savais pas trop si c'était ça. Ça continuait, ça continuait, alors vers 10h30 on a appelé la maternité. J'avais fait une gastro mercredi. Elles m'ont dit de prendre un suppositoire et de voir si les douleurs continuaient, c'était ça, si ça s'arrêtait, c'était des douleurs de gastro. J'ai fait ce qu'elles m'ont dit, mais les douleurs persistaient. Donc à minuit, on s'est dit: on va à la maternité. » (Charlotte)

Alors que les seules sensations de la femme lui délivrent un message ambigu, « l'obstétrique » apparaît comme un élément important dans la dys-apparition du corps qui s'accomplit. Le terme d'obstétrique renvoie ici non à une entité abstraite, mais à une série de pratiques et de savoirs incorporés dont l'agencement est variable à la fois en fonction des acteurs professionnels et des femmes : une femme ayant déjà eu des enfants a intégré certaines perceptions ou sensations, et peut être un bon instrument de mesure au sens obstétrical ; et encore ne faut-il en faire une règle générale, car la manière dont l'accouchement se déroule varie notablement d'un enfant à l'autre. De même, les dispositifs utilisés pour rendre visible l'action de l'utérus sont-ils diversifiés en fonction des praticiens, du lieu de leur pratique (domicile / milieu hospitalier), et des établissements : par exemple, le toucher vaginal ne produit pas tout à fait la même forme d'apparition de l'utérus que le monitoring relié à une imprimante qui trace en continu la courbe des contractions. Dans les récits des femmes, le premier donne une mesure de l'effet des contractions, l'ouverture du col, mais ne dit rien sur les contractions ; du coup, se trouve maintenue ou représentée une sorte de dualité entre objectivation et appréciation subjective et se pose la question pour la femme de leur articulation. Dans le récit suivant, extrait d'un journal tenu par une femme enceinte, sont par exemple mises en scène plusieurs formes d'appréhension du processus en cours, l'espacement perçu entre deux contractions, l'espacement mesuré, la douleur, la sensation « musculaire », le toucher vaginal :

« J'avais l'impression que c'était toujours pareil, que les contractions étaient toujours espacées. Jeanne m'a fait remarquer qu'elles n'étaient pas si espacées que ça. Bruno a regardé à sa montre: toutes les 5 minutes. Mais je savais que l'intervalle entre les contractions ne veut rien dire. Je savais que ce n'était pas encore « ça », c'est-à-dire vraiment le travail et à la fois, je trouvais que ça faisait bien mal.

Je ne sais plus à quel moment Jeanne a parlé de m'examiner, mais je crois que je savais à peu près où j'en étais. Je sentais bien une certaine crispation à l'intérieur. Je l'ai laissé faire. J'avais peur d'être déçue et je l'ai été : 3 cm. Col toujours un peu rigide. Pourtant c'était à peu près ce que je sentais. Mais j'espérais quand même un peu plus. » (Elena)

Le corps se manifeste ici par son épaisseur, son opacité : il résiste au désir de la femme, et différentes formes d'attention convergent vers lui sans que les appréciations qui en ressortent soient a priori superposables les unes aux autres. A l'inverse, le monitoring fait parler le corps d'une voix plus « claire » : derrière le tracé, c'est l'utérus qui s'exprime en direct et qui force l'accord entre les différents

partenaires de la situation. Pauline, par exemple, part avec son mari pour la clinique parce que, dit-elle, elle ressent des contractions qui lui semblent d'une autre nature que ce qu'elle a déjà ressenti auparavant. Mais la sage-femme qui l'examine semble d'un avis différent : « elle a dit : il n'y a rien ». Elle l'installe malgré tout sous monitoring : « Et puis, les contractions étaient bien là. Mon mari regardait l'aiguille du monitoring. » Nul n'est besoin de préciser qu'elle ressent les contractions, l'instrument de mesure leur donne une présence indubitable : l'utérus contractile est là, posé quelque part entre les participants.

Dans tous les cas cependant, à un moment donné du récit, la situation est qualifiée : quelque chose s'est enclenché, une action est engagée qui ne peut plus s'arrêter avant son terme, à savoir la naissance d'un enfant. Cette action est au moins à un premier niveau attribuée au corps, et plus précisément à l'utérus qui en est le support. Notons au passage que la désignation de cette entité agissante varie au cours de l'accouchement : dans la plus grande partie de l'accouchement, les femmes parlent de contractions qui renvoient pour tous au travail de l'utérus ; en revanche lorsque l'on s'approche de l'expulsion, un certain nombre de femmes font alors intervenir l'enfant auquel est attribué le désir de sortir : s'agit-il pour autant d'un changement de registre fondamental qui ferait passer d'un espace physiologique à un espace affectif ? Ce « scénario » du processus à l'oeuvre est congruent avec la représentation obstétricale diffusée notamment dans les cours de préparation, puisque le besoin de pousser que doit ressentir la femme y est rapporté à la pression exercée par la tête de l'enfant sur le périnée. Nous nous bornerons ici à constater que les savoirs médicaux font, au travers d'une représentation mécanique, émerger un nouvel acteur, l'enfant, doté d'une forme de volonté, sans essayer de montrer, comme cela a par exemple été fait par Emily Martin (1991) sur le cas de la fécondation, comment ces savoirs sont eux-mêmes « imprégnés » par des schémas importés d'autres espaces et, de ce fait, participent à une certaine mise en forme de l'accouchement qui déborde du cadre strictement médical.

Les médiations qui permettent donc de constituer l'utérus en entité agissante sont variées et impliquent différents partenaires ; elles sont pour la plupart « informées » par les savoirs obstétricaux : autrement dit, la médecine en tant que discipline se trouve traduite dans un ensemble de pratiques, de savoir-faire, d'instruments qui participent à l'émergence du corps ou de l'utérus comme entité dotée d'une certaine autonomie. Peut-on pour autant en déduire que la femme se trouve « clivée » tout au long de l'accouchement, que son corps se trouve irrémédiablement séparé de son « self » ou de son esprit, et que cette dichotomie représente un appauvrissement de l'expérience qu'elle peut faire de l'accouchement, voire une source de souffrance ?

L'encorporation du « je » de la narration

Dans cette partie, nous nous proposons de montrer d'abord que ce qui se constitue face à la dys-apparition du corps dans l'accouchement ne correspond en rien à une entité désincarnée : le récit des femmes déploie deux « actants » principaux, un premier qui renvoie effectivement au corps, à l'utérus dont nous venons de voir comment il avait été constitué comme entité autonome, et le second qui correspond au « je » du récit, et qui loin de n'être qu'un pur esprit, est le résultat d'une « incorporation », c'est-à-dire d'un processus engageant le corps. Plus encore, nous verrons que ce couple « corps-utérus » / « je incorporé » est à géométrie variable durant un même accouchement, et que ces géométries peuvent être mises en relation avec la configuration dans laquelle se déroule l'accouchement.

Revenons à Carole : rentrée chez elle et confirmée par la sage-femme dans son statut de parturiente, elle commence, avec l'aide de sa sœur dans un premier temps, à mettre en pratique les exercices respiratoires appris au cours de préparation. Sa sœur la laisse ensuite seule avec son mari. Dès lors, elle décrit une alternance de moments, entre les contractions, pendant lesquels elle se trouve dans un état « normal », et où, sur fond de musique, elle discute avec son mari du choix définitif du prénom, et de moments, pendant les contractions, où elle se concentre sur la respiration, accompagnée par son mari qui lui pince la main pour la remettre sur les rails quand elle semble perdre le fil. En d'autres termes, elle passe de moments dans lesquels elle est dans un état de relative indifférenciation vis-à-vis de son corps – celui-ci redevient le médiateur transparent de sa relation au monde – à un état de « dissociation » dans lequel son corps-utérus, « dys-apparaît » ; sa capacité d'agir s'en trouve corrélativement modifiée : elle se concentre sur une activité qui engage fortement son corps, comme si face à l'activité d'une partie d'elle-même qui s'autonomise, il lui fallait se ré-incorporer. Remarquons au passage que ce corps-là s'étend au delà des limites habituelles : le corps de son mari vient prolonger le sien dans la mesure où la synchronisation de sa respiration se fait en partie par l'intermédiaire de son mari. Petit à petit, les phases de dissociation prennent le pas sur les phases d'indifférenciation :

« De plus en plus, je cherchais de la distraction. Sur notre lit, il y a une couverture indonésienne avec des dessins qui représentent plus ou moins une tête avec des tas de pointes et des courbes. A chaque pointe, je faisais une petite expiration et j'avais dans l'idée de parcourir le maximum de pointes à chaque contraction. Du coup, Marcel était au bord de l'hyperventilation, et même quand il était obligé de s'arrêter, je continuais encore un peu. La théière aussi marchait assez bien : je la parcourais du regard et chaque expiration, je disais la couleur de l'endroit sur lequel j'étais arrivée : Marcel était un peu surpris de m'entendre dire à chaque souffle, « jaune », « bleu », « orange »... »

Carole est ici engagée dans une activité réflexive, au sens littéral du terme : dire « vert », s'entendre le dire et le reconnaître simultanément comme une description de ce qu'elle voit constitue une sorte de procédure en écho, ou en miroir, qui lui permet de se maintenir en tant que sujet unifié faisant corps avec elle-même, en opposition avec ce « corps-utérus » inhabituel³ : en ce sens, la « distraction », contre-intuitive si l'on s'en tient aux connotations futiles du terme, dont Carole parle doit s'entendre comme un véritable travail de dissociation. Nous sommes peut-être là dans une configuration minimale dans laquelle l'on peut parler du « self » comme « l'image que quelqu'un a de lui ou d'elle-même » (Kelly (1992)), mais ce « self » n'est pas dans une relation de complémentarité ou d'opposition au corps : il résulte d'un processus d'incorporation – « je me fais me percevoir, donc je suis » pourrait-on dire en raccourci. Au fur et à mesure, l'activité déployée se concentre sur le travail de perception lui-même, comme engagement du « je-corps », et s'accompagne d'un rétrécissement progressif de ce qui est perçu, comme si l'élargissement non contrôlé du monde perçu était susceptible de recréer un état trop proche de l'état « normal », dans lequel le corps et les organes de perception s'effacent, laissant ainsi prise au « corps-utérus ». Dans un autre récit par exemple, une femme demande que l'on éteigne presque toutes les lampes et que l'on fasse disparaître l'horloge ; ou encore, une autre femme mentionne le fait qu'elle ferme les yeux pour échapper à la lumière crue de l'hôpital et ne conserver comme perception que le son de sa propre voix répétant de façon psalmodique « j'ai mal j'ai mal j'ai mal etc. ».

In fine, cette phase de dissociation/ opposition laisse place à une phase active d'association :

« Vers 8 heures et demie, j'ai eu une contraction qui m'a complètement laissée sur le carreau. Mon corps ne voulait qu'une chose, pousser. Je n'ai pas pu m'en empêcher, sauf qu'à la fin de la contraction, j'ai senti Marcel qui s'efforçait toujours de souffler et qui me serrait les mains fort : ça m'a remise sur les rails précédents et je n'ai pas réalisé que c'était les fameuses contractions de la fin de l'accouchement. La sage-femme a dû me dire : vous pouvez commencer à pousser ! C'était vraiment un nouveau monde qui se découvrait : je pouvais enfin faire quelque chose ! A la contraction suivante, j'ai fermé les yeux et tourné la tête... et c'est comme ça que j'ai loupé le moment de la naissance de Lonke. »

De façon paradoxale, c'est lorsque le « corps-utérus » fait peser sur elle une demande à laquelle elle ne peut se dérober qu'elle récupère une capacité d'action maximale : elle peut enfin « faire » quelque chose, dit-elle, comme si toute l'activité qu'elle déployait précédemment – parce qu'elle n'était là que pour défaire, s'opposer au « corps-utérus » – ne comptait pas. Au final, le « corps-utérus » et le « je-corps » se rejoignent, donnant cette impression de puissance. Notons que le passage de

³ Nous voyons ici à la fois les différences et les similarités avec la scène de torture décrite par Scarry (1985) dans laquelle la destruction du sujet est produite par la douleur de la torture conjointe à la suppression de tout objet extérieur sur lequel le sujet pourrait s'appuyer.

« l'accouchement » à la « naissance » est, même dans ce cas où les techniques instrumentées jouent un rôle faible, loin d'être évident : dans la dernière phrase, nous voyons apparaître un nouveau « je », potentiellement spectatrice de la naissance de sa fille, qui rétrospectivement ne parvient pas à s'actualiser dans le cours de l'accouchement.

Dans le récit de Carole, n'interviennent que la sage-femme et le mari ainsi qu'un certain nombre d'objets ordinaires qui vont être mobilisés dans le cours de l'histoire ; il s'agit d'un accouchement à domicile réalisé avec un secours minimal des techniques : les mains de la sage-femme, son stéthoscope foetal, et les techniques respiratoires incorporées par les cours de préparation. Précisons que, dans la région où elle s'est produite, cette naissance n'a rien d'extraordinaire, puisque plus du tiers des naissances se déroulent de cette manière.

Dans d'autres régions, à l'inverse, la médicalisation est de rigueur et elle s'accompagne d'une utilisation routinière d'instruments de mesure, comme les monitorings qui suivent à la fois les contractions et les battements du cœur de l'enfant, et de médications diverses, telles les hormones destinées à réguler le travail et administrées par perfusion, ou divers produits analgésiques souvent administrés par péridurale. Nous voudrions montrer sur un cas particulier, comparable à celui de Carole comment, dans ces conditions, le couple « corps-utérus »/ « je-corps » est susceptible de prendre des formes différentes. Annie en est aussi à son premier enfant. Elle accouche dans une grande maternité assez portée sur la technique ; elle décrit ses différentes sensations avant et après la pose de la péridurale qui est un acte de routine dans cette maternité :

« J'ai demandé la péridurale, j'en étais à 5 cm ; après j'étais beaucoup plus décontractée, avant entre deux contractions, je n'arrivais pas à me reposer, je paniquais en fait, quand je sentais une contraction arriver, je paniquais. Après la péridurale, j'ai plus apprécié, enfin j'ai pu plus me reposer... la dilatation qui se faisait... j'étais plus décontractée, plus détendue. Je me suis même assoupie une petite demi-heure. J'étais mieux. Parce que c'est vrai que chaque contraction, je les appréhendais toutes, je stressais pas possible, enfin, au niveau de la respiration, j'avais du mal, il fallait vraiment que je me raisonne pour arriver à me concentrer sur la respiration, c'est vrai que c'était pas...J'étais pas à l'aise. »

Dans ce récit, nous voyons se succéder deux formes de dissociation. Avant la péridurale, tout comme chez Carole, deux entités sont les sujets de l'action, les contractions (de l'utérus) et le « je » de la narration ; mais contrairement à Carole, Annie n'arrive pas à maintenir une activité qui lui permette de conserver une forme d'intégrité : elle « panique », elle « n'est pas à l'aise », toutes expressions qui soulignent l'emprise que prennent les contractions sur elle et l'impossibilité de conserver une dualité / dissociation protectrice. Après la péridurale, une nouvelle forme de dissociation se met en place, d'un côté le col qui, sous l'action de l'utérus, se dilate, de l'autre Annie, dans un état de profond bien-être, auquel renvoie le fait de pouvoir s'endormir, ce que seuls des sujets dotés de corps peuvent faire : pas plus

que précédemment, la dissociation n'isole le corps d'un principe désincarné, quel que soit le nom qu'on lui donne, esprit, âme, psychisme... La péridurale réinstalle l'utérus au tréfonds du recessive body, pour reprendre le terme de Leder, c'est-à-dire le rendent inaccessible à la perception directe de la femme en même temps que d'autres dispositifs, le monitoring des contractions, les doigts de la sage-femme, le font émerger comme entité agissante et visible en dehors du corps de la parturiente.

Du coup, la liaison qui s'opère dans la phase finale du récit de Carole entre le « corps-utérus » et le « je-corps » ne peut avoir lieu sous la même forme puisque la sensation, qui permet de faire la médiation entre les deux entités, est supprimée par la péridurale. Dans un certain nombre de récits, l'on voit alors se déployer d'autres médiations qui rétablissent cette liaison sous d'autres formes :

« Je ne ressentais pas les contractions du tout. Ce qui fait que pour pousser, c'est l'infirmière qui donnait le signal: elle regardait le monitoring pour me dire quand il y avait des contractions. La sage-femme et l'infirmière m'encourageaient : elles m'aidaient à tenir la poussée le plus longtemps possible. Tout à la fin, le bébé avançait bien mais il revenait en arrière entre deux poussées, l'infirmière m'a un peu aidée en appuyant sur le ventre ». (Valérie)

De même que l'action « respirer en rythme » était rendue possible pour Carole grâce à la participation de son mari, dont le corps venait prolonger le sien, le corps de la parturiente est ici recomposé et étendu : le monitoring, l'infirmière, la sage-femme sont physiquement intriqués dans cette action de mise au monde.

Les récits de Carole d'un côté et d'Annie et Valérie de l'autre dessinent des configurations à la fois semblables et différentes : semblables dans la mesure où ils mettent toujours en scène deux entités actives, l'une qui renvoie au « corps-utérus » et l'autre qui est constitué du « je » du récit, que ces deux entités ne sont pas données d'avance mais sont produites dans le récit par une série de médiations, qu'elles ne sont pas non plus stables et que le récit décrit la manière dont elles se recomposent dans l'accouchement et dont elles s'associent, se dissocient dans les différentes phases ; de ce point de vue, les pratiques peu technologisées, comme l'accouchement à domicile décrit plus haut, ne peuvent être opposées aux pratiques faisant appel à de nombreuses techniques sous l'angle de la plus ou moins grande césure qu'elles opèrent entre corps et psychisme dans l'expérience de la naissance. Il semble, au moins dans notre monde imbibé d'obstétrique, que l'accouchement soit toujours relaté comme une expérience de la dualité, mais une dualité qui n'a rien de cartésien.

Ceci étant, les configurations décrites diffèrent aussi l'une de l'autre dans la mesure où les médiations en œuvre sont profondément différentes et construisent des distributions contrastées de la capacité d'agir. On pourrait multiplier, certes pas de manière indéfinie, ces configurations qui sont caractérisées par la nature des médiations mises en œuvre ; certaines sont complètement liées à des dispositifs techniques comme par exemple un équipement électrique qui assène une décharge à la femme et la « distrait » de la contraction, ou une « pompe à douleur » qui lui permet de gérer l'administration d'analgésique et donc de construire elle-même le

mode de présence de l'utérus... d'autres médiations renvoient à des techniques incorporées, comme celles que l'haptonomie ou la sophrologie proposent, mais qui peuvent aussi être plus personnelles, liées à l'histoire de la femme... enfin, les différents acteurs en présence, le père et les professionnels tout particulièrement, jouent un rôle important de médiation. Une des questions est alors de savoir dans quelle mesure les pratiques des professionnels peuvent ou non être rabattues sur la discipline médicale : nous avons vu comment les pratiques obstétricales performaient, au démarrage, une entité corporelle agissante à savoir l'utérus. Peut-on simplement considérer que toutes leurs actions prennent appui sur cette dichotomie corps/ personne et se concentrent sur la gestion des processus corporels liés à l'activité de l'utérus ?

Le rôle des professionnels

Les récits des femmes dessinent de ce point de vue un tableau un peu différent : les actions accomplies par les professionnels, sages-femmes et médecins, y apparaissent multiples et sortent du strict cadre biomédical dans lequel certains analystes ont tendance à vouloir les enfermer. Plus exactement, il semble que leurs interventions se situent souvent à l'articulation entre « corps-utérus » et « personne-corps » et qu'un des enjeux, indépendamment du degré de technologisation en œuvre, soit d'agir sur les deux termes à la fois, d'en modifier leur topographie, de rendre plus ou moins active leur articulation.

Un premier ensemble d'actions a pour effet de produire des formes d'objectivation : certaines parties du corps, ou certains processus ayant pour siège le corps sont soit détachés de leur perception interne – l'objectif est alors de séparer la perception de l'objet perçu de manière à pouvoir réattribuer la perception à l'objet – soit représentés d'une manière qui permettent leur appropriation collective. Nous avons vu plus haut que les professionnels instituent le démarrage de l'accouchement : par une série de gestes prescrits à la femme ou directement effectués par eux, ils introduisent des objets intermédiaires dans la relation de la femme à son corps et redoublent en quelque sorte, en la transformant, la relation établie par l'intermédiaire des sens. De cette manière, ils produisent une certaine objectivation du processus en cours, à savoir un utérus se contractant. Cette objectivation peut être totalement accomplie, comme par exemple avec le monitoring, lorsque les perceptions de la femme sont mises « hors circuit » ; dans d'autres cas, l'objectivation repose sur une articulation entre sensations et intermédiaires, comme lorsque la sage-femme conseille à la femme de prendre un bain et de tester ainsi la résistance des contractions. Il doit aller de soi pour la femme

que les descriptions obstétricales et les sensations qu'elle éprouve renvoient à un même phénomène, d'où le travail d'articulation qui est effectué afin d'assurer leur superposition au moins partielle, travail dont le caractère éventuellement problématique dépend de la place accordée dans le processus d'objectivation aux sensations. Cette articulation se traduit par le fait que bien souvent, les descriptions obstétricales sont en quelque sorte incorporées par la femme de sorte qu'il devient parfois difficile pour elle-même de démêler dans la sensation elle-même ce qui procède d'une perception directe ou ce qui passe par l'objectivation. Ainsi, une femme à qui l'on vient d'annoncer que sa tension est très basse se demande d'où vient son malaise : « Je me suis sentie partir, je ne sais si c'était à cause du chiffre annoncé ou parce que la tension était basse. C'est la première fois que j'ai eu l'impression de tomber dans les pommes. » (Christine)

Il arrive que l'objectivation soit détachée de tout contexte médical, comme lorsque la sage-femme ou l'obstétricien proposent à la femme de suivre dans un miroir l'arrivée de la tête sur la vulve ou de toucher le crâne du bébé sur le point de naître. Se trouve ainsi définie une nouvelle forme de dédoublement – la femme est dans et hors de son corps, à la fois actrice et spectatrice – qui n'est pas toujours d'ailleurs accueillie dans l'enthousiasme :

« Il m'a demandé si je voulais voir ma fille sortir, j'ai dit : non, je reste sur l'idée que j'en ai. Du coup, il ne m'a pas forcé. Le gynécologue disait : on voit les cheveux. Il a appelé mon mari s'il voulait voir sa tête qui commençait à se présenter, il a dit : non. Sa tête est sortie, moi je ne voulais pas voir, je restais sur l'idée que j'avais. » (Pauline)

« A un moment donné, Ria (la sage-femme) m'a dit de toucher la tête, mais je ne voulais pas le faire. Elle pensait que ça me motiverait pour pousser davantage. Elle m'a pris la main pour me forcer à le faire. J'ai hurlé que je ne voulais pas. Hans lui a dit de ne pas insister puisque je ne voulais pas. J'avais une répulsion à cette idée. Je ne voulais pas de miroir ou quoi que ce soit. Mais elle a insisté même quand je lui ai dit que je voulais pas toucher. Elle m'a pris la main et ça m'a révolté. » (Myriam)

Peut-être faut-il voir dans ces réactions négatives le fait que, pour les femmes, l'objectivation est associée à la médicalisation : elles acceptent facilement de se voir court-circuitées dans leur relation au corps dès lors qu'il s'agit de produire, de concert avec les intervenants médicaux, les objets, détachés d'elles-mêmes justement, sur lesquels peuvent porter la surveillance et l'action médicale. Hors de ce contexte, l'objectivation prend pour certaines femmes un caractère obscène, parce qu'elle ne parvient pas à effacer le rapport du corps à la femme et qu'elle met en scène de façon radicale la tension entre le « corps-utérus », objet de l'attention commune des différents participants et le corps « propre » de la femme. Autrement dit, l'objectivation est en général associée par la femme à l'introduction d'une séparation d'avec le corps-utérus qui devient un objet partagé auquel elle n'a pas d'accès privilégié, même si comme nous l'avons vu, l'articulation entre le corps-utérus

obstétrical et le corps-utérus éprouvé est sans arrêt réeffectuée au point qu'ils se confondent souvent.

Un ensemble d'autres actions peuvent se comprendre comme des manières d'intervenir sur la forme d'incorporation à l'œuvre et la relation entre le « je incorporé » et le « corps-utérus », en accentuant ou en minorant la dissociation selon les moments et les circonstances. Par exemple, dans une situation décrite par la femme comme une situation de panique, les professionnels peuvent avoir des stratégies diversifiées mais qui, toutes, travaillent sur cette articulation, et, en particulier font varier les formes d'incorporation: nous avons vu qu'Annie a trouvé dans la proposition de péridurale un moyen de construire une barrière protectrice entre le « corps-utérus » et un « je incorporé » qui correspond plus ou moins à son état habituel. Parfois, une intervention physique directe et brutale comme une gifle est utilisée pour reconstruire une forme d'incorporation qui permette de créer la dissociation d'avec le « corps-utérus » ; dans l'extrait suivant, on voit de façon frappante comment la possibilité de « garder sa tête » est inextricablement liée à la possibilité de maintenir une forme de réflexivité du corps :

« J'étais complètement paniquée, j'avais perdu la tête. Vous savez ce qu'elle a fait ? Elle m'a flanquée une gifle ! Elle a eu raison, ça m'a complètement sortie de cette panique et j'ai retrouvé mes esprits. » (Jessica)

Très fréquemment, la sage-femme vient aider à l'incorporation de la femme en faisant corps avec elle au moyen de la respiration :

« Je savais très bien faire mes respirations mais le fait d'être énervée, de ne pas avoir quelqu'un pour me soutenir, ça y fait beaucoup, on se met à paniquer, on ne respire plus normalement. Dès qu'il y avait quelqu'un pour m'aider à respirer en même temps que moi, je la reprenais tout à fait bien. » (Irène)

La verbalisation est une autre forme d'action par laquelle le professionnel peut essayer de modifier cette configuration : Dominique a préparé longuement son accouchement, s'est entraînée à la respiration, au yoga, ce qui lui permet de garder son calme tout au long du travail et de gérer finement la dissociation d'avec le « corps-utérus », un peu sur le modèle décrit par Carole. Elle y arrive même tellement bien qu'une sorte de « corps ordinaire » refait surface de manière inattendue : « J'ai faim, j'ai faim, je suis fatiguée. Et assez vite, je craque, je ne veux pas pousser (« inspirez, poussez, bloquez » me dit la sage-femme). J'ai envie de pleurer. Je ne sens pas le bébé descendre, j'en ai mare » écrit-elle⁴, bien qu'elle tolère toujours les contractions. C'est alors qu'intervient le médecin qui produit une interprétation de la situation, laquelle lui permet de redéfinir l'équilibre qu'elle avait installé : notons que cette interprétation porte précisément sur la nature de liaison entre « corps utérus » et « je incorporé ».

⁴ Dominique fait partie des femmes qui ont accepté de tenir un journal de bord de leur grossesse.

« Et là, je dois une fière chandelle au médecin, car il me donne soudain la clé qui me manquait : « vous contrôlez trop bien la douleur et sans la douleur, vous ne pourrez pas pousser, car vous n'avez pas besoin de la chasser. Alors, laissez faire... » Comme je dois le remercier pour cette phrase prononcée si calmement, si doucement : du coup, ça va mieux. Je pousse, je pousse... »

Enfin, l'extension du corps, sa reconstitution sont l'un des moyens par lesquels les professionnels modifient la relation de la femme à son corps-utérus. Nous en avons déjà vu quelques exemples, qu'il s'agisse de la respiration en commun ou de l'expulsion comme action collective impliquant la parturiente, la sage-femme, l'infirmière et le monitoring : à chaque fois, par cette hybridation des corps et des techniques, il s'agit de reconstruire une forme d'incorporation qui vienne se substituer à des formes antérieures défaits soit par la dys-apparition du corps, soit par l'intervention de certaines techniques médicales, comme la péridurale. Notons que dans ce dernier cas, nous assistons à processus de double reconstitution, un peu similaire de ce point de vue à celui que décrit Hirshauer (1991), avec d'un côté corps-utérus souvent nourri et régulé par le moyen de perfusion et le corps du « je incorporé », intégrant professionnels et instruments de mesure, la péridurale permettant la séparation/ articulation entre les deux.

En définitive, l'intervention des professionnels sur la relation de la femme à son corps, telle que décrite dans les récits d'accouchement, se fait selon deux axes opposés et complémentaires : le premier permet de constituer le corps-utérus comme une entité séparée qui se trouve à l'articulation entre les pratiques médicales et les sensations des femmes ; le second vise à l'établissement et au maintien de relations appropriées entre le « corps-utérus » et le « je incorporé ». La forme d'analyse que nous avons privilégiée nous a permis de traverser l'ensemble des récits que nous avons collectés : malgré la variété et même l'hétérogénéité des pratiques obstétricales qui sont à l'œuvre dans ces accouchements, le panorama ainsi construit ne produit pas une rupture complète, comme celle que, par exemple, Katz Rothman a introduite entre ses deux modèles opposés de l'accouchement, le modèle de l'obstétricien / le modèle de la sage-femme, modèles qui trouvent leurs traductions concrètes dans les pratiques en cours à l'intérieur des grandes structures hospitalières d'un côté, et à domicile de l'autre. Un certain nombre de différences significatives peuvent néanmoins être relevées : des différences qui tiennent au caractère plus ou moins explicite des médiations qui conduisent à l'objectivation, et aux formes d'articulation ménagées entre représentations instrumentées et sensations ; ou encore différences importantes dans la nature des médiations en œuvre pour la production de l'incorporation, et dans les capacités d'action qu'elles autorisent – la juxtaposition des récits de Carole d'un côté, d'Annie et Valérie de l'autre est de ce point de vue frappante. Notre analyse conduit à redéfinir le sens et la

nature de ces différences, qui, dans un certain nombre de travaux antérieurs⁵, sont décrites comme une opposition entre une approche biomédicale centrée sur les processus corporels et produisant une dichotomie corps/ esprit et une approche globale, qui se donne pour objectif de ne pas introduire de telle séparation et de prendre en compte la femme dans sa totalité. L'approche biomédicale est, dans certains écrits féministes, rapportée à l'existence de rapports de domination entre les sexes et à la volonté des hommes de contrôler l'accouchement et même de voler la possibilité aux femmes d'une autoréalisation au travers de l'expérience de la naissance. Autrement dit, l'utilisation des techniques obstétricales modernes serait inséparable d'une forme d'aliénation imposée aux femmes, aliénation qui prend la forme d'une perte de contrôle des femmes sur leurs propres corps, devenus objets des pratiques médicales. Si nous ne pouvons souscrire à cette analyse, il n'en demeure pas moins que la question de l'aliénation mérite d'être posée : les récits que nous avons collectés décrivent un certain nombre de situations qui n'ont rien d'idyllique et qui peuvent même être perçues comme des situations d'aliénation, au sens de l'imposition d'un principe étranger dans le fonctionnement intime de la personne. Comment dans le cadre d'analyse que nous avons développé ici appréhender ces situations ?

⁵ Abraham van der Mark (1993) , Campbell et Porter (1997), Davis-Floyd (1994), Katz Rothman (1982), Kitzinger (1988), Treichler (1990)

L'aliénation comme impossible encorporation

GABRIELLE

Après six heures de contractions douloureuses passées à marcher et à respirer, Gabrielle a finalement accepté la péridurale que la sage-femme lui a proposé :

« J'avais envie de dormir, c'était la nuit, j'avais envie de dormir, c'était affreux, je luttai contre le sommeil parce que je savais quand même que j'étais en train d'accoucher. Le truc qui me liait à ça c'était le monitoring et les battements du cœur, c'est tout, mais sinon au niveau de mon corps je ne sentais plus rien. J'étais KO, je ne parlais plus, ça m'a complètement assommée, je ne parlais plus, je pipais plus mot. »

ESTHER

Esther a prévu d'accoucher à la maison :

« Cette nuit-là, vers quatre heures du matin, j'ai eu ce que j'ai cru être des crampes d'estomac très douloureuses. Je suis allée aux toilettes et là, la poche des eaux s'est rompue. Au cours de préparation, on nous avait dit qu'il était bon de manger un peu au démarrage du travail. Je suis redescendue à la cuisine pour me préparer un sandwich et j'ai eu une autre contraction. Cela m'a fait tellement mal que j'ai été incapable de faire quoi que ce soit. Très vite, j'ai eu des contractions toutes les minutes. Tout est allé très vite, j'avais tellement mal que j'étais incapable de me concentrer sur aucune activité comme de respirer, je paniquais. J'ai dit à mon mari de préparer le lit et d'appeler la sage-femme. Elle m'a dit de prendre une douche, de me coucher et d'essayer de gérer les contractions pendant une heure, le temps qu'elle arrive. Mais je ne pouvais rien faire, j'avais trop mal. Je me suis mise à genoux et je criais. J'étais incapable de me souvenir du moindre truc qu'on avait appris au cours de préparation. »

Deux histoires, deux configurations opposées mais une même expression d'impuissance : Gabrielle comme Esther sont clouées sur place, elles ne peuvent ni parler, ni bouger, ni faire quoi que ce soit. En même temps, leur situation est très dissemblable : si nous sommes prêts à admettre l'effet destructeur de la douleur, l'absence de douleur et de sensation, autrement dit la dis-dysapparition du corps, comme manque n'est pas une expérience aussi commune, et, en un sens le désespoir

de Gabrielle paraît plus étrange. La juxtaposition de leurs histoires attire cependant notre attention vers une autre direction à condition de prendre au sérieux leur commune incapacité à « faire » quoi que ce soit : dans les deux cas en effet, se trouve mise en exergue l'impossibilité pour ces femmes de construire une forme d'incorporation. Esther se trouve projetée dans un monde qui ressemble à celui de la torture décrit par Scarry (1985), dans lequel la douleur provoque un rétrécissement du monde perçu et des capacités d'action : le corps-utérus fait obstacle à toute mobilisation de ressources permettant de prendre le dessus, de se donner un mode d'être qui puisse s'opposer à lui. Gabrielle se trouve dans la situation inverse, c'est-à-dire qu'elle ne peut construire une forme active d'incorporation, car elle n'a pas de corps-utérus accessible ; notons que nous sommes ici dans une situation similaire à celle décrite par Annie, mais sur laquelle les deux femmes ont des appréciations complètement divergentes. Pour Annie, le fait que le corps-utérus soit déposé en quelque sorte dans le monitoring, « en dehors » d'elle, est ressenti comme un soulagement et son bien-être se manifeste par la possibilité d'être engagée corporellement dans des activités ordinaires, comme le fait de dormir : l'accouchement n'est pas pour elle le lieu d'un investissement particulier, mais se trouve construit comme une action éminemment collective, à laquelle elle participe. En revanche, pour Gabrielle, sentir est corrélatif de vivre, de faire l'expérience de l'accouchement. Que les seules traces tangibles de l'événement en cours soient des traces extérieures lui est insupportable ; de même, pour elle, ne pas pouvoir s'engager dans une activité corporelle en rapport avec l'accouchement revient à être privée de toute capacité d'action.

L'aliénation est donc curieusement vécue comme l'impossibilité de maintenir une certaine forme de dichotomie active, soit parce que le corps-utérus est trop présent et prend le dessus, soit parce qu'il est absent. L'organisation obstétricale n'est évidemment pas insignifiante dans cette affaire : en particulier, les contraintes qu'elle fait peser sur le déroulement de l'accouchement définissent un espace plus ou moins étendu de formes d'incorporation possibles. Comme cela est dénoncé à juste titre par certaines critiques, le fait d'être rivée à une table d'accouchement, attachée par une perfusion, un monitoring, un brassard de tension etc., le fait de ne pas pouvoir changer de position sous peine de « perdre » le signal du monitoring, bref tous ces éléments qui font partie de la mise en scène ordinaire de l'accouchement dans la majorité des maternités limitent fortement le champ des activités corporelles possibles, et par là les formes d'incorporation. D'où la constatation déjà faite que, dans ce contexte, la douleur émerge comme un phénomène sur lequel il n'est pas possible d'avoir de prise. La question politique ne nous paraît donc pas tant de promouvoir une définition holistique de la parturiente ou une prise en charge globale de l'accouchement – en fait, des acteurs impliqués dans des systèmes de soins radicalement différents revendiquent ce caractère « global » – que d'ouvrir le champ des possibilités, souvent très inégalement réparties, aux femmes en prenant en

compte les relations qui existent entre la manière dont le corps-utérus est constitué et les formes d'incorporation qui peuvent ou doivent être associées.

En conclusion, quelques points nous paraissent mériter d'être soulignés : tout d'abord, nous avons mis en exergue au départ, l'éventuelle césure existant entre la médecine comme discipline et les pratiques médicales, et insisté sur la nécessité de ne pas tenir pour acquis le transport sans changement des représentations du corps inscrites dans les savoirs médicaux vers les pratiques médicales. A l'issue de notre parcours, il apparaît que les savoirs obstétricaux sont certes activés au travers d'un certain nombre d'instruments et de gestes et que ces pratiques constituent effectivement une entité ou des entités corporelles agissante(s), séparées de la personne, et sur lesquels s'exercent une partie des actions des professionnels.

Mais les dichotomies ainsi produites ne peuvent être simplement rabattues sur une dichotomie corps – esprit. D'une part, ce qui est produit ne peut être confondu avec LE corps, entité générique et unique ; il est impossible de détacher ce corps-utérus des médiations qui ont contribué à le faire émerger, certaines de ces médiations étant d'ailleurs incorporées par la femme : ce qui implique que le corps-utérus est à géométrie variable en fonction de la configuration que dessinent l'organisation obstétricale⁶, l'histoire particulière de chaque femme, la nature des acteurs impliqués et leur forme de participation, et qu'il est susceptible de varier au cours du temps. D'autre part, le second terme de la dichotomie renvoie non à une entité désincarnée, mais à ce que nous avons appelé un « je incorporé », lui-même activement construit par les différents acteurs en présence et la mise en œuvre de médiations spécifiques : en particulier, les récits des femmes montrent comment une part de l'activité des professionnels est dédiée à la gestion fine de l'articulation entre corps-utérus et « je incorporé » et au suivi de leurs transformations conjointes.

Au delà de la variété des pratiques obstétricales observées, il reste que, dans tous les cas, l'accouchement est une expérience de la dualité, c'est-à-dire de la présence en soi d'une entité « étrangère » mais contenue. L'aliénation provient non de l'émergence de cette dualité, mais de son effacement possible, c'est-à-dire de l'impossibilité de maintenir, au travers de différentes formes d'activité, une sorte de « réflexivité du corps ». Un certain nombre de situations de l'existence, l'accouchement, la maladie, l'apprentissage physique, etc. suscitent ce que Leder a appelé la dys-apparition du corps, dys-apparition redoublée, dans le domaine médical, par le travail des praticiens : partant de là, la question nous paraît être, davantage que de développer une médecine holistique, de réfléchir à la façon dont certaines formes d'incorporation peuvent donner aux patients une prise sur ce qui

⁶ La question de savoir si ces pratiques très variées sont associées ou non à des savoirs obstétricaux différents reste ouverte, nous pouvons simplement dire que les savoirs-en-acte, c'est-à-dire la manière dont les professionnels représentent leurs actions et les objets sur lesquels elles s'exercent, présentent de fait un certain nombre de différences Akrich et Pasveer (1996).

leur arrive, et éviter que l'expérience de la maladie ne soit vécue comme une aliénation insupportable.

Abraham van der Mark, E., 1993, *Successful Homebirth and Midwifery. The Dutch example*, Westport CT : Bergin & Garvey.

Akrich, M. et Pasveer, B., 1996, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Bendelow, G. A. et Williams, S. J., 1995, «Transcending the dualisms : towards a sociology of pain.», *Sociology of Health and Illness*, vol.17, pp. 139-165.

Berg, M. et Harterink, P., 2004, « Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th Century US Medical Practice », *Body and Society*, vol.10, n°2-3, pp. 13-41.

Boullier, D., 1995, «Du patient à l'image radiologique : une sociologie des transformations», *Techniques & Culture*, n°25-26, pp. 19-34.

Campbell, R. et Porter, S., 1997, «Feminist theory and the sociology of childbirth: a response to Ellen Annandale & Judith Clark», *Sociology of Health & Illness*, vol.19, pp.348-358.

Davis-Floyd, R., 1994, «The technocratic body : American childbirth as cultural expression», *Soc. Sci. Med*, vol.38, pp. 1125-1140.

Foucault, M., 1994, *Naissance de la clinique*, Paris : PUF.

Heath, C., 1993, «La conduite du patient pendant l'examen médical», in *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Cosnier, J., Grosjean, M. et Lacoste, M. (ed.), Lyon : Presses Universitaires de Lyon pp. 77-83.

Hirshauer, S., 1991, «The Manufacture of Bodies in Surgery», *Social Studies of Science*, vol. 21, n°2, pp. 279-319.

Kapsalis, T., 1997, *Public Privates : Performing Gynecology from Both Ends of the Speculum*, Durham & London : Duke University Press.

Katz Rothman, B., 1982, *In Labor: Women and Power in the Birthplace*, New York : Norton & Co.

Kelly, M., 1992, «Self, Identity and Radical Surgery», *Sociology of Health and Illness*, vol.14, pp. 390-415.

Kitzinger, S. (ed.), 1988, *The Midwife Challenge.*, London : Pandora Press.

Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering Healing and the Human Condition*, New York : Basic Books.

Leder, D., 1990, *The Absent Body*, Chicago : The University of Chicago Press.

Martin, E. 1991. «The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles.» *Journal of Women in Culture and Society*. 16/3.

Scarry, E., 1985, *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*, New York : Oxford university press.

Treichler, P., 1990, «Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth», in *Body/Politics*, Jacobus, M., Keller, E. F. et Shuttleworth, S. (ed.), New York, London : Routledge pp. 197-xx.

Turner, B. S., 1992, *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology.*, London : Routledge.