

Interpréter la littérature obstétricale contemporaine : note de recherche

Nicole Coquatrix

L'usage social des enfants

Volume 4, numéro 2, 1980

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/000967ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/000967ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Coquatrix, N. (1980). Interpréter la littérature obstétricale contemporaine : note de recherche. *Anthropologie et Sociétés*, 4(2), 145–159.
<https://doi.org/10.7202/000967ar>

INTERPRÉTER LA LITTÉRATURE OBSTÉTRICALE CONTEMPORAINE

note de recherche

Nicole Coquatrix
Université Laval



Au cours des dernières années, la pratique obstétricale en Amérique du Nord est devenue hautement technique et spécialisée, utilisant de plus en plus d'appareils sophistiqués et de substances médicamenteuses¹. L'accouchement a été redéfini comme une expérience dangereuse justifiable d'interventions chirurgicales : les actes obstétricaux représentaient 25% des interventions chirurgicales subies par les femmes en 1975 (Canada 1975: 15).

Au Canada, on constate qu'une de ces interventions chirurgicales, l'épisiotomie, est pratiquée de façon routinière dans les hôpitaux. L'épisiotomie consiste en une coupure franche du périnée de la parturiente pendant la phase terminale de l'accouchement. Au Québec, 80% des femmes qui accouchent subissent cette incision; dans les hôpitaux urbains de Québec et de Montréal, ce sont 80 à 95% des femmes qui ont été, ou seront ainsi « coupées »².

Cette vague de coupures – atteignant la femme dans son intégrité physique durant un moment chargé d'émotion – provoque de nombreuses réac-

¹ Alors que le nombre total des naissances a peu progressé pour l'ensemble du Québec entre 1971 et 1977, le nombre des naissances par césarienne a doublé en 6 ans; l'usage de l'anesthésie épidurale a été multiplié par 18 et l'utilisation du moniteur foetal s'est multiplié par 36 durant la même période. (Données informatisées de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec, 1979).

² Taux d'épisiotomies pratiquées dans les hôpitaux urbains de Québec (enquête du Ministère des Affaires Sociales, 1979).

Christ Roi	65	Chauveau	80
Jeffery Hale	95	Enfant-Jésus	80
St-Sacrement	75	St-François d'Assise	90

tions. Quelques colloques récents organisés au Québec, témoignent du vif intérêt que les femmes et les professionnels de la santé portent aux problèmes relatifs à la naissance. Le nombre très élevé des épisiotomies pratiquées au Québec nous paraît être un indice révélateur du degré d'intervention de spécialistes mâles au cours d'accouchements normaux et appelle une évaluation, but de notre recherche.

Nous tenterons dans l'exposé qui suit de souligner l'intérêt d'une analyse des *écrits* concernant l'obstétrique. Des études de narratologie nous ont conduit vers la sémiotique narrative qui nous inspirera ici. Afin de répondre à la question « qu'advient-il de l'accouchée ? », il nous est apparu fécond d'appliquer l'approche narratologique à un corpus de données textuelles issues de l'obstétrique contemporaine.

Notre objectif est de faire apparaître quelques-unes des représentations de la femme qui sous-tendent et orientent la pratique obstétricale contemporaine au Québec. Nous définirons tout d'abord la spécificité de notre corpus, puis nous préciserons les outils d'analyse utilisés, enfin nous dégagerons les archétypes de femmes et les modèles d'action qui se dégagent de la « littérature » obstétricale.

▣ Description et spécificité des données

L'obstétrique est un champ privilégié de la pratique médicale québécoise. Les patientes sont évidemment des femmes et les obstétriciens, des hommes, ce qui radicalise le rapport homme/femme. Les femmes, en portant – au sens propre et figuré – le poids de la reproduction humaine, sont l'enjeu majeur de la reproduction sociale (Kirsch 1977: 15-41). La naissance des enfants est un moment clé de toute vie sociale. Chaque société a un mode d'apparaître au monde à la fois singulier et général, car il est infailliblement lié à ses institutions et ses croyances³. Le microcosme obstétrical se présente comme un lieu d'observation précieux de cette société par le rapport entre les sexes qu'il révèle.

Notre investigation s'appuie sur un ensemble de textes relatifs à la femme dans sa fonction reproductrice :

- des articles de périodiques scientifiques (plus de deux cents unités);
- des communications issues de numéros spéciaux consacrés à la naissance;
- des manuels d'enseignement de l'obstétrique (une dizaine environ);
- et des ouvrages à caractère scientifique concernant la reproduction humaine.

³ Les exemples appuyant cette affirmation abondent, à titre d'illustration je choisirai : Cartry 1978: 79-100; Gelis 1976: 325-341 ou encore Ehrenreich 1976: 10-35.

Ce corpus de référence émane strictement d'obstétriciens, de médecins, de chercheurs, en un mot de « spécialistes » presque exclusivement masculins. Nous nous limiterons à des publications de la dernière décennie (1970-1980) mais nous ferons aussi quelques incursions dans une littérature plus ancienne. Quant à la localisation géographique de la pratique obstétricale, nous avons tenté de la circonscrire au Québec, mais la pression des écoles américaines et françaises nous a conduit vers une obstétrique occidentale, c'est-à-dire liée au mode de vie uniformisé des sociétés dites industrielles.

Quel est le contexte réel dans lequel s'élabore la littérature scientifique ? Les centres hospitaliers – géants et concentrationnaires – constituent au Québec les « structures d'accueil » de la femme qui accouche. En dehors de son milieu familial, la parturiente est transformée en un support passif qui facilite le travail du personnel hospitalier sans pour autant améliorer la qualité des soins dispensés (Lorber 1975: 225). La routine hospitalière consacre un double découpage dont les femmes sont victimes :

- découpage du corps de la femme. Réduite à la zone reproductrice la dimension corporelle de l'accouchée occulte – entre autres – l'affectivité et ne considère que la fonctionnalité du système (reproducteur): rasage, badigeonnage, pose de champs stériles qui focalisent le regard vers la zone génitale.
- découpage du vécu de la femme. La parcellarisation des tâches entraîne un fractionnement stérile des relations humaines qui se résoud pour la femme en une impression de solitude et d'isolement : changement des équipes de garde, heures de visite, etc...

Cette réification de la femme observée dans la pratique obstétricale s'exprime dans les publications de notre corpus. Trois grandes catégories de sujets y résument l'intérêt des obstétriciens (les titres sont cités pour illustration) :

– *dysfonctionnements physiologiques du corps de la femme*

PAULL T., et L.G. Tedeschi, « Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar », *Obstetrics and Gynecology* 40(1), July 1972: 28-34.

JACOBS A., « Midling episiotomy and extension through the rectal sphincter », *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 11, 1960: 245-246.

– *amélioration d'un adjuvant technique*

YUSSOF DAWOOD M., « Oxytin : new data may help establish the ideal dose », *Contemporary OBS/GYN*, 13(2), February 1979: 181-191.

MONNIER J.C., « Suture intradermique des épisiotomies au fil d'acide polyglycolique. À propos de 300 cas », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 74(1), 1979: 44-46.

– *tests statistiques utilisant les patientes comme « cobayes »*

BLOOMFIELD S.S., T.P. Barden et J. Mitchell, « Comparative efficacy of ibuprofen and aspirin in episiotomy pain », *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 15(6), June 1974: 565-570.

GRUBER Ch., « Codeine and propoxyphene in post-episiotomy pain, a low-dose evaluation », *JAMA* 237(25), June 1977: 2734-35.

Une première lecture des textes du corpus nous conduit à formuler quelques questions « naïves » :

- pourquoi figurent sur la même page d'un périodique éminent « la technique de la césarienne » et « les indications de la césarienne » alors qu'il s'agit de l'opération d'une vache en milieu d'élevage dans le premier cas, et de celle d'une femme⁴ en milieu hospitalier dans le second ? (Pontonnier 1975: 95).
- pourquoi les obstétriciens pratiquent-ils aussi généreusement l'épisiotomie alors que 70% des articles s'y référant débattent de la douleur et des effets nocifs de cette opération ? (recherche informatisée conduite sur Medline 1966-79).
- pourquoi une table ronde sur la ménopause ne comprend-elle aucune femme ? (Jamain 1977: 1-32).
- pourquoi la description scientifique de la fécondité/stérilité dote-t-elle les hommes d'un « appareil génital » et les femmes d'« organes génitaux » ? (Alsace 1962: 7).

Le corps féminin fait l'objet d'une appréhension sociale dont se défend le médecin, le gynécologue, l'obstétricien, mais qui transparait dans ces quelques questions. La femme est reléguée du côté organique tandis que l'homme évolue du côté technique. Le paradigme de l'homme actif, prométhéen, versus la femme passive, à la frontière de l'animalité, se dévoile à cette simple lecture des discours les plus « scientifiquement neutres » de notre corpus. Le tableau suivant illustre cette dichotomie (Alsace 1962: 7 et 55).

Homme

« L'homme projette plusieurs millions de spermatozoïdes... ce nombre astronomique... les spermatozoïdes très mobiles doivent faire un trajet considérable... traverser... remonter... pénétrer... féconder. »

Femme

« La femme, à l'inverse d'un grand nombre de mammifères ne « pond » qu'un ovule chaque mois... L'ovule est inerte. »
...« L'exploration des femmes » est une « besogne »

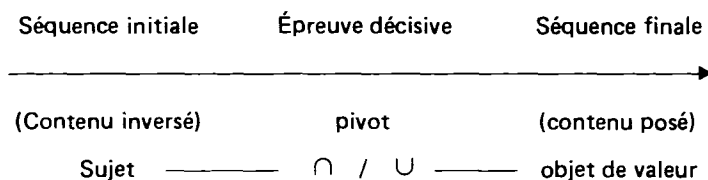
⁴ Le terme « patiente » s'applique indifféremment à la vache ou à la femme.

Une double impression se dégage de cette première lecture : 1) la naissance est une entreprise industrielle requérant un matériel technique hyper-sophistiqué. 2) les auteurs – obstétriciens se définissent comme les véritables maîtres de cet univers technique. Qu’advient-il de la parturiente ? La littérature obstétricale évoque un type de femme morcelée, passive et manipulée alors que le médecin – prototype de l’activité virile – contrôle une machinerie sophistiquée et coûteuse dont la femme n’est qu’un prétexte.

▣ Modèles d’analyse

Postulant un isomorphisme entre les textes à caractère scientifique et ceux à vocation littéraire⁵, nous empruntons les outils d’analyse de la sémiotique narrative pour décrire et comprendre le discours des obstétriciens sur les femmes.

Deux « grilles » d’analyse ont retenu notre attention : l’une forgée par Souriau (Souriau 1950: 83-117) l’autre par Greimas (Greimas 1973: 13-36). La première, quoique désuète par certains aspects n’en garde pas moins une valeur heuristique certaine. Souriau postule que tout récit met en œuvre une force orientée : un *sujet* poursuit un *objet*, des *obstacles* entravent cette quête, mais des *adjuvants* se rangent aux côtés des parties; finalement un *arbitre* – facteur exogène pondérant le déroulement interne du récit – décide du succès ou de l’échec de la poursuite. La seconde grille met l’accent sur l’analyse des facteurs endogènes qui concourent aux conclusions posées par la fin du récit. Pour Greimas, en effet, la trame narrative dessine un axe orienté le long duquel un sujet est en jonction (dis/conjonction)⁶ avec un objet, la valeur inscrite dans l’objet guidant l’orientation de l’axe; de plus cette grille suggère que la fin posée dans un récit est une inversion symétrique de la situation proposée au lecteur au début du récit, l’action centrale étant l’opérateur de ce renversement. Ce qui schématiquement se résume ainsi :



⁵ Consciente des restrictions qui peuvent être posées quant à cet isomorphisme je conduis parallèlement des recherches sur cette possible symétrie « le paradigme que je propose... ne vise pas à mettre d’un côté les savants, les chercheurs, et de l’autre les écrivains, les essayistes; il suggère au contraire que l’écriture se retrouve partout où les mots ont de la saveur (savoir et saveur ont en latin la même étymologie) » Barthes 1978: 20-21.

⁶ Nous utilisons les symboles mathématiques \cap pour conjonction et \cup pour disjonction.

Tout en gardant présent à l'esprit le modèle construit par Greimas, il paraît pertinent d'appliquer d'abord le modèle de Souriau afin de « débroussailler » la production écrite du corps médical et d'y observer l'image et le sort des femmes. Nous recensons dans les tableaux suivants les actants majeurs qui agissent ou sont agis, au cours d'un accouchement type.

◆ Tableau 1 : Les sujets

- « Les quelques 5 000 obstétriciens gynécologues d'Amérique du Nord (400 au Québec)... en savent sûrement plus sur leur spécialité que quelques groupes d'infirmières ou d'éditorialistes féministes. » (Mercier 1979: 13).
- « Le médecin dans sa lutte pour maîtriser la nature est poussé à l'action... il voit l'accouchement comme un drame, il redoute le dénouement tragique... De plus en plus de couples voient l'accouchement comme une fête. » (Villa 1979: 15).
- « ...nos patientes sont suivies... par un accoucheur spécialiste expérimentée... » (Cohen 1978: 683).
- « Je voudrais insister sur le caractère de plus en plus scientifique que prend la discipline obstétricale. » (Pontonnier 1979: 95).
- « Récemment un groupe d'obstétriciens irlandais ont avancé l'hypothèse que aucun travail ne devrait durer plus de 12 heures après l'admission à l'hôpital... » (Llewellyn 1977: 132; Traduction personnelle⁷).
- « L'obstétrique est donc une branche unique : la seule qui puisse produire une telle qualité de statistiques... » (Mercier 1979: 12).
- « 91,5% de l'ensemble de la population des femmes enceintes possédait au moins une des caractéristiques de la clientèle visée (à risque). » (Drouin 1979: 2).
- « l'obstétricien tient sa patiente sous un contrôle complet... » (Bickers 1970: 48; Trad. pers.).
- « ... le tiers des femmes québécoises en âge de reproduction sont actuellement stérilisées de façon définitive. » (Blanchet 1979: 2).

◆ Tableau 2 : Les objets (Guident la force orientée)

- « ... la mortalité périnatale reflète le niveau des soins obstétricaux... ainsi que l'efficacité des mesures sociales... et des actions de santé publique... Elle est capitale pour la détermination de la politique

⁷ Nous avons effectué quelques traductions personnelles – soumises à une double vérification – de textes en anglais; l'abréviation « trad. pers. » rappellera cette traduction dans les pages qui suivront.

publique... Elle est capitale pour la détermination de la politique sanitaire... La réduction de la mortalité est un des buts principaux de toute société humaine. » (Organisation Mondiale de la Santé 1976: 228).

- « ... la mortalité périnatale de cette série est extrêmement faible... » (Cohen 1978: 683).
- « ...et voilà qu'on nous demande d'abandonner le fœtus à lui-même ! D'éviter toute technique qui pourrait nous permettre de le surveiller de plus près... c'est impensable. » (Mercier 1979: 13).
- « Biologiquement, la mort n'est que le contraire du phénomène de la naissance... » (Bruaire 1978: 80).
- « ...cette dernière alternative énonçable en chiffres démographiques... pose de vrais problèmes de vie et de mort. » (Bruaire 1978: 78).

◆ Tableau 3 : Les adjuvants

- « le trichloréthylène peut être remplacé par le méthoxyflurane... une machine qui délivre de l'oxyde nitreux et de l'oxygène de façon intermittente est préféré... » (Llewellyn 1977: 154; trad. pers.).
- « Dans les minutes qui suivent l'injection péridurale, on note une hypocinésie objectivée par le monitoring; nous la corrigeons ou la prévenons par une perfusion d'oxytocine. » (Cohen 1978: 679).
- « grâce à une technologie et des connaissances : monitoring, néonatalogie, ultrasonographie... faire paraître (l'accouchement) le plus naturel possible malgré les fils du moniteur et les 1 000 cc de soluté glucosé... » (Mercier 1979: 13-14).
- « ...Les ciseaux porte-aiguille... le prototype a été utilisé sur des cochons pour suturer 2 000 déchirures cutanées expérimentales... » (Milton 1971: 745; trad. pers.).
- « Une méthode d'induction artificielle du travail... commode, efficace et anodine... à l'aide de l'appareil automatique de perfusion oxytocique... cet appareil impose une surveillance stricte de la pression intra-utérine et un monitoring foetal permanent. » (Brémont 1978: 749).
- « ...l'aiguille de Tuohy en place, nous injectons d'abord une dose test de 2 à 3 ml., puis nous portons la dose entre 18 et 20 ml. de bupivacaïne... un catheter veineux est mis en place pour assurer un remplissage vasculaire... nous procédons à une anesthésie cutanée à l'aide de 2 à 3 ml. de lidocaïne. » (Cohen 1978: 678).
- « Le curetage était effectué avec une large cuillère aiguisée. Cette procédure a été appliquée à 2 028 accouchements consécutifs... » (Paull 1972: 28; trad. pers.).

- « Quelles que soient les circonstances, les épisiotomies... sont toujours latérales gauches afin d'assurer un meilleur confort au chirurgien lors de la réparation... suture intradermique au fil d'acide polyglycolique. » (Monnier 1979: 41).

◆ Tableau 4 : Les obstacles

- « L'accouchement est un acte naturel, d'accord. Mais la nature est imparfaite. Elle a cependant laissé à l'homme, à travers son évolution scientifique, les moyens de parer à certaines lacunes. » (Mercier 1979: 12).
- « ...fermé chez l'homme d'une manière *solide* par le périnée... constitué de lames solides et de muscles épais, l'ensemble est particulièrement *résistant*. Chez la femme les choses sont bien différentes... la cavité vaginale représente donc un *trou* important... le périnée est réduit à une surface *étroite*... zone faible éminemment *fragile*. » (souligné par nous; Séguy 1976: 290).
- « Il faut être inconscient (médecin), ignorante ou mal informée (patiente) pour... » (Mercier 1979: 14).
- « ...les muscles périnéaux sont capables de s'étirer » ...mais « puisque une déchirure est probable... les obstétriciens font en nombre croissant une incision nette du périnée avant que la déchirure n'arrive. » (Llewellyn 1977: 133; trad. pers.).

◆ Tableau 5 : L'arbitrage

- « Vers 1850 la mortalité maternelle était de 11.4%... Il y a 10 ans elle était de 3.7 pour 10 000 et l'an dernier (1978) de 1 pour 10 000... Les statistiques enviabiles du Québec... sont tout à leur honneur. » (Mercier 1979: 12 et 14).
- « ...des avantages obstétricaux : 89% des femmes accouchent en moins de 2 heures... » (Cohen 1978: 680).
- « Dans une étude contrôlée à double insu, des doses orales de placebo, de napsylate de propoxyphène ou de sulfate de codéine, furent administrées à 46 patientes... groupées selon la sévérité de la douleur... » (Gruber 1977: 2734; trad. pers.).
- « Dans peu de domaines peut-on se targuer de résultats aussi spectaculaires : chute de 50% de la mortalité périnatale et infantile... » (Blanchet 1979: 1).

L'examen attentif de ces extraits permet de préciser le portrait des principaux actants.

Les participants (ordre « d'entrée en scène »)

- le médecin-accoucheur. Debout, actif, maîtrise un savoir et un savoir-faire, organise le temps et l'espace, contrôle une technologie sophistiquée, vise une vie (de l'enfant) statistiquement quantifiable.
- les objets. Apparemment neutres ils concourent au mieux-être de l'obstétricien, et sont les vecteurs premiers de son action médicale virile; métalliques ou chimiques, les objets tendent à modifier le corps de la femme et les sensations y afférant. Remarquons la réelle inflation lexicale dont ces objets sont l'occasion.
- l'enfant à naître. Il superpose deux représentations : fragile foetus, porteur d'inconnu, il doit affronter les périls de la « traversée » pour se concrétiser en un acte de « naissance vivante » signe tangible du Progrès social.
- la femme-accouchée⁸. Patiente (étymologie : passive) couchée sur le dos, doublement ouverte (jambes prises dans des étriers + épisiotomie) immobilisée de l'intérieur par l'anesthésie et de l'extérieur par les objets adjuvants, elle est le lieu géométrique/symbolique d'un processus-naissance qu'elle ne maîtrise pas.

L'action

Ainsi que je l'ai mentionné, le vocabulaire instrumental occupe un volume quantitatif et qualitatif prépondérant dans la littérature obstétricale; ce n'est pas par hasard. L'accouchement industriel est instrumental, toute relation entre l'obstétricien et sa patiente « passe » par un instrument, le métal (perfusion, ciseaux, aiguilles) médiatise et tend à effacer le contact corporel. L'accouchement est décrit comme une course, au mieux comme une performance et souvent comme une lutte. L'obstétricien se bat pour que le foetus devienne enfant, et paradoxalement le danger vient de la mère.

☐ Une relecture interprétante des textes d'obstétrique⁹

Notre relecture veut tout d'abord faire apparaître le discours sur la femme, comme un corrolaire nécessaire quoique caché de la geste obstétricale. Nous tentons ensuite d'expliquer comment l'effervescence de la terminologie technique masque les mécanismes d'un discours ontologique plaçant l'homme et la femme dans un rapport antagonique.

⁸ Remarquons qu'au niveau grammatical l'opposition des substantifs « accoucheur » et « accouché » subsume les oppositions entre l'actif et le passif, le masculin et le féminin...

⁹ Le concept de relecture interprétante est tiré de l'article de L. Irigaray : « Pouvoir du discours et subordination du féminin » (Irigaray 1977: 65-83).

Les articles de périodiques proposent un programme narratif explicite qui prouve « scientifiquement » le bien fondé de l'utilisation des instruments concourant à la mise au monde d'un enfant vivant. Au premier regard ce programme fait l'unanimité des parturientes et des obstétriciens; à bien l'examiner nous voyons qu'en réalité se superposent deux niveaux d'écriture :

- 1- des énoncés sur les activités « purement » scientifiques de l'obstétricien;
- 2- des énoncés sur l'objet qui fonde ces activités, c'est-à-dire l'accouchée.

Le premier niveau occulte le second, mais l'appareil analytique de Greimas que nous faisons intervenir à présent permet d'accéder à ce second niveau, de le schématiser et d'en comprendre les rouages discrets.

On voit se dessiner un axe orienté marquant un ordre du temps et de la valeur, axe qui débute lorsqu'arrive la femme en douleur, se prolonge pendant l'accouchement (pivot) et se termine par la naissance de l'enfant (but). Deux des actants, la patiente et le médecin, sont tous deux « orientés » par l'objet de valeur : l'enfant à naître. Lors de la séquence initiale la femme accouchée est con-jointe à l'objet de valeur tandis que l'homme accoucheur en est dis-joint. Cependant, la conjonction entre la femme et l'objet valorisé repose sur une clause remarquable : l'objet à naître n'est pas (encore) un enfant, c'est un *foetus*. Sans être franchement péjoratif ce terme connote une imperfection, un état de non-finitude : l'obstétricien évalue la « maturité du foetus » (Carrier 1975: 789). Le foetus garde son mystère, il est dangereux car vecteur potentiel d'un échec des pratiques techniques; sa définition¹⁰ le place d'emblée du côté des données brutes de la nature, en un mot du côté de sa mère, l'utérus gravide et son « produit » formant un tout, résumé symbolique de l'acte Un de la geste obstétricale.

L'accouchement est l'événement qui autorise le passage de l'inachévé vers la finitude; il permet le franchissement des frontières du corps de la femme. Les techniques instrumentales utilisées pendant le « travail » contribuent à l'efficacité du cheminement de l'intérieur vers l'extérieur, de l'état de foetus à celui d'enfant. Mais comment s'opèrent ces pratiques ? Que véhiculent-elles implicitement ou explicitement ? Qui agit et qui subit ?

Durant l'accouchement la femme est corporellement et psychologiquement déstructurée. Son corps douloureux est piqué, fouillé, écartelé, coupé, recousu, il est morcelé au gré des pratiques locales; au plan mental, harcelée, tendue, souvent anxieuse, la femme finit de perdre le vouloir qui lui reste

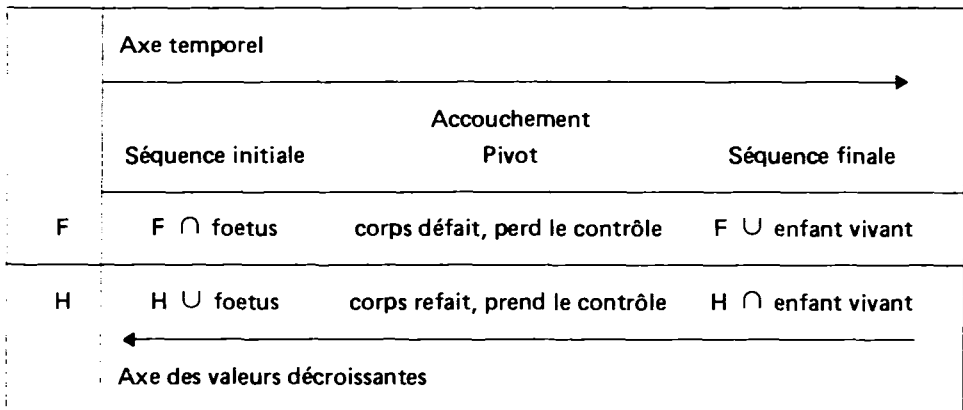
¹⁰ Définition du dictionnaire « Le petit Robert » (édition de 1977) :

foetus: 1. Chez les animaux vivipares : produit de la conception renfermé dans l'utérus.
2. dans l'espèce humaine : produit de la conception dans l'utérus.

sous la pression de la douleur ou de l'anesthésie. Cet état de désorganisation du corps/esprit de la femme permet à l'obstétricien de « passer aux commandes », d'organiser une naissance « bien à lui » et de s'approprier « l'objet de valeur ». Remarquons la nécessité fonctionnelle de cette première phase de l'accouchement, la destructuration de la femme est un pré-requis pour que l'obstétricien réorganise le corps et génère la vie. Si cette désintégration du corps féminin n'est pas réalisée, on le présuppose : par exemple l'épisiotomie est pratiquée sur plus de 80% des femmes du Québec, à titre prophylactique car le périnée « va probablement se déchirer »¹¹.

Ainsi la laborieuse progression¹² du fœtus « sauvage » vers la vie « civilisée » s'accompagne-t-elle d'une intense manipulation du terrain obstétrical (i.e. la mère) (Carrier 1975: 789), condition sine-qua-non de l'activité finale de l'obstétricien : il contrôle l'espace, le temps et les ressources humaines (Llewellyn 1977: 133) son savoir l'autorise à faire l'accouchement et si l'enfant naît vivant c'est grâce à lui.

Notre schématisation sémiotique inspirée par le modèle de Greimas se profile donc ainsi :



La parturition instrumentale autorise la transformation du fœtus en enfant vivant; ce passage entraîne une perte du côté de la mère-disjointe du fœtus devenu enfant – et un gain du côté de l'accoucheur – conjoint à l'enfant vivant.

¹¹ L'évaluation du risque de déchirure du périnée varie considérablement selon les médecins, les écoles, les régions (probabilité de 10 à 90% des cas). Le concept de risque justifiant la majorité des pratiques chirurgicales en obstétrique, une importante partie de notre recherche consiste à cerner les variables qui influencent la pondération des « risques ».

¹² La voie vaginale est définie par l'obstétricien comme « voie basse », alors que la « voie haute » décrit la césarienne, véritable voie royale pour l'accoucheur qui contrôle alors le processus complet de la naissance.

Cette procédure d'analyse permet en outre de vérifier une des hypothèses majeures de Greimas : la séquence initiale d'un programme discursif est le contenu inversé de sa « Finale ». Effectivement notre corpus évoque une mère biologique donnée comme l'envers naturel d'un endroit culturel : l'accoucheur, qui apparaît comme le véritable créateur d'une vie quantifiable en terme de progrès social. L'enfant vivant (grâce aux bons soins de la technique contrôlée par l'homme) est ensuite remis à la mère : il a donné la vie, elle s'occupera de l'enfant.

☐ Comme d'habitude

L'utilisation intensive de la technique pose dans un champ spécifique — l'obstétrique — le paradigme traditionnel de l'homme d'action. La mise en ordre — violente — du chaos naturel installe l'homme comme père fondateur d'un ordre culturel (Ehrenreich 1979 et Maertens 1978: 163).

Les moyens utilisés en obstétrique qui permettent à l'homme de se poser en héros s'avèrent sensiblement identiques à ceux que l'on retrouve dans les autres champs du vécu féminin : l'immobilisation, la négation du droit de parole, la vacuité intentionnelle. Les instruments ligotent la parturiente, l'anesthésient, la baillonnent, les forceps la fouillent, et son corps contrôlé devient le théâtre d'une naissance récupérée par l'homme. Les objets utilisés ont un pouvoir suprafonctionnel et répondent adéquatement aux définitions que Mauss donne des objets magiques (Mauss 1973: 37-40). Une mention particulière doit être accordée à l'anesthésie; enlevant tout ou partie de la conscience, l'anesthésie m'apparaît comme une mort symbolique. L'acharnement thérapeutique et/ou médicamenteux dont le système nerveux central des femmes est la cible (Campeau 1980: 13) est congruent avec l'hypothèse d'une mise à mort symbolique. Point d'articulation de la panoplie instrumentale subséquente, l'anesthésie est valorisée : sous épidurale, la femme accouche « en Cadillac », sans anesthésie l'accouchement se fait « à bicyclette » (Blanchet 1979: 5). Quelle personne censée choisirait la bicyclette à moins d'être « masochiste », prédicat méprisant dont certains obstétriciens dépités affublent leur (im)patiente réfractaire au « progrès » ?

La littérature ethnographique nous convainc de la quasi-permanence d'une assimilation symbolique de la femme à la nature et de l'homme à la culture (Balandier 1974: 30-38 et Mathieu 1973: 101-113). Cette assimilation est à l'œuvre dans notre corpus. La « moitié dangereuse » porteuse d'une vie informe est symboliquement mise à mort afin que l'homme agisse en sauveur, c'est ainsi que la capacité reproductrice de la femme-reléguée dans la catégorie de l'imparfait — est récupérée par l'obstétricien qui se pose comme le « vrai » géniteur d'un être organisé.

La vie de l'enfant, justification ultime et ostentatoire, nous fait pressentir le grand dessein symbolique des obstétriciens : donner la Vie. La mère

réduite à n'être qu'une « x-pare » (Cohen 1978: 680) est le lieu de sourdes alchimies et de risques élevés (Drouin 1979). La course à la baisse des taux de mortalité périnatale signifie la chasse à la Mort. La mortalité est un « fléau » (Carrier 1975: 789) au même titre que la peste d'antan. La vie est extirpée de la femme et conquise par l'homme dans le même instant. L'obstétrique prend ainsi l'allure d'une chevauchée scientifique, conduite par des chevaliers purs et généreux – c'est « pour leur bien » (Ehrenreich 1979) – qui utilisent des armes thérapeutiques pour terrasser maladies, risques ou mortalité périnatale, nouveaux dragons de la geste obstétricale contemporaine.

RÉFÉRENCES

- ALSACE (d') J.
1962 *La stérilité*. Paris, coll. Que Sais-je ? Presses Universitaires de France.
- BALANDIER G.
1974 *Anthropo-logiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BARTHES R.
1978 *Leçon inaugurale de la chaire de sémiologie littéraire du Collège de France*. Paris: Seuil.
- BICKERS W.
1970 « Epidural analgesia in obstetrics », *Journal of Reproductive Medicine*, V (2):41-48.
- BLANCHET M.
1979 « Quoi de neuf en périnatalité ? », *Le médecin du Québec*, Supplément juin: 1-10.
- BRÉMONT A. et al.
1978 « L'induction artificielle du travail. Place de l'automatic infusion system de Turnbull. À propos de 122 observations », *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, 73(12):749-755.
- BRUAIRE C.
1978 *Une éthique pour la médecine*. Paris: Fayard.
- CAMPEAU N.
1980 « Les thérapies féministes », *La gazette des femmes*, 1(4), mars: 13-17.
- CANADA
1975 *Statistiques Interventions chirurgicales et traitements*. Bureau fédéral de la statistique à Ottawa, catalogue 82-208: 15.
- CARRIER C.
1975 « Principes généraux sur les soins à donner aux prématurés », *La vie médicale au Canada français*, 4, juillet: 789-93.

- CARTRY M.
1978 « Les yeux captifs », in *Systèmes de signes*. Paris: Hermann.
- COHEN J., et al.
1978 « Notre expérience d'Accouchement sous anesthésie péridurale : 1200 cas », *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, 73(11): 677-85.
- DROUIN D.
1979 « Évaluation des cours prénataux dans la région de Québec », communication présentée au colloque de l'Association pour la Santé Publique du Québec « *Avoir un enfant sans violence et sans risque* », 25 mai à Québec.
- EHRENREICH B. et D. English
1976 *Sorcières, Sages femmes et infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*. Montréal: Éditions du Remue-Ménage.
1979 *For her own good : 150 years of the experts' advice to women*. Garden City, N.Y.: Anchor Press.
- GELIS J.
« L'accouchement au XVIIIe siècle. Pratiques traditionnelles et contrôle médical », *Ethnologie française*, 6(3-4): 325-351.
- GREIMAS A.J.
1973 « Un problème de sémiotique narrative : les objets de valeur », *Langages*, 31: 13-36.
- GRUBER Ch.
1977 « Codeine and propoxyphene in postepisiotomie pain », *JAMA*, 237(25): 2734-35.
- IRIGARAY L.
1977 « Pouvoir du discours et subordination du féminin », in *Ce sexe qui n'en est pas un*. Paris: Éditions de Minuit.
- JAMAIN B.
1977 Table ronde sur la ménopause. Entretiens de Bichat-Pitié-La Salpêtrière 1977, *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, 73 (10B):1-32.
- KIRSCH C.
1977 « Forces productives, rapports de production et origine des inégalités entre les hommes et les femmes », *Anthropologie et Sociétés*, 1(3):15-41.
- LLWELLYN-JONES D.
1977 *Fundamentals of obstetrics and gynecology*, vol. 1, Obstetrics. London: Faber et Faber.
- LORBER J.
1975 « Good patients and problem patients : conformity and deviance in a general hospital », *Journal of Health and Social behaviour*, 16(2): 213-25.
- MAERTENS J.T.
Le corps sexionné. Ritologiques 2. Paris: Aubier-Montaigne.
- MATHIEU N.C.
1973 « Homme-culture et femme-nature », *L'Homme*, XIII (3):101-113.

- MAUSS M.
1973 « Les éléments de la magie », in *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MERCIER G.
1979 « L'accouchement sans risque, un mythe ? », *Le médecin du Québec*, supplément juin: 11-14.
- MILTON S.
1971 « Needle-holder with scissors and ratchet », *The Lancet*, 2, Oct.: 745.
- MONNIER J.C. et coll.
1979 « Suture intradermique des épisiotomies au fil d'acide polyglycolique », *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, 74(1): 41-46.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
1976 *Rapport de statistiques sanitaires mondiales*, 29(4): 228.
- PAULL Th. et L. Tedeshi
1972 « Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar », *Obstetrics and Gynecology*, 40(1): 28-31.
- PONTONNIER A.
1979 « Les indications de la césarienne », *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, 74(2): 95-97.
- SEGUY B.D.
1976 *Médecine au féminin*. Paris: Maloine.
- SOURIAU E.
1950 *Les deux cent mille situations dramatiques*. Paris: Flammarion.
- VILLA J.
1979 « Un effort d'humanisation... », *Le médecin du Québec*, supplément juin: 15-18.