

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

UMI[®]

Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600

**L'articulation de l'imagerie foetale au quotidien de la grossesse:
une analyse discursive de l'expérience de femmes enceintes**

Annie Lachance

Mémoire présenté

au

Département de sociologie et d'anthropologie

**comme exigence partielle au grade de
Maîtrise ès Arts (Anthropologie)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada**

Août 1998

© Annie Lachance, 1998



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-39410-7

Canada

REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord remercier les femmes qui ont participé à cette recherche pour la générosité de leurs propos; Sonia, Stéphanie, Carole, Shirley, Heather, Chantale, Chrystelle et Charlotte. Sans leurs complicités, l'ethnographie de ce mémoire n'aurait pu prendre forme. Je veux aussi remercier les sages-femmes de la maison de naissance Côte-des-Neiges, particulièrement Marleen, ainsi que les personnes qui ont participé aux rencontres prénatales pour m'avoir accueillie au sein de ces rencontres. Enfin, je suis reconnaissante à Sylvain Langlois pour le temps qu'il m'a accordé à l'intérieur de ses fonctions professionnelles.

Je tiens aussi à remercier Jocelyne Giasson et Robert Lachance pour leurs encouragements et leur support intellectuel. Pour son expertise grammaticale tout au long de la rédaction de ce mémoire et son infatigable soutien moral je suis grandement reconnaissante à Pierre Ferland. Ma gratitude va aussi à Marie-Ève Lachance pour son aide de chercheuse.

Enfin, je voudrais souligner le travail du comité qui a su encourager l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à remercier particulièrement Marie-Nathalie Leblanc pour ses conseils judicieux, la confiance qu'elle a accordée à ce travail, et ses qualités tant personnelles que professionnelles comme directrice de mémoire. Mes reconnaissances vont aussi à Chantal Collard pour ses recommandations très appréciées et à Christine Jourdan pour son aide continuelle à travers les méandres administratifs et émotifs du parcours de la maîtrise.

RÉSUMÉ

L'articulation de l'imagerie foetale au quotidien de la grossesse:
une analyse discursive de l'expérience de femmes enceintes

Annie Lachance

L'imbrication de l'imagerie foetale au parcours de la grossesse est une métaphore non négligeable pour qualifier le corps des femmes enceintes, comme c'est le cas de l'examen échographique. Cependant, la valeur discursive de l'imagerie foetale n'est pas seulement l'apanage de ceux qui la produisent et la diffusent; les individus aussi négocient les discours visuels pour les ajuster à leurs perspectives et pratiques, selon leurs propres subjectivités et préoccupations. Pour ce, ce mémoire explore l'interprétation et le positionnement de l'imagerie foetale par huit montréalaises au cours de leurs grossesses, à partir d'une analyse discursive de leurs récits d'expériences. À l'intérieur de l'ethnographie, il sera question de leurs stratégies d'identification aux différentes formes et forces discursives que recouvre l'imagerie foetale dans les médias, l'information prénatale et la technologie médicale. La personnification du fœtus est un élément analytique qui sera continu au fil de l'ethnographie pour faire ressortir les dimensions culturelles et politiques qui soutiennent l'individualisation du fœtus. Je vais ainsi mettre en perspective le pouvoir d'interprétation des femmes avec le capital linguistique de la biomédecine de définir les notions d'interprétation du mode de connaissance visuel qu'est l'imagerie foetale.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE.....	11
ANTHROPOLOGIE DE LA REPRODUCTION: QUELQUES POINTS DE REPÈRE DU CHEMINEMENT DISCIPLINAIRE.....	11
LE REGARD BIOMÉDICAL SUR LA GROSSESSE	16
Encrage disciplinaire et paraboles médicales.....	17
La technologie obstétrique: objectivation et aliénation.....	21
L'échographie: une pratique aux contours plus que médicaux	23
Imagerie médicale: autorité scientifique et modes de représentation.....	30
LES POLITIQUES DE LA VISUALISATION FOETALE: UNE PERSONNIFICATION INTÉRESSÉE	34
L'IMAGERIE FOETALE À L'INTERSECTION DES REGARDS	37

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE.....	45
PARCOURS ET TECHNIQUES DE RECHERCHE.....	46
La recherche documentaire: caractériser et situer la culture matérielle	47
Entrevues: pour une analyse discursive des expériences individuelles	50
Préoccupations éthiques.....	62
Observation participante: contextualiser les pratiques.....	64
MISE EN CONTEXTE DE LA TRAME EMPIRIQUE	67
Modalités de l'analyse des données	67
Présentation de l'ethnographie.....	71

CHAPITRE IV

QUELQUES POINTS DE REPÈRES SOCIO-HISTORIQUES	74
L'INSCRIPTION CULTURELLE ET INSTITUTIONNELLE DE LA GROSSESSE.....	74
Devoir faire des enfants discrètement	75
Sages-femmes et médecins: enjeux professionnels et politiques du savoir	78
L'encadrement légal: les droits de qui ?	84
Nouvelles technologies de reproduction: repenser les «fonctions» reproductrices	86
BREF HISTORIQUE DE L'IMAGERIE FOETALE À TRAVERS LES OUVRAGES MÉDICAUX	89

CHAPITRE V

IMAGERIE PUBLIQUE: L'INSCRIPTION DU FOETUS DANS LE PANORAMA MONTRÉALAIS	96
L'IMAGERIE FOETALE DANS LE CONTEXTE MONTRÉALAIS	96
Le discours pro-vie et son argumentation visuelle.....	97
Les industries de la publicité et du divertissement.....	101
IMAGERIE «PUBLIQUE»: L'EXEMPLE D'UNE PUBLICITÉ	107
L'élaboration conceptuelle de la publicité	108
La lecture des femmes enceintes.....	109

CHAPITRE VI

IMAGERIE PERSONNELLE: À L'INTERSECTION DE REGARDS	114
L'OEUVRE PHOTOGRAPHIQUE DE LENNART NILSSON	115
Une analyse sémantique du discours visuel	116
Les méthodes de travail	120
Appropriation et contextes d'utilisation.....	125
LES DOCUMENTS VISUELS SPÉCIALISÉS SUR LA GROSSESSE	128
L'IMAGERIE FOETALE «PERSONNELLE» AU QUOTIDIEN	134
Information prénatale et imagerie foetale	135
Le positionnement de l'imagerie foetale au cours de la grossesse	138

CHAPITRE VII

LA PRATIQUE ÉCHOGRAPHIQUE: «VOIR» LE FOETUS	146
L'ENCADREMENT INSTITUTIONNEL: SITUER L'INITIATIVE DES FEMMES.....	148
LES MÉTAPHORES CORPORELLES DE L'IMAGERIE MÉDICALE.....	155
Concrétisation de la grossesse et «preuve» visuelle.....	156
Santé: une qualification de la «normalité»	158
La personnification du foetus par l'imagerie médicale	159
L'UTILISATION DES SUPPORTS VISUELS POUR SOCIALISER LE FOETUS	164

CHAPITRE VIII

CONCLUSION	171
-------------------------	------------

NOTES	181
--------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE	185
----------------------------	------------

Liste des illustrations

1	Différentes positions foetales par Eucharius Rösslin, 1626.	p. 90
2	Première illustration de la “position foetale” par Leonard de Vinci, après 1487.	p. 90
3	Homunculus dessiné en 1964 par Kiklaas Hartsocker.	p. 90
4	Illustration anatomique d’une femme enceinte par Cosme Viardel, 1673.	p. 93
5	Couverture du <u>Williams Obstetrics</u> , 1912	p. 93
6	Illustration d’une position foetale dans le <u>Williams Obstetrics</u> , 1993.	p. 93
7	Deux stratégies de représentation de foetus avortés.	p. 99
8	Caricature.	p. 104
9	Publicité de condoms pour la compagnie Ramses.	p. 105
10	Deux exemples des designs affichés sur les chandails.	p. 104
11	“Smokey Sue Smokes for Two”.	p. 104
12	Photographie intra-utérine à la 20 ^{ième} semaine.	p. 118
13	Foetus de 12 semaines.	p. 118
14	Foetus de 4½ semaines.	p. 118
15	Foetus de 8 semaines.	p. 118
16	Foetus de 13½ semaines.	p. 119
17	Détail du développement de l’oreille à 2 mois, 4 mois et 5 mois.	p. 118
18	Couverture du magazine <u>Life</u> , 30 avril 1965.	p. 121
19	Foetus au cours du cinquième mois de grossesse.	p. 123
20	Représentation de la rencontre de l’ovule et des spermatozoïdes.	p. 124
21	Exemple de la description d’un mois de la grossesse dans le livre de référence <u>Mon bébé, je l’attends, je l’élève</u> .	p. 130
22	Extrait du carnet de grossesse <u>Bien Naître</u> .	p. 131
23	Extrait de la brochure <u>Je mange... pour nous deux</u> .	p. 131
24	Couverture de la brochure <u>Grossesse et alcool</u> .	p. 132
25	Couverture de la brochure <u>Enceinte ou vous pensez le devenir... et le SIDA ?</u> .	p. 132
26	Affiche d’une coupe transversale au 8 ^{ième} mois de grossesse.	p. 131
27	Illustrations de la rotation de la tête du bébé à l’accouchement.	p. 131
28	Page Web de Chrystelle.	p. 165

INTRODUCTION

La reproduction humaine fait partie de l'intérêt qu'a l'anthropologie pour l'élaboration et le renouvellement des dynamiques et composantes culturelles. Les perspectives et pratiques qui entourent les questions de reproduction sont inscrites culturellement à l'intérieur de contextes socio-économiques et politiques particuliers qui sont eux-mêmes les descendants de contingences historiques. La reproduction n'est pas innocemment naturelle parce qu'elle relève de fonctions biologiques; elle est solidement ancrée au sein de structures socioculturelles complexes (système de parenté, perspectives médicales, codes de lois, enseignement religieux, etc.) avec lesquelles les individus trament leurs expériences particulières.

Au Québec, la reproduction est gérée entre autres par le corps biomédical, que ce soit au niveau des définitions de la santé et du corps, de l'organisation du système de santé, ainsi que des rôles assignés aux professionnels de la santé et aux individus qui font appel à leurs services. La biomédecine contribue à établir les paramètres conceptuels et institutionnels à l'intérieur desquels les individus vivent leurs expériences de reproduction. Il est donc essentiel de faire ressortir les enjeux inhérents à l'autorité culturelle de ce discours, et ce, en les articulant à l'intérieur du contexte social où ils prennent place.

Parmi les maintes ramifications du savoir biomédical repose une longue tradition visuelle pour représenter l'anatomie humaine et ses multiples processus physiologiques. Cette imagerie comprend essentiellement des illustrations dénotatives et schématiques, photographies, endoscopies, radioscopies, scanographies, scintigraphies, imageries par résonance magnétique et échographies.¹ La technologie médicale de visualisation fut développée de prime abord pour préciser le diagnostic clinique. Néanmoins, étant une interface qui facilite la diffusion, cette technologie a servi tout aussi bien de moyen de propagation et de vulgarisation du savoir biomédical. L'imagerie médicale peut se retrouver dans des lieux tout aussi variés que des livres didactiques de biologie, des publicités de médicaments, des emballages de produits alimentaires, des oeuvres d'art et des films de science-fiction. Comme tout autre objet d'une culture matérielle, ces images sont loin d'être produites et interprétées dans un vide sémiotique; elles sont investies culturellement par, entre autres, l'autorité de la science et du visuel dans le monde occidental contemporain.

Mon intérêt pour le discours biomédical et son expression visuelle porte plus précisément sur le domaine de l'obstétrique et conjointement, l'imagerie foetale qu'il engendre. Dans ce domaine, la technologie de visualisation la plus répandue est l'échographie, une pratique routinière en cours de grossesse. Une pratique qualifiée de routinière signifie qu'elle est prescrite automatiquement par le médecin au cours du suivi prénatal, habituellement entre les 16^{ième} et 22^{ième} semaines de grossesse. L'examen échographique a pour objet de révéler l'intérieur du corps féminin en laissant transparaître le corps foetal afin de qualifier la grossesse, principalement pour établir l'âge gestationnel

et détecter des anomalies foetales. Le développement de la technologie obstétrique de visualisation jette ainsi un nouveau regard sur le fœtus:

«Obstetrical technologies of visualization and electronic/surgical intervention thus disrupt the very definition, as traditionally understood, of «inside» and «outside» a woman's body, of pregnancy as an «interior» experience. (...) Treating the fetus as if it were outside a woman's body, because it can be viewed, is a political act.» (Petchesky 1987: 272)

Et transposée en dehors du cadre médical, la visualisation intra-utérine a aussi ouvert un tout nouveau terrain sur lequel penser la grossesse.

Depuis plus de trois décennies, mais de façon plus soutenue à partir des années 80, certains événements ont contribué progressivement à intégrer l'imagerie foetale dans le panorama québécois. Les innovations dans l'exploitation des technologies médicales, dont l'endoscopie et l'échographie, ont eu pour effet de permettre l'observation du développement foetal et éventuellement, l'intervention chirurgicale en cours de grossesse. Les nouvelles technologies de reproduction, et leurs revers bioéthiques, ont introduit un repositionnement des questions d'infertilité (*e.g.* le marché de l'«assistance» reproductive a connu une croissance imposante dans le secteur des services professionnels), d'individualité (*e.g.* les embryons peuvent être protégés par la loi) et de parenté (*e.g.* les mères-porteuses et les donneurs de sperme). Les tenants du discours pro-vie ont aussi amplement utilisé l'imagerie foetale pour supporter plusieurs de leurs arguments contre l'avortement en définissant visuellement la «vie». Les débats sur les droits du fœtus ont remis en question la notion de personne juridique ainsi que la portée législative de l'État dans le «management» de la grossesse. Finalement, quelques entreprises commerciales se sont approprié l'icône foetal pour vendre leurs produits. Tous ces événements, et leurs

contreparties discursives, ont concouru à redéfinir les référents culturels attribués au fœtus, et simultanément, à la femme enceinte.

Quelles sont donc les caractéristiques de l'imagerie foetale à travers ses diverses manifestations ? Il est de mise de survoler le matériel visuel pour faire ressortir les composantes qui y sont dominantes, marginales et exclues. La composition visuelle dominante de l'imagerie foetale représente le fœtus comme étant un être à part entière, dépourvu de liens avec la mère. Les points d'analyse qui sont pertinents à cette remarque sont, d'une part, le positionnement des frontières entre ce qui est interne et externe au corps maternel, et d'autre part, la caractérisation du fœtus.

Néanmoins, pour ne pas être restreint au seul potentiel discursif de l'imagerie foetale, il est essentiel de jumeler sa caractérisation visuelle aux conditions de son exploitation. Une même image de fœtus retrouvée dans un guide de grossesse et sur une affiche à caractère pro-vie ne sous-entend pas forcément le même discours. Pour ce, l'analyse du contenu visuel doit être conjugué avec ses lieux de production et de diffusion. Quelles sont les similarités et dissemblances des discours visuels en regard de leurs contextes d'application ? La manipulation intéressée de l'imagerie foetale pour des agendas particuliers permettra de localiser les formes et forces discursives qui prévalent.

Les quelques points de repères obtenus au niveau des conjonctures de la présence de l'imagerie sont fort pertinents pour discerner le contexte social à l'intérieur duquel l'imagerie prend son sens. Toutefois, ces indices ne peuvent pas rendre compte de

la complexité des situations et processus d'interprétation des manifestations visuelles. Quelles significations recouvre l'imagerie foetale pour les individus ? Ceux-ci négocient l'imagerie en regard de leurs subjectivités, identités et situations particulières. La démarche empirique de cette recherche permettra de rendre compte de la lecture de l'imagerie foetale à partir du point de vue des individus, suivant leur idiosyncrasie et les références socioculturelles qu'ils doivent articuler.

C'est donc à l'intersection dynamique et multidimensionnelle de ces différents regards (création/ médiatisation/ réception de l'imagerie foetale) ainsi que des agendas qui y sont rattachés, que je situe l'intérêt et l'apport de cette recherche. Juxtaposée aux questions de reproduction dans un contexte socio-politique donné, l'imagerie foetale est investie de références socioculturelles que les individus vont négocier pour les intégrer à leurs réflexions respectives. Mes préoccupations de recherche concernent ici les femmes enceintes car elles sont les principales concernées par les politiques de l'imagerie foetale (et qui plus est, par leur absence de ce discours visuel). Intégrée aux contours sensuels et culturels de la grossesse, l'imagerie foetale peut devenir une métaphore puissante pour qualifier l'expérience des femmes. Pour situer concrètement ces implications dans le quotidien de femmes enceintes, je vais procéder à une analyse discursive des récits d'expériences de huit montréalaises.

La valeur discursive de l'imagerie foetale n'est pas seulement l'apanage de ceux qui la produisent et la diffusent. Cette recherche veut aller au-delà d'un discours biomédical fixe et rigide qui est reproduit inconditionnellement au sein de différents

contextes pour bien comprendre comment les individus le négocient et l'ajustent à leurs réalités. Enfin, je ne veux pas sous-estimer le pouvoir évocateur des catégories culturelles dominantes relatives à la science médicale et des contextures sociales qui organisent son institutionnalisation. Je ne manquerai toutefois pas de souligner les stratégies discursives et pragmatiques retenues par les femmes pour articuler l'imagerie foetale à leurs réalités.

Pour mieux situer l'apport de la perspective anthropologique à cette problématique, je vais d'abord faire un survol et une critique de la littérature sur le sujet à l'intérieur du chapitre II. Un bref retour sur le cheminement disciplinaire particulier aux questions de reproduction va permettre de situer les théories et projets anthropologiques. Il sera ensuite question des contours socioculturels de la science médicale dans la définition de la grossesse ainsi que des enjeux de pouvoir de la pratique biomédicale via l'application de la technologie médicale. Et pour mieux situer les applications de la technologie médicale de visualisation, je vais discuter de l'intégration routinière de l'examen échographique dans le suivi prénatal. Par la suite, je vais questionner les paramètres conceptuels introduits par des perspectives interdisciplinaires (telles que les études culturelles, les études littéraires et les études féministes) pour analyser les contours discursifs de l'imagerie foetale et les contextes de sa politisation. Enfin, je vais examiner la complexité des discours visuels au sein des processus de communication en recourant aux développements théoriques de disciplines qui se sont intéressées à la médiatisation des artefacts culturels (notamment les études culturelles et les études en communication).

Le chapitre III retrace les fondements méthodologiques qui sous-tendent cette recherche. Les techniques de recherche mises en oeuvre seront décrites ainsi que la justification de leur choix suivant les contextes de leurs applications. Par après, je vais délimiter le lieu du terrain et inventorier les types de données qui furent recueillies. Parce que ma méthodologie repose principalement sur des récits d'expériences, il est de mise de situer les individus qui y ont prêté leurs propos. Pour ce, je vais présenter les femmes qui ont participé à cette recherche et mentionner le contexte de leur implication. Ainsi, la positionnalité des femmes, plutôt que leur représentativité, servira de repère analytique. Les préoccupations éthiques qui se sont présentées dans le cours de cette recherche seront ensuite invoquées. En dernier lieu, je vais contextualiser la trame empirique de cette recherche en expliquant les modalités de l'analyse des données et la présentation des thèmes qui seront développés.

Le chapitre IV contient quelques précisions socio-historiques sur l'inscription culturelle et institutionnelle de la grossesse ainsi que de l'imagerie foetale dans le contexte québécois. Je vais discuter de la perception de la grossesse au tournant du siècle et de l'intégration de la biomédecine comme perspective dominante au plan de la prise en charge collective de la grossesse. Par la suite, je vais mettre en perspective les questions légales qui régissent certains aspects de la grossesse ainsi que les notions reproductives que recouvrent les nouvelles technologies de reproduction. Pour mieux suivre le développement de l'imagerie foetale dans le milieu médical, je vais résumer son cheminement visuel à l'intérieur des ouvrages médicaux. Ce bref survol socio-historique de quelques dimensions de la grossesse permettra de contextualiser le processus de

médicalisation au Québec et d'y juxtaposer les préoccupations collectives sur le foetus pour introduire les données empiriques de l'ethnographie.

Le narratif ethnographique est ensuite étalé au fil des trois prochains chapitres. Les deux premiers chapitres sont divisés suivant les significations que les femmes attribuent à l'imagerie foetale à partir d'une distinction entre *le* foetus et *mon* foetus (que j'ai qualifié respectivement d'imagerie foetale publique et personnelle). Les propos des femmes vont venir éclairer sur la polysémie des représentations visuelles et les modes de connaissance en jeu, et cela, suivant les contextes de la lecture et les regards impliqués dans le processus de communication.

Le chapitre V explore l'intégration de l'imagerie foetale dans le contexte montréalais pour situer ses référents culturels et ses sphères d'applications sociales. À partir des événements observés et des documents recueillis lors du terrain, je vais faire un portrait des images recensées, situer leurs contextes d'émergence et les agendas qui les sous-tendent. Ceci permettra de circonscrire ce que j'ai identifié comme étant le caractère «public» de l'imagerie foetale, c'est-à-dire les constructions sociales qui définissent l'icone foetal. Pour terminer, je vais examiner comment les femmes négocient ce type d'imagerie en prenant l'exemple d'une publicité télévisée de la station radiophonique CITÉ Rock-détente.

Le chapitre VI va venir préciser les contours de la typologie dominante de l'imagerie foetale retrouvée à l'intérieur de l'information prénatale. Pour ce faire, je vais

analyser le travail du photographe scientifique Lennart Nilsson au niveau des techniques qu'il emploie pour construire son discours visuel et introduire quelques formes d'appropriation de ses oeuvres photographiques. Je vais compléter la caractérisation de l'information prénatale visuelle en commentant quelques exemples tirés de la documentation spécialisée sur la grossesse. Ensuite, les propos des femmes vont rendre compte du caractère «personnel» que peuvent revêtir les images pour celles-ci. Pour ce, il sera question de l'autorité du mode de représentation visuel et de son positionnement dans le quotidien de la grossesse.

Le chapitre VII continue de développer l'aspect personnel de l'imagerie foetale, cette fois-ci en discutant de l'imagerie médicale dérivée de l'examen échographique. Je vais retracer les contours institutionnels et notionnels de cette pratique, tels que discutés par les femmes enceintes. Il y sera d'abord question de l'initiative des femmes envers la technologie médicale et de leurs expériences cliniques de cet examen. Je vais ensuite élaborer sur les notions retenues par les femmes pour expliquer leurs expériences, respectivement la concrétisation, la santé et la personnification du fœtus. J'ai théorisé ces notions comme étant des métaphores corporelles de l'imagerie foetale; c'est-à-dire les notions définies virtuellement par l'image échographique et transposées au corps des femmes. Je vais terminer ce chapitre en discutant de la socialisation du fœtus, notamment au niveau de l'utilisation des supports visuels de l'examen échographique.

La conclusion de ce mémoire fait la synthèse du cadre théorique et du narratif ethnographique en élaborant sur deux discussions de fond. En premier lieu, la

personnification du fœtus via l'imagerie foetale et les politiques qui soutiennent son articulation. En deuxième lieu, la polyphonie des discours visuels suivant l'entrecroisement des regards qui sont en jeu dans le processus de communication, et particulièrement les références utilisées par les femmes dans leurs réflexions pour donner un sens aux images. Ces deux points d'intérêts permettront de mettre en perspective les arguments développés tout au long du mémoire. Enfin, parce que l'anthropologie n'a pas encore couvert les contours de l'imagerie foetale, je vais proposer quelques éléments d'intérêt théorique et méthodologique pour stimuler cet intérêt de recherche.

II

Cadre Théorique

Le cadre théorique de cette recherche englobe trois principaux champs d'intérêt: le capital linguistique de la biomédecine qui concourt à définir et à intervenir sur la grossesse à l'aide de la technologie médicale, les politiques de l'imagerie foetale via la personnification du fœtus et la signification des discours visuels suivant les regards et contextes impliqués dans le processus de communication. Ces quelques pistes théoriques permettront de contextualiser la problématique de recherche au sein de la littérature existante et d'introduire des points d'analyse qui seront développés plus tard dans l'ethnographie.

Anthropologie de la reproduction: quelques points de repère du cheminement disciplinaire

Le terme reproduction est complexe car il renvoie à deux fondements: un biologique, qui réfère aux capacités physiologiques par lesquels une espèce se perpétue, et un social, qui se rapporte aux initiatives collectives qui maintiennent des systèmes sociaux par la transmission de valeurs prédéterminées.² Dans le cadre de cette recherche, je vais aborder conjointement ces deux orientations puisque c'est l'entrecroisement du biologique et du social qui concourt à l'élaboration d'une culture. Suivant la définition de Ginsburg et Rapp (1991), l'application du terme reproduction servira ici à rendre compte de la reproduction biologique de l'espèce humaine à travers les idées et pratiques qui

entourent la fertilité, la grossesse, la naissance et le soin des enfants, et ce, à travers leurs renouvellements socioculturels. Sans élaborer exhaustivement sur le cheminement disciplinaire, je voudrais rappeler les grandes lignes de l'intérêt anthropologique pour les questions de reproduction.³

Jusqu'aux années 60, les anthropologues ont abordé la reproduction au niveau des croyances, normes et valeurs qui entourent les comportements reproductifs (voir notamment Montagu 1937 et Devereux 1955 qui s'intéressent brièvement à la notion de fœtus). Cette littérature est composée principalement d'ethnographies qui relatent «l'histoire naturelle»⁴ de la reproduction humaine par la description de ses variantes culturelles, sans toutefois aborder ses méandres politiques.

Depuis les années 70, l'analyse de la reproduction en anthropologie fut enrichie par les avancées d'approches féministes. Les expériences reproductives furent ainsi soigneusement étudiées en termes de pouvoir et subordination, à partir d'une dichotomie de genre. En ce qui a trait à la grossesse, plusieurs auteurs traitèrent du contrôle des intérêts masculins sur les capacités reproductrices des femmes par le biais de la biomédecine (Oakley 1984), des enjeux de pouvoir familiaux, communautaires et nationaux entre les hommes et les femmes en matière de planification des naissances (Srinivas et Ramaswamy 1977 et Browner 1986), du postulat voulant que la maternité soit une inscription biologique (Guillaumin 1978) et de la «domestication» de la sexualité des femmes par l'inscription de leurs capacités reproductrices dans une forme de travail de production (Tabet 1985).

Depuis près d'une décennie, les chercheurs ont concentré leurs efforts sur l'interaction entre les réalités locales et globales pour mieux comprendre comment les forces politiques et économiques influent sur le traitement des questions de reproduction. Pour mieux circonscrire ce que j'entends par les notions de local et global, je vais employer les définitions de Ginsburg et Rapp (1995). Le local ne se définit pas par des frontières géographiques, mais plutôt par un lieu commun où les référents socioculturels sont informés et ajustés suivant les interactions entre participants. Le global comprend les processus par lesquels les lieux de savoir et de pouvoir dépassent les frontières de la communauté qui les a créés pour être embrassés par, ou imposés à, des individus extérieurs à la communauté originale. Cette couverture plus globale a permis de faire ressortir les intérêts des États, corporations nationales et internationales, agences de développement international, perspectives médicales dominantes et institutions religieuses à délimiter les contextes à l'intérieur desquels se déroulent les pratiques de reproduction localement. Les anthropologues se sont ainsi penchés sur les contours idéologiques, économiques et politiques de l'intégration des nouvelles technologies de reproduction (Franklin 1993 et Layne 1992) et du *counselling* génétique (Rapp 1993), de l'autorité culturelle du regard biomédical dans la définition des notions corporelles (Martin 1987), de la hiérarchisation des savoirs dans les choix gouvernementaux en matière de services périnataux (Kaufert et O'Neil 1993) et de l'implication d'instances religieuses pour gérer les questions d'avortement (Ginsburg 1990 et Hardacre 1997).

Cependant, cette ouverture analytique ne doit pas prendre pour acquis que le pouvoir de définir les paramètres de la reproduction est unidirectionnel, réservé aux hauts lieux d'autorité sociale:

«People everywhere actively use their local cultural logics and social relations to incorporate, revise, or resist the influence of seemingly distant political and economic forces» (Ginsburg et Rapp 1995: 1).

La reproduction offre ainsi un terrain pour repenser les transformations culturelles à travers des combats personnels, des mobilisations génératives, des mouvements sociaux, et des débats d'idéologies politiques, économiques et religieuses. Dans cet esprit, il est important de se pencher sur le pouvoir des femmes de négocier les formes et forces discursives contradictoires à l'intérieur desquelles elles vivent leurs expériences.

Mon intérêt pour l'imagerie foetale se veut de faire ressortir les forces discursives qui légitiment et orientent l'application des technologies de visualisation en obstétrique (*e.g.* la routinisation de l'échographie lors du suivi prénatal), tout aussi bien que les multiples formes discursives que cette imagerie acquiert en dehors du contexte médical suivant des agendas particuliers (*e.g.* la personnification du fœtus par le discours pro-vie). Sans me limiter à l'autorité culturelle de discours dominants (comme la religion catholique ou la biomédecine), je veux comprendre comment ces discours sont récupérés localement par les femmes enceintes, et ce, en situant leurs agendas en matière d'imagerie foetale au cours de leur grossesse.

Avant de poursuivre, je tiens à définir certains termes importants - fœtus, imagerie médicale et imagerie foetale - tels qu'employés à l'intérieur de ce mémoire.

Suivant la définition de Mitchell (1993), je définis le *foetus* comme étant une phase de l'être humain avant sa naissance. Cette flexibilité terminologique a pour fondement de ne pas présumer que le foetus est humain avant sa naissance, et que le foetus origine dans l'utérus. Même si le terme foetus fut introduit largement par le domaine médical, je n'emploie pas la définition de son lexique qui le définit comme étant «L'être humain dont le développement commence à partir du troisième mois [9^{ième} semaine de gestation] de la grossesse et se termine à la naissance»⁵, pour le distinguer du stade embryonnaire. Je ne réfère pas non plus à la terminologie utilisée par les femmes enceintes lors des entrevues, car celles-ci emploient une variété de termes pour invoquer des notions et moments particuliers. Cette nomenclature sera discutée dans le chapitre V.

Le terme imagerie est utilisé de deux façons spécifiques dans ce mémoire. D'abord, l'*imagerie médicale* réfère à l'ensemble des supports visuels obtenus via la technologie médicale. Les contours de son application et interprétation sont articulés par les prémisses de la science médicale et elle sert au diagnostic médical. Ensuite, l'*imagerie foetale* comprend l'imagerie médicale rattachée à la grossesse, mais elle s'étend aussi à toutes les formes de représentations visuelles du foetus en dehors du cadre médical. La plupart de ses manifestations proviennent de l'extrapolation de l'imagerie médicale représentant le foetus.

Le regard biomédical sur la grossesse

La perspective biomédicale, comme tradition disciplinaire, peut être sommairement définie par son caractère réductionniste, individualiste et mécanique du corps humain. Cette conceptualisation ressort des travaux de Martin (1987), lorsque celle-ci démontre l'attribution de paramètres de production aux cycles menstruels (*e.g.* les menstruations sont l'élimination de «déchets» lorsque l'ovule n'est pas fécondé) dans les manuels de médecine. Ensuite, l'organisation institutionnelle de la pratique biomédicale peut être décrite comme un régime de santé fondé sur une relation clinique professionnel/client et des applications diagnostiques centrées sur les fonctions physiologiques. C'est par rapport à cette restriction physiologique que Walters (1995) a publié un rapport recommandant à Santé Canada de reconnaître les critères socio-économiques et contextuels des conditions de vie des femmes (revenus, ethnicité, niveau de stress quotidien, travail rémunéré et/ou non, etc.) pour qualifier et améliorer leur état de santé.

La catégorisation de *la* perspective et de *la* pratique biomédicale demeure toutefois problématique; elle ne rend pas compte de la diversité des politiques institutionnelles, de l'adaptation et de l'intégration de soins alternatifs, et des vocations personnelles qui prennent place sous l'appellation de biomédecine (Good et Good 1993 et Kleinman 1995). Ainsi, sans négliger les assises disciplinaires qui permutent la construction et la reproduction du savoir biomédical («Medical culture has a powerful system of socialization which exacts conformity as the price of participation» (Martin

1987: 13)), je vais situer le contexte de mes propos lorsque je discute de la biomédecine dans ce mémoire pour préciser l'angle de mes critiques.

Encrage disciplinaire et paraboles médicales

Comment la grossesse est-elle définie dans l'enseignement de l'obstétrique ? Hahn a analysé les éditions successives du Williams Obstetrics entre 1903 et 1987 pour retracer l'évolution des définitions biomédicales de la grossesse, car selon lui, «*Williams has both reflected and guided the development of belief and practice in obstetrics* (1987: 256). Cette référence médicale est le livre didactique le plus utilisé dans l'enseignement de l'obstétrique au Canada (et aux États-Unis) et il est révisé à intervalles d'environ cinq ans, depuis 1903. À l'intérieur des pages de cet ouvrage didactique, Hahn a ainsi relevé quatre notions biomédicales qui qualifient la grossesse et conjointement, la femme enceinte. Premièrement, la femme est considérée comme un «organisme maternel», sa subjectivité est soustraite de son corps. Deuxièmement, le cours de la grossesse est perçu comme intrinsèquement pathologique, et pour cela, elle doit être surveillée et contrôlée. Troisièmement, un rôle passif est assigné à la parturiente car c'est le médecin qui contrôle le cours de la grossesse et de l'accouchement parce qu'il a accès au savoir et à la technologie. En dernier lieu, lorsqu'une certaine initiative est assignée aux femmes enceintes, elle repose sur les retombées négatives des comportements de celles-ci «envers» leurs grossesses. Ces quatre constats discursifs furent aussi exemplifiés par d'autres chercheurs (Oakley 1984 et Desjardins 1993).

Le discours biomédical, à l'intérieur du Williams Obstetrics, fut bien sûr modifié au cours de ce siècle. Cependant, même si les définitions et pratiques obstétriques sont constamment mises à jour suivant les découvertes scientifiques, les demandes de la population et l'administration du système de santé, les quatre constats discursifs relevés par Hahn demeurent présents dans les récentes éditions du Williams Obstetrics.

En ce qui concerne l'imagerie foetale plus précisément, des critiques féministes en anthropologie ont fait ressortir le biais androcentrique du regard biomédical sur la grossesse dans l'élaboration de l'imagerie médicale. Newman (1996) offre un exemple des plus intéressants qui démontre comment le discours biomédical et son encodage visuel est fondé sur des stéréotypes reliés aux catégories de genre. Les illustrations des ouvrages médicaux du 17^{ième} siècle dépeignaient le fœtus comme étant toujours mâle et l'utérus comme étant un organe détaché du corps féminin. Le discours de l'époque qui soutenait cette représentation proposait que l'utérus était un simple réceptacle et que c'était le fœtus qui était actif tout au long du travail de l'accouchement (et non les contractions utérines). Martin (1987 et 1991) aussi s'est penché sur les connotations de genre associées aux composantes et processus biologiques, en faisant ressortir la féminité de l'ovule («large and passive») et la masculinité du sperme (««steamlined» and invariably active») qui est sous-entendu dans les ouvrages médicaux. Celle-ci relate un exemple de la perméabilité des catégories de genre, et de leurs reformulations visuelles, à l'intérieur de la démarche scientifique suivant l'expérience d'une étudiante en biologie:

«A graduate student... said that my descriptions of the cultural assumptions in biological accounts that portray sperm as virile and aggressive, strongly thrusting forward into the deepest recesses of the female reproductive tract, were accurate. Just such assumptions had affected her own scientific observations. When she first

started observing lobster sperm through the microscope, she concluded that all of them must be dead since they were not moving. Later she found out that lobster sperm do not move at all, even when they are alive and well. She was amazed to realize that her cultural expectations about the vigor and motility of «male» cells had mislead her scientific observations» (1987: xi).

La déconstruction des composantes et processus biologiques, via notamment leur inscription visuelle, peut donc servir à démontrer le regard androcentrique du discours biomédical et les enjeux de pouvoir qui s'en suivent. Par exemple, la passivité corporelle des femmes sous-jacente aux composantes biologiques de reproduction peut renforcer le besoin de l'intervention médicale au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Il ne faut toutefois pas confondre biais et projet androcentrique. Le biais androcentrique du regard obstétrique ne fut pas instauré délibérément comme une forme de contrôle sur le corps féminin et ses fonctions reproductrices. Il fut culturellement construit en regard des contextes idéologique, socio-économique et académique/professionnel prévalant au fil des siècles et des décennies:

«As we observe the ideology of modern medicine evolving over the last century, we note that the medical position was not monolithic but emerged gradually in the course of key debates, federal initiatives, strains between private practitioners and academic physicians, and debates within medicine over what its professional hierarchy was to be. What we can point to today as «the dominant position» is an outcome, not a determinant, of these historical developments. Physicians did not uniformly declare a war on nature, nor decide that they should adopt an ideology of intervention and subordination» (Treichler 1990: 118)

Les retombées conjoncturelles de plusieurs événements et courants de pensées sur la transmission du savoir et des attitudes professionnelles ont contribué à déhomogénéiser, ou du moins à renouveler, la perspective biomédicale. Par exemple, la montée de la philosophie Lamaze et de la Ligue La Lèche au début des années 70 a démontré le développement et l'application des contre-discours à la perspective biomédicale. Sans

renverser ce discours dominant, les discours alternatifs ont amené des changements idéologiques et matériels significatifs dans l'organisation des départements obstétriques (présence du père, cohabitation avec le nouveau-né, choix de position lors de l'accouchement, etc.) et la mise en place de structures communautaires ou gouvernementales pour offrir des services de soins alternatifs (intégration des maisons de naissance dans le réseau de santé, mise sur pied d'organismes qui promeuvent la démedicalisation, etc.). Ces contre-discours ont aussi amené une réévaluation interne à la discipline obstétrique, que ce soit au niveau individuel, départemental ou institutionnel.

Le problème de la prise en charge collective de la grossesse via le discours biomédical ne se situe pas dans la médicalisation des soins prénataux en soi, mais plutôt dans le monopole qu'a ce discours sur ces soins, et conjointement sur les définitions du corps et de la santé en général. Institutionnalisée, la biomédecine (tout comme les autres domaines scientifiques) est une instance puissante qui définit, entretient, et renouvelle les catégories culturelles relatives à son expertise:

«En s'efforçant de modifier le monde social pour le rendre conforme à des normes qu'elles instaurent (par exemple, des normes de santé, de «bien-être», de sécurité, de protection), ces institutions [gouvernementales] contribuent «à produire» des sujets humains correspondant à leurs catégories.» (Piron et Couillard 1996: 7)

Le discours biomédical est ainsi reproduit suivant l'autorité professionnelle, les ressources matérielles et le capital linguistique qu'il possède. Le capital linguistique est le pouvoir d'établir et de renforcer une définition particulière (Treichler 1990). Les définitions dominantes d'un lexique culturel dépendent ainsi du capital linguistique que possède une perspective particulière, notamment les prémisses scientifiques.

La trajectoire des notions définies par la science médicale ne demeure pas à un niveau descriptif, elle a un pouvoir d'influence sur les conditions matérielles des expériences individuelles. Le capital linguistique biomédical dresse les paramètres institutionnels et conceptuels à l'intérieur desquels les femmes enceintes vont vivre leurs expériences reproductives. Ceci n'implique pas que les femmes vont nécessairement reconnaître ou participer à ce discours, mais qu'elles doivent composer leurs réflexions et actions en référence à celui-ci.

La technologie obstétrique: objectivation et aliénation

L'utilisation de la technologie obstétrique est une extension pragmatique du capital linguistique de la biomédecine. L'assistance médicale, fondée sur des notions de sécurité et d'optimisation de la qualité des soins de santé, s'est étendue de l'accouchement à la grossesse pour aujourd'hui recouvrir la fertilisation. L'utilisation grandissante de la technologie médicale en obstétrique, quantitativement et qualitativement, a amené un repositionnement du savoir et du rôle des femmes. Young résume les principaux arguments d'une critique féministe concernée par la technologie obstétrique:

«I will argue that a woman's experience in pregnancy and birthing is often alienated because her condition tends to be defined as a disorder, because medical instruments objectify internal processes in such a way that they devalue a woman's experience of those processes, and because the social relations and instrumentation of the medical setting reduce her control over the experience» (1990: 168).

Le cadre d'utilisation de la technologie médicale peut créer une dynamique objectivante et aliénante pour la femme enceinte.

L'instrumentation obstétrique tend à objectiver le corps de la femme enceinte, c'est-à-dire que la femme est soumise à des interprétations et interventions qui ne prennent pas source dans l'expérience de celle-ci. Par exemple, le monitoring foetal enregistre l'intensité et la durée des contractions de l'utérus sur papier, ce qui positionne le compte-rendu de la femme secondaire aux données obtenues par la technologie obstétrique. Au Québec, en 1993, le monitoring foetal était pratiqué initialement lors de l'accouchement sur «presque toutes les femmes», et il était appliqué de façon continue sur «moins de la moitié des femmes» (Levitt et *al.* 1995: 143). Même si la femme a un savoir unique sur ses processus physiologiques et changements corporels, l'utilisation de la technologie tend à nier ou à dévaluer l'expertise de celle-ci. La technologie obstétrique remplace la subjectivité de la femme par des moyens d'observation considérés plus "objectifs" de par l'autorité accordée à la technologie médicale.

Le contrôle qu'a la femme sur son expérience est aussi réduit par l'appareillage médical. Par exemple, la position lithomique avec les étriers, qui diminue l'influence de la gravité et la capacité de pousser, est préconisée pour permettre au médecin de mieux contrôler l'accouchement à l'aide de la technologie obstétrique. Au Québec, en 1993, 80% des parturientes accouchaient dans cette position (Levitt et *al.* 1995: 159). La passivité de la parturiente est inhérente aux principes d'application de la technologie.

L'application de la technologie médicale concourt simultanément à déprécier la subjectivité du médecin; son diagnostic ne repose pas directement sur ses capacités de jugement clinique, mais bien sur des données instrumentales. Cependant, comme

Balsamo le remarque, même si le médecin doit appuyer son expertise sur des pronostics mécaniques, il conserve l'autorité sur le choix des technologies et l'interprétation des données; «the range of the obstetrician's authority has been expanded to include responsibility for interpreting the output of monitoring devices» (1996: 90).

Néanmoins, il est important de bien clarifier les arguments féministes lorsqu'il est question de technologie médicale et de pouvoir patriarcal. Comme le rappelle Petchesky, «we need to separate the power relations within which reproductive technologies, including ultrasound imaging, are applied from the technologies themselves» (1987: 287). Ce ne sont pas les développements technologiques en tant que tels qui portent atteinte à l'intégrité des femmes, mais bien les enjeux de pouvoir qui structurent leur application. La tradition biomédicale a une prédisposition à fragmenter, objectiver et contrôler le corps humain via l'instrumentation technologique, qu'il soit masculin ou féminin, reproducteur ou non. Cependant, lorsque les arguments qui soutiennent l'intervention technologique prennent racine dans des postulats androcentriques, ou dans tout autre forme de pouvoir, il y a lieu de critiquer l'orientation de ces pratiques et des discours qui les supportent. Pour mieux situer quels peuvent être les enjeux qui gravitent autour de la technologie médicale, je vais maintenant examiner en détails une pratique médicale de routine lors du suivi prénatal en milieu hospitalier, l'examen échographique.

L'échographie: une pratique aux contours plus que médicaux

Quelle trajectoire a suivi l'évolution de la technologie échographique et quelles sont les conjonctures qui ont mené à son application obstétrique ? D'abord, l'utilisation des ultrasons ne provient pas du domaine obstétrique, mais bien de la navigation, qui, lors de la première guerre mondiale, a instauré le sonar pour détecter les sous-marins ennemis. Par après, les ultrasons furent incorporés à l'industrie métallurgique pour déceler les imperfections du métal. Le travail pionnier de l'application médicale des ultrasons sur des tissus humains fut mis en branle au tournant des années 50 et transposé au domaine obstétrique quelques années plus tard (presque simultanément en Europe de l'ouest et en Amérique du nord). Oakley rappelle que la machinerie métallurgique a servi de technologie exploratoire sur le corps des femmes enceintes:

«...women patients presenting with obscure abdominal complaints were liable to find the doctor putting transformer oil on their tummies as an acoustic coupling medium for an industrial metal-flaw detector» (1993:190).

L'introduction des ultrasons en obstétrique a suivi une démarche exploratoire, et l'évaluation scientifique de cette technologie ne fut pas une condition nécessaire à l'introduction routinière de cette pratique.⁶ Ce cheminement rappelle le retrait des rayons X dans les années 50 comme pratique pour diagnostiquer l'état du fœtus, suite à la détection d'un taux élevé de leucémie chez les fœtus radiographiés.

Fernand Daffos (1995), un gynécologue-obstétricien français qui a pratiqué en France et à New York rappelle, à l'intérieur de son autobiographie professionnelle, comment des idées fausses ou non fondées peuvent se perpétuer en médecine pour parfois devenir des lois intangibles. Il donne trois raisons à ce constat. D'abord, «les raisons financières d'un lobby sont un moteur puissant» qui définit les besoins en matière de santé. Ensuite, «l'effet de mode cautionné par le pouvoir médical» amène à privilégier certaines pratiques sur d'autres, qui ne sont plus enseignées ou pratiquées. Enfin, il critique «la bêtise associée à la fainéantise» qu'il explique par la manière dont les avancés médicaux découlent d'hypothèses banalisées qui pénètrent peu à peu les publications médicales sans trop être remises en question (suivant, par exemple, l'autorité d'un chercheur ou d'une institution).

L'opportunité commerciale cautionnée par la ferveur médicale pour l'échographie stimula aussi l'intégration rapide de cette nouvelle technologie dans les hôpitaux:

«Thus, a new technique such as ultrasound rapidly generates a new subspeciality within obstetrics, including diplomas, professionalization is a strong impetus to expand the use of new techniques. By the late 1970s, ultrasound had become a common method of fetal surveillance in many countries, and it now appears to be use intensively, especially in those countries with insurance-based health-care systems. Indeed, commercial motives and interests are an essential area to be considered when we are trying to understand the spread of a new technique - although an area about which it is extremely hard to obtain reliable information» (Oakley 1993: 192).

C'est donc un amalgame d'opportunisme économique et professionnel, tout autant qu'une soif scientifique d'en savoir plus sur le corps humain pour améliorer la santé des femmes

enceintes (et de leur fœtus), qui a rapidement propulsé l'échographie à l'intérieur des institutions d'enseignement et du réseau hospitalier.

Les arguments avancés par le corps médical pour intégrer la pratique routinière de l'échographie vont dans le sens d'une médecine préventive (moins de bébés nés avant ou après terme, détection de complications avant l'accouchement, etc.), d'une rentabilité économique (diminution du taux de nouveau-nés qui requièrent des soins intensifs, etc.) et de choix individuels («choix» de poursuivre ou non la grossesse lors de la détection d'anomalies fœtales, etc.). Cependant, cette position ne fait pas l'unanimité au sein de la discipline obstétrique, car des critiques internes ont récemment réfuté les bénéfices cliniques et la rentabilité préventive de l'échographie de routine (LeFevre et al. 1993 et Ewigman et al. 1993).⁷ L'équipe de recherche d'Ewigman conclut que

«among the low-risk pregnant women, ultrasound screening does not improve perinatal outcome. Potential benefits such as satisfying patients' desires for assurance that there are no fetal anomalies must be weighed against the unnecessary anxiety entailed in the examinations and the risks of overtreatment due to false positive diagnoses» (1993: 826).

Ces conclusions sont restreintes à l'application routinière, car le potentiel diagnostique de l'échographie s'avère pertinent lorsque des complications se présentent.

Les technologies de visualisation peuvent substantiellement modifier le cours du suivi prénatal. La «vue» du fœtus lors de l'examen échographique peut influencer le comportement des femmes enceintes (réduction de l'anxiété, stimulation de l'attachement au fœtus, etc.), et asseoir l'autorité des professionnels de la santé dans le management de la grossesse (autorité de l'interprétation des données échographiques, incitation à se

soumettre aux soins prénataux «pour le fœtus», etc.). Selon Mitchell (1993), si les critiques médicales sur l'inefficacité préventive de l'échographie se multiplient, ce sont les éléments de surveillance et de contrôle (pour le bien du fœtus) qui risquent de faire surface pour légitimer l'utilisation routinière de l'échographie. C'est-à-dire la capacité de cette pratique à influencer les choix et l'attitude des femmes pendant la grossesse, suivant ce qui est qualifié de «souhaitable» par les professionnels de la santé.

Par extension, l'orientation des préoccupations médicales est conjuguée au contexte social où elles prennent place. Par exemple, Browner et Press (1995) soulignent l'intérêt des états dans l'élaboration et l'application de techniques de dépistages, avec l'exemple du programme de dépistage d'anomalies fœtales obligatoire (à l'aide de l'échographie) instauré par l'état de Californie. Ces auteurs qualifient de tendance «eugénique» cette politique sociale en invoquant la logique de contrôle social qui sélectionne le genre d'individus qui peut faire partie d'une société. Mitchell (1994) invoque aussi les intérêts de certains discours au pouvoir à qualifier les choix reproductifs, en mentionnant l'exemple d'un législateur américain qui voulait rendre obligatoire le visionnement de l'échographie pour les femmes enceintes désirant recourir à l'avortement.

Mais quels sont les fondements discursifs qui incitent les femmes à suivre les prescriptions de leurs médecins en matière d'échographie lorsque le choix leur est offert ? Quéniart propose «l'idéologie des facteurs de risque», qu'elle définit comme étant «a substantial logic which aims, through various discourses and practices, both to legitimate

insecurity (by giving specific meaning to it) and to prevent it.» (1992: 164). Cette idéologie repose sur deux changements discursifs (et pratiques dans leurs applications médicales); l'attention portée aux pathologies existantes est maintenant tournée sur la potentialité des problèmes suivant certains «facteurs de risques» et le risque intrinsèque à la grossesse est transféré de la mère au fœtus. Les femmes enceintes (pour ne pas dire les fœtus) sont identifiées comme étant à «faible risque», à «haut risque» ou à «risque croissant» (une nouvelle catégorie intégrée à l'édition de 1985 du Williams Obstetric); il n'existe pas de catégorie «sans risques». La quantification de la teneur pathologique d'une grossesse renforce ainsi le rôle du médecin et de la technologie médicale dans le cours de la grossesse.

Les antécédents génétiques, la quantification de la santé (âge, pression sanguine, poids, etc.), et le style de vie (consommation de drogue et d'alcool, nutrition, etc.) sont les variables considérées pour qualifier l'état «risqué» d'une femme enceinte. L'effet insidieux de l'idéologie de risque est que même si la qualification du risque dépend de multiples facteurs, ce sont principalement ceux qui concernent les comportements maternels qui sont explicités dans la littérature sur la grossesse et les médias (Daniels 1993). En d'autres mots, les discours sur les facteurs de risques tendent à responsabiliser la femme pour l'issue du développement foetal. Cependant, maints facteurs environnementaux qui affectent la santé de la mère, tels que la fumée secondaire et les conditions de travail, sont négligés ou sous-estimés. Aussi importants, l'environnement socioculturel et les conditions matérielles d'existence ne sont pas discutés parallèlement avec les comportements des femmes enceintes. L'idéologie des facteurs de risque

renforce donc les responsabilités individuelles, mais de façon paradoxale, elle met simultanément l'accent sur des corrélations statistiques entre des éléments hétérogènes plutôt que de considérer les individus impliqués à partir de leur situation particulière (Quéniart 1992).

Le fait de visualiser le fœtus pendant la grossesse a ainsi introduit une nouvelle manière, pour certains médecins, d'appréhender le corps et la subjectivité des femmes enceintes. Daffos soutient que

«L'explosion des techniques et de l'imagerie prénatale a permis de découvrir le fœtus humain puis de l'identifier et donc de l'individualiser comme quelqu'un d'autre même s'il n'est pas autonome (mais un enfant ne l'est pas non plus !)
(parenthèse de l'auteur 1995: 285).»

Un «nouveau patient» est ainsi conceptualisé et traité, plus ou moins distinctement de la femme concernée.

Les critiques sociales voient d'un tout autre œil l'individualisation du fœtus qui résulte de l'échographie. Tandis que le fœtus acquiert le statut de «patient», la femme peut être rétrogradée à un niveau organique lors de l'échographie:

«The experiential aspects of pregnancy are obscured and devalued, pregnant women become containers (a «gravid uterus»), backgrounds, the space around a fetus (a «maternal environment») or tissue which may or may not provide a clear ultrasound image. Ultrasound images fix the medical gaze on the fetus, not only as an object of surveillance, diagnosis and therapy but also as a subject, an actor separate from the women.» (Mitchell 1994: 147).

Cette situation résulte du mode de connaissance visuel qui est investi dans l'utilisation des technologies de visualisation médicale. J'aimerais donc maintenant discuter de la mystification/démystification qu'a introduite l'imagerie médicale.

Imagerie médicale: autorité scientifique et modes de représentation

Maintenant, pour mieux situer les références culturelles attribuées à l'imagerie médicale, il est de mise de s'attarder à la culture visuelle dans le contexte nord-américain.

Pour l'historienne Duden,

«Now, we see what we are shown. We have gotten used to being shown no matter what, within or beyond the limited range of human sight. This habituation to the monopoly of visualization-on-command strongly suggests that only those things that can in some way be visualized, recorded, and replayed at will are part of reality» (Duden 1993: 17).

L'imagerie médicale tire son pouvoir diagnostique de la force dénotative accordée au visuel comme étant une représentation transparente de la réalité, et à la science comme étant un intermédiaire objectif au plan de la transposition de cette réalité. L'autorité accordée à l'imagerie médicale concourt à structurer les modes de représentation du fœtus.

Ainsi, la biomédecine possède un capital linguistique non négligeable pour définir le corps humain via un régime de visibilité. Mais ce régime de visibilité n'est pas neutre; qui regarde qui, dans quelles conditions, et suivant quel agenda ?

«Peering technologies like ultrasound or fiber optics imaging do not simply turn the inside out, or render opaque transparent or extended our vision to reveal the elusive secrets of nature. Technologies themselves do not peer; they are instruments and relations and relations that facilitate or obstruct, but above all, construct «peering» indeed, instruments and relations that do not simply uncover meaning, but inscribe and enforce it. Likewise «peering» is not itself a benign, impartial, disinterested, or disembodied activity, but it is both mediated and situated within interpretative frameworks, point of view, and sets of purposes - how else is the body «revealed», read, or made legible to an observing eye ? » (Hartouni 1993: 143).

Les conditions de visualisation du corps de la femme enceinte sont tributaires des préoccupations de la discipline obstétrique. Les tests de dépistages prénataux et les

opérations chirurgicales *in utero*, qui ont des applications de plus en plus courantes et spécialisées, sont des indices de l'intérêt qu'a la biomédecine à intervenir de plus en plus dans le développement foetal.⁸ Daffos souligne les avancés de ce qu'il nomme la médecine foetale:

«L'évolution des connaissances et des consciences au cours des quinze dernières années a marginalisé de plus en plus le phénomène de la naissance qui est devenu une simple étape importante dans une existence déjà bien remplie» (1995: 203).

Les modes de représentation du foetus sont ainsi tributaires des conditions de la visualisation foetale qui est élaborée en relation avec les projets biomédicaux (priorités de recherches, développements technologiques, etc.) et les formes de savoir que possèdent les professionnels de la santé.

La visualisation du foetus via l'imagerie médicale est un processus qui se situe à la frontière d'une démythification et d'une mystification, où plutôt d'une démythification mystifiée. Elle rend accessible, par le biais d'un intermédiaire technologique, une représentation visuelle de composantes organiques qui sont impossibles de voir à l'oeil nu, mais en même temps, elle réduit ce visionnement à une typologie visuelle et à un mode d'interprétation particuliers. Par exemple, on ne «voit» pas le sexe du foetus, il est déduit d'après la mesure de certains de ses os. L'intermédiaire discursif qu'est l'imagerie médicale est empreint de maintes considérations interprétatives, établies par le corps médical.

Cependant, même si les paramètres d'interprétations sont gérés par le domaine médical, plusieurs spécialistes dans le domaine ont reconnu la complexité du processus

d'interprétation de par le nombre d'intermédiaires qui prennent part à un diagnostic visuel. L'éditeur du New England Journal of Medicine reconnaît que:

«To interpret an image, we use information from experience and memory to create a model of reality. The layers of imagery go even deeper; many of the images we use in medicine are already models (...) Often, therefore, we are creating mental models of physical models, a process somewhat removed from classical hands-on auscultation, percussion, and palpation» (Kassirer dans Treichler et Cartright 1992: 7)

Le passage du toucher au visuel dans la pratique clinique fut fondé sur des critères de performance médicale, au niveau de la précision et de l'étendue des possibilités diagnostiques. Cependant, comme Kassirer le mentionne, il faut aussi considérer le nombre d'intermédiaires qui ont chacun une typologie d'interprétation. Enfin, le déplacement des expériences sensorielles au profit d'un intermédiaire technologique n'est pas sans questionner les politiques des différents modes de connaissances.

Par extension, la femme n'a plus une participation aussi active dans la qualification de sa grossesse à partir de son expérience sensuelle dans le cadre de l'examen échographique. La hiérarchisation de la vue pour acquérir des connaissances sur le fœtus limite l'acquisition des connaissances à ceux qui ont développé une expertise particulière pour comprendre les données visuelles, et ce ne sont pas les femmes enceintes (sauf pour celles qui ont étudié dans le domaine). Le mode de connaissance développé par la biomédecine pour qualifier la grossesse est ironiquement un mode inaccessible aux femmes concernées (dans le sens des données techniques recherchées).

Cela n'empêche toutefois pas les femmes de lire aussi les images échographiques, loin de là. Celles-ci établissent leurs propres critères de référence pour

donner un sens à l'imagerie médicale. La démarche interprétative des femmes va ainsi dépendre, entre autres, des degrés d'autorité et de l'encodage référentiel attribué à un mode de représentation particulier. En ce qui concerne l'échographie,

«...the denotative status of ultrasound images is not nearly as deeply rooted culturally as that of photographs (at least not yet). While ultrasound may 'pass' as photographs in some ways, their power to denote the fetus probably depends as much upon attitudes towards medical technology and science, as toward photography» (Taylor 1993: 611).

Les échographies sont un mode de représentation qui est positionné en regard des autres formes visuelles avec lesquelles les femmes sont familières. L'interprétation des différents modes de représentation, et l'autorité qui leur est accordée, n'est pas la même pour toutes les femmes qui lisent l'imagerie échographique:

«Women's relationship to reproductive technologies and images differs depending on social differences such as class, race, and sexual preference, and biological ones such as age, physical disability, and personal fertility history. Their «reproductive consciousness» is constituted out of these complexes elements and cannot easily be generalized or, unfortunately, vested with a privileged insight» (Pertchesky 1987: 280).

Pour cette raison, la lecture de l'imagerie foetale et son inscription dans le quotidien de la grossesse ne peuvent pas être analysées en dehors de l'expérience particulière des individus. Par exemple, une fois sur papier, l'échographie peut être intégrée à l'album de photo familial ou être rangée avec la paperasse médicale. Tout dépend du statut conféré à ce type d'image par les femmes concernées.

Les retombées discursives de l'imagerie médicale dépassent le cadre du diagnostic médical. L'encodage médical de l'imagerie foetale est mis à profit et réajusté aux projets de certains individus et groupes sur l'échiquier social. C'est ici que la visualisation médicale est conciliée à des agendas extrinsèques qui bâtissent leurs

discours sur l'autorité du visuel et de la science médicale pour qualifier le fœtus, notamment en le personnifiant.

Les politiques de la visualisation foetale: une personnification intéressée

Depuis la fin des années 80, plusieurs chercheuses féministes se sont intéressées aux changements survenus au plan de la conceptualisation du fœtus suite aux développements de l'imagerie médicale qui, depuis le milieu des années 60, a été transposé sur la scène publique (Petchesky 1987, Stabile 1992, Hartouni 1993, Duden 1993, Taylor 1992 et Kaplan 1994). Cet intérêt a prit essor dans les débats sur l'avortement, et l'utilisation des supports visuels par la rhétorique pro-vie. Il s'est ensuite étendu à l'application des technologies de visualisation dans le domaine obstétrique, dont notamment l'échographie. La portée de cet intérêt couvre maintenant les multiples formes et contextes de médiatisation de l'icône foetale par les industries commerciales.

Les opinions de ces chercheuses convergent pour dire que l'articulation visuelle dominante de l'imagerie foetale présente le fœtus comme étant un sujet autonome, détaché du corps de la femme. La manipulation de l'imagerie foetale, articulée à des projets et contextes particuliers, est un lieu à travers lequel sont exemplifiées, et parfois réajustées, les notions de reproduction. C'est que juxtaposée aux contextes des discours et politiques sur la reproduction, l'imagerie foetale a la propension de redéfinir les positions statutaires attribuées au fœtus, et simultanément, à la femme enceinte. Là où avant il n'y avait pas de frontières entre la mère et le fœtus (ou du moins elles étaient

définies par celle-ci), apparaissent maintenant des frontières définies culturellement et administrées légalement, où des droits conflictuels peuvent séparer les deux. La personnification du fœtus est le point de départ d'une rationalité de droits individuels qui peuvent agir par intérim en son nom.

Les groupes pro-vie ont manipulé ostensiblement l'imagerie foetale pour soutenir leurs propos, en avançant l'idée qu'une fois que le fœtus est «vu», personne n'a d'autres choix que de reconnaître les droits de «l'enfant à naître» (Ginsburg 1990). La caractérisation de l'imagerie foetale jumelle manifestement les arguments pro-vie qui s'arrêtent aux intérêts du fœtus, et non aux conditions d'existence particulières des femmes qui envisagent l'avortement. Ainsi, l'accent visuel sur le fœtus détourne les préoccupations individuelles relatives à l'avortement vers un fœtus universel, détaché de toutes circonstances existentielles.

En ce qui concerne l'utilisation commerciale de l'icône foetale, pour des propos de publicité ou de divertissement, elle est employée pour ses qualités sémiotiques dans un lexique culturel particulier. Kaplan (1994) distingue quatre typologies qui présentent le fœtus dans le contexte nord-américain: un «cosmic entity» qui vit indépendamment du corps féminin, un «perfect being» qui va sauver le futur de l'humanité (parce qu'invariablement «bon»), un «full-blown subject» qui possède une *persona* dès la conception, et un «safe haven» qui démontre la pureté mais aussi la vulnérabilité de sa position. Kaplan conclut que

«fetal interpellation evidences the anxiety underlying the varied, uneven, contradictory, motherhood discourses in America today (...) The fetus fulfills

people's (mainly males') need for a hero, the new savior of mankind, delivering us from all the messes we have made and from overdependence on mother» (1994: 132-33).

Je considère qu'il y a un certain biais androcentrique dans le regard médical sur le fœtus qui a dépeint, éventuellement, sur les formes discursives de l'imagerie foetale en général. Cependant, je suis loin de suivre Kaplan lorsqu'elle attribue tous les niveaux de définition et d'application de l'imagerie foetale à un simple projet patriarcal.

Je retiens deux constats de la littérature féministe sur l'imagerie foetale: les auteurs négligent d'adresser le rôle actif des femmes dans l'orientation de la conjoncture qu'elles décrivent, et elles ne prennent pas en considération les différentes positions et subjectivités des femmes pour contextualiser les implications socioculturelles de l'imagerie foetale. «Women's own resistance to this control, often successful, as well as their complicity in it, are ignored; women, in this view, have no role as agents of their reproductive destinies» (Petchesky 1987: 279). Petchesky (1987) et Mitchell (1993 et 1994) furent deux des rares chercheuses à aborder l'agenda et l'expérience des femmes en relation avec l'imagerie foetale, en prenant l'exemple de l'échographie. Petchesky a exploré le chevauchement des frontières entre l'exploitation médiatique de l'imagerie foetale et l'expérience clinique de l'échographie vécue par les femmes pour mieux situer contexte, subjectivité et notions d'interprétation. Mitchell a mis en parallèle l'attitude et le discours des professionnels qui décodent les images échographiques avec ceux des femmes concernées pour démontrer le processus interactif qui contribue à construire la notion de fœtus. Même si le travail pionnier de Petchesky est une référence honorée par

les chercheurs qui s'intéressent à l'imagerie foetale, rares furent ceux qui ont poursuivi cette orientation théorique.

La démarche empirique qui alimente cette recherche permettra d'explorer les alternatives discursives mises de l'avant par les femmes pour construire et réagir aux références culturelles qui définissent le fœtus. Afin d'intégrer individus, images et contextes dans un processus de communication situé momentanément et subjectivement, je vais m'attarder quelque peu à la théorie sur l'étude des médias.

L'imagerie foetale à l'intersection des regards⁹

Une image n'a pas de signification «objective», c'est-à-dire que son sens vient d'un tout communicationnel ; l'entrecroisement du contexte de sa présence, des agendas impliqués, et des subjectivités qui alimentent sa lecture. Comment peut-on alors analyser les manifestations visuelles en regard du quotidien des individus ? Les études culturelles, les études des médias et les études en communications ont développé plusieurs approches théoriques pour explorer les manifestations médiatiques. Il n'est pas mon intention de retracer l'histoire particulière de ces disciplines académiques, mais plutôt de souligner sommairement les principales approches qu'elles ont élaborées¹⁰ pour y situer mon orientation théorique. L'apport de ces théories permettra d'explorer l'imagerie foetale au-delà de ses seules composantes visuelles, en analysant les dynamiques socio-économiques et politiques qui sous-tendent la médiatisation des images, et les subjectivités des individus impliqués.

Dans les années 30, L'École de Frankfurt a dressé les premiers plans d'une analyse critique des manifestations médiatiques. Cette école de pensée a fondé sa critique sur le principe que les industries culturelles manipulent une culture de masse (commodification, standardisation et massification) pour légitimer l'existence de la logique capitaliste et homogénéiser les valeurs culturelles (tout en distinguant la «culture de masse» de la «haute culture»). Ce courant théorique a toutefois réduit la culture de masse à une manipulation idéologique qui dupe indubitablement une masse passive de consommateurs, et à une qualification arbitraire des valeurs culturelles (la «haute culture»). Suivant cette approche, l'imagerie foetale serait définie et imposée par les discours au pouvoir dans les sphères de production de la culture matérielle, contre toute intervention des «consommateurs».

La théorie fut ensuite portée sur la mesure de «l'effet» des médias sur les individus par des corrélations statistiques entre l'exposition aux médias et la perception qu'ont les individus d'un sujet donné (*e.g.* Bennett 1982). Cette approche fut soutenue pas les industries des médias, pour des intérêts commerciaux et politiques, qui y voyaient l'avantage de quantifier les retombées de leur travail. Ce modèle fonctionnaliste assume toutefois que les messages sont inconditionnellement transmis et absorbés. À la différence de l'École de Frankfurt, cette perspective n'attribue pas le contrôle des valeurs diffusées aux seuls producteurs, il est à l'avantage de ceux-ci d'ajuster leurs messages aux besoins et désirs des individus pour être plus efficaces. Suivant cette approche, l'imagerie foetale serait un artefact culturel manipulé par les intérêts commerciaux et

politiques, suivant la rentabilité des besoins et désirs (de la majorité) d'un groupe donné, et signifié en dehors de tout contexte d'interprétation.

Pour mieux relativiser la production et la réception des messages, Stuart Hall (1980) a proposé une approche sémiotique avec son modèle de «encoding/decoding». Selon ce modèle, les audiences sont des décodeurs actifs des messages médiatisés, qu'ils acceptent, rejettent ou auxquels ils résistent, selon leurs positions de classes dans une société. Cette ouverture théorique a l'avantage d'attribuer un rôle actif aux audiences et de tenir compte de l'influence de leurs différentes positions identitaires. Le modèle de Hall prend toutefois pour acquis *le* message qui est transmis et la classification identitaire des parties émettrices et réceptrices. Il résume la codification à une conscience de classe et néglige les pratiques, manipulations et sentiments qu'un individu porte à un discours ou à un genre communicationnel. Suivant cette approche, l'imagerie foetale serait définie par ses producteurs et ensuite interprétée par les individus à partir de leur catégorisation identitaire à l'intérieur d'une société.

Enfin, dans le but de problématiser *le* message, les chercheurs se sont tournés vers les stratégies d'interprétation des auditoires (*e.g.* Ang 1985). Au lieu de s'attarder au contenu des textes médiatiques, cette approche interroge plutôt les stratégies d'interprétation des individus et les conditions des interactions. Cette perspective a su faire ressortir le caractère polysémique et indéterminé des textes médiatisés, ainsi que la contingence des événements communicationnels. Toutefois, parce que les médias coexistent avec d'autres dimensions sociales, la limitation aux situations de réception-

interprétation n'est pas suffisante. Suivant cette approche, l'imagerie foetale serait un artefact culturel qui est défini par les conditions de sa réception et la subjectivité des lecteurs.

Les contradictions et complémentarités de ces perspectives théoriques amènent à poser la même question: Où localiser la production de significations et d'idéologies dans le processus de communication tout en situant les initiatives et interprétations des lecteurs ? Une chose est certaine, c'est qu'il faut sortir de la trilogie linéaire et univoque de la production, transmission et réception des artefacts culturels. Les composantes visuelles de l'imagerie foetale forment un tout communicationnel avec les conditions d'évaluation lors de la production et de la réception de cette imagerie. Et les conditions d'évaluation sont composées de discours et pratiques culturels aux dimensions socio-historiques, économiques et politiques.

L'anthropologie s'est aussi intéressée aux forces et formes des images médiatisées, et à leur insertion dans le quotidien des individus et communautés. Par exemple, Hendrickson (1996) s'est penché sur la représentation des guatémaltèques et de leur production matérielle à l'intérieur des pages de catalogues pour la vente par correspondance, en juxtaposant l'organisation discursive des catalogues (textes et images) aux objectifs des différentes compagnies (profit, divertissement, information, action sociale, etc.). Quant à Cohen (1993), il a étudié l'imagerie autochtone destinée au marché touristique pour inventorier les différentes stratégies de représentation visuelles. Ces

deux auteurs, par leur approche analytique textuelle, négligent toutefois de considérer la «vie» des images au-delà de simples projections discursives.

Spitulnik souligne l'état des recherches en anthropologie:

«Unfortunately, a great deal of this recent work on such «objectifying discourses» is still limited by an overdependence on textual analysis and a presumption that the anthropologist as literary critic is qualified to single-handedly «read» the significance of films, museums displays, and popular novels. Less is know, for example, about the «everyday life» of such media representations, their contexts of production and circulation, and the practices and discourses of reception that envelop them» (Spitulnik 1993: 301).

Je tiens à mentionner ici le travail de Ginsburg (1995) qui se démarque de ce courant textuel. Celle-ci a exploré l'utilisation de vidéos par certaines communautés autochtones comme moyen de communication interne et externe, d'autodétermination, et de résistance à la domination culturelle prévalante. De cette façon, elle a su analyser le matériel visuel en regard de la production culturelle dans un cadre politisé.

Pour pallier aux lacunes analytiques de ces travaux, je vais reprendre plusieurs facettes de l'approche anthropologique de Lutz et Collins (1993), telle qu'appliquée dans leur analyse de l'espace discursif que tient le magazine National Geographic dans la (re)présentation des «non-occidentaux» pour les américains. L'aspect de la réception et de l'interprétation des images médiatisées gagnera à être explorée, car il est un lieu privilégié pour observer la négociation des discours médiatisés par des individus qui, dans un contexte social donné, occupent une situation particulière. L'étude de la réception des médias est particulièrement vivifiante, elle permet de pénétrer les processus de

communication de façon moins structurelle, car développée à partir des expériences individuelles et non de patrons discursifs préétablis. Et comme Marcus le rappelle,

«We merely claim that distanced, expository discourse and representations -whether theoretical, descriptive, or media commonsensical- are inadequate without the collaboration and exposure of situated persons» (1996: 2).

Lutz et Collins proposent donc d'intégrer une analyse sémiotique des conventions photographiques du magazine parallèlement avec une analyse culturelle des pratiques et perceptions des éditeurs et des lecteurs, dans le contexte socio-politique américain. Selon ces auteurs, c'est la convergence des nombreux regards impliqués dans le processus de communication qui définit le sens et la portée des représentations visuelles:

«These looks -whether from the photographer, the reader, or the person photographed- are ambiguous, charged with feeling and power, central to the stories (sometimes several and conflicting) that the photo can be said to tell. By examining the «lines of sight» evident in the *Geographic* photograph of the non-Westerner, we become aware that it is not simply a captured view of the other, but rather a dynamic site at which many gazes or viewpoints intersect. This intersection creates a complex, multidimensional object; it allows viewers of the photo to negotiate a number of different identities both for themselves and for those pictured; and it is one route by which the photograph threatens to brake frame and reveal its social context.» (1993: 187).

La contextualisation des différents regards en jeu et de leurs entrecroisements permet donc de faire ressortir les forces discursives qui imprègnent les représentations visuelles en mouvement, tout en localisant les stratégies individuelles déployées pour donner un sens à ces images, suivant leurs conditions d'existence concrètes.¹¹

Enfin, je ne réduis pas l'ouverture théorique amenée par l'analyse de la réception des images à une simple relation binaire entre textes et lecteurs, en dehors de toutes considérations socio-politiques:

«In acknowledging audiences as active in a range of ways as they integrate what they see and hear into their domestic lives, we should not romanticize or exaggerate the audience's creative freedoms. There is a difference between power over a text and power over an agenda» (Morley et Silverstone dans Drotner 1994: 344).

L'attention portée aux stratégies d'interprétations individuelles permet de faire un inventaire des ramifications discursives et des attitudes envers les discours dominants. Cette direction théorique ne doit cependant pas négliger d'articuler ces singularités discursives avec l'environnement socioculturel qui les supportent et de politiser leurs contextes d'émergence. Il faut tenir compte de la façon dont les individus (et auditoires) donnent un sens à leurs lectures à travers leurs environnements sociaux, ainsi que les formes et forces d'exploitation de la culture matérielle.

• ❦❦❦❦ •

L'articulation discursive de l'imagerie foetale est complexe; elle ne peut être comprise qu'à travers le processus de communication qui sous-tend sa présence. Les discours visuels ne sont pas fixes et univoques; tout dépend du contexte de leur présence, de la personne qui les lit, et du support visuel qui introduit matériellement les discours.

Les femmes enceintes vont rencontrer plusieurs dimensions de l'imagerie foetale au cours de leurs grossesses. Ces images sont transmises particulièrement à l'intérieur de la littérature spécialisée sur la grossesse et dans les médias, ainsi qu'au moyen de la

technologie médicale de visualisation. L'imagerie médicale a dépassé le cadre de son application clinique en pénétrant l'espace visuel de la société québécoise. Ces représentations visuelles furent transposées à l'intérieur de discours sur la reproduction, suivant des préoccupations tant socioculturelles que politiques.

Pour contextualiser les éléments théoriques discutés par rapport au travail de terrain, je vais maintenant présenter le parcours méthodologique qui sous-tend cette recherche. Il y sera question de la délimitation du terrain, des techniques de recherche utilisées pour recueillir les données et des modalités de leur analyse, de la présentation des femmes qui donnent vie aux récits d'expérience, des préoccupations éthiques, et de la trame empirique.

III

MÉTHODOLOGIE

Le travail de terrain couvre une période de cinq mois, de juillet à décembre 1998. Il fut réalisé sur l'île de Montréal, dans la province de Québec, au Canada. Suivant mon expérience personnelle au plan du contexte socioculturel ainsi que des individus et institutions côtoyés, ce terrain peut recouvrir l'appellation d'anthropologie «à la maison». Pour ce, le début et la fin du terrain ne se distingue pas par un déplacement spatial, mais plutôt par «a form of motivated and stylized dislocation» (Gupta et Ferguson 1997: 37).

En ce qui concerne la délimitation du terrain, ce n'est pas tant les frontières géographiques ou civiles qui donnent un sens aux contours du terrain, mais plutôt l'interrelation et la discontinuité des divers espaces visités. C'est-à-dire que ce sont les zones de contacts que j'ai volontairement construites qui délimitent les multiples dimensions du terrain (Martin 1997). Le terrain prend racine autour des divers créneaux d'expression de l'imagerie foetale, parallèlement avec les espaces discursifs et événementiels que les individus créent, habitent et ajustent en regard de ces manifestations visuelles.

Montréal, et le contexte québécois plus large, demeure toutefois la référence où prennent racines les divers espaces visités, car ce lieu physique sous-tend l'environnement socioculturel, politique, économique et historique à l'intérieur duquel les individus vivent

leurs expériences. La prise en charge collective des coûts des services de santé, l'inscription socio-historique de la logique de médicalisation, et la nouvelle législation sur la pratique des sages-femmes sont quelques exemples des limites institutionnelles à partir desquelles les individus composent leurs expériences (ceci n'implique pas forcément l'obédience ou la passivité des individus). Cependant, il ne faut pas négliger de considérer la perméabilité du lieu physique qu'est Montréal. Par exemple, l'imagerie foetale qui circule à Montréal est en grande partie produite à l'étranger (Suède et États-Unis), et plusieurs des femmes interviewées n'ont pas toujours vécu à l'intérieur de ces frontières (France, Algérie et États-Unis). Il est donc important d'aussi tenir compte des multiples liens qui transcendent les espaces locaux visités.

Le parcours «rhizomique» choisi pour recueillir les données de même que l'orientation des méthodes de travail mises en oeuvre sont les indices déterminants qui délimitent le terrain. Ce parcours fragmenté fut décrit quotidiennement à l'intérieur d'un journal de bord et je le retrace ici à partir des types de techniques employées pour recueillir les données de la recherche.

Parcours et techniques de recherche

Le parcours de recherche comprend trois directions principales. D'abord, une orientation matérielle pour situer les contours de l'imagerie foetale comme culture matérielle. Ensuite, une orientation discursive pour accéder aux expériences individuelles comme carrefour des références culturelles et des positions subjectives. Enfin, une

orientation événementielle pour situer les pratiques dans le contexte de leur élaboration. Pour ce faire, trois techniques de recherche furent privilégiées pour recueillir les données, respectivement la recherche documentaire, l'entrevue et l'observation participante. Ces trois techniques ne sont toutefois pas mutuellement exclusives, c'est-à-dire que les informations saisies à l'aide d'une technique particulière dirigent aussi le parcours des autres techniques.

La recherche documentaire: caractériser et situer la culture matérielle

La recherche documentaire a ici pour objet de recenser l'essence des représentations visuelles de foetus qui circulent à Montréal pour documenter les représentations qui sont dominantes, marginales et exclues. La recension des images de foetus est complétée par l'identification des instances qui produisent ces images et les contextes de leurs apparitions. J'ai orienté la recherche des images dans deux champs documentaires: les documents spécialisés sur la grossesse adressés aux femmes enceintes, et les documents d'intérêt général médiatisés à un large public.

La recension des images adressées aux femmes enceintes s'est effectuée dans divers lieux, toujours en tenant compte des images éventuelles que peuvent rencontrer celles-ci au cours de leur grossesse. J'ai d'abord visité trois hôpitaux (St-Luc, Royal Victoria et Ste-Justine) pour recueillir la documentation qui est offerte aux femmes enceintes lors de leurs consultations avec les professionnels de la santé (surtout lors de leur première visite). Cette documentation est distribuée sous forme de *kit* qui comprend

de l'information sur le développement foetal (notamment le carnet de grossesse publié par le Collège des médecins), l'alimentation et d'autres habitudes de vie, ainsi que de la publicité pour des produits périnataux (substitut de lait maternel, supplément vitaminiques, etc.). Je me suis ensuite intéressée à l'imagerie foetale présentée par des intérêts commerciaux à travers cette publicité, car plusieurs compagnies ont conçu des «clubs» et «programmes» qui informent sur la grossesse et le post-partum. J'ai répondu à l'invitation des compagnies Enfalac, Similac et Carnation et j'ai reçu leur documentation par la poste.

En visitant les institutions de santé, j'ai aussi orienté ma recherche documentaire sur le matériel disposé dans les couloirs et salles d'attentes, soit affiché sur les murs ou déposé dans des présentoirs de dépliants. Cette documentation peut être classifiée sommairement de préventive (alcool, sécurité en voiture, violence conjugale, etc.). Par la suite, j'ai écrit aux compagnies ou ministères qui produisent cette documentation pour obtenir des copies de ces documents et pour en savoir plus sur leurs programmes de sensibilisation/prévention, dont The Brewers Association of Canada, Searle (pilule anticonceptionnelle), le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, et la Société de l'Assurance Automobile du Québec. S'ajoute à cela l'information anatomique affichée sur les murs des bureaux des professionnels de la santé pour informer sur les processus physiologiques encourus lors de la grossesse. Je me suis donc procurée le catalogue promotionnel de la compagnie Directional Learning Canada et j'y ai aussi retrouvé le matériel visuel employé par les sages-femmes à l'intérieur des rencontres prénatales des maisons de naissance. Enfin, j'ai complété mon inventaire documentaire des services de

santé par une visite à deux organismes d'aide aux femmes enceintes, soit SOS Grossesse et le Centre Grossesse Conseil. J'y ai recueilli la documentation offerte aux femmes qui font face à une grossesse non désirée, qui ont des conditions de vie qui les empêchent de vivre sainement leur grossesse ou qui manquent d'information sur un aspect particulier de la reproduction.

Après avoir effectué quelques entrevues, j'ai vite réalisé que la littérature prénatale était très présente dans le réseau d'information. Pour caractériser cette littérature, j'ai consulté les ouvrages des librairies francophones et anglophones ayant le plus grand inventaire à Montréal, respectivement Champigny et Chapters. J'ai aussi feuilleté les volumes de la Bibliothèque Centrale de Montréal, car elle possède la plus vaste collection de livres prénataux dans le réseaux des bibliothèques publiques de la ville. Moins importantes que les livres, mais toutefois mentionnées, les revues spécialisées furent recensées et examinées dans les kiosques à journaux de Multimag et de la Maison de la Presse Internationale, qui sont des franchises ayant un inventaire important de revues spécialisées. J'ai également consulté les sites Internet Storksite, ParentsPlace et Conceiving Community, car une femme interviewée a utilisé l'espace virtuel plus couramment que la littérature écrite pour accéder à l'information qu'elle recherchait.

En ce qui concerne l'imagerie foetale diffusée à un large public, j'ai suivi deux créneaux pour compiler les images. Le premier concerne la documentation pro-vie, parce que je la considère comme une référence courante (et toute aussi importante) à l'imagerie

foetale. Elle fut recueillie aux bureaux des organismes montréalais Campagne Québécoise et Montréal Pro-Life, ainsi qu'à partir du catalogue de la compagnie Life Cycle Books (le principal fournisseur de matériel pro-vie au Canada). Le deuxième créneau concerne les différents médias, que ce soit la télévision, le cinéma, les journaux et magazines, l'Internet, ou la publicité urbaine (affiches, dépliants, etc.). Ce créneau est très vaste, et pour ce, je n'ai pas entendu de faire un recensement complet. Je considère toutefois avoir recueilli assez de documents visuels pour introduire les tendances discursives dominantes et ses lieux d'exploitation. Pour m'aider dans cette démarche de recherche documentaire, j'ai demandé des références aux montréalais que j'ai côtoyé lors du terrain, que ce soit les femmes interviewées, des connaissances personnelles ou des personnes-ressources consultées.

Ce survol de l'imagerie foetale, orienté d'une part vers l'information prénatale et d'autre part vers les manifestations médiatiques, conjointement avec l'identification des lieux/auteurs de cette imagerie, permettra de situer les contextes de diffusion de cette imagerie.

Entrevues: pour une analyse discursive des expériences individuelles

Les récits d'expériences, obtenus par le biais d'entrevues individuelles, sont le matériau analytique central de cette recherche. Je qualifie de récit d'expérience une narration sur un thème, période ou événement particulier dont le sujet est avancé par le chercheur pour diriger le récit initialement. Dans le cas présent, l'expérience de la

grossesse, et plus particulièrement l'articulation de l'imagerie foetale au sein de cette expérience. C'est donc que le sujet du récit d'expérience est orienté par le chercheur dès le départ, même s'il est ensuite développé intuitivement.

Le choix du récit comme moyen pour comprendre les constructions et dynamiques socioculturelles repose sur trois ouvertures théoriques, que j'emprunte à la réflexion d'Abu-Lughod (1993). D'abord, le récit individuel permet d'éviter le piège de la généralisation qui tend à essayer les variantes pour mieux catégoriser. Bien sûr, la généralisation a aussi des avantages au niveau de l'action sociale, car elle permet de regrouper plus facilement des individus aux intérêts communs pour augmenter leur pouvoir politique (revendications féminines, autochtones, francophones, etc.). Cependant, cette recherche s'attarde justement sur la complexité de discours et pratiques qui, jusqu'à maintenant, furent théorisés sans intégrer la réflexion des individus concernés. Ensuite, le récit d'expérience permet de décrire les situations identitaires particulières et idiosyncrasies qui sont inhérentes à la constitution de l'expérience des individus. Ceci permet aux individus de s'identifier eux-mêmes à partir de leurs expériences au lieu d'apposer des étiquettes a priori. Enfin, l'élaboration des narratifs individuels, par la justification et l'interprétation de ce qu'ils (et les autres) font, permet une compréhension plus aiguë des dynamiques sociales. Les propos des femmes interviewées sont des indices qui reflètent et réagissent au contexte socioculturel à travers lequel elles vivent leurs expériences.

Je suis pertinemment consciente qu'un récit d'expérience est loin d'être une simple vitrine qui expose le vécu des individus, sans reflets; les événements et perspectives discutés sont constamment ajustés au moment présent, suivant des motifs conscients ou inconscients. Un récit est ainsi toujours momentané; il est situé par rapport à celui qui le raconte et l'auditoire présent (et imaginé), enrobé par le contexte de leur rencontre. Par exemple, Grell discute de l'expérience communicationnelle qu'est le récit de vie:

«Le récit de vie n'est pas simplement un récit de pratiques, mais avant tout une activité communicationnelle faite d'errances, de rencontres et de hasards (...) Le récit non seulement désigne une expérience mais il est une expérience: en se racontant, le narrateur établit un certain rapport d'expérience avec lui-même, un public imaginaire, et le chercheur (l'interviewer)» (1986: 163 et 165).

La subjectivité de l'expérience communicative qu'est le récit permet de questionner la culture dans son expression même, suivant l'expérience et l'agenda des participants. Pour ce, la continuité entre le discours des individus et leurs comportements ne peut pas être insinuée. Les individus réfléchissent sur leurs expériences et les reformulent, consciemment et/ou inconsciemment, dans le contexte d'un narratif sur eux-mêmes, et dans le cas présent, pour les besoins d'une recherche académique.

Dans le cadre de cette recherche, la composition du groupe d'individus interviewés n'a pas pour but de construire une typologie *des* québécoises enceintes, mais plutôt de rendre compte de l'expérience *de* femmes enceintes. En premier lieu parce que l'ampleur de cette recherche ne le permettrait pas, et deuxièmement parce que mon orientation méthodologique ne s'y prête pas. Par exemple, Grell propose une méthodologie préconisant

«une exigence typologique qui suppose la construction d'un échantillonnage processif selon le double principe de la saturation et de la recherche systématique des «cas négatifs»; ce qui permet précisément d'explorer des totalités concrètes significatives» (1986: 161).

Pour ma part, je ne compte pas observer des «totalités concrètes significatives». Ma méthodologie prend source dans des prémisses de positionnalité, et non de représentativité. La positionnalité des récits d'expérience laisse transparaître les conditions subjectives à partir desquelles un individu compose pour articuler son quotidien, et son existence. Les constructions culturelles (discursives et pratiques) ne sont pas des entités fixes et monolithiques qui priment sur le parcours des individus, mais plutôt des discours potentiellement contradictoires et changeants qui sont accommodés et contestés suivant les parcours individuels dans une collectivité donnée.

La participation des femmes à cette recherche repose sur leur initiative personnelle. Pour ce faire, j'ai préparé différentes annonces qui expliquaient brièvement mes intentions et invitait les femmes intéressées à me contacter. Ces annonces furent posées sur des babillards communautaires¹², dans les annonces classées de l'hebdomadaire Voix¹³ et sur des sites Internet¹⁴. J'ai aussi pris contact avec deux femmes par le biais de connaissances communes qui ont fait part de mon projet à ces femmes en leur laissant mes coordonnées. Enfin, j'ai communiqué directement avec une femme que je connaissais déjà pour lui demander si elle était intéressée de participer à ma recherche.

Huit récits d'expériences sont au coeur du matériel analytique. Je considère que ce nombre permet de mettre en perspective plusieurs expériences contraires et

complémentaires, sans toutefois intégrer un nombre trop élevé de voix, ce qui empêche de situer les individus qui parlent. Les entrevues ont eu lieu, au choix des interviewées, chez elles ou dans un café, et elles s'échelonnèrent sur une durée allant d'une heure et demi à trois heures. Tous les récits furent enregistrés et retranscrits intégralement pour être ensuite remis aux participantes (dans les deux semaines suivant l'entrevue). Il n'y a pas eu de rencontres subséquentes, car les entrevues furent très satisfaisantes au point de vue des sujets couverts.

La trame des entrevues qui a mené à l'élaboration des récits d'expériences fut semi-structurée, c'est-à-dire qu'elle fut brodée autour de mes questions de recherche, tout en laissant beaucoup de flexibilité aux intérêts thématiques des femmes interviewées aussi. Quatre points d'intérêts ont servi à orienter les entrevues. Premièrement, l'articulation des diverses sources d'information en rapport aux questions concernant la grossesse et la maternité, et le sceau d'autorité accordé à ces différentes sources. Cet aspect permet de mieux situer le positionnement de l'imagerie foetale en regard des différentes sources d'informations véhiculées. Deuxièmement, le détail de l'imagerie foetale rencontrée et sa critique. Cet inventaire permet de connaître le type d'images avec lesquelles les femmes sont en contact ainsi que l'interprétation de ces manifestations visuelles. Troisièmement, la discussion des institutions et professionnels de la santé côtoyés, et la place de l'imagerie foetale dans le suivi de la grossesse. Cette thématique concerne surtout l'échographie et les modalités de son intégration au parcours de la grossesse. Quatrièmement, la description du quotidien de la grossesse en regard de la situation particulière des femmes (santé, travail, famille, etc.), et le positionnement de

l'imagerie foetale en cours de grossesse. Cette dernière question a pour objectif de situer la place que tient l'imagerie foetale suivant les conditions d'existences particulières à chaque femme, et ce, à divers moments de leur grossesse.

Le déroulement des entrevues s'est effectué de manière informelle. Nous nous sommes présentées à tour de rôle, notamment au plan de nos historiques de reproduction respectifs. Je réitérais ensuite le propos de ma recherche et le contexte d'utilisation des enregistrements. Après cette introduction, je demandais aux femmes d'élaborer sur leur quotidien, ce qui les a conduit à développer d'elles-mêmes plusieurs aspects de mon plan d'entrevue. Je suis intervenu à quelques reprises pour demander des précisions sur certains propos et pour introduire les aspects du plan d'entrevue qui ne furent pas couverts intuitivement.

Avant de poursuivre avec les modalités de l'analyse discursive, je vais présenter les huit femmes dont les propos seront cités tout au long de l'ethnographie et le contexte de leur participation à cette recherche. Ceci permettra de mieux situer les individus derrière les propos. Bien sûr, la présentation des femmes, par la limitation descriptive de certains éléments, est quelque peu problématique. Quelle est l'étendue et l'orientation de la caractérisation ? L'archétype identitaire qui suit introduit l'origine de la mise en contact, le lieu de la rencontre, quelques marqueurs sociaux (âge, lieu de naissance, statut civil, occupation), l'historique de reproduction et le type de suivi prénatal. J'ai choisi d'employer ces éléments référentiels descriptifs plutôt que d'inférer des attitudes et pratiques aux femmes; d'abord parce que je ne suis pas assez familière avec celles-ci pour

les décrire de cette façon, et ensuite, parce que les éléments descriptifs retenus permettent de situer quelque peu les femmes sur l'échiquier social (sans toutefois réduire leur positionnement à ces seuls marqueurs sociaux). Au cours de l'ethnographie, des données complémentaires nécessaires à la compréhension du contexte de certain propos seront fournis conjointement avec les citations. Voici donc dans l'ordre chronologique des entrevues, Sonia (29 juillet 1997), Stéphanie (19 septembre 1997), Chantale (23 septembre 1997), Charlotte (25 septembre 1997), Heather (25 septembre 1997), Chrystelle (11 novembre 1997), Carole (4 décembre 1997) et Shirley (8 décembre 1997).

SONIA fut la seule personne que j'ai contacté directement, car elle est une connaissance personnelle. Celle-ci est née en Abitibi, et elle avait 26 ans au moment de l'entrevue. Elle a terminé un baccalauréat en anthropologie il y a quatre ans et elle était maintenant professeur d'anglais, en congé de maternité. Elle a donné naissance à son fils trois mois avant l'entrevue et à ce moment, elle prévoyait recommencer à travailler à temps partiel sous peu. Son conjoint, avec qui elle s'est marié exactement un an avant la conception de l'enfant, travaillait dans la restauration à ce moment. Sonia a choisi de consulter une sage-femme pour le suivi de sa grossesse suite aux discussions qu'elle a eues avec des personnes de son entourage qui avaient apprécié ce support professionnel. Lors de l'accouchement, elle fut toutefois transférée dans un hôpital pour donner naissance par césarienne. L'entrevue s'effectua chez elle et se termina par un souper en présence de son conjoint.

STÉPHANIE a pris contact avec moi suite à une annonce que j'avais placée sur le babillard communautaire d'une buanderie de son quartier. Elle était enceinte de 7 mois au moment de l'entrevue. Très impatiente d'accoucher, elle trouvait le temps long en congé de maternité (depuis le début de son sixième mois de grossesse). Elle travaillait comme danseuse dans un bar depuis près d'un an. Stéphanie est de nationalité française et elle avait immigré au Québec deux ans auparavant, après avoir terminé son baccalauréat, pour rejoindre son copain déjà installé à Montréal. Ils se sont mariés. Aussi de nationalité française, celui-ci travaillait comme pâtissier et il comptait ouvrir sa propre entreprise dans un avenir rapproché. Âgée de 21 ans, elle était enceinte pour la quatrième fois, après deux fausses couches et un avortement. La présente grossesse était très attendue car le couple avait tenté de concevoir sur une période d'un an avant que Stéphanie soit de nouveau enceinte. Celle-ci a décidé de recourir aux services d'une sage-femme suite à ses mauvaises expériences avec le milieu hospitalier. L'entrevue a eu lieu chez elle, et son conjoint était présent, sans toutefois participer activement à la discussion.

CHARLOTTE m'a téléphoné après avoir lu mon annonce dans l'hebdomadaire Voir et elle m'a invité chez elle pour faire l'entrevue. Âgée de 24 lors de l'entrevue, elle demeurait avec son copain depuis un an et demi. Elle est née au Québec et son conjoint est de nationalité française. Il y a quelques années, elle a entrepris des études en sexologie, mais a ensuite changé d'orientation pour étudier à l'école de l'humour, où elle a rencontré son conjoint. Lors de notre rencontre, elle travaillait dans le milieu du spectacle comme *stand-up* comique. Poursuivant son sixième mois de grossesse, elle travaillait l'écriture de ses textes à la maison et se produisait quelques fois en spectacle

dans les bars; elle préparait à ce moment un numéro sur la grossesse pour son prochain spectacle. Sa grossesse n'était pas prévue, mais elle a décidé de la poursuivre après avoir considéré les alternatives possibles pour elle, et elle ne regrettait aucunement sa décision. Son copain avait déjà un enfant d'un an (ne vivant pas avec lui) qu'il avait eu lors d'une relation précédente. Charlotte consultait un médecin à l'hôpital pour le suivi de sa grossesse. Peu avant l'entrevue, elle a décidé de recourir aux services de son CLSC en complément pour son suivi prénatal, car son médecin ne lui donnait pas l'information et le support dont elle avait besoin.

CHANTALE m'a contacté suite à l'annonce que j'ai placé dans l'hebdomadaire Voir et nous nous sommes rencontrées dans un café près de chez elle. Lors de l'entrevue, elle prévoyait accoucher deux semaines plus tard, et elle préparait cet événement sereinement avec son mari. Elle était âgée de 29 ans et elle est née au Québec. Chantale ne travaillait pas au moment de notre rencontre; elle se considérait chanceuse d'avoir tout son temps libre pendant sa grossesse car l'emploi de son conjoint permettait de subvenir aux besoins du couple. Son dernier emploi était un poste de coordonatrice d'une troupe de théâtre au moment de l'entrevue et elle prévoyait retourner aux études pour parfaire ses connaissances dans la gérance des organismes à but non lucratif. Elle avait récemment acheté une maison conjointement avec son mari et ils s'affairaient à l'aménager pour la venue du bébé. La conception fut planifiée par le couple. Chantale a eu recours aux services d'une sage-femme par le biais d'une maison de naissance et elle était très satisfaite de ce choix. Elle avait consulté son médecin au début de la grossesse et avait par après évalué le pour et le contre de chacune des deux alternatives professionnelles.

HEATHER m'a téléphoné après avoir lu mon annonce dans l'hebdomadaire Voir et nous avons effectué l'entrevue dans un café. Elle venait tout juste de revenir à Montréal après avoir passé quelques années près de Sherbrooke. Âgée de 28 ans au moment de l'entrevue, celle-ci a fait des études universitaires en art; elle était maintenant artiste-peintre et elle enseignait aussi son art. Elle est née à New York et a déménagé au Québec dans son enfance. Elle était à sa deuxième grossesse, enceinte de trois mois. Elle avait donné naissance à un garçon chez elle, il y a trois ans, avec l'aide d'une sage-femme. Elle était très confuse lors de notre rencontre car elle ne savait pas l'endroit où elle allait accoucher et cela la tracassait. La sage-femme qui l'avait assistée lors de son premier accouchement pratiquait maintenant dans une maison de naissance. Heather ne fut pas tout à fait satisfaite de l'atmosphère de la maison de naissance qu'elle avait visité et pour ce, elle comptait en visiter une autre pour arrêter son choix.

CHRYSTELLE avait donné naissance à son deuxième enfant dans une maison de naissance, deux mois avant notre rencontre. Son premier enfant avait vu le jour à l'hôpital il y a quatre ans. Nous nous sommes connues par le biais de Storksite, un site Internet spécialisé sur la grossesse. Elle m'avait par la suite invitée chez elle pour tenir l'entrevue. À ce moment, Chrystelle avait 27 ans et elle demeurait avec son mari. Elle est née en France et elle avait émigré au Québec sept ans auparavant. Elle travaillait comme technicienne en informatique et était aussi bénévole au sein de l'organisme Alternative Renaissance (services de référence téléphonique et d'accompagnement à l'accouchement). Chrystelle avait dû subir une opération aux ovaires pour pouvoir être enceinte une deuxième fois. Elle avait ainsi attendu près d'un an avant d'arrêter sa

décision pour entreprendre cette intervention car elle appréhendait les procédures chirurgicales.

CAROLE m'a été présentée par une connaissance commune. Elle m'avait ainsi invité à la rencontrer dans son atelier de travail pour effectuer l'entrevue. Celle-ci a étudié en sociologie auparavant, mais elle était maintenant artiste-joalière. Née en Algérie, elle a émigré au Québec pendant son enfance. Au moment de l'entrevue, elle avait 27 ans et elle vivait avec son conjoint et leur garçon de trois ans. Elle avait débuté le suivi de sa première grossesse avec un médecin, mais elle l'avait poursuivi avec une sage-femme, lorsqu'une maison de naissance avait ouverte ses portes près de chez elle. Très satisfaite de son expérience, elle avait encore eu recours aux services d'une sage-femme pour le suivi prénatal de sa deuxième grossesse. Poursuivant son quatrième mois de grossesse lors de l'entrevue, elle préparait tranquillement son garçon à la venue prochaine du nouveau-né.

SHIRLEY fut contactée par l'entremise d'une connaissance commune, et elle m'avait invité chez elle pour effectuer l'entrevue. Âgée de 27 ans au moment de notre rencontre, elle poursuivait son septième mois de grossesse. Elle demeurait avec son conjoint dans un appartement où ils venaient tout juste d'aménager. Shirley travaillait comme psychologue, mais elle était en congé de maternité lors de l'entrevue (retrait préventif depuis le quatrième mois de grossesse). Celle-ci était aussi bénévole au sein de l'organisme SOS Grossesse (référence téléphonique et bureau de consultation). Elle avait opté pour les services d'un médecin qu'elle connaissait déjà un peu pour le suivi prénatal.

Pour faire un bref retour sur les femmes interviewées, six d'entre elles étaient enceintes lors des entrevues et les deux autres avaient accouché quelques mois auparavant. L'ensemble des femmes interviewées se situe dans la vingtaine avancée et la majorité ont poursuivi des études collégiales ou universitaires. Sept des huit femmes travaillaient ou étaient en congé de maternité. Plusieurs étaient mariées et elles vivaient toutes avec un conjoint. La moitié des femmes étaient nées à l'extérieur du Québec. À l'exception d'une personne, toutes les femmes avaient planifié le moment de la conception. Trois des femmes avaient déjà un enfant, et les autres étaient enceintes de leur premier. Dû à la prépondérance des femmes qui poursuivent leur suivi prénatal dans le milieu hospitalier (99,8% en 1995)¹⁵, je fut très surprise que 6 des 8 femmes interviewées avaient opté pour les services d'une sage-femme. Enfin, la plupart des femmes ne connaissaient pas le professionnel de la santé consulté avant leur grossesse. C'est donc dire que ces femmes ne correspondent pas à un échantillon qui pourrait être extrapolé à la population québécoise enceinte.

Les raisons qui ont poussé les femmes à me contacter et à accepter ma demande d'entrevue sont de trois ordres. Elles se disent contente de pouvoir m'aider dans mon travail en invoquant qu'elle ont elles-mêmes entrepris un projet de recherche académique dans le passé (Charlotte, Carole, Shirley), qu'elles ont beaucoup de temps libre à partager (Chantale), qu'elles se sentent parfois seules dans «l'attente» (Stéphanie), ou qu'elles sont simplement intéressées de partager leurs expériences personnelles parce qu'elles aiment le sujet (Sonia, Heather, Chrystelle). Aucune des femmes ne m'a fait part d'une attente ou

utilisation particulière qu'elles envisageaient en regard du rapport de recherche. Je leurs ai quand même mentionné la date approximative et le lieu où elles pourraient consulter ce mémoire de maîtrise.

J'ai aussi réalisé une entrevue avec Sylvain Langlois, le responsable du marketing chez CITÉ Rock-détente à Montréal, une station radiophonique québécoise. J'ai contacté M. Langlois par téléphone pour lui expliquer mon projet de recherche et lui demander de m'accorder une entrevue à ce sujet, ce qu'il a accepté sans problèmes. Je l'ai rencontré à son bureau deux semaines plus tard. J'avais préparé des questions pour diriger l'entrevue qui a duré une demie heure. Les propos furent enregistrés et retranscrits par la suite. J'ai demandé à M. Langlois s'il était intéressé par la lecture de la transcription de l'entrevue, ce qu'il m'a répondu par la négative. Je n'ai pas eu de contacts subséquents avec lui.

Préoccupations éthiques

Plusieurs éléments doivent être pris en considération au niveau de l'éthique de recherche. Un premier point à considérer est le potentiel aspect troublant, pour les femmes interviewées, de certaines questions reliées à la grossesse. Dépendant du contexte dans lequel la conception du bébé a eu lieu (grossesse non désirée, utilisation de technologies de reproduction, etc.) et du contexte dans lequel la femme vit sa grossesse (état de santé, relation avec la sage-femme ou le médecin, etc.), la discussion de certaines images ou événements peut être éprouvant pour les femmes concernées. Cette réserve ne

signifie toutefois pas que j'ai recherché à éviter la discussion d'épreuves personnelles à l'intérieur des entrevues, loin de là. J'ai seulement expliqué l'étendue des thèmes abordés lors de la présentation du propos de la recherche pour que les femmes sachent à quoi s'en tenir lorsqu'elle acquiescent à la demande d'entrevue.

Un deuxième point à considérer est la confidentialité des informations. Chaque femme a décidé si elle voulait recourir à un pseudonyme, et dans le cas de cette option, elle a choisi elle-même son pseudonyme. Je n'ai pas attribué de pseudonyme automatiquement à toutes les femmes, car le choix de s'identifier pour voir ses propos ouvertement reconnus est aussi une considération.

Un troisième point à tenir en ligne de compte est la lecture des récits par les femmes. Celles-ci ont toutes reçu une copie de leurs récits respectifs pour qu'elles puissent revoir le contenu de leurs propos et spécifier certains points, le cas échéant. Après cette relecture individuelle, aucune femme ne m'a fait part de rectification (quoique plusieurs d'entre elles furent initialement surprises par le genre idiolecte de leur récit).

Enfin, le quatrième point à éclaircir est la définition du terme «consentement éclairé» stipulé dans le protocole du Human Research Ethics Committee de l'Université Concordia. Dû à la particularité des techniques de cueillette des données utilisées en anthropologie (observation participante, discussions informelles, etc.), il s'avère souvent difficile, et parfois inopportun, d'exiger une entente écrite entre chercheurs et participants. Dans le cadre de cette recherche, le consentement verbal fut jugé adéquat pour recueillir

les propos d'un individu, lors d'une demande explicite d'entrevue à celui-ci. C'est lors de cette demande que les modalités du projet de recherche furent expliquées aux participants, et les critères de confidentialité établis. Quoique la possibilité de signer un formulaire de consentement fut évoqué, personne n'a opté pour cette formule.

Observation participante: contextualiser les pratiques

Lorsqu'il est question de la pertinence de l'observation participante dans le cas de la réception des discours visuels médiatisés, je considère la critique de Spitulnik:

«People's self-report about their media practices and attitudes tends to be taken at face value, without examining how this discourse emerges and is structured, or how it relates to observable practices» (1993: 298).

Cette critique est très appropriée car le chercheur ne peut comparer les propos tenus aux faits et gestes des individus; la simple entrevue n'amène pas une immersion dans les pratiques quotidiennes et les environnements sociaux. Cet état de fait est la principale limitation méthodologique de cette recherche en regard des récits d'expérience.

Des séances d'observation participantes eurent lieu, sans toutefois être constitutives de l'expérience individuelle décrite par les femmes dans leurs récits.¹⁶ Les séances eurent plutôt pour objectif de recueillir des données sur les pratiques collectives qui ont trait à l'imagerie foetale à l'intérieur de contextes montréalais spécifiques. Dans cet ordre d'idées, cinq lieux/moments furent sélectionnés: une manifestation pro-vie/pro-choix, une conférence du programme «Bébé pas à pas», trois rencontres prénatales

dirigées par une sage-femme, une rencontre de la Ligue La Leche, et la visite de trois hôpitaux.

J'ai assisté à la manifestation annuelle des différents organismes pro-vie/pro-choix qui s'est tenue au centre-ville de Montréal. Pour la faction pro-vie, cette manifestation avait pour objectif de revendiquer la criminalisation de l'avortement, ce que la faction pro-choix contestait. Suite à mon inscription au programme «Bébé pas à pas» par la poste (ce programme est conçu par la compagnie Mead Johnson qui vend des produits de soins de santé pour les enfants), je fus invitée à assister à une séance d'information périnatale. Cette séance avait pour objet de donner des conseils sur les soins de santé de la femme enceinte et du nouveau-né en faisant la promotion de produits. J'ai ainsi observé comment des intérêts commerciaux juxtaposent l'information périnatale dans un discours sur la grossesse. J'ai aussi participé aux rencontres prénatales de la maison de naissance Côte-des-Neiges, un endroit où les femmes enceintes visitent leurs sages-femmes pour le suivi prénatal et où elles vont accoucher par la suite. Les rencontres prénatales se distinguent de la plupart des cours prénataux offerts dans les CLSC (Centre locaux de services sociaux) aux femmes qui ont un suivi prénatal en milieu hospitalier car l'accouchement est discuté différemment, sous un angle non médical (par exemple, la sage-femme ne va pas enseigner des exercices de respiration et elle ne va pas détailler les interventions médicales de routine). J'ai aussi assisté à une rencontre de la Ligue La Lèche (au CLSC Côte-des-Neiges), un organisme international qui promeut l'allaitement des nouveau-nés. Mon intention était de mieux situer les préoccupations des femmes enceintes sur cette question et la négociation de l'information qui y était circulée.

Enfin, j'ai passé cinq heures dans les corridors, salles d'attentes et pouponnières des départements de gynécologie-obstétrique des hôpitaux St-Luc, Royal Victoria et Ste-Justine. Ces endroits sont relativement centraux dans l'expérience des femmes qui consultent un médecin, car elles y vont pour les visites prénatales, les différents tests à effectuer, l'accouchement et les soins post-partums. J'ai ainsi observé cet environnement institutionnel en notant l'aménagement de l'espace et les interactions qui y prenaient place.

Les modalités d'observation lors de ces séances furent la prise de notes simultanée au déroulement des événements (sauf dans le cas de la rencontre de la Ligue La Lèche) parce que ma «participation» n'était pas directement impliquée dans le cours des événements. Ici, l'étendue du terme observation participante implique ma présence, mais non une participation active dans les dynamiques qui m'entourent. Par exemple, lors de la manifestation pro-vie/pro-choix, j'ai zigzagué entre les deux factions sans toutefois prendre une position ouvertement, et je n'ai pas posé de questions durant les discussions lors des rencontres prénatales.

Les données recueillies comportent deux variantes principales, soit qu'elles adressent directement les femmes enceintes, soit qu'elles traitent des questions de grossesse dans un cadre de politiques sociales. Ces données demeurent toutefois secondaires aux récits des femmes et elles seront intégrées à la description des contextes d'application de l'imagerie foetale à Montréal.

Mise en contexte de la trame empirique

Maintenant que les paramètres des techniques de recherche sont définis et que les femmes qui ont participé à cette recherche sont présentées, je vais décrire le processus de codification des données, introduire les thèmes retenus pour l'analyse, et présenter la formulation de l'ethnographie. La présentation de la trame empirique permettra de mieux situer le mouvement entre les données du terrain recueillies et leur organisation sélective.

Modalités de l'analyse des données

Pour débiter l'analyse discursive des récits, j'ai effectué une codification ouverte en notant les grandes lignes des aspects abordés à l'intérieur des entrevues. J'y ai bien sûr retrouvé les thèmes de mon plan d'entrevue, mais aussi d'autres points d'intérêt soulevés par les femmes. J'ai ainsi identifié neuf aspects: relation avec les professionnels et institutions de santé, occupations quotidiennes, description et critique de l'imagerie foetale rencontrée, interaction sociale avec l'entourage et les inconnus, réseaux d'information prénatale, représentations médiatiques de la grossesse, expérience corporelle de la grossesse, expérience de l'échographie et, historique de reproduction. De cette codification, j'ai retenu un seul thème pour l'ethnographie, celui de l'expérience échographique.

J'ai choisi ce thème car il fut abordé spontanément par toutes les femmes (même si il était répertorié sur mon plan d'entrevue, je n'ai pas eu besoin de l'introduire) et il permet aussi d'ouvrir des pistes analytiques intéressantes au niveau de l'intégration des

technologies médicales de visualisation dans le suivi professionnel de la grossesse. Les propos préalablement identifiés à l'échographie lors de la codification ouverte furent ainsi regroupés, toujours identifiés à leurs auteurs. J'ai ensuite relu ces parties de récits en les recodifiant plus spécifiquement pour identifier les pistes analytiques qui y prennent forme. En premier lieu, le récit du contexte de l'examen échographique par plusieurs femmes m'a amené à analyser l'encadrement institutionnel de cette pratique médicale ainsi que l'initiative des femmes en regard des modalités d'application de cette technologie. En deuxième lieu, les détails de la lecture et de l'utilisation des images échographiques par les femmes ont créé un espace discursif pour analyser les notions que celles-ci rattachent à l'échographie.

Par après, en réexaminant les données, je fut très intriguée par les multiples contextes d'utilisation des mêmes photographies pour des agendas bien différents, et surtout de la lecture que font les femmes de ces photographies par rapport à la lecture qu'en ont fait les critiques féministes.¹⁷ Suite à ces remarques, j'ai réorganisé les données des récits, des documents visuels ainsi que des observations participantes de façon à distinguer l'articulation des images dans un cadre personnel ou public. Les deux autres thèmes retenus pour l'ethnographie sont donc identifiés comme étant l'imagerie foetale personnelle et l'imagerie foetale publique.

Mon intérêt pour qualifier l'imagerie foetale, selon qu'elle soit plutôt personnelle ou publique, tient à ma constatation que les femmes enceintes doivent négocier deux types de représentations; *mon* foetus et *le* foetus. Taylor a déjà avancé une distinction de

cet ordre en définissant les images personnelles comme étant «ones which a woman might view as representing her own fetus, taken by her own doctor, at her own request and for her own purpose» et d'images publiques celles «representing 'the fetus' and employed outside of the clinical setting, for non-medical purposes» (1993: 603). Je considère que la proposition de Taylor est très intéressante car elle permet de relativiser la signification de l'imagerie foetale. Toutefois, ses deux définitions ne s'appliquent pas nécessairement à la réalité des femmes avec qui j'ai discuté. D'abord, la série de critères qui catégorise les images personnelles est rarement observée dans le cas des femmes qui se font suivre par un médecin (surtout en ce qui concerne la décision de recourir à l'échographie) et elle est restreinte à la technologie médicale de visualisation. Ensuite, la définition d'une image publique exclue toutes applications à l'intérieur d'un cadre médical, ce qui est loin de refléter la démarche de plusieurs professionnels de la santé au Québec. Ceux-ci utilisent diverses sources visuelles pour informer les femmes enceintes lors du suivi prénatal.

Je distingue ici ces deux thèmes en définissant l'imagerie foetale personnelle en référence à l'identification qu'en font les femmes par rapport à leur expérience de la grossesse et l'imagerie publique suivant les applications socioculturelles de ce qu'est un fœtus. De cette façon, la qualification de l'imagerie est plus flexible aux contextes de sa présence et de son utilisation, comme les données empiriques l'indiquent. C'est donc au niveau du contexte de l'intégration des discours visuels et de la subjectivité des femmes que je veux distinguer le personnel du public. Bien sûr, même si ces deux typologies se situent dans des sphères événementielles différentes, elles peuvent aussi s'entrecroiser.

Leurs frontières sont perméables; les définitions culturelles *du* foetus vont influencer sur la définition développée par une femme pour qualifier *son* foetus, et vice versa. En situant les formes personnelles/publiques de l'imagerie foetale, la qualification des données empiriques sera plus adéquate pour jauger les discours et enjeux qui s'inscrivent dans cette imagerie.

Suivant la recodification des données du terrain à partir de ces deux thèmes, j'ai identifié des pistes analytiques pertinentes pour l'ethnographie. Le thème de l'imagerie foetale personnelle rendra compte de l'articulation des représentations foetales identifiées à l'expérience personnelle dans le quotidien de la grossesse, ainsi que des notions corporelles et identitaires qu'elles incarnent. Le thème de l'imagerie publique se veut d'avancer une discussion sur les contextes d'intégration de cette imagerie dans le panorama montréalais en distinguant les diverses formes qu'elle prend, et de la lecture qu'en font les femmes.

Ce sont les trois thèmes ainsi sélectionnés et analysés qui serviront à structurer ma narration ethnographique. Je vais maintenant présenter la forme textuelle de l'ethnographie pour permettre au lecteur de situer les données du terrain à l'intérieur de l'ethnographie.

Présentation de l'ethnographie

Comment s'y prendre pour rendre compte des propos individuels tout en les encadrant d'un projet analytique ? Il y a toujours la question de l'étendue du contexte nécessaire et approprié pour situer les propos recueillis par le biais des récits ainsi que l'espace attribué à la textualité des propos versus l'autorité d'interprétation de ceux-ci par le chercheur. Il est problématique de segmenter des récits et de sélectionner des passages particuliers, car le récit constitue en lui-même un tout, une narration continue. Il est autant problématique de colliger la masse de transcriptions brutes au coeur du travail car le projet analytique s'efface quelque peu. Ce qui demeure central est que les récits parlent et qu'il faut les écouter.

Ainsi, ma narration ethnographique oscille entre le récit (textualisé) des femmes et mes commentaires analytiques, et cela, dans le cadre d'un projet académique. Pour ce faire, j'ai sélectionné pour l'ethnographie les extraits de textes qui ont initié mon questionnement et qui m'ont amenée à développer les thématiques de mon analyse; c'est-à-dire qu'ils sont à la base de l'élaboration de mon argumentation. J'ai opté pour cette formule car elle permet un certain contraste entre les propos des individus et mon analyse de ceux-ci, même si le processus de sélection des extraits révèle déjà une stratégie d'analyse. Je considère que les extraits de récits permettent d'inclure des détails et un savoir-dire qui parlent pour eux-mêmes, ce qui permet au lecteur de retrouver quelque peu la texture des données textuelles.

J'ai utilisé deux stratégies textuelles pour présenter les propos des femmes: l'encadrement analytique et l'intégration textuelle. L'encadrement analytique est une structure narrative développée autour d'un extrait de texte (point d'analyse, orientation de l'extrait choisi, extrait et commentaire analytique). L'intégration textuelle incorpore de courtes citations ou la reformulation de propos dans mes propres mots à un commentaire descriptif pour vivifier un point d'intérêt. Quant à la stratégie d'organisation des extraits, elle suit le mouvement des propos tenus par les femmes qui tantôt se rejoignent, se détachent, se chevauchent, se contrepontent et s'opposent. C'est ce mouvement qui a servi à structurer la trame empirique de ce mémoire, à partir des thèmes retenus pour l'ethnographie.

Plusieurs documents visuels et quelques scènes observées sont aussi intégrés aux thèmes abordés sous l'angle des pratiques observées et de la culture matérielle plutôt que du discours individuel. Élaborées complémentaires aux récits, ces données servent à éclairer les propos des femmes en introduisant les contours de l'imagerie foetale discutée par celles-ci et les contextes de leur manifestation. La sélection des données visuelles et événementielles provient de leur pouvoir évocateur en regard des propos tenus par les femmes, ou de leur qualité épisodique pour situer ces propos. Ces données sont présentées dans des sections distinctes de celle qui concernent les récits des femmes à l'intérieur de l'ethnographie.

En ce qui concerne la constitution des trois chapitres ethnographiques, j'ai utilisé deux formes de présentation. Les chapitres V et VII sont constitués principalement de

données empiriques structurées autour des thèmes sélectionnés pour l'analyse et enchâssées dans mes commentaires analytiques. À la différence, le chapitre VI débute par une discussion plus générale de l'imagerie foetale telle que construite par Nilsson pour être ensuite complétée par les propos des femmes. Dans le cadre de ce chapitre, j'ai opté pour cette structure de présentation, car elle permet de juxtaposer le travail de création à celui d'interprétation.

À travers la construction de la trame empirique, j'ai tenté de laisser transparaître le plus possible mon propre cheminement analytique pour situer le processus de manipulation qui sous-tend la narration que j'ai construite. Les chapitres ethnographiques examinent donc trois dimensions de l'imagerie foetale telles que discutées par les femmes rencontrées et encadrées par mon projet analytique. Avant de poursuivre avec l'ethnographie, je voudrais préciser quelques dynamiques socio-historiques pour mettre en perspective certaines questions relatives à la grossesse, telles qu'elles furent articulées au Québec.

IV

QUELQUES POINTS DE REPÈRES SOCIO-HISTORIQUES

Pour mieux situer le contexte socioculturel actuel à l'intérieur duquel s'inscrivent les questions de reproduction, dont la grossesse, il est de mise de mettre en perspective les conditions historiques à travers lesquelles les québécoises et québécois ont défini leurs expériences reproductives. Du «cadeau de Dieu», aux débats sur l'avortement, jusqu'aux nouvelles technologies de reproduction, l'articulation de la reproduction au sein des quotidiens québécois a suivi le cours des conjonctures idéologiques, politiques et des conditions socio-économiques qui ont prévalu, dans le temps et l'espace. Sans rentrer dans les détails historiques de la maternité au Québec, je voudrais quand même rappeler quelques grandes lignes qui vont en éclairer les tournants importants. Ensuite, pour situer brièvement le parcours de l'imagerie foetale développée par la médecine, je vais retracer les formes de cette imagerie au cours des siècles.

L'inscription culturelle et institutionnelle de la grossesse

Ces précisions socio-historiques permettront de mettre à jour l'inscription institutionnelle de la biomédecine comme perspective dominante sur la santé aujourd'hui au Québec, et par le fait même la médicalisation de la grossesse. Les questions de l'encadrement légal de la grossesse vont venir contextualiser sa «responsabilisation collective» et ainsi l'intérêt de certaines instances à définir le fœtus. Enfin, la discussion

sur les nouvelles technologies de reproduction servira à démontrer l'actualisation des narratifs sur la reproduction qui renforce le pouvoir de la biomédecine à qualifier et à intervenir sur les fonctions reproductrices, suivant l'idéologie de risque et la commodification du foetus.

Devoir faire des enfants discrètement

La définition de la grossesse est passée d'un lexique religieux à un lexique scientifique au cours du 20^{ième} siècle, sans toutefois exclure leur simultanéité. Jusqu'au début de ce siècle, de façon générale pour les canadiennes-françaises catholiques, la grossesse était une expérience allant de soi dans le cadre du mariage. La reproduction était considérée comme un «devoir conjugal» pour le couple, d'après les prescriptions religieuses.¹⁸ Pour ce, ces femmes vivaient généralement plusieurs grossesses à intervalles réguliers entre le mariage et la ménopause. Selon Dumont, Jean, Lavigne et Stoddart (1982), les périodes de conception étaient quelque peu régularisées par les saisons et le calendrier de l'église, suivant les périodes d'abstinence sexuelle conformes aux célébrations eucharistiques et les conjonctures du travail saisonnier. Le fondement religieux n'exclut pas la volonté des époux d'avoir plusieurs enfants pour des raisons économiques, comme par exemple la participation des enfants au travail quotidien. La reproduction peut toutefois recouvrir son sens d'obligation lorsqu'une femme appréhende une future grossesse pour des raisons de santé. Pour ce qui est des femmes qui poursuivaient une grossesse en dehors des liens du mariage (promesse de mariage non

respectée, prostitution, viol, etc.), elles laissaient habituellement leurs nouveau-nés dans les crèches, pour des raisons tant économiques que de statut social.

Pour les canadiennes-françaises, les notions qui entouraient la fécondation et la grossesse étaient donc grandement tributaires des préceptes religieux catholiques. La grossesse, même si elle était attendue de la part de l'entourage envers les femmes mariées, devait toutefois être occultée socialement. Selon les historiennes Lemieux et Mercier (1987), les questions de sexualité avaient un caractère éluusif, et la grossesse était ainsi vécue davantage dans l'isolement et le secret, et ce, dans les milieux ruraux et urbains. (C'est toutefois dans les milieux urbains que les changements discursifs au niveau de la planification familiale vont prendre racine, pendant et après les guerres, avec le travail rémunéré des femmes, l'«américanisation» et le contrôle des naissances. Ces historiennes rapportent les propos d'Yvette Jean, une «femme de cultivateur», qui se souvient que «certaines gens, et même quelques-uns de mes enfants, ne s'apercevaient pas que j'étais enceinte; ce n'était pas encore la mode de tout dire» (1989: 181). Pour Florentine Morvan-Maher:

«Le sexe était une chose taboue et pas propre; ça se faisait à la cachette «ces cochonneries-là», et il fallait aller dire ça à confesse ! Même les femmes mariées avaient des problèmes avec ces actes-là ! Elles devaient avoir des enfants, et puis il ne fallait pas que ça paraisse ! [...] C'était ridicule au possible ! L'ignorance régnait en maître !» (cité dans Lemieux et Mercier 1987: 179).

Un exemple, qui démontre la circonspection en matière de procréation, est l'explication qui était donnée aux enfants lors de l'arrivée d'un nouveau-né:

«Dans la plupart des milieux, les histoires de sauvages abondent pour interpréter le phénomène de la naissance. À quelques variantes près, on décrit le scénario suivant: «Les sauvages ont passé et ils ont cassé une jambe à ta mère quand elle a voulu les jeter dehors. Ils lui ont laissé un bébé.» Chez les Franc, les sauvages donnaient des

coups de bâton sur les jambes, c'est pourquoi la mère ne pouvait se lever.» (Lemieux et Mercier 1989: 194).

Parallèlement au caractère sacramentel de la reproduction, la grossesse laissait aussi place à un grand nombre de convictions partagées par certaines communautés:

«Ainsi une mère qui donne naissance à un enfant infirme ou portant une marque quelconque s'expose aux remontrances de son entourage, car cette tare peut être attribuée au fait qu'elle a commis une extravagance ou qu'elle a pu être témoin d'une scène dramatique au cours de la grossesse. Occulter son état permet donc d'échapper à ce contrôle extérieur et de se prémunir contre l'influence des mauvais sorts» (Lemieux et Mercier 1989: 181).

Les femmes devaient donc être discrètes par rapport à leurs grossesses. La prière et le respect des convictions partagées par les communautés où vivaient les femmes étaient les meilleurs moyens pour prévenir les éventuelles complications.

La discrétion en matière de reproduction ne laissait toutefois pas les femmes enceintes complètement seules avec les joies et anxiétés de leurs expériences. Des réseaux d'entraide, tissés autour des rangs ou des quartiers ouvriers, permettaient aux femmes de s'informer entre elles et de s'entraider lors de l'accouchement et des relevailles. Au niveau de l'aide professionnelle, les femmes des milieux ruraux et de la classe ouvrière pouvaient avoir recours aux services de sages-femmes, et les femmes de la bourgeoisie avaient la possibilité de se payer un accoucheur-chirurgien. Dépendant de la mobilité géographique, des moyens financiers et de l'aide disponible, les femmes pouvaient ainsi accoucher seules, avec l'aide du mari ou des proches, avoir recours aux services d'une sage-femme ou d'un médecin. Au début du 20^{ième} siècle, les sages-femmes assistaient la majorité des accouchements dans la province, et les médecins commençaient à se faire une clientèle dans les milieux urbains auprès des femmes de la bourgeoisie. La

montée hégémonique du regard biomédical au cours du 20^{ième} siècle a suivi une trajectoire qui révèle des enjeux de pouvoirs et de savoirs entre médecins et sages-femmes.

Sages-femmes et médecins: enjeux professionnels et politiques du savoir

La prise en charge professionnelle de la grossesse et de l'accouchement fut ainsi assignée originellement aux sages-femmes. Lors de leur arrivée au 17^{ième} siècle, les sages-femmes amenèrent avec elles le savoir d'une longue tradition obstétricale européenne.¹⁹ Celles-ci pratiquèrent d'abord sur une base individuelle selon les besoins locaux, mais elles ne tardèrent pas à développer un réseau structuré, supporté par le clergé et les autorités coloniales. C'est sous le régime anglais que la pratique des sages-femmes fit l'objet d'un encadrement légal; la première loi médicale de 1788 confirma le statut des sages-femmes à l'intérieur du système de santé. À cette époque, une coexistence paisible régnait entre le corps médical et les sages-femmes. Ce consensus résulte, entre autres, du fait que l'accouchement n'intéressait pas les médecins:

«À l'époque, c'était une spécialité considérée, en partie et à juste titre, comme très peu scientifique (elle a bien changé depuis) et d'ailleurs le dicton en vigueur était: «Si ton fils est adroit, fais-en un chirurgien, s'il est intelligent, fais-en un médecin, s'il est ni l'un ni l'autre, fais-en un accoucheur». Ceux qui s'orientaient vers cette spécialité étaient considérés par leurs collègues comme des «poilus - musclés», plutôt «bas de plafond», tout juste bon à s'arc-bouter sur des cuillères de forceps. Et ils ne cachaient pas leur sentiments méprisant et dévalorisant pour ces médecins qui ne s'occupaient que de maladies de femmes» (Daffos 1995: 31).

Cependant, la réticence des médecins à superviser les accouchements s'est amenuisé «à mesure qu'ils prenaient conscience du fait que la pratique des accouchements leur attirait une bonne partie de leur clientèle» (Desjardins 1993: 36). Suivant la valorisation de la

pratique obstétrique, le nombre d'étudiants augmenta considérablement, ce qui développa de nouvelles niches pour leur pratique, notamment dans les milieux ruraux.

Vers la deuxième moitié du 19^{ième} siècle, l'implantation de nouvelles institutions d'enseignement et de regroupement professionnel a enclenché l'engrenage qui a mené à la disparition institutionnelle des sages-femmes. En 1845, une ordonnance interdit à quiconque n'étant pas médecin diplômé d'une université ou n'ayant pas l'autorisation expresse du gouverneur d'exercer la profession d'accoucheur dans les villes de Québec et de Montréal, et à partir de 1847, la formation des sages-femmes fut contrôlée par le Collège des médecins et chirurgiens (Dumont et *al.* 1982: 168).²⁰ Même s'ils acceptèrent de prime abord la présence des sages-femmes au sein de leur corporation, les médecins devinrent rapidement réticents face à la complémentarité des deux professions. Vers la fin du 19^{ième} siècle, les médecins assurèrent leur position en resserrant le contrôle des institutions d'enseignement et les sages-femmes perdirent peu à peu leur pouvoir d'éducation et d'administration. Étant donné que l'apprentissage de l'obstétrique demandait une pratique clinique et que peu de femmes désiraient accoucher sous la supervision d'un médecin, ceux-ci réclamèrent la clientèle des maternités où les sages-femmes faisaient leur apprentissage. Les dires d'un médecin de l'époque donnent quelques indices sur la perception des femmes enceintes par le milieu médical:

«Il est actuellement impossible d'obtenir suffisamment de cas pour assurer une formation adéquate en obstétrique puisque 75% du *matériel* disponible pour la recherche clinique sert de gagne-pain aux sages-femmes» (Docteur Charles Zeigle dans Desjardins 1993: 38).

C'est ainsi que, par exemple, les médecins investirent le conseil d'administration de la maternité de McGill et firent démissionner la sage-femme institutrice en 1880. Les cours de sage-femme furent «remplacés» par ceux d'infirmière en 1920.²¹

La création des facultés universitaires eut un impact notoire sur l'évolution du savoir obstétrique. En obtenant le droit de contrôler l'entrée des étudiants en médecine, les médecins exclurent les femmes des facultés médicales.²² De cette façon, les femmes n'eurent aucun droit de parole à l'intérieur des «lieux de savoir» où le domaine de la gynécologie-obstétrique prit racine. Cette perspective scientifique vint à définir la grossesse comme un état pathologique, et l'accouchement, un événement dangereux, et qu'ainsi, l'approche interventionniste (anesthésie, forceps, césarienne, épisiotomie, etc.) était nécessaire pour la santé de la mère et du fœtus. La notoriété de la biomédecine fut établie sur la base d'un discours d'efficacité et de sécurité. Ce discours fut progressivement adopté par les femmes de la bourgeoisie (qui avaient les moyens financiers et à qui on soulignait leur «fragilité» en comparaison des femmes du milieu rural), mais ensuite élargi à la majorité de la population, suite au succès remporté par la médecine au chapitre de la mortalité infantile et maternelle.²³ Dès les années 50, la moitié des naissances se déroulent à l'hôpital, et au début des années 60, l'hospitalisation des parturientes tend à devenir la norme (Laurendeau 1987). Cette tendance se stabilisa et s'institutionnalisa avec l'avènement du régime d'assurance-maladie en 1970.²⁴

La profession de sage-femme a toujours été reconnue par la Loi Médicale qui stipule que les règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-

femmes doivent être établies par le Collège des médecins. Cependant, le Collège a négligé, au cours des récentes décennies, le devoir de mise à jour qui lui était conféré par la Loi Médicale. En effet, il n'a jamais actualisé le règlement qui définit la formation et le cadre de la pratique des sages-femmes.²⁵ Les dispositions prévues au règlement sont vétustes et inapplicables dans le contexte actuel du système d'enseignement; les préalables requis pour l'obtention d'un permis de pratique étaient impossibles à remplir. C'est donc parce que le Collège des médecins n'a pas mis à jour les règles relatives à l'obtention d'un permis de pratique que les sages-femmes ne peuvent pas travailler, non parce que leur profession n'est pas reconnue devant la loi.

Suivant l'institutionnalisation de la médicalisation des accouchements,

«le mode d'accouchement s'est transformé pour s'adapter aux conditions matérielles de l'hôpital et pour répondre adéquatement aux cas à risque élevé et aux cas d'urgence. D'ailleurs, c'est à cette fin que s'est développée une nouvelle technologie destinée à parer toute éventualité lors d'un accouchement» (Laurendeau 1987: 129).

Le regroupement des services obstétriques dans certains centres hospitaliers, l'augmentation des accouchements faits par des médecins spécialistes, et la croissance continue des étudiants en gynécologies-obstétrique ont consolidé une approche interventionniste avec une utilisation plus intensive des techniques obstétricales comme la césarienne, l'induction médico-chirurgicale et le monitoring foetal.²⁶ La profession médicale a ainsi banalisé une série d'interventions qui sont devenues standard avec le temps, et par le fait même, non questionné en termes de choix.²⁷ C'est justement au niveau de l'habileté à choisir le type de services périnataux que plusieurs instances ont

réclamé la reconnaissance d'autres alternatives que la médicalisation comme perspective sur la santé et de l'hôpital comme environnement des pratiques.

Pour bien faire la différence entre intérêts professionnels et questions de santé, je tiens à souligner la position du Collège des médecins envers la pratique des sages-femmes. Les maisons de naissance ont vu leurs portes ouvrir en 1994, quatre ans après l'acceptation de la loi sur la pratique des sages-femmes par l'assemblée nationale. Pourquoi cela a-t-il pris autant de temps pour rendre fonctionnelle une loi tant attendue ? La pression du Collège n'y est pas pour rien. Pour qu'un projet de maison de naissance soit accepté, une entente doit être signée entre cette institution et un hôpital dans le but d'établir une régulation quant au transfert des femmes dans un hôpital au cas où des complications surviendraient. Ces ententes furent difficiles à obtenir, car elles n'impliquaient pas seulement un médecin ou un établissement hospitalier, mais bien une corporation professionnelle. Déjà au cours de l'élaboration du projet de loi sur la pratique des sages-femmes en 1990, le Collège des médecins soutenait que cette loi était «a monster that will be aborted».²⁸ Interrogé sur la demande des femmes à pouvoir choisir le contexte de leur accouchement, Augustin Roy (le président du Collège à ce moment) a répliqué que «C'est pas parce que les gens demandent quelque chose qu'il faut leur donner absolument. Moi, j'aimerais bien magasiner le dimanche et tourner à droite sur les feux rouges» (Leroux 1990: 18), et qui plus est, ««Why not legalize prostitution ? There are a lot more people asking for the legalization of prostitution than the legalization of midwives»».²⁹ Le Collège des médecins et les diverses associations médicales n'entendaient pas perdre le monopole de l'administration et de l'enseignement des soins

périnataux qu'ils détiennent.³⁰ La question ne concerne plus la santé des individus et leurs besoins, mais bien les intérêts d'une profession particulière.

Malgré les embûches posées par le corps médical, les sages-femmes n'ont jamais arrêté de pratiquer, quoique en dehors d'un cadre institutionnel (et donc du régime d'assurance-maladie).³¹ Les sages-femmes qui pratiquent actuellement ont acquis leurs connaissances soit sous la supervision de sages-femmes expérimentées, soit en étudiant à l'étranger dans des institutions spécialisées (ou récemment dans d'autres provinces canadiennes). En juin 1990, la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes a permis l'ouverture de huit maisons de naissance à travers la province (Gatineau, Mont-Joli, Montréal, Pointe-Claire, Saint-Romuald, Sherbrooke, Alma, Povungnituk). Les projets-pilotes ont vu le jour après plus de vingt ans de pression constante de la part des sages-femmes, de diverses associations pour l'humanisation des soins de santé et de la population intéressée. Les revendications concernaient les abus d'un professionnalisme autoritaire et sexiste, les effets de la dépendance et de la passivité engendrés par la monopolisation du savoir obstétrique, ainsi que les dangers et l'inutilité de certaines interventions de routine dans les cas de grossesse normale. Le Ministre de la Santé et des Services Sociaux a finalement reconnu officiellement le droit des sages-femmes à pratiquer, en avril 1998. Néanmoins, le cadre de leur intégration au réseau de soins et de services de périnatalité et les modalités de leur regroupement professionnel seront définis en 1999.

Quel est la particularité de la profession de sage-femme à l'intérieur du réseau des soins périnataux au Québec ? Selon Le Conseil d'évaluation des projets pilotes (1997), la perspective des sages-femmes repose sur la continuité et la personnalisation des soins, le partage des connaissances et des responsabilités décisionnelles, et l'adaptation des lieux du suivi prénatal et de l'accouchement selon les besoins des femmes enceintes. La reconnaissance de la pratique des sages-femmes donne maintenant la possibilité aux québécoises de choisir le mode de suivi prénatal et d'accouchement qui répond le mieux à leurs besoins, à l'intérieur du système de santé.

Enfin, les paramètres légaux de la reproduction ne s'arrêtent pas à l'encadrement professionnel du suivi prénatal, ils sont aussi étendus aux questions de choix reproductifs, comme je vais l'exemplifier avec les débats législatifs sur l'avortement et les droits du fœtus.

L'encadrement légal: les droits de qui ?

La législation sur l'avortement a aussi participé à la mise à jour les politiques de la grossesse. Au Canada, l'avortement fut considéré comme un crime envers la personne dans le code criminel jusqu'en 1969, quoique le gouvernement de l'époque avait ouvert un espace discrétionnaire en 1939 pour les médecins lorsque la vie de la mère était en danger (Brodie 1994: 125). Bien sûr, l'avortement a toujours été pratiqué «clandestinement» avec les risques pour la santé que cela encourageait et les éventuelles poursuites judiciaires auxquelles les femmes et «avorteurs» faisaient face. C'est en 1988,

suivant la cause Morgentaler, que la loi reconnut le droit des femmes en matière de choix reproductif (non pas seulement dans le cas d'indications médicales) à travers le Canada. Aujourd'hui, au Québec, une femme peut choisir de recourir à l'avortement suivant sa propre requête, jusqu'à sa 20^{ième} semaine de grossesse.

Cette modification législative, qui répondait aux revendications féminines en matière de choix reproductifs, a contribué à repositionner collectivement les perspectives et pratiques qui entourent la grossesse. Le sens de «devoir» administré par la religion catholique est passé à l'ordre des «droits» civils. À ce sujet, peu après que l'accès à l'avortement fut reconnu pour les canadiennes, les débats légaux sur la grossesse se sont tournés vers les droits du fœtus.

À partir du début des années 90, plusieurs cas devant les tribunaux canadiens ont mis en cause le comportement néfaste de femmes enceintes envers leurs fœtus, demandant ainsi à la juridiction étatique d'intervenir dans le cours de la grossesse de ces femmes. (À la différence de certains états américains, le fœtus ne possède aucun droit au Canada.) Au niveau de la juridiction canadienne, «Le droit jurisprudentiel actuel considère le fœtus comme une partie de sa mère jusqu'à ce qu'il soit complètement sorti du sein de celle-ci»³². Cependant, plusieurs causes ont initié des recommandations de la part des juges sur une éventuelle législation des droits du fœtus. Dans son jugement sur le cas d'une femme enceinte toxicomane à qui l'État voulait imposer un programme de désintoxication, le juge manitobain en charge a rejeté la demande de l'État, mais a toutefois déclaré que «le contrôle que l'État pourrait exercer sur une femme enceinte qui

met en danger la santé d'un foetus est une question que les hommes politiques devraient régler par voie législative»³³. Le Chef réformiste Preston Manning, qui affiche son opposition à l'avortement, a affirmé qu'il confierait aux citoyens, au moyen d'un référendum, la décision sur une éventuelle protection du foetus.³⁴ Un juge du Nouveau-Brunswick a aussi déclaré dans son jugement lors du procès d'une femme poursuivie pour négligence criminelle suite à un accident de voiture qu'elle a eu pendant sa 27^{ième} semaine de grossesse: «Il me semble raisonnable de permettre à un enfant de poursuivre sa mère pour des blessures prénatales causées par la négligence».³⁵ Suivant les climats idéologiques et les politiques sociales prévalantes, la personnification du foetus peut tendre à déplacer l'autonomie corporelle des femmes à la périphérie d'une nouvelle personne juridique; le foetus.

En plus d'être une potentielle personne juridique, le foetus peut aussi recouvrir le sens de "patient" au sein du domaine obstétrique. C'est-à-dire que l'application des nouvelles technologies de reproduction, et particulièrement les technologies de dépistage prénatal, tend à individualiser le foetus pour le traiter, plus ou moins distinctement de la femme enceinte.

Nouvelles technologies de reproduction: repenser les «fonctions» reproductrices

Depuis les années 80, et particulièrement dans les années 90, les nouvelles technologies de reproduction ont aussi intégré de nouvelles variables dans les expériences reproductives des québécoises. Les services d'assistance technique ont proposé de

nouveaux paradigmes pour penser «l'infertilité», un concept qui a fait surface sous l'angle de l'intervention scientifique:

«As the role of technology in reproduction expands, so it can be seen that *technology, rather than «nature»*, becomes the foundation for emergent meanings and beliefs concerned with the reproductive process» (Franklin 1993: 540)

Dans cet ordre d'idées, la conception est intégrée à un discours génétique qui repose sur l'expertise biomédicale. Le domaine du *counselling* génétique exemplifie cette situation où la reproduction est discutée en termes de «qualité» suivant la nomenclature des risques potentiels «d'anormalités». Les préoccupations liées à la santé/normalité du fœtus se reflètent aussi dans le nombre croissant et la standardisation (dans certains cas) des examens de dépistage prénataux tels que l'amniocentèse, l'échographie, et la biopsie des villosités choriales.³⁶

La reproduction vient aussi à être commodifiée, c'est-à-dire que par exemple, les individus peuvent recourir aux services d'une mère-porteuse en payant un montant forfaitaire, ou bien payer pour la fertilisation de leurs propres cellules reproductrices en laboratoire dans le cas de la technique *in vitro*. Ces nouvelles possibilités techniques ne sont pas dissociées des motifs socio-économiques qui sous-tendent leurs applications:

«Human eggs, sperm, and embryos can now be moved from body to body or out and back into the same female body. The organic unity of fetus and mother can no longer be assumed, and all these newly fragmented parts can now be subjected to market forces, ordered, produced, bought, and sold» (Martin 1987: 20).

La procréation ne dépend plus nécessairement de la relation sexuelle, elle est atteinte par le biais de manipulations techniques, hors du corps humain. Par ricochet, les nouvelles technologies de reproduction ont aussi introduit des considérations biopolitiques au niveau des intermédiaires qui participent à la reproduction. Par exemple, quel est le statut

des embryons conservés en laboratoire ? Ces questions biopolitiques sont intimement liées aux notions de «vie foetale». Et ces notions sont loin de faire l'unanimité entre les positions religieuses, médicales et commerciales, et il n'y a même pas de consensus à l'intérieur de ces différentes positions.

• ❦❦❦❦ •

Enfin, le caractère discret de la grossesse au tournant du 20^{ième} siècle s'est bien dissipé au cours des décennies. Le passage marqué de la reproduction d'un cadre religieux à un cadre scientifique a quelque peu redéfini la grossesse en termes de processus biologique, sous le couvert de la science. Jumelé aux changements survenus dans les politiques de la maternité mis à jour par les mouvements féministes, ce nouveau discours a créé un espace discursif qui a renouvelé les définitions socioculturelles de la grossesse et son intégration collective. Aussi, dans la sphère médiatique, on retrouve aujourd'hui plusieurs scènes qui représentent différentes dimensions de la grossesse (accouchement, grossesse non désirée, etc.). Le corps des femmes enceintes n'est plus caché automatiquement. Par exemple, les femmes enceintes peuvent s'afficher en portant des vêtements qui soulignent leurs formes corporelles, et les compagnies de lingerie ont créé des collections spécifiques pour la grossesse.

En même temps que la grossesse est exprimée de façon plus ou moins ostensible, les femmes font de plus en plus l'objet d'un encadrement légal et médical qui se concentre sur le fœtus pour construire un discours sur la grossesse. Le fœtus n'est

certainement pas une notion nouvelle, tant pour les femmes que pour la biomédecine. Cependant, son bagage référentiel s'est transformé au cours des conjonctures socio-historiques. Malheureusement, je n'ai pas pu trouver de références historiques au sujet des définitions conceptuelles du fœtus par les québécoises. Je vais donc restreindre les données historiques des définitions foetales à la tradition visuelle de la biomédecine, telle que développée en Europe et en Amérique du nord.

Bref historique de l'imagerie foetale à travers les ouvrages médicaux

Les quelques exemples d'imagerie médicale qui suivent ne peuvent rendre compte à eux seuls du chevauchement des approches alternatives aux modes de représentation dominants et des conjonctures qui ont mené à leur élaboration.³⁷ Cependant, ce bref survol historique de l'imagerie médicale permettra quand même de situer quelque peu les stratégies dominantes du capital linguistique de la biomédecine en matière de mode de représentation et d'interprétation de l'imagerie médicale.

Les premières illustrations foetales retracées dans le domaine médical apparaissent au 13^{ième} siècle à l'intérieur d'un traité de gynécologie. Par la suite, la plupart des illustrations médicales vont conserver les mêmes codes de représentation jusqu'au début du 17^{ième} siècle (fig. 1); un utérus stylisé, sans relation au corps féminin, et un fœtus qui semble autonome, à l'image d'un petit homme. Vers la fin du 15^{ième} siècle, Léonard de Vinci fait exception à la règle en étant le premier à dépeindre le fœtus dans sa position utérine (fig. 2), la «position foetale», tout en établissant les bases d'une technique

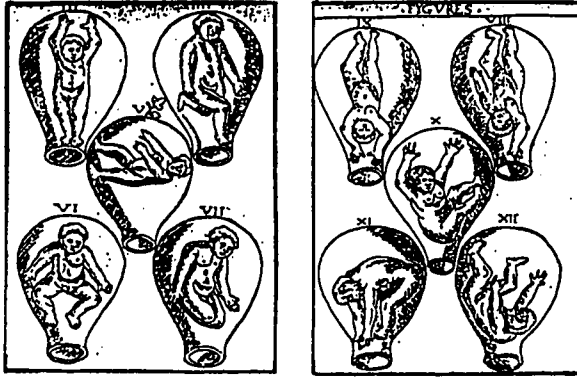


Fig. 1. Différentes positions foetales par Eucharius Rösslin, 1626. (Newman 1996 :29).



Fig. 2. Première illustration de la “position foetale” par Léonard de Vinvi, après 1487. (Newman 1996 :41)

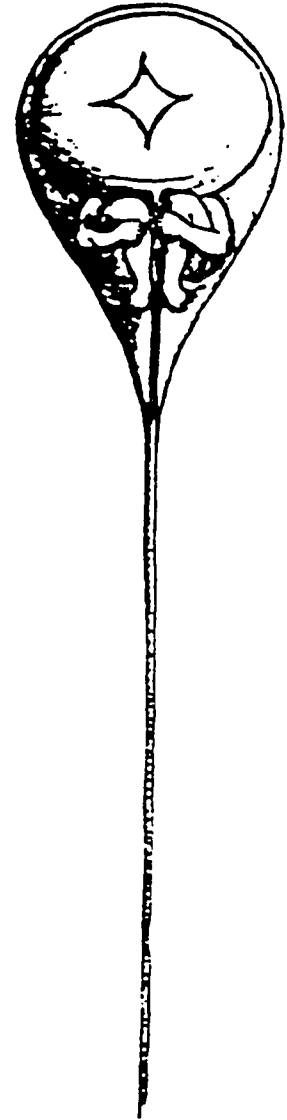


Fig. 3. Homunculus dessiné en 1694 par Kiklaas Hartsocker. (Flanagan 1962 :5)

de représentation plus détaillée que le stylisme de ses contemporains.³⁸ À cette époque, et jusqu'au milieu du 18^{ième} siècle, le fœtus fut dépeint sous sa forme humaine déjà dans les cellules reproductrices; c'est-à-dire qu'il y ait déjà dans l'ovule ou le spermatozoïde (dépendant si le scientifique est «oviste» ou «homunculiste») un minuscule humain préfabriqué qui croît simplement en volume (fig. 3). Cette approche fut réfutée par l'observation sous microscope d'embryons. C'est vers le milieu du 19^{ième} siècle que la théorie sur le développement cellulaire, que soutient aujourd'hui la biomédecine, commença à prendre forme.

Le corps de la femme (mis à part une ébauche d'utérus) apparut au 17^{ième} siècle dans les illustrations médicales car l'approche illustratrice qui avait cours était de pénétrer le corps humain couche par couche, un peu comme un travail de dissection. C'est à ce moment que le corps de la femme, ou du moins le tronçon qui comprend l'utérus, apparaît plus couramment dans les ouvrages médicaux (fig. 4). La représentation de la femme dans ces illustrations a un caractère très romantique, loin des diagrammes organiques qui ont cours dans les manuels d'obstétrique aujourd'hui.

Les illustrations médicales, au cours du 20^{ième} siècle, ont vu des changements opérés sur la base de consensus médicaux, qui sont tout autant socioculturels que politiques. Hahn a scruté 17 éditions (1903-1985) du Williams Obstetrics pour bien démontrer comment les changements de discours opérés à l'intérieur de cette référence didactique reflètent la socialisation et la pratique des obstétriciens au cours de ce siècle. Par exemple, la couverture du volume a présenté, pendant 6 éditions (1903-1930)

l'illustration d'une coupe transversale du torse d'une femme enceinte, avec la légende «Vertical Mesial Section Through Body of Woman Dying in Labour, with Unruptured Membranes Protruding from Vulva» (fig. 5). Cette illustration fut modifiée dans la 7^{ième} édition (1936) pour présenter le fœtus non sectionné. Pour les éditions suivantes, l'image fut reléguée à une section traitant de complications, et elle fut retravaillée sous la forme d'un diagramme plutôt que d'un dessin près de la photographie.³⁹ Hahn commente ce changement en proposant que les «subsequent modifications of this frontispiece suggest that later authors of the text found it inappropriate or offensive, or believed that the readers would find it so» (1987: 261). J'ajouterais aussi que l'évolution de ce frontispice révèle les fondements du regard de la discipline obstétrique, à savoir que la grossesse est un événement connoté pathologique.

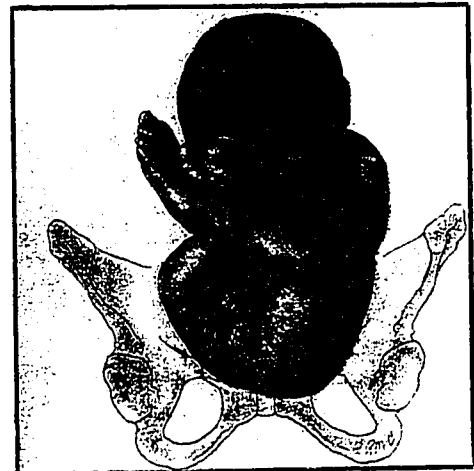
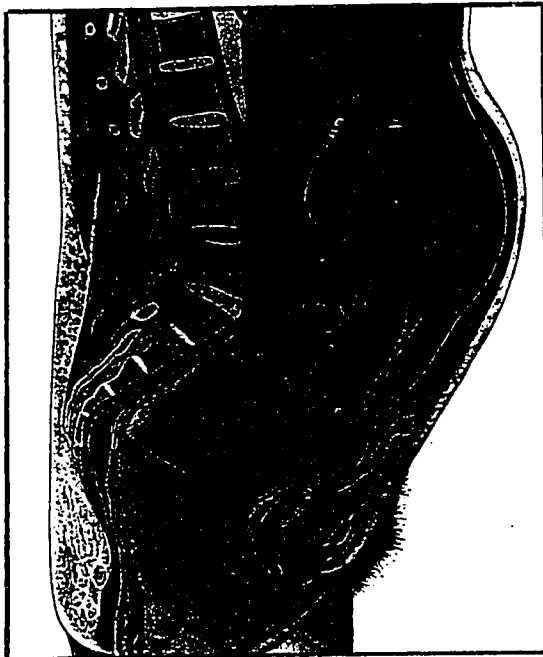
Qu'en est-il des éditions plus récentes du Williams Obstetrics ? À l'intérieur de l'édition de 1993, le chapitre sur les soins prénataux, qui est intitulé «prenatal surveillance», ne contient aucune image d'une femme en entier. La plupart des images présentent la partie du corps féminin qui est traitée dans le texte, et le fœtus prend souvent la place centrale. Aussi, dans les illustrations des différentes positions foetales, la femme est représentée par un diagramme du squelette pelvien et le fœtus par un dessin de style photographique (fig. 6). Il est intéressant de noter comment différents modes de représentation sont attribués à chaque «sujet». Malgré la prépondérance des images présentées sous forme de diagramme à l'intérieur du Williams Obstetrics, le fœtus conserve ses propres canons artistiques. Le discours visuel du Williams Obstetrics laisse paraître le rôle très secondaire de la femme en dehors d'être le lieu de processus

Fig. 4. (en haut à droite) Illustration anatomique d'une femme enceinte par Cosme Viardel, 1673. (Newman 1996 : 74)



Fig. 5. (en bas à gauche) Couverture du Williams Obstetrics, 1912. (Newman 1996 :103)

Fig. 6. (en bas à droite) Illustration d'une position foetale dans le Williams Obstetrics, 1993. (Newman 1996 :106)



physiologiques, et le dédoublement de son corps par la différenciation visuelle (ou individualisation) du fœtus.

Quelque soit l'époque en question, les modes de représentation sont associés aux climats idéologiques prévalants au cours des siècles. Même si la typologie des représentations peut se ressembler quelque peu d'époque en époque, les illustrations signifient différemment selon les conjonctures historiques. Newman retrace les grandes lignes idéologiques qui ont concouru à définir l'imagerie foetale au cours des cinq derniers siècles:

«In the sixteenth century in relation to Aristotelian and Galenic notions of generation and Albertian perspective; in the seventeenth century in relation to the Cartesian *cogito* with its important links both to Renaissance perspective and to developing notions of subjectivity associated with the Enlightenment; in the eighteenth century in relation to political economy, an evolving public sphere, and the production of a rights-bearing subject; in the nineteenth century in relation to a positivist biologism; in the late twentieth century in relation to the proliferation of rights claims, particularly feminism, the «technologization» of representation and reproduction, and changing notions of what constitutes «life»». (1996: 2-3).

Les développements de la technologie médicale de visualisation foetale furent déterminants tout au long du 20^{ième} siècle au niveau des pratiques médicales, mais aussi de la «socialisation» du fœtus.

L'imagerie médicale a maintenant dépassé le contexte clinique pour être médiatisée sous plusieurs formes, et pour différents agendas. Les codes stylistiques de l'imagerie médicale furent plus ou moins retravaillés pour être agencés aux intentions des créateurs de représentations foetales. À l'intérieur du prochain chapitre, je vais ainsi aborder la caractérisation de l'imagerie foetale et de ses nouveaux créneaux de

médiatisation à Montréal, tout comme la lecture de cette imagerie par les femmes à l'aide de l'exemple d'une publicité.

V

IMAGERIE PUBLIQUE:

L'INSCRIPTION DU FOETUS DANS LE PANORAMA MONTRÉALAIS

Depuis le milieu des années 60, l'imagerie foetale a graduellement pénétré plusieurs genres discursifs sur la reproduction, suivant des agendas religieux, médicaux et commerciaux. Maintenant à l'aube d'un nouveau siècle, quels sont les contextes sociaux où s'inscrit l'imagerie foetale et quelles sont les références culturelles qui y prennent forme ? À partir des documents visuels recensés lors du terrain et des séances d'observation participante conduites, je vais retracer les contours de la présence de l'imagerie foetale dans le contexte montréalais. Je n'aborderai pas ici le contexte des pratiques médicales car je veux concentrer cette description sur le cadre médiatique de l'imagerie foetale.

En deuxième partie, je vais mettre en parallèle trois dimensions discursives d'une manifestation de l'imagerie foetale, respectivement sa création, médiatisation et réception, à l'aide de l'exemple d'une publicité télévisée. Conséquemment, les propos des femmes au sujet de cette publicité vont éclairer deux avenues analytiques: la polysémie des discours visuels et l'expertise des femmes en matière de développement foetal.

L'imagerie foetale dans le contexte montréalais

Le champ d'application incontournable et constant en matière d'imagerie foetale est sans aucun doute le discours pro-vie contre l'avortement. Depuis trois décennies, l'imagerie foetale a été un argument important de cette rhétorique très politisée. En dehors de cette sphère discursive, où prend vie l'imagerie foetale ? Suite à l'examen des données documentaires recensées lors du terrain, j'ai constaté que l'imagerie a aussi une présence marquée au sein de l'industrie de la publicité et du divertissement. Le fœtus est portraituré sous plusieurs formes pour incarner différents propos. La section qui suit est donc structurée autour de ces deux champs d'exploitation, où je joins mon analyse des documents visuels aux contextes de leurs présences.

Le discours pro-vie et son argumentation visuelle

Comme à tous les premiers dimanches d'octobre depuis six ans, l'organisme Campagne Québec-Vie organise une «chaîne humaine» sur la rue Ste-Catherine (à l'intersection des rues St-Denis et Berri) pour réclamer la criminalisation de l'avortement. Lors de cet événement, les «pro-vies» récitent en chœur des prières d'un côté de la rue, tandis que les «pro-choix» clament des slogans tels que «Québec-Vie fout le camp, va te faire voir au Vatican» de l'autre côté. Pendant près d'une heure, les deux groupes se défient verbalement et visuellement, séparés par une vingtaine de policiers de la CUM, armés de visières et de matraques.

Avant d'arriver sur les lieux de la manifestation, je m'attendais à retrouver plusieurs images de foetus du côté pro-vie. Je fus toutefois étonnée par leur absence.⁴⁰ L'unique support visuel exhibé par les tenants pro-vie était une immense affiche de Notre-Dame de Guadalupe, la patronne de leur cause. Les images de foetus présentes lors de la manifestation n'étaient pas ostensibles. La seule image que j'ai aperçue, en me promenant à travers la faction pro-vie, fut un petit dessin de foetus très coloré, collé dans le dos d'un homme. Ce sont les pancartes, abordant «L'avortement tue des enfants» (et en anglais aussi), qui furent utilisées pour convoier leur message.

Même si l'imagerie foetale ne fut pas exploitée lors de la manifestation, elle est cependant belle et bien présente dans l'argumentation de la documentation pro-vie. Les présentoirs d'information, à l'entrée des bureaux de Campagne Québec-Vie et de Montréal Pro-life, regorgent de pamphlets abordant des images de foetus. À l'intérieur de la rhétorique pro-vie, on retrouve deux principaux créneaux de médiatisation de l'imagerie foetale; le développement du foetus et le foetus avorté (fig. 7). La première orientation met l'accent sur le détail de la formation des organes et membres du foetus lors du premier trimestre (conception jusqu'à la 12^{ième} semaine de grossesse) pour aller au-delà de la notion de viabilité en démontrant la «vie» qui émane dès la fertilisation. La deuxième orientation illustre «le meurtre» qu'est l'avortement, par le biais de foetus démembrés (avortement par aspiration) et ensanglantés (avortement par intoxication au sel). Dans le cas des deux organismes pro-vie montréalais, les arguments visuels apportés par l'imagerie foetale ont une place centrale à l'intérieur de leur documentation.

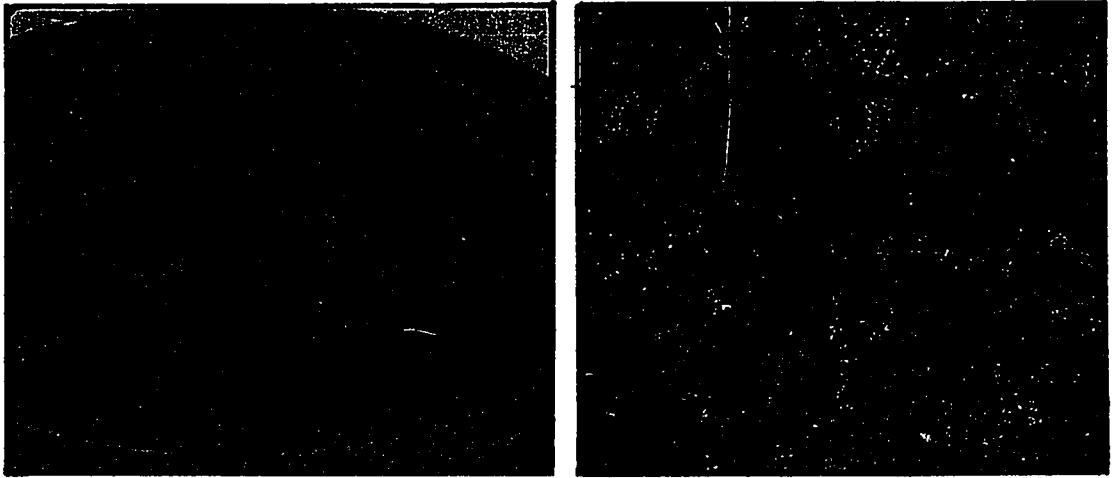
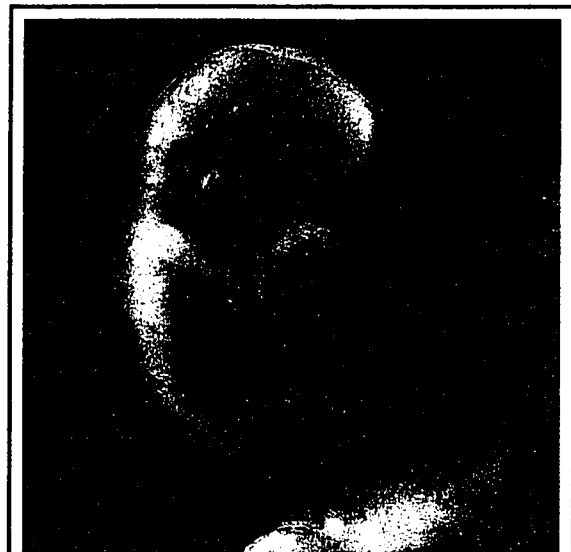


Fig. 7. Deux stratégies de représentation de foetus avortés. (Ces photographies sont tirées de dépliants recueillis dans les bureaux de l'organisme Campagne Québec-Vie.)



À 10 semaines, le bébé mesure déjà plus de deux pouces de longueur. Son coeur bat depuis plusieurs semaines, des ondes cérébrales peuvent être observées et son système nerveux est complètement formé. Tous ses organes sont présents. Tout ce qu'il lui manque, c'est de la nourriture et du temps pour croître.

L'imagerie foetale est tellement centrale qu'on peut se demander où sont les femmes concernées dans ce type de discours visuel (mais aussi le texte qui le supporte). On retrouve quelques fois des photographies de femmes enceintes aux côtés des images de foetus, mais ces cas sont plutôt rares. Les supports visuels utilisés par les tenants d'un discours pro-vie sont souvent limités au foetus, ce qui ne rend pas compte des émotions vécues par les femmes, de leur environnement socio-économique et de leur questionnement lors d'une grossesse inattendue. L'accent visuel porté à l'imagerie foetale ne révèle rien sur ce que vivent les femmes, laissant ainsi dans l'ombre l'individu qui doit prendre une décision.

L'intérêt pro-vie pour l'imagerie foetale se situe au niveau d'une démonstration scientifique de la «réalité foetale». C'est ce qui est question dans le vidéo Le cri silencieux (une production américaine), un documentaire popularisé dans les années 80 et maintenant loué par l'organisme Campagne Québec-vie. Ce documentaire dit dépeindre l'avortement «du point de vue du foetus» en visualisant le déroulement d'un avortement, par le biais d'une image échographique. On peut voir les mouvements du foetus à la rencontre des instruments chirurgicaux et son démembrement graduel par l'aspiration. C'est ce qui représente le «point de vue du foetus». L'utilisation très suggestive de l'imagerie foetale par les groupes pro-vie construit ainsi son argumentation sur la notion de «vie» (humaine) foetale. Enfin, l'intérêt visuel marqué pour le foetus déplace les questions de santé des femmes enceintes vers un débat sur les droits individuels (droit à la vie) à travers la personnification du foetus. Le devise de l'organisme Campagne Québec-vie résume bien cette tendance: «Un peuple qui tue ses enfants n'a pas d'avenir». ⁴¹

L'utilisation de l'imagerie foetale par ceux qui soutiennent un discours du type pro-vie n'est pas instantanée, comme ce fut le cas lors de la manifestation annuelle. Cependant, ce discours visuel fut bel et bien présent à l'intérieur des bureaux des organismes montréalais pro-vie et de leur matériel «éducatif». Les arguments avancés à l'aide de l'imagerie foetale sont de deux ordres: la grossesse est avant tout un fœtus qui se développe (l'expérience socioculturelle vécue par une femme est ignorée) et le fœtus est un être à part entière, une «vie». Cette perspective n'est toutefois pas la seule qui participe à alimenter les notions culturelles reliées à l'imagerie foetale. Les industries de la publicité et du divertissement ont aussi intégré l'icône foetal dans leurs rangs. À la différence du discours pro-vie, la médiatisation de l'imagerie par ces diverses instances n'est toutefois pas égale.

Les industries de la publicité et du divertissement

Au tournant des années 90, l'imagerie foetale s'est retrouvée dans plusieurs champs d'application qui dépassent le cadre médical et les questions légales. Les industries de la publicité et du divertissement ont utilisé l'imagerie foetale de façon très versatile. Tantôt le fœtus est utilisé pour vendre une automobile, tantôt il devient le chanteur d'un vidéo-clip. Malgré la diversité des modes de représentation et contextes d'exploitation, y a-t-il un consensus au niveau de ce que signifie le fœtus ? À l'aide de quelques exemples, je vais brosser un portrait de l'imagerie foetale qui est médiatisée à Montréal.

En ce qui a trait aux publicités télévisées, la compagnie de motoneiges Ski-Doo présente un commercial où l'on voit une femme qui passe un examen échographique, accompagnée de son conjoint. Ceux-ci demandent «Est-ce que c'est un garçon ou une fille ?», et le médecin de répondre «C'est un motoneigiste !» lorsqu'il voit à l'écran le fœtus qui porte un casque de motoneige. La compagnie d'ordinateurs Compaq offre aussi une publicité qui se rapporte à l'échographie en montrant un couple qui transmet les images de l'échographie à leurs parents, via Internet. Ces deux exemples concordent avec les dires des femmes qui évoquent l'identification sociale du fœtus et sa socialisation après l'échographie (cet aspect sera élaboré dans le chapitre VI). L'aspect de la socialisation est ainsi reconnu et exploité par ceux qui élaborent les stratégies de marketing pour vendre leurs produits.

Les compagnies de voitures se servent beaucoup des femmes enceintes dans leurs stratégies de marketing, et elles ont récemment intégré le fœtus à leurs promotions publicitaires. La compagnie Volvo a lancé une campagne publicitaire présentant une échographie pour annoncer ses voitures. La compagnie Toyota annonce sa minivan en montrant le garage d'une maison, avec les bruits d'une salle d'accouchement, qui accouche du véhicule lorsque sa porte s'ouvre et que des cris de bébé se font entendre. Ces compagnies vont maintenant au-delà de l'image de la femme enceinte pour annoncer leur produit en concentrant leur publicité sur le fœtus seulement.

Le fœtus est aussi devenu un acteur dans le film hollywoodien Look Who's Talking. Au cours du film, on entend le fœtus critiquer le comportement de sa mère et

les désagréments de son «environnement» utérin. Pour ce qui est du film The Truman Show, portant sur la vie d'un individu sous les caméras, le narrateur présente les «premières images» de l'individu en question, qui sont des images foetales. Le fœtus devient aussi chanteur dans un vidéo-clip du groupe Massive Attack et il bouge (ou «danse») sur une image échographique dans celui de Madonna. L'attribution de «rôles» cinématographiques au fœtus impliquent directement sa personnification. Cette personnification se retrouve aussi au niveau de la presse écrite, comme le démontre une caricature qui donne la parole au fœtus (fig. 8). Le processus de personnification va même jusqu'aux cellules reproductives, comme le propose une publicité des condoms Ramses (fig. 9).

La «commodification» du fœtus, c'est-à-dire la matérialisation de son «identité» dans un but commercial, est aussi une application croissante. La famille des poupées Barbie à intégré une poupée enceinte dans ses rangs; son ventre s'ouvre comme une porte pour laisser sortir le fœtus/bébé. La compagnie de vêtements Jake Basset Industries a mis sur le marché un chandail pour femme enceinte qui porte l'inscription «Baby [un qualificatif] Under Construction» (fig. 10), attribuant ainsi une identité sociale au fœtus. En abordant la publicité dans le contexte d'une campagne de sensibilisation, la compagnie de matériel éducatif Directional Learning Canada présente la poupée Smoky Sue (fig. 11) comme un moyen de renseigner les jeunes (du secondaire et collégial) sur les effets de la



Fig. 8. Caricature. (Ici, le 23 octobre 1997, p.27



Fig. 11. "Smokey Sue Smokes for two" montre comment la fumée affecte un fœtus de 7 mois. (Distribué par la compagnie Directional Learning Canada)



Fig. 10. Deux exemples des designs affichés sur les chandails.

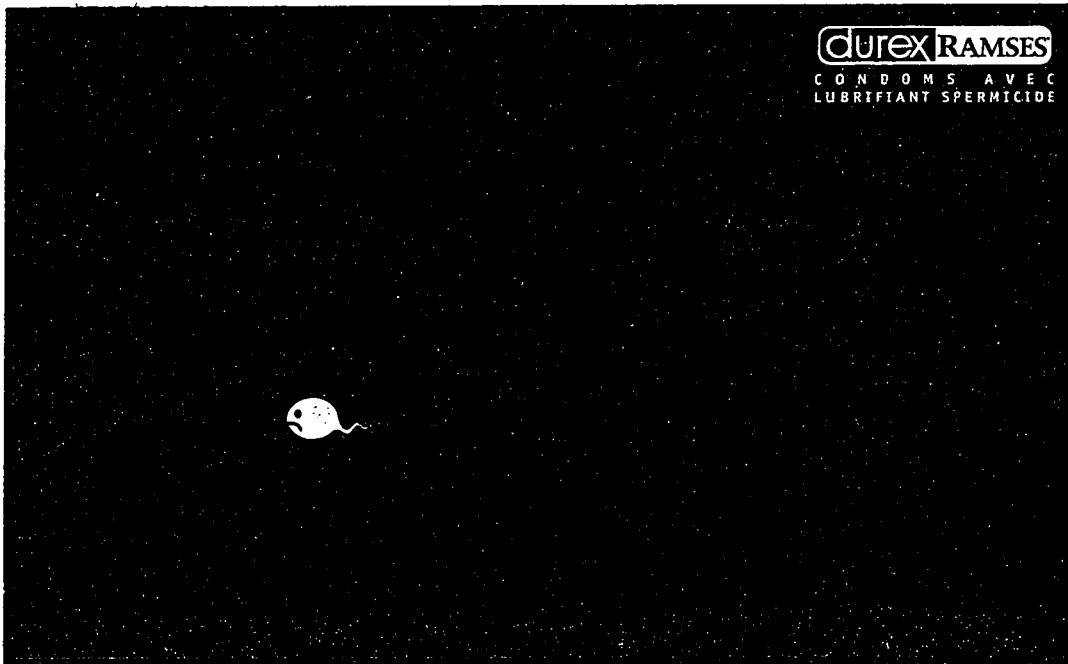


Fig. 9. Publicité de condoms pour la compagnie Ramses. (Voir, 11 juin 1997, p.19)

cigarette en cours de grossesse. Le fœtus est ainsi incarné matériellement et commercialisé pour différents propos.

Connaissant le sujet de ma recherche, un ami m'a demandé des références d'images de fœtus pour les effets spéciaux d'un spectacle de danse qu'il préparait. Il désirait projeter des images de fœtus sur le corps des danseuses à l'intérieur d'une chorégraphie pour illustrer la grossesse. C'est donc que l'imagerie foetale est médiatisée de multiples façons; elle peut prendre forme autant dans les stratégies de marketing de multinationales qu'à l'intérieur de productions artistiques locales.

Plusieurs orientations discursives sont donc associées au fœtus «public». Y a-t-il des notions communément exploitées à l'intérieur de cette culture matérielle ? Je retiens la propension à personnifier le fœtus que ce soit par l'attribution d'une identité sociale ou d'une conscience. De plus, j'ai constaté que la représentation de la grossesse s'est déplacée quelque peu vers le fœtus en le transposant au premier plan. Une autre constatation des manifestations de l'imagerie foetale est la prépondérance des images échographiques. Elles sont sorties du domaine médical pour pénétrer le domaine du divertissement et de la promotion publicitaire et elles sont véhiculées comme une composante intégrale de l'expérience de la grossesse.

Ces quelques constatations sont toutefois le résultat de ma propre lecture des discours visuels, suivant les intentions que je prête à ceux qui les produisent, et cela, dans le cadre d'un projet analytique. Cette lecture ne révèle rien sur la façon dont les

individus, créateurs et lecteurs, donnent un sens à ces images à travers la lunette de leur position particulière. Pour ce, la deuxième partie de ce chapitre laisse la parole à un producteur publicitaire et à quatre femmes qui ont visionné une de ses publicités mettant «en vedette» un fœtus. Ceci permettra de mieux comprendre comment les femmes négocient l'imagerie foetale publique au cours de leur grossesse.

Imagerie «publique»: l'exemple d'une publicité

CITÉ Rock-détente, une station radiophonique, a lancé sa campagne publicitaire «Seulement le meilleur de la musique» à l'automne 97 avec une publicité télévisée dont le centre d'intérêt est un fœtus. Pendant 30 secondes, on peut voir plusieurs prises de vues d'un fœtus qui bouge lentement au son de la ritournelle de la station.⁴² Le fœtus, d'un blanc lustré, flotte librement dans un vide lumineux et il est rattaché à un cordon ombilical dont on ne voit pas l'extrémité. Cette publicité fut diffusée au cours de l'automne pendant une série télévisée hebdomadaire aux fortes cotes d'écoute.

J'ai arrêté mon choix sur la publicité de CITE Rock-détente parmi tous les documents visuels recensés lors du terrain, parce que celle-ci exemplifie très bien la nouvelle présence de l'icône foetale, qui est présentée pour son bagage sémiotique et non pour adresser directement des questions de reproduction, que ce soit sous un angle médical, politique ou informationnel. De plus, parce que les processus de création et de production eurent lieu à Montréal, cette publicité reflète une conceptualisation qui exprime des références culturelles locales.

L'élaboration conceptuelle de la publicité

J'ai donc interviewé Sylvain Langlois, responsable du marketing chez CITÉ Rock-détente pour en savoir plus long sur cette publicité. Quelles étaient les intentions de la station radiophonique avec cette stratégie publicitaire et quelle fut la démarche conceptuelle soutenant l'utilisation du foetus?

"Le briefing si on veut, ce que l'on a dit à l'agence, c'est que nous on veut s'adresser à la femme. On veut s'adresser à la femme qui, en particulier, n'écoute pas notre radio, on veut qu'elle vienne écouter notre radio. On a voulu vraiment faire une approche disons plus artistique, plus esthétique. On veut aussi véhiculer la ligne de notre nouveau slogan 'Seulement le meilleur de la musique' (...) L'image du bébé sert à représenter la pureté, le meilleur, ce qu'il y a de plus fondamental, de plus vrai, qu'on ne peut contredire. C'est quelque chose de fondamental finalement, quelque chose de vrai. Le bébé dans ce sens là est arrivé pour expliquer aussi le rythme pur, l'aspect de la pureté, le meilleur! Dans le fond, c'est un peu pour ça qu'on est arrivé avec cette image là. Et aussi, il faut pas se le cacher, pour avoir une image choc. Dans le sens où une image ou une publicité que les gens allaient remarquer, qui allait se démarquer, audacieuse (...) Artistiquement, on a voulu que ça soit éclairé. On a voulu sentir la texture si on veut. Que ça se rapproche le plus possible de la réalité, parce qu'en fait c'est une poupée de caoutchouc cette affaire là. Cela a été assez complexe à réaliser, ça été enregistré dans l'eau, avec une texture dans l'eau pour donner vraiment une texture à l'image. La texture a été améliorée à un travail de postproduction. On voulait que ça soit clair, on voulait que ça soit vrai le plus possible".

Esthétisme et réalisme furent les principaux critères retenus lors du processus de création et de production de la publicité. Pour M. Langlois, le foetus incarne les notions de pureté et de fondamentalité, une démonstration des vérités qui sont incontournables. Celui-ci se dit très content de l'impact de cette publicité, qui s'est démarquée de ses concurrents et qui fut acclamée par l'industrie de la publicité. Au sujet du qualificatif audacieuse qu'il a employé, je lui ai demandé s'il avait reçu des critiques au fait d'associer l'imagerie foetale à leur station radiophonique:

"Il y a eu des feed-backs négatifs, deux feed-backs. Une femme, c'était sur ma boîte vocale, elle trouvait que ça l'avait l'air d'une publicité pro-vie. Et elle, ça la choquait un peu. Et un autre commentaire, c'était un homme, aussi dans ma boîte vocale.

Lui, ça m'apparaissait être un homme assez âgé, je dirais la cinquantaine avancée au moins, sinon soixantaine, et c'est un homme avec un accent, donc d'origine autre que la nôtre. Et lui aussi, il était pas choqué, mais il comprenait pas, pis il se demandait pourquoi on faisait ça."

Pour certains, l'imagerie foetale ne peut pas être recontextualisée si facilement en dehors du cadre médical ou du discours pro-vie; elle possède un bagage sémiotique limité à certains créneaux d'expression. Même si les lieux d'expression de l'imagerie foetale se diversifient de plus en plus (comme l'a démontré la section précédente), ceci n'implique pas automatiquement l'acceptation passive de ceux qui la rencontre.

M. Langlois disait vouloir attirer une clientèle féminine avec l'image du foetus, tout en mettant l'accent sur le réalisme du contenu visuel et la notion de fondamentalité. Je voudrais maintenant regarder comment les femmes enceintes, qui sont concernées de près par le sujet, pensent de cette publicité.

La lecture des femmes enceintes

La moitié des femmes que j'ai interviewée avaient vu la publicité de CITE Rock-détente préalablement à notre rencontre:

"[Est-ce que tu as vu la publicité de CITE Rock-détente?] Ah oui, c'est moche! Ça fait pas longtemps, ça fait peut être deux semaines que c'est sorti. Je l'aime pas cette annonce là. C'est probablement pas un vrai foetus, un vrai bébé. Il est pas mal propre pour un foetus! C'est ça, je me dis qu'il est pas mal propre puis qu'il a trop de graisse pour l'âge qu'il est supposé avoir, parce qu'il a les yeux bien fermés. Je le regardais pis je me disais... Je trouve que c'est très facile comme publicité. En même temps, probablement qu'il y a bien du monde qui font Ah! C'est cute, c'est un bébé!. En fait les gens qui sont pas enceintes, ils doivent aimer ça. C'est cute quand c'est un bébé, mais là c'est un foetus et il est en dedans. Il a l'air d'un foetus prêt à sortir mais il est tout blanc, il est tout beau, il n'y a pas de sang. C'est qu'il a pas l'air d'un foetus, ils veulent représenter un foetus mais il a pas l'air d'un foetus. Il a l'air d'un beau bébé. Il a l'air d'être une petite poupée en fait. Pis les yeux fermés, mais c'est

pas vrai parce que le foetus il a les yeux ouverts de tout façons (...) Quand je regardais l'annonce au début, je savais pas c'était quoi cette annonce là. J'avais hâte de voir c'était quoi. Pis là quand j'ai vu que c'était CITE Rock-détente, j'ai fait "Ah misère!". J'ai pas trouvé ça pertinent, je l'aimais pas. Ça l'aurait pu être pertinent pour je sais pas quel organisme, un service de santé. Mais en même temps, c'est pas assez réel." (Chantale)

"[Qu'est-ce que tu penses de la publicité de CITE Rock-détente?] Il a pas d'oeil. Tu n'as pas remarqué? Il a l'air d'un foetus super développé, sauf que les paupières sont encore scellées. Je sais pas, il me semble que c'est bizarre. Il a les yeux scellés encore, sauf que rendu à ce stade là, il me semble qu'il serait supposé avoir les yeux ouverts, ou bien d'avoir les paupières toujours." (Chrystelle)

"[As-tu vu la publicité de CITE Rock-détente?] Oui. Au début je me disais C'est quoi? Je me demandais c'était quoi le rapport. Ils ne te le disent pas tout de suite que c'est une station de radio. Je n'ai pas vraiment aimé ça, parce que je trouvais que c'était un peu comme avoir une femme couchée sur l'autobus pour vendre une radio, dans ce genre là. Disons finalement que tu vois pas la mère ou tu vois rien de ce qui est à l'intérieur. Pourtant, c'est mouillé là-dedans." (Heather)

Les commentaires de Chantale et Heather vont dans le même sens que les deux critiques reçues par M Langlois, à savoir la pertinence de cette image pour faire la promotion d'une station de radio. Celles-ci n'ont pas transposé du tout l'imagerie présentée à un niveau personnel; ce n'est pas parce qu'elles voient une représentation de foetus qu'elles s'y identifient automatiquement. Ce fut toutefois le cas pour Stéphanie:

[As-tu vu des publicités où on voit un foetus?] J'ai vu une publicité pour une station de radio. Le petit bébé qui bouge, qui est dans le ventre de sa mère. On le voit bien, on le voit très bien dans la publicité. C'est un beau bébé tout rose qui est tranquille, justement par rapport dans le spot publicitaire, il est tranquille parce qu'il écoute cette radio là. CITE Rock-détente, quelque chose comme ça. Moi je trouve que quand il écoute de la musique, il bouge. En général, même quand il écoute de la musique douce, le mien en tout cas, il bouge." (Stéphanie)

Cette dernière a répondu de façon empathique à l'annonce en commentant sur les ressemblances entre l'attitude de son foetus et de celui présenté dans la publicité. Sans confondre l'identité de ces deux foetus, elle s'identifie à l'image de cette publicité en référence à son expérience personnelle.

Un élément central aux propos de Chantale et Chrystelle est manifestement leur connaissance approfondie du développement foetal. Elles critiquent l'anachronisme physique du fœtus de la publicité, particulièrement au niveau de la représentation des yeux. Heather mentionne aussi le décalage flagrant entre l'esthétisme de l'image présentée et la réalité utérine. Ces critiques démontrent bien comment plusieurs femmes enceintes possèdent des connaissances précises sur la chronologie du développement foetal.

Enfin, le réalisme décrit par M Langlois ne correspond pas nécessairement à la lecture des femmes interviewées. La majorité de celles-ci ont révisé le discours visuel présenté à partir de l'expertise qu'elles ont développée au cours de leur grossesse. L'essence du message que veut transmettre la station, "ce qu'il y a de plus vrai, de plus fondamental, qu'on ne peut contredire" (Sylvain Langlois), n'est pas transmis sans inter(re)férences. Les femmes ont des savoirs et des agendas qui initient l'interprétation des manifestations de l'imagerie foetale qu'elles côtoient. Il y a donc une grande marge de manoeuvre entre le message que veut véhiculer un producteur publicitaire et ce qu'en retirent les individus.

• ❦❦❦❦ •

Le survol de l'inscription de l'imagerie foetale dans le panorama montréalais a permis de situer le type d'images médiatisées et leurs créneaux de diffusion. Comme le démontrent les données du terrain, les contextes d'exploitation de l'imagerie foetale dépassent maintenant le discours pro-vie pour s'étendre à l'échelle de la publicité et du

divertissement. Ma lecture de ces manifestations visuelles, dans le contexte de leurs applications, est qu'il y a une forte tendance à personnifier le fœtus et à le positionner comme s'il représentait la grossesse à lui seul, comme ce fut le cas de la publicité de CITÉ Rock-détente. À propos de cette publicité, les lectures des femmes vont dans le sens d'une critique du réalisme des images présentées et M. Langlois aligne sa lecture sur les notions culturelles qu'incarnent le fœtus. Ainsi, la lecture de la publicité peut s'avérer bien différente selon la position et l'agenda des individus; les femmes dans le contexte d'une expérience personnelle, M. Langlois dans le contexte d'une stratégie de marketing, et moi dans le contexte d'un travail analytique. Il n'y a pas *de* message visuel fixe et univoque du tout. Cependant, il ne faut pas négliger la force sémantique de l'icône foetale développée dans le contexte politisé des questions de reproduction, comme le démontre un des appels reçus par M. Langlois concernant la connotation pro-vie étiquetée à sa publicité. Le pouvoir d'interprétation individuelle n'exclut pas le pouvoir de certaines forces discursives (discours pro-vie, discours biomédical, etc.) à orienter la lecture.

Le caractère «public» du fœtus représenté dans la publicité de CITÉ Rock-détente pour plusieurs femmes vient du fait que celles-ci ne s'identifient pas à ce qui leur est présenté au plan du contenu visuel et du contexte d'application de cette imagerie. Cette caractérisation publique n'est toutefois pas automatique; Stéphanie ne s'est pas arrêtée au réalisme de l'image ou aux circonstances de sa présence, elle a plutôt identifié l'image de la publicité en relation avec son expérience. Qu'est-ce qui fait que les femmes s'identifient ou non aux fœtus qui composent l'imagerie foetale ? Elles ont chacune des

modes de connaissance, continuellement ajustés à leurs situations, qui font force d'autorité dans leurs réflexions pour positionner l'imagerie qu'elles côtoient. Par exemple, pour Chantale et Chrystelle, ce sont leurs connaissances biomédicales, sous l'angle du développement foetal, qui ont servi de référence pour asseoir leurs critiques de la publicité.

C'est ce qui m'amène à examiner comment les femmes interviewées ont élaboré leurs propres savoirs pour signifier le foetus et le situer par rapport à leurs expériences respectives. Suivant les récits des femmes, il m'est apparu que la documentation spécialisée sur la grossesse est fortement présente dans le quotidien de celles-ci, et que cette littérature participe de façon non négligeable au façonnement de leurs connaissances relatives au foetus, à partir d'une identification personnelle aux discours visuels. La personnalisation de l'imagerie foetale retrouvée à l'intérieur de l'information prénatale sera ainsi l'objet du prochain chapitre.

VI

IMAGERIE PERSONNELLE: À L'INTERSECTION DE REGARDS

La première partie de ce chapitre se veut faire le point sur l'imagerie foetale que côtoient les femmes enceintes pendant leurs grossesses. À l'intérieur des récits de leurs expériences, les femmes ont spontanément discuté l'imagerie foetale qu'elles retrouvent dans l'information prénatale plutôt que celle présentée dans le chapitre précédent. Le foetus «public» discuté au chapitre précédent n'est pas une priorité discursive pour celles-ci. Je voudrais ainsi situer le positionnement de l'imagerie foetale qu'elles incorporent au parcours de leurs grossesses.

Pour ce faire, je vais commencer par décrire l'imagerie foetale telle que développée par le précurseur de la photographie foetale, Lennart Nilsson, car son travail est la principale référence que l'on retrouve encore aujourd'hui dans l'imagerie consultée par les femmes interviewées. Je vais ensuite compléter la caractérisation du travail de Nilsson par les autres modes de représentation du foetus dans l'information prénatale. Enfin, je vais contextualiser la lecture de l'imagerie foetale par les femmes pour mettre en perspective le caractère personnel que peut revêtir l'imagerie pour celles-ci.

L'oeuvre photographique de Lennart Nilsson

Lennart Nilsson est un photographe scientifique d'origine suédoise qui dit s'intéresser à la «nature» sous toutes ses formes, une passion qu'il a développée dès son enfance. Celui-ci photographie depuis près de cinquante ans le règne végétal et animal, mais son travail le plus diffusé concerne le corps humain. En matière de photographie foetale, son travail est une référence incontournable. Mon intérêt pour Nilsson vient du fait que ses photographies, intégrées au contexte de médicalisation et de politisation accru des questions de reproduction, a apporté des indices visuels au niveau des références culturelles attribuées au fœtus. Quoique son travail a pu servir quelque peu à la communauté médicale, l'orientation artistique de ses photographies est plutôt destinée à la vulgarisation scientifique. Ses réalisations les plus importantes, en ce qui concerne l'imagerie foetale sont le guide de grossesse Naître publié en 1965 et réédité jusqu'en 1990, le livre pour enfant Naître raconté aux enfants publié en 1986, le documentaire télévisé Le miracle de la vie produit en 1983, et trois articles qui apparaissent dans le magazine Life (août 1965, août 1990, novembre 1996). La plupart de ses productions furent traduites en plusieurs langues, dont le français.

Je veux ici m'arrêter sur trois aspects du travail de Nilsson: la caractérisation de son discours visuel, ses méthodes de travail, et les différents contextes de diffusion de ses productions. D'abord, je vais faire ressortir les codes stylistiques qui caractérisent ses photographies pour faire ressortir les forces discursives sous-jacentes et les enjeux qu'elles incarnent. Ensuite, pour mieux comprendre comment le témoignage visuel est

manipulé pour qualifier le fœtus, je vais explorer les méthodes de travail employées par Nilsson pour représenter la «vie». Enfin, parce que la diffusion du travail de Nilsson prend place dans différents contextes (*e.g.* médical, religieux et commercial), et pour des propos tout aussi variés, je voudrais élaborer sur quelques exemples d'appropriation de son travail pour mieux situer les multiples contours d'une image suivant ses lieux d'expression et les instances qui se l'approprient.

Une analyse sémantique du discours visuel

Plusieurs chercheurs féministes ont critiqué l'effacement du corps féminin à l'intérieur des photographies de Nilsson en analysant ces photographies parallèlement avec le changement statutaire du fœtus comme un être à part entière civilement et un «nouveau patient» pour le corps médical.⁴³ En effet, le travail de Nilsson possède un stylisme photographique qui tend à politiser le corps des femmes enceintes par la personnification du fœtus.

Visuellement, le corps de la femme est ignoré pour mettre au premier plan le fœtus, qui semble flotter dans un espace indéfini. L'utérus est absent ou effacé (par un fond noir), sauf dans le cas des photographies intra-utérines, qui demeurent toutefois rares (fig. 12). Les seuls tissus maternels qui peuvent apparaître sur les photographies sont le sac amniotique, le placenta et le cordon ombilical. Ces éléments sont toutefois présentés comme faisant partie de «l'univers du fœtus» et non comme lien direct à la mère. Par exemple, la légende d'une photographie d'un fœtus de trois mois compare les tissus qui

entourent le fœtus à de l'équipement aéronautique: «Tel un astronaute dans sa capsule spatiale, le fœtus âgé de trois mois poursuit sa fantastique odyssée...» (fig. 13).

Le fœtus est présenté comme étant un être autonome qui se développe dans un univers périphérique au corps maternel. L'effet «préhistorique» des images par balayage électronique (fig. 14) et l'effet tant «aquatique» (fig. 15) que «spatial» des photographies extra-utérines concourent à décontextualiser le fœtus de son environnement immédiat. Cet effet introduit une distinction entre deux individus, entre ce qui fait partie ou non du corps féminin.

La notion de «sujet» est aussi renforcée par l'accent portée sur la ressemblance du fœtus au nouveau-né. Par exemple, le cadrage serré du profil d'un fœtus laisse transparaitre une comparaison avec un bébé (aussitôt qu'à la 15^{ième} semaine de gestation), ce qui est renforcé par la juxtaposition d'une photographie de nouveau né dans la mise en page (fig. 16). L'accent sur les détails du développement des différentes parties du corps, telles que les oreilles (fig.17), contribue aussi à confondre fœtus et nouveau-né.

La sémantique du discours visuel de Nilsson tend donc, selon ma lecture, vers une personnification du fœtus. Le discours visuel de celui-ci n'est pas produit en dehors de toutes contraintes idéologiques et techniques, il est savamment construit. L'apparence, plutôt que la transparence, tient lieu d'autorité.



Fig. 12. Photographie intra-utérine à la 20^{ème} semaine. (La conception de votre bébé de la conception à la naissance publié par Mead Johnson, p. 34)

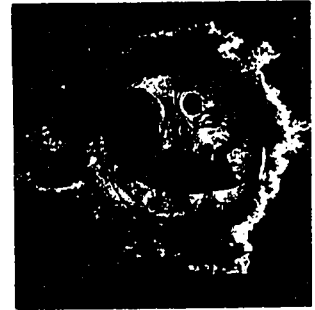


Fig. 13 Foetus de 12 semaines. (*idem*, p. 22)

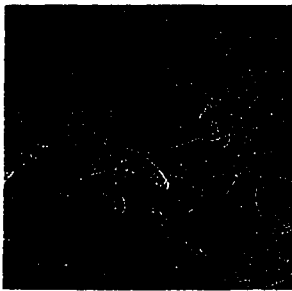


Fig. 14. Foetus de 4½ semaines (*idem*, p. 18)



Fig. 15. Foetus de 8 semaines (*idem*, p.20)

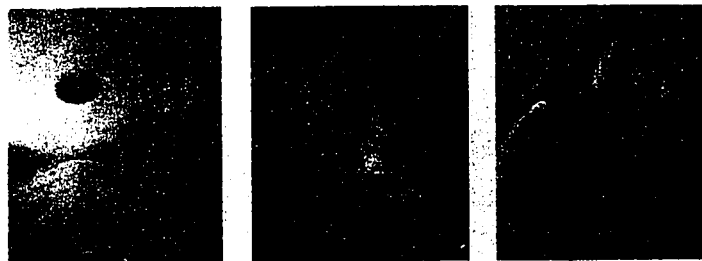


Fig. 17. Détail du développement de l'oreille à 2 mois, 4 mois et 5 mois (*idem*, p.23)



Fig. 16. Foetus de 13 ½ semaines. (Nilsson 1990 :113)

Les méthodes de travail

C'est à l'intérieur du magazine Life, un pionnier du photojournalisme américain, que Nilsson a présenté ses photographies de foetus pour la première fois, en août 1965.⁴⁴ Dans cette édition, le frontispice présente un foetus de 18 semaines avec le titre «Unprecedented photographic feat in color. DRAMA OF LIFE BEFORE BIRTH» (fig. 18).⁴⁵ À l'intérieur de l'article concerné, on retrouve des photographies qui détaillent le développement foetal de 3½ à 28 semaines.⁴⁶ La présentation des photographies est quelque peu confondante car le texte qui accompagne les images précise qu'il est question de «human embryos in their natural state», mais qu'ils furent «removed for a variety of medical reasons». L'articulation du reportage porte à croire que tous les foetus photographiés sont vivants et à l'intérieur d'un utérus alors qu'ils sont tous avortés (à l'exception d'une seule photographie intra-utérine), flottants dans un bassin d'eau techniquement aménagé pour la prise de vue. Cette technique rappelle la tradition biomédicale de conserver les fragments organiques dans le formol pour la recherche et l'enseignement de la médecine.

Ceci m'amène à examiner comment Nilsson construit son discours visuel. La photographie a historiquement acquis un statut dénotatif dans le monde occidental, c'est-à-dire un mode de représentation transparent, voir objectif, de la réalité (Lutz and Collins 1993: 28). Les techniques de travail et technologies employées par Nilsson font partie intégrale de l'observation de cette «réalité». Celui-ci porte une attention méticuleuse à l'esthétisme de ses photographies, et pour ce, elles sont soigneusement organisées à la

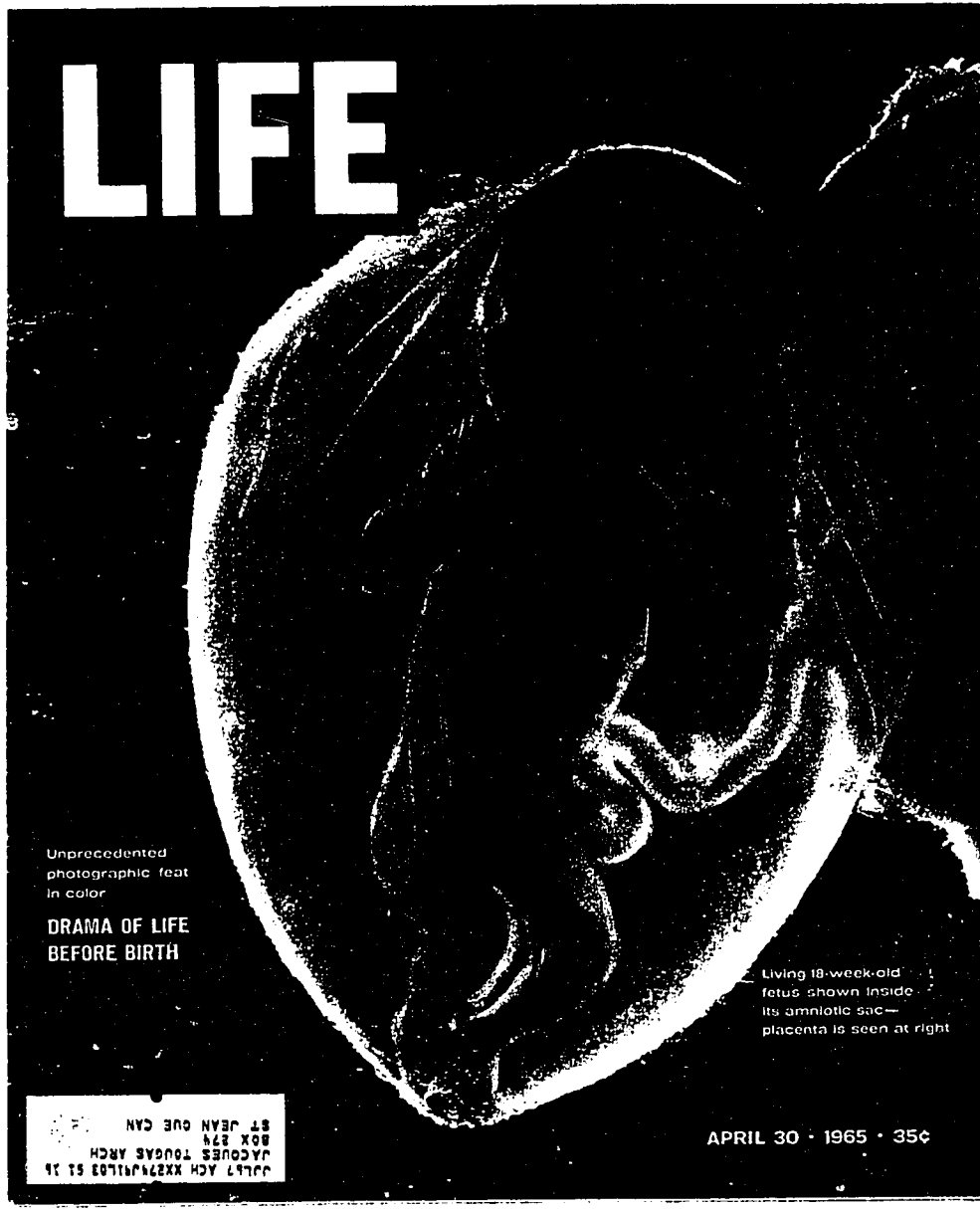


Fig. 18 Couverture du magazine Life, 30 avril 1965.

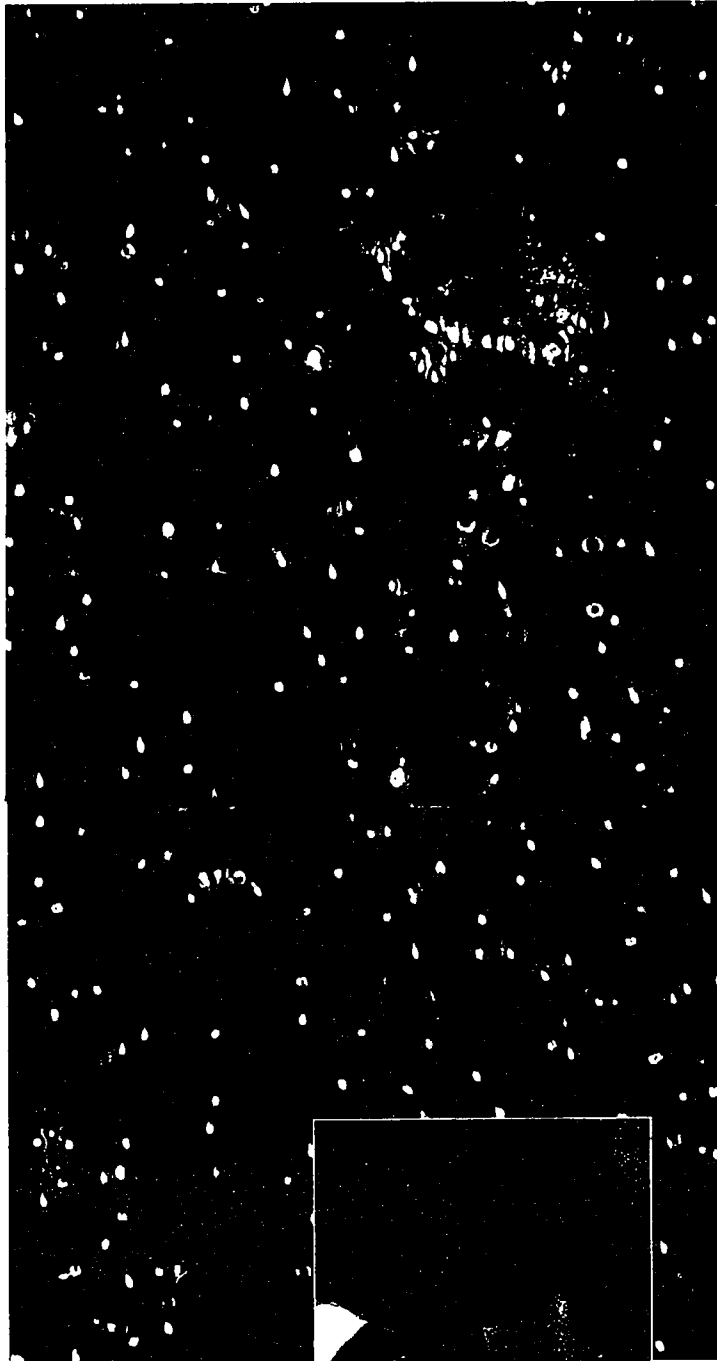
prise de vue et retouchées considérablement avant l'obtention du produit final. Dans le cas des photographies extra-utérines, Nilsson redonne un caractère vivant aux foetus avortés en colorant les clichés monochromes, et en disposant les membres du foetus dans une position qui donne une illusion de mouvement (fig. 19). Il y a aussi des lacunes chronologiques importantes dans la trame évolutive du développement foetal tel qu'imaginé par Nilsson. Celui-ci concentre son travail au niveau du premier trimestre de la grossesse et les photographies de foetus au-delà de cinq mois sont plutôt rares. Les retombées discursives de ces lacunes, qu'elles soient volontaires ou techniques, font allusion à la «viabilité» (discours scientifique) et «vie» (discours pro-vie) foetale très tôt dans le cours de la grossesse.

La présentation des photographies, qui est d'ordinaire complétée par des légendes, accentue aussi la lecture du discours visuel. La formulation textuelle des légendes est ajustée aux composantes visuelles pour les signifier. Cette transposition sémantique varie toutefois selon la familiarité des individus avec le genre visuel, l'objet représenté, et leurs habitudes de lecture. Martin (1991) a fait ressortir un exemple très intéressant du rôle des légendes dans l'interprétation de l'imagerie médicale. Celle-ci a explicité les stratégies discursives qui dédoublent les patrons culturels de genre sur les composantes biologiques de reproduction à l'intérieur des ouvrages de médecine.⁴⁷

Quand est-il des légendes qui décrivent la fécondation, telle que captée sur pellicule par Nilsson à l'intérieur de son livre Naître (1990) ? La légende d'une photographie de centaines de spermatozoïdes décrit: «Comme au départ d'un marathon,



Fig. 19. Foetus au cours du cinquième mois de grossesse.
(Nilsson 1990 :134)



Comme au départ d'un marathon, les 500 millions de spermatozoïdes sont alignés en direction d'un but commun qui apparaît lointain : un seul ovule, caché dans une des trompes.



Fig. 20.
Représentation de la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes.
(Nilsson 1990 :42)

les 500 millions de spermatozoïdes sont alignés en direction d'un but commun qui apparaît lointain: un seul ovule, caché dans une des trompes» (fig. 20). Les légendes subséquentes parlent des «obstacles» que le spermatozoïde rencontre et de la «lutte» qu'il doit faire avec certains de ses «confrères». Quand à l'ovule, il «flotte dans son univers» et attend, «prêt à être fécondé». La photographie qui illustre le «forage» du spermatozoïde à travers les couches de cellules qui entourent l'ovule est intitulé «Déshabillage de l'ovule». Ce narratif de la fertilisation démontre comment certaines catégories culturelles peuvent être transposées pour rendre compte de notions biologiques. L'attribution d'une conscience aux cellules reproductrices peut contribuer, par extension, à personnifier le fœtus dès le moment de la fertilisation.

Quoiqu'il en soit, les légendes acquièrent une autorité discursive non négligeable, surtout lorsqu'il est question du monde microscopique ou des abstractions du corps humain inaccessibles à l'oeil en temps normal. Ceci m'amène à introduire les différentes formes d'appropriation du travail de Nilsson où la complémentarité textuelle des images peut servir les intentions de ceux qui s'approprient ses photographies en établissant des narratifs bien distincts.

Appropriation et contextes d'utilisation

Il est difficile de situer clairement les politiques de Nilsson à travers son travail photographique. Celui-ci ne prend pas position, du moins publiquement, sur les questions de viabilité foetale (liées à l'avortement) en répondant évasivement que la «vie»

commence avec un baiser. Cependant, même si celui-ci ne politise pas directement son travail, d'autres s'en chargent. Plusieurs individus, groupes et institutions utilisent le matériel de Nilsson pour illustrer et soutenir leurs propos. Ces multiples utilisations démontrent que la signification des images est hautement tributaire des conditions de leur présence, et qu'elles peuvent être utilisées à plusieurs desseins, qui ne reflètent pas nécessairement les intentions de la personne qui a produit les documents visuels en premier lieu.

Les photographies de Nilsson furent employées dans des contextes aussi variés que des livres éducatifs pour enfants, des guides de grossesse, des documentaires scientifiques, des dépliants d'information médicale (source gouvernementale et commerciale) et de la documentation pro-vie (macarons, chandails, affiches, et brochures). Ce qui est important de retenir à propos des formes d'appropriation des photographies de Nilsson est qu'une fois qu'elles sont inscrites dans un cadre social donné, elles peuvent devenir de puissantes métaphores qui s'inscrivent dans l'expérience des individus.

Les tenants pro-vie utilisent l'apparence de la vie foetale pour fonder leur argumentation. Par exemple, l'édition de 1965 du Life fait partie des références utilisées par certains mouvements pro-vie; elle fut même rééditée et peut être achetée aujourd'hui par le biais de Life Cycle Books. Les mouvements pro-vie utilisent les photographies de Nilsson pour justement démontrer la ressemblance du fœtus au nouveau-né, donc la «vie» qui émane du fœtus. La «vie» est l'argument visuel utilisé pour freiner les «meurtres»

que sont les avortements, alors qu'ils utilisent l'appui visuel de ce qu'ils dénoncent (un fœtus avorté) pour asseoir leurs arguments sur la vie. C'est l'apparence qui compte ici.

Le Collège des médecins du Québec, avec son carnet de grossesse Neuf mois pour la vie (1995), utilise aussi les photographies de Nilsson pour illustrer le texte de sa publication qui informe sur le développement foetal. Ce carnet est distribué à toutes les femmes enceintes lors de leur première visite chez le médecin. Le Collège des médecins du Québec utilise six des photographies de Nilsson pour supporter un texte très technique, axé sur les problèmes de santé de la femme enceinte («Guide médical») et des règles à suivre («Votre vie au quotidien»). Chacune des légendes rapporte le poids et la taille du fœtus ainsi que la formation des organes et membres. Il n'y a aucune image de femmes enceintes (en excluant les publicités). Les photographies de Nilsson prennent un sens très biologique, c'est-à-dire qu'elles illustrent des données et conseils médicaux en mettant l'accent sur la santé foetale.

La compagnie Mead Johnson a aussi recours aux photographies de Nilsson à l'intérieur de son livret info-publicitaire La croissance de votre bébé: de la conception à la naissance (1997). Ce livret est disponible dans certaines pharmacies et peut aussi être obtenu par la poste via le programme «Bébé pas à pas» des produits Enfalac. La publication présente une quarantaine des photographies de Nilsson voisines par des images de femmes enceintes et de couples qui pratiquent des activités quotidiennes. Le texte concerne autant le développement foetal que les questions de bien-être et d'hygiène de vie, malgré que l'aspect des transformations corporelles de la femme est négligé. Les

photographies de Nilsson prennent ici un sens plutôt familial (axé sur le modèle du couple hétérosexuel), en intégrant la venue du futur bébé au mode de vie du couple. La venue du bébé introduit l'objectif (ultime) de cette publication qui est de faire la promotion des produits de substitut au lait maternel.

L'icône foetal construit par Nilsson est l'exemple même du foetus «public» qui fut créé pour les besoins de la vulgarisation scientifique sur «les mystères de la vie» et ensuite intégré à différents discours sur la reproduction. L'appropriation des photographies de Nilsson par des agendas religieux, médicaux et commerciaux ainsi que le contexte de leur présence va par la suite influencer sur la lecture des images. Néanmoins, la lecture de l'imagerie par les individus à partir de leur subjectivité est le lieu clé qui va donner vie aux images; c'est que je veux explorer à travers les récits des femmes. Avant de poursuivre à ce niveau d'analyse, je voudrais d'abord compléter la caractérisation de l'imagerie foetale présente dans l'information prénatale en qualifiant les productions visuelles d'autres instances discursives.

Les documents visuels spécialisés sur la grossesse

Même si le travail photographique de Nilsson est dominant au niveau de la diffusion de l'imagerie foetale, je voudrais introduire rapidement les autres types de références visuelles que les femmes rencontrent en cours de grossesse. La plupart de ces références sont des illustrations artistiques ou graphiques d'un foetus, mais aussi d'une femme enceinte. L'orientation discursive des ces publications a généralement un

caractère informationnel et préventif, comme vont le démontrer les quelques exemples qui suivent.

L'information prénatale concerne principalement les détails de la croissance du fœtus (longueur, poids, organes en fonction, etc.), les modifications corporelles de la femme (poids, malaises éventuels, etc.) et les habitudes de vie (alimentation, drogues, exercice, etc.). Contrairement aux photographies de Nilsson, la grande majorité des illustrations de l'information prénatale juxtapose le corps féminin, ou du moins une partie, au corps fœtal. C'est le cas de L'ouvrage de référence Mon bébé, je l'attends, je l'élève, élaboré par l'Association médicale canadienne, qui présente conjointement pour chaque mois de la grossesse une représentation de la femme, du fœtus, et des deux par transparence (fig. 21). Dans le même ordre d'idées, le carnet de grossesse Bien Naître, publié par la compagnie Tylenol (1995), accole information maternelle et foetale (fig. 22) pour décrire la grossesse en termes physiologiques. Dans le cas de la brochure Je mange... pour nous deux publié par la Fédération des producteurs de lait du Québec (1995), le fœtus parle à la première personne dans l'information des légendes (fig. 23). Le processus de personnification est imminent ici, en plus de ne pas introduire la femme visuellement et textuellement. Ce type de représentation rappelle les premières illustrations médicales du fœtus au niveau de l'activité intra-utérine.

En ce qui concerne l'aspect prévention de la documentation prénatale, on retrouve souvent une technique de transparence du corps foetal à travers le corps féminin. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec a notamment publié deux

40^e SEMAINE

PARVENUE À CE STADE, vous vous sentez très maladroite et, comme vous - prenez de la place - vous vous cognez partout. Vous êtes impatiente d'accoucher mais aussi très enthousiaste et soulagée d'en avoir presque terminé.

CE QUI CHANGE EN VOUS

- Tout mouvement représente un effort.
- Vous ressentez une pesanteur dans le bas-ventre.
- Votre col utérin se ramollit en prévision du travail.
- Vous pouvez avoir des contractions, mais elles ne sont ni fortes ni régulières.

Votre peau est distendue et tirée sur le ventre. Vous pouvez avoir des démangeaisons.

Votre ventre est si volumineux que vous ne pouvez plus à travers une position confortable dans le lit.

Ses ongles sont parfois si pointus qu'il se griffe.

Il est beaucoup plus poché.

Position du bébé dans l'utérus

Vos membres inférieurs peuvent être le siège de picotements, de fourmillements.

VOIR AUSSI
Contraction, p 56
Techniques de respiration, p 49

VOTRE PRISE DE POIDS

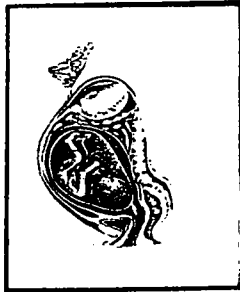
À la 40^e semaine de grossesse

Il se pourrait que vous perdiez du poids. Ce peut être le signe que le bébé est à terme et que le déclenchement du travail aura lieu dans les 10 jours. La prise de poids de notre modèle à cette date est la même qu'à la 36^e semaine (12 kg).

VOTRE BÉBÉ

Longueur
51 cm
Poids
3,1 kg

Fig. 21. Exemple de la description d'un mois de la grossesse dans le livre de référence Mon bébé je l'attends, je l'élève rédigé par l'Association médicale canadienne (1997), p.30.



Semaines 20 à 24

Mes jambes allongent. Me sentez-vous lorsque je bouge ? C'est bon l'exercice!

Je pèse maintenant 1 1/4 lb (640 g) et je mesure entre 10 et 13 po (25 et 33 cm). Maintenant, il faut deux mains pour me contenir. Je complète la formation de mes os et de mes dents. Mon cerveau continue à se développer. J'ai besoin de beaucoup de lait.

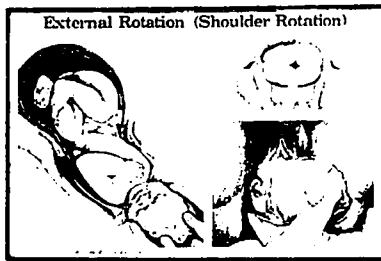










Fig. 22. (à droite en bas) Extrait du carnet de grossesse Bien Naître publié par la compagnie Tylenol.

Fig. 23. (à droite en haut) Extrait de la brochure Je mange... pour nous deux publié par la Fédération des producteurs de lait du Québec.

Fig. 26. et 27. (à gauche) Affiches utilisées par la sage-femme lors des rencontres prénatales.

Semaine 11	Semaine 12	Semaine 13	Semaine 14
<p>Croissance du bébé</p> <p>Le sexe du bébé est maintenant déterminé. Les os continuent à se former et les osselets de l'oreille se développent.</p> 	<p>Le fœtus reçoit une apparence plus humaine en raison de la croissance rapide de la tête et du corps. Les osselets de l'oreille se forment. Le bébé commence à faire ses premiers mouvements.</p> 	<p>Les organes commencent à fonctionner. Le pancréas sécrète l'insuline, le vers précoce du fœtus.</p> 	<p>Les poumons ont pris forme. Les premiers mouvements respiratoires commencent. Le fœtus respire parfaitement le liquide amniotique et aussi son poivre tout en flottant en eau d'oxygène dans le liquide amniotique.</p> 
<p>Signes d'élargissement</p> <p>Le volume sanguin maternel a augmenté de 30 à 40%.</p> 	<p>Certaines femmes déclarent des sensations de premiers mouvements comme si l'on touchait des bulles dans leur estomac à l'aide d'une pale.</p> 	<p>Dans ce point de 1 à 1,5 kilo ou de 2 à 3 livres. Augmentation possible de la transpiration.</p> 	<p>Le placenta a atteint une maturité fonctionnelle complète. Il agit à titre de pompe à sang, de nerf, de l'oeil et du système circulatoire et digestif pour le fœtus.</p> 
<p>Malaises</p> <p>Malaises, ils sont liés à la croissance du fœtus.</p>	<p>Malaises</p> <p>Malaises, ils sont liés à la croissance du fœtus.</p>	<p>Malaises</p> <p>Malaises, ils sont liés à la croissance du fœtus.</p>	<p>Malaises</p> <p>Malaises, ils sont liés à la croissance du fœtus.</p>
<p>Recommandations</p> <p>Un verre de lait chaud aide à dormir plus facilement. C'est bon pour bébé!</p>			

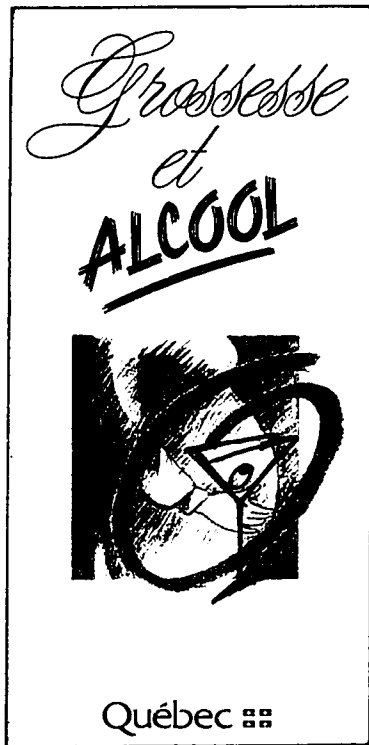


Fig. 24. et 25. Brochures publiées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

brochures qui composent avec cette technique de présentation. Grossesse et alcool (fig. 24) et Enceinte ou vous pensez le devenir... et le SIDA ? (fig. 25) sont deux brochures qui mettent l'accent visuel sur le fœtus au sein de la femme pour renforcer l'idée de l'impact des comportements de la femme sur le corps fœtal. Cette constatation m'amène à comparer ces deux brochures au discours pro-vie discuté précédemment. Dans le narratif pro-vie, la femme est visuellement ignorée pour centrer l'attention sur le corps fœtal. Dans les brochures du Gouvernement, la femme est visuellement présente pour rappeler que ce sont ses comportements qui affectent la santé du fœtus. Le rapprochement que je fais entre ces deux narratifs est qu'en bout de ligne, aucun ne questionne l'expérience de la femme (support émotionnel, situation socio-économique, etc.) à moins que ce soit des comportements jugés néfastes pour le fœtus. Le fœtus, et non la femme, est au cœur des priorités.

Pour aller au-delà de ma propre lecture des discours visuels, j'ai aussi observé l'application pratique de l'information prénatale visuelle dans le cadre de trois rencontres prénatales de la maison de naissance Côte-des-Neiges. Fait est de constater que le matériel visuel fut utilisé constamment au cours de ces rencontres. Avant le début des sessions, les participants peuvent feuilleter trois albums de photographies qui contiennent une centaine d'accouchements. Sur les murs de la pièce où prennent place les rencontres sont affichés des diagrammes anatomiques de la femme enceinte (fig. 26). Pendant les rencontres, la sage-femme a appuyé régulièrement ses explications sur des illustrations (fig. 27), et elle a aussi utilisé une poupée en plastique et un utérus tricoté pour

exemplifier ses propos. Enfin, au moins un vidéo (positions d'accouchement, allaitement, etc.) fut présenté à chacune des trois rencontres.

Tout ce matériel visuel n'est toutefois pas présenté sans quelques commentaires spontanés. Par exemple, la sage-femme qui dirigeait les rencontres prénatales a commenté quelques fois le contenu des illustrations en disant que la pâleur du bébé était réaliste mais qu'il n'y avait pas assez de sang lors de la sortie du bébé, ou bien que le fœtus était trop dodu sur les affiches. Les commentaires de la sage-femme au sujet des illustrations sont des éléments importants dans l'interprétation des discours visuels. Le contenu des illustrations peut ainsi être requalifié à travers le contexte des pratiques où il acquiert une signification pour les individus, comme dans le cas des rencontres prénatales.

En tenant compte du contenu visuel et du contexte d'interprétation, c'est toutefois la subjectivité d'un individu en regard de sa situation particulière qui va donner vie aux images en dernier essor. Pour ce, je vais maintenant retracer les propos des femmes que j'ai rencontrées pour mieux saisir les aspects qui ressortent de leurs lectures.

L'imagerie foetale «personnelle» au quotidien

Quelque soit le type de suivi professionnel choisi et la particularité des démarches personnelles au cours de la grossesse, il est difficile pour les femmes enceintes de passer à côté d'images de fœtus. L'imagerie foetale peut se retrouver sur les murs des bureaux de consultation des médecins et des sages-femmes, dans les guides de grossesse

et autres documents d'information spécialisés, et lors des cours prénataux. Néanmoins, la signification attribuée à ces images et leur insertion dans le quotidien de la grossesse va varier d'une personne à l'autre, tout en révélant certaines similitudes, du moins dans le cas des femmes que j'ai rencontrées.

Je vais me rapporter aux propos de ces femmes pour mieux comprendre comment elles négocient l'imagerie foetale au cours de leurs grossesses. J'ai organisé l'analyse discursive pour répondre à deux questions. Comment l'information prénatale est-elle gérée par les femmes ? Comment celles-ci positionnent-elles l'imagerie foetale au cours de leurs grossesses ?

Information prénatale et imagerie foetale

Les femmes ont inventorié trois principaux lieux de référence où elles obtiennent de l'information lors de leur grossesse; il s'agit des professionnels de la santé, de la littérature spécialisée, et de l'expérience des gens de leur entourage. Ces références ne sont toutefois pas employées uniment, elles sont jaugées selon les situations et besoins de chacune.

Les types de références privilégiés varient selon l'information recherchée. Heather n'a pas demandé de conseils à sa mère, car celles-ci ont deux perspectives bien différentes sur ce qu'est la grossesse (médicalisation versus démedicalisation) et cela l'agace considérablement. Quand à Chrystelle, elle va chercher l'information «physique»

sur l'Internet et elle va consulter la sage-femme pour «le côté plus émotif» de la grossesse. Pour Charlotte, la littérature spécialisée sur la grossesse est un moyen de palier au peu d'information qu'elle reçoit de la part de son médecin.

Les femmes vont évaluer les sources d'information en regard de l'autorité qu'elles leurs accordent. Par exemple, Chrystelle va écouter attentivement les conseils des femmes enceintes avec qui elle correspond via Internet, mais va toutefois se référer à la sage-femme en dernière instance lorsqu'elle doute d'une information. L'autorité conférée à certaines sources d'information peut aussi varier dans le temps. Au cours d'une même grossesse, Carole est passée du médecin à la sage-femme comme source professionnelle d'information sur la grossesse.

Certaines femmes m'ont aussi fait part des contradictions qu'elle ont rencontré entre les différentes sources consultées. Stéphanie a décidé de ne plus écouter les conseils souvent divergents de son entourage en ce qui a trait à son alimentation et de suivre simplement ses envies alimentaires. Charlotte aussi a choisi de revenir à l'écoute de son corps pour un moment car elle ne savait plus «quel livre croire». En cas d'antinomie à l'intérieur des informations reçues, les femmes vont s'arrêter sur celles qui font force d'autorité pour un questionnement particulier, à un moment précis. Dans le cas de Charlotte et Stéphanie, respectivement à leur 6^{ième} et 7^{ième} mois de grossesse, c'est maintenant leur corps qui est devenu la référence première lorsqu'elles furent confrontées à trop d'informations contradictoires.

L'information prénatale est ainsi intégrée au parcours de la grossesse selon les situations et besoins des femmes, l'autorité qui leur ai accordée, et la complémentarité (ou contradiction) de ce type d'information avec les autres sources consultées. En ce qui concerne l'imagerie foetale plus spécifiquement, elle est observée essentiellement à l'intérieur de la littérature spécialisée achetée ou empruntée par les femmes elles-mêmes, ainsi que la documentation offerte par les professionnels de la santé et les entreprises commerciales. Comparativement à l'information prénatale en général, les femmes n'ont pas questionné l'autorité des images dans leurs récits et elles n'ont pas mentionné avoir rencontré de contradictions parmi ces supports visuels. Décrivant les photographies de Nilsson, Chantale les a qualifiées en disant «elles sont vraies». Et Shirley a précisé l'autorité discursive de l'imagerie foetale qu'elle a consulté: «C'est des photos de foetus qui sont pas utilisées par pro-vie. C'est des photos de foetus qui sont utilisées vraiment à titre informatif pour te montrer où il est rendu.»

L'information obtenue via l'imagerie foetale est gérée différemment au fil de la grossesse et des grossesses. Pour la plupart des femmes, l'intérêt pour les photographies de foetus s'estompe vers la fin de la grossesse, car elles vont rechercher l'information plutôt à travers leurs sensations corporelles. De plus, les femmes qui ont déjà vécu une grossesse n'attachent pas un intérêt aussi marqué lors de leurs grossesses subséquentes. Pendant sa deuxième grossesse, Carole dit ne pas porter une attention continue aux images et à la littérature prénatale en général.

Même si l'imagerie foetale est habituellement abordée du point de vue de l'information technique sur le développement du fœtus, sa lecture va s'étendre à d'autres dimensions de leurs expériences. Comment ces images prennent-elles vie sous le regard des femmes enceintes ? Quels aspects de l'imagerie foetale sont ajustés à la réflexion des femmes ? Comment cette imagerie est-elle employée pour rehausser leurs expériences ? Ces quelques questions permettront d'analyser le positionnement «personnel» de l'imagerie foetale au cours de leurs grossesses.

Le positionnement de l'imagerie foetale au cours de la grossesse

De façon générale, les images exaltent un vif intérêt pour les femmes enceintes. Celles-ci mentionnent leur intérêt à comprendre (visuellement) ce qui se passe à l'intérieur de leur corps. Elles disent pouvoir ainsi suivre parallèlement leurs changements corporels externes et internes tout en connaissant les détails du développement foetal:

«Moi je trouve ça super trippant. À chaque mois je regardais, pis je dis «Oh ! regarde c'est ça qu'il a l'air», pis je montrais à tout le monde, «Regarde mon bébé, il a l'air de ça.» À quatre mois, à trois mois. Pour moi, c'est tellement plus concret. C'est comme une photo, c'est comme quand tu écris à quelqu'un et que tu as une photo. C'est comme dix fois plus facile quand tu penses à cette personne là, que si tu écris à quelqu'un que tu vois jamais. Ben là, moi c'est pareil. Mon bébé je sais qu'il a l'air de ça. Il a des ongles, il entend, là ses paupières viennent de se décoller, pis là ses dents sont poussées. Faque ça je trouve ça génial, moi je capote là-dessus, le poids, la longueur, tout ça.» (Charlotte)

«Je voulais voir c'est quoi qui m'arriverait. De voir le développement du bébé, même si bon, on sait bien des affaires parce qu'on a appris bien des trucs à l'école pis tout ça. Mais de le voir précisément, de voir à ce moment là, à six, sept, huit semaines, de quoi il a l'air le bébé, où il est rendu. C'est de voir, de se situer dans le temps où on est rendu. D'essayer, en fait c'est pas nécessairement automatique de l'imaginer, mais c'est d'essayer de l'imaginer dans le corps, comment c'est. Par rapport à l'utérus qui grandit aussi. Et puis savoir c'est supposé d'être long

comment. De dire que ça c'est juste long de même et ça l'a déjà des petits doigts, des petites ordeaux et un coeur qui bat. C'est assez fascinant je trouve. (Chantale)

Les indices visuels de la croissance foetale observés sur photographies sont extrapolés à l'expérience sensuelle. Tout comme Chantale, Carole m'explique que l'imagerie foetale «aide à imaginer».

Heather fut la seule à critiquer les images en soulignant le malaise qu'elle a ressenti du fait que le corps de la mère n'est pas présent sur les photographies:

«On voit les foetus qui flottent dans la noirceur, comme s'ils sont dans l'espace, pas vraiment connectés à la mère. Ça me fait penser un peu à quand on voit Jacques Cousteau sous la mer, pis on voit des poissons. On voit juste le foetus comme flotter, on voit même pas le sac d'eau. Même si on voit pas la mère ou aucune connexion, c'est quand même le fun de voir les différents stades. J'aimais ça, j'étais contente. Mais en même temps, je trouve que c'est comme complètement contraire à l'expérience d'être enceinte. On voit rien, on sait pas, on sent, on vit des stress, des mystères, on sait pas. Il faut avoir confiance, on aime ça être conscient de ce qui peut arriver aussi. Je peux pas dire que j'aurais pas aimé voir les photos quand même. Je disais juste qu'on dirait qu'on voit toujours ces photos-là comme s'il n'y a aucun rattachement. On voit pas vraiment le restant du corps de la mère en dedans ou comment que la mère est toute écrasée avec ce beau petit bébé là. On le voit lui, tout heureux. Moi, j'aimerais ça voir l'estomac plié de même, sa vraie place dans le corps.»

Heather balance son mécontentement pour l'isolement visuel de la femme enceinte avec son intérêt pour mieux comprendre les changements intra-utérins. Elle conclut que «les photos ça reste un peu un intellectual construct». Heather fait ainsi une distinction entre l'aventure sensuelle de la grossesse et sa définition scientifique.

La référence à l'imagerie foetale est aussi intégrée à la terminologie utilisée par les femmes pour décrire leur foetus à partir d'un vocable personnel. Selon l'apparence du foetus à travers les stades de développement, plusieurs femmes ont utilisé des termes tels que «crevette», «jelly bean», «caillot», «alien», «grenouille» et «têtard» pour qualifier leur

foetus. Charlotte m'explique sa terminologie: «Il a passé de la crevette au jelly bean à l'échographie, puis là, il est rendu au bébé, à Robin.» L'utilisation de la terminologie iconographique aboutit généralement au terme «bébé» après le premier trimestre, moment où son apparence est «humaine».

Qu'en est-il de l'utilisation circonstancielle de l'information visuelle dans le quotidien de la grossesse ? L'imagerie foetale peut s'avérer une source de réconfort et de support pour les femmes. Charlotte se rattache à ces images pour surmonter ses malaises physiques et son apparence corporelle:

«Ça me rassure un peu pis c'est sûr que plus il a l'air d'un bébé, plus c'est l'fun. Ça vraiment l'air d'un petit bébé, c'est déjà un bébé pour moi. Ça me rassure, quand tu avances, tu aimes ça avoir des points de repères, savoir où c'est que tu t'en vas. Parce que moi, tomber enceinte pis au bout de neuf mois voir mon bébé, si il ne se passe rien entre les deux... Parce que c'est déjà tellement de travail de tous les jours, pourtant tu le vois jamais cet enfant là, tu le sens un petit peu, une coupe de fois par jour. Mais c'est vraiment tout. Pis à part de ça c'est lourd. C'est tellement une affaire que ça, c'est peut-être un petit plus. Tu te dis «Ah ! Il est tellement cute». Tu vois quelque chose, parce que sinon, tu le vois jamais. Tout ce que tu vois c'est toi qui grossit, pis c'est pas toujours super le fun de voir ça. Il y a des matins là, je regarde ça [les photographies de Nilsson] parce que sinon je suis grosse, je suis grosse, je suis laide, pis je capote. Pis là je regarde ça pis je dis «Ah ! C'est pour une bonne cause, il es-tu beau !» Parce que sinon, je peux être juste grosse. Mais là, tu vois, il faut que je le porte cet enfant là, pis il prend de la place, pis il prend du poids, c'est normal.»

Le réconfort que procure l'imagerie foetale pour Charlotte produit un processus inverse pour Heather. Le fait de suivre visuellement le développement foetal lui apporte quelquefois du stress au niveau de son alimentation:

«Quand je suis enceinte, je vais regarder, je vais dire «Ah ! Regarde Martin, la colonne vertébrale est formée !» En même temps, après avoir vu ces affaires-là [imagerie foetale], j'étais stressée sur mon alimentation. La colonne vertébrale est en train de se former, est-ce que j'ai mangé assez de calcium ? Parce que moi je mange bien, mais en même temps j'ai de la misère à suivre les affaires, les papiers. Ils te donnent tel aliment à tant de calcium dedans, pis il faut que t'arrives à 10200 milligrammes. Ça me cause un stress.»

La lecture de l'information a ainsi des applications concrètes dans le quotidien de la grossesse, au niveau de la conscience et des comportements que les femmes vont adopter.

Il arrive fréquemment que les femmes vont présenter l'imagerie foetale à leurs conjoints pour les informer sur leur grossesse. Shirley a présenté les images de foetus à son conjoint au fur et à mesure de la grossesse. Néanmoins, l'intérêt pour les images n'ont habituellement pas la même intensité pour le conjoint. Chrystelle ajoute que:

«Lui il regardait aussi, mais c'est sûr que ça l'intéressait moins que moi. Eux autres ils le vivent différemment. C'est sûr qu'il a beau s'intéresser à ça pis regarder pis trouver ça cute, mais moi je le regardais 25 fois par jour. C'était pas pareil.»

La lecture de l'information visuelle par les conjoints n'incarne pas les mêmes préoccupations sensorielles que leurs conjointes.

Outre la consultation des documents visuels, l'information prénatale peut aussi être réorganisée de façon créative. Lors de sa première grossesse, Heather a découpé des photographies de Nilsson (dans la documentation distribuée par le médecin) pour les afficher sur son réfrigérateur. Quant à Chrystelle, elle a rassemblé des images de foetus dans un journal de grossesse: «Je découpais des petites photos de foetus, je marquais 9 semaines et j'écrivais en dessous, je lui parlais». L'imagerie foetale est ainsi recontextualisée; elle passe d'un cadre informationnel pour pénétrer l'environnement matériel des femmes.

L'intériorisation corporelle des détails visuels, l'élaboration d'un vocable en référence aux images, le réconfort apporté par les supports visuels, l'utilisation

empathique pour le conjoint, et la recontextualisation de l'imagerie dans l'environnement matériel des femmes sont quelques manifestations qui démontrent comment l'imagerie foetale peut être personnalisée. La forme de cette personnalisation n'est cependant pas la même pour toutes les femmes, l'information prénatale est intégrée différemment au parcours de la grossesse selon les besoins des femmes (première grossesse, empathie du conjoint, mode de connaissance privilégié, etc.).

Enfin, le caractère personnel de l'imagerie n'est pas une condition *sine qua non* à la lecture des femmes enceintes. Heather a bien explicité la réticence qu'elle a face aux discours visuels qui sont contraires à l'expérience de la grossesse selon elle, même si elle est en même temps intéressée par le contenu intellectuel qu'elle en retire. Quant à Stéphanie, elle a bien fait une différence entre le foetus qui lui est présenté dans l'information prénatale et le sien sur l'image échographique:

«Eux autres [les individus qui produisent l'imagerie], ils disent que c'est ça que j'ai dans mon ventre. Mais chaque femme est différente, ça grandit plus ou moins dans le ventre de chaque femme, on est pas toutes pareilles. Je me dis je vois ça dans le livre, ils me disent ça, mais je l'ai pas vu encore [via l'échographie]. Faque je peux pas savoir exactement.»

Pour elle, le processus de personnalisation ne prend forme qu'avec la «vue» de son propre corps. C'est ce qui sera l'objet du prochain chapitre.

• ❦❦❦ •

Ce chapitre a permis de situer la caractérisation visuelle de l'imagerie foetale que peuvent côtoyer les québécoises enceintes (à l'intérieur de l'information prénatale), les

contours de la construction de ces discours visuels (dans le cadre du travail de Nilsson), et la lecture de ces représentations visuelles par les femmes interviewées. De prime abord, il est évident de constater que mon analyse discursive des photographies de Nilsson en vase clos ne peut être projetée sur la «vie sociale» des images. Les manipulations techniques de Nilsson pour construire son discours visuel et la typologie iconographique qui s'en suit ne furent pas questionnées par les femmes dans leurs récits, sauf dans le cas d'Heather. Le travail de Nilsson fait force d'autorité en comparaison de la publicité analysée au chapitre précédent. C'est que la plupart des femmes interviewées accordent de l'autorité à cette imagerie, sous le couvert de la photographie scientifique comme étant une représentation transparente de *la* réalité, qu'elles vont identifier à *leurs* réalités.

La personnalisation de l'imagerie foetale se situe à l'intersection des regards qui se posent sur elle, et en elle. Je fais ici référence à la notion de regard en relation aux formes et forces discursives qui sont investies dans le processus de réflexion des individus à partir de leurs conditions d'existences concrètes. Les différents regards sur l'imagerie foetale ne sont toutefois pas mutuellement inclusifs; c'est-à-dire que les agendas et modes d'interprétations en jeu ne se rallient pas automatiquement. Nonobstant leurs divergences discursives, les regards sont aussi interdépendants; ils ont tous une implication dans l'élaboration des significations accordées aux discours visuels. Ce modèle de communication visuelle ne peut toutefois être appliqué en dehors des contextes socio-politiques et des enjeux de pouvoirs qui infusent la co-présence de ces regards. Le processus de visualisation foetale n'est pas insensible aux modes de connaissance qui sont privilégiés dans un contexte socioculturel donné. Par exemple, la formulation de

l'imagerie foetale à partir du regard de Nilsson signifie le contenu de la culture matérielle suivant un mode de représentation biomédical; le corps est fragmenté, visualisé et identifié organiquement/physiquement. Il ne va pas sans dire que les manipulations à la prise de vue ainsi que les retouches et montages de la présentation des photographies révèlent un esthétisme visuel de la photographie scientifique (à la limite du photojournalisme). Les femmes vont donc interpréter les modes de connaissance en jeu selon leurs subjectivités, que ce soit en les acceptant en tant que tels, en les adaptant d'une certaine façon ou en les contestant.

Dans le cas de l'information prénatale, l'acquisition du savoir passe fortement par un mode de représentation biomédical (technicité du développement), qui est par la suite ajusté à la réflexion des femmes pour donner un sens à leurs expériences. La plupart des femmes interviewées se sont arrêtées au contenu informationnel des représentations visuelles tout en s'identifiant à ce qui était représenté. Par exemple, le support moral qu'apporte ces images pour Charlotte, ou la réorganisation créative des images par Chrystelle à l'intérieur de son journal de grossesse. C'est à ce niveau que l'imagerie foetale recouvre un caractère personnel pour ces femmes. Dans le cas d'Heather, le mode de représentation biomédical ne répondait pas à ce à quoi elle réfère pour acquérir son savoir sur la grossesse; ses modes de connaissance passent plutôt par l'expérience sensuelle et émotionnelle, quoiqu'elle souligne quand même son intérêt intellectuel pour les images de Nilsson.

Au cours de la grossesse, la lecture de l'imagerie foetale va être constamment renouvelée à partir d'autres modes de connaissance (les mouvements foetaux, l'examen échographique, etc.) et moments particuliers (malaises physiques, moments d'angoisse, etc.). Pour ce, j'aimerais maintenant approfondir les contours de la pratique médicale de visualisation qu'est l'échographie. Ceci permettra d'éclairer comment le regard biomédical est investi dans le mode de lecture de l'imagerie médicale, mais aussi comment les femmes l'intègrent à leurs réflexions respectives.

VII

LA PRATIQUE ÉCHOGRAPHIQUE:

«VOIR» LE FOETUS

Pour mieux situer comment l'imagerie médicale s'inscrit dans l'expérience des femmes enceintes, je vais m'arrêter sur la technologie médicale de visualisation la plus répandue en cours de grossesse aujourd'hui au Québec, celle de l'échographie. L'échographie est classifiée comme étant une technologie de diagnostic prénatal qui permet d'obtenir des informations sur le fœtus durant la grossesse. Le principal type de technologie échographique utilisé dans le système de santé québécois est l'échographie en temps réel. Le technicien qui manipule cette technologie projette des ultrasons (ondes sonores de haute densité) dans l'utérus à partir d'un transducteur qui est appliqué sur l'abdomen d'une femme ou inséré dans son vagin. La réflexion de ces ondes est convertie en une image de l'utérus, du placenta et du fœtus en mouvement sur un moniteur. L'image ainsi produite est composée de différents tons de gris qui laissent paraître des formes. (Voir l'image échographique de Chrystelle à la page 165.)

À l'intérieur du système de santé québécois actuel, une femme enceinte qui est catégorisée à «faible risque» va normalement entreprendre une échographie de routine entre les 16^{ième} et 22^{ième} semaines de grossesse. Le nombre d'échographies prescrites par un médecin peut toutefois varier selon le protocole de l'institution,⁴⁸ les vues de chaque médecin envers les modalités diagnostiques de cette technologie et, les conditions de

santé de la femme. L'examen échographique en tant que tel dure à peu près 15 minutes et il peut être pratiqué dans la plupart des hôpitaux, certains CLSC et cliniques privés. Au cours de cette procédure médicale, le professionnel⁴⁹ détermine les pulsations cardiaques, la position du fœtus et du placenta ainsi que le nombre de fœtus. Il mesure ensuite les membres du fœtus pour déterminer son âge gestationnel, sa grosseur, son stade de développement et la date de l'accouchement. Il examine enfin le fœtus pour des anomalies physiques importantes et peut aussi noter son sexe.

Pour ce qui est des maisons de naissance, l'échographie est avancée comme possibilité lors du suivi prénatal avec une sage-femme, mais elle n'est pas inscrite sur une liste d'exams requis (comme des prises de sang par exemple). Les sages-femmes vont expliquer les contours de la pratique aux femmes (et couples) qui les consultent pour que celles-ci puissent prendre une décision éclairée.⁵⁰ L'examen échographique, pour celles qui le choisissent, est habituellement conduit au sein de l'hôpital avec lequel la maison de naissance a établi un protocole de support médical (ce protocole est exigé par la loi sur la pratique des sages-femmes). Des échographies non-routinières peuvent aussi être suggérées par la sage-femme si des indices de complication se présentent.

L'échographie fait donc partie du suivi professionnel de la grossesse pour la majorité des québécoises. Voici quelques statistiques du Conseil d'évaluation des projets-pilotes dans leur étude de 961 paires de clientes (clientes des médecins et des sages-femmes) pour comparer le recours à la technologie échographique. Dans le groupe des sages-femmes, 60,2% des femmes ont passé une ou des échographies avant leurs

20^{ième} semaine de grossesse, comparativement à 86,1% pour les clientes des médecins. À ce sujet, le nombre d'échographies de routine suit une tendance à la baisse. Selon les données de la Régie de l'Assurance maladie du Québec (1997), les femmes enceintes avaient en moyenne 3,3 examens échographiques (de routine et non routinière) en 1992, comparativement à 1,6 examen échographique en 1996. Comment les femmes vivent-elles l'expérience clinique de l'échographie ? Comment interprètent-elles les supports visuels qui représentent leurs utérus ? Quelles sont les notions qu'elles développent en regard de cette imagerie et comment les ajustent-elles à leurs quotidiens ? Je vais introduire les propos des femmes pour mieux comprendre comment cette imagerie médicale, et les enjeux qu'elle incarne, est intégrée au parcours de leurs grossesses.

L'encadrement institutionnel: situer l'initiative des femmes

Qu'en est-il du choix des femmes de recourir à l'échographie au cours de leurs grossesses ? Les modalités d'utilisation de l'échographie ne dépendent pas seulement de l'avis du médecin ou de la sage-femme, les femmes concernées par cette pratique ont un pouvoir de décision. Cependant, ce pouvoir de décision peut être plus ou moins explicite dépendant du protocole de travail des institutions et de la présentation qu'en fait chaque professionnel de la santé. À la différence des examens de dépistage génétique tels que l'amniocentèse et la biopsie des villosités choriales, les professionnels n'ont pas besoin d'obtenir le consentement écrit de la femme pour prescrire cet examen. Dans le milieu hospitalier, les modalités d'application de la technologie échographique ne sont

habituellement pas discutées en termes de choix, mais plutôt en terme d'examens nécessaires au diagnostic. Heather a critiqué la notion de choix:

«Parce que les médecins, personnellement, je trouve qu'ils font trop d'examens obligatoires. L'échographie, le test de glycémie pis un paquet d'autres tests qui sont pas nécessaires. Les femmes sont sous pression. T'es jamais obligé, mais les médecins te donnent l'impression que c'est eux qui décident.»

Le travail de Mitchell (1994) va dans le même sens que les propos de Heather lorsqu'elle souligne qu'aucune des 49 montréalaises enceintes qu'elle a interviewées en 1990 ne fut consultée par son médecin pour savoir si celle-ci désirait entreprendre une échographie. Ce fut aussi le cas pour Charlotte et Shirley, qui sont les deux seules femmes interviewées suivies par un médecin.

Sans généraliser l'initiative et le raisonnement des femmes selon le type de suivi prénatal choisi, j'ai toutefois relevé une prise de position plus marquée face à la pratique échographique chez les femmes qui consultent une sage-femme. La plupart de celles-ci vont justifier leurs choix lorsque questionnées sur cette pratique. Par exemple, Chantale m'a expliqué son choix en matière d'examen échographique:

«Moi j'avais dit à la sage-femme j'en veux une [échographie], juste une pour voir. Puis c'était pour mon chum aussi, pour que mon chum puisse voir le bébé, que pour lui ça devienne quelque chose de concret. Et aussi par acquis de conscience, pour voir qu'il ait tous ses morceaux»

Dans le cas de Sonia, elle a décidé de ne pas recourir à l'échographie en invoquant des raisons de santé pour le bébé:

«Ils ont l'impression que ça peut causer des problèmes d'oreilles, des otites répétées. Alors on s'est dit bon, on prendra pas cette chance là. Puis aussi, je trouve qu'il y a quelque chose de bien malsain dans l'échographie. Une échographie, c'est comme envoyer des ondes au bébé. Tout le monde sait, ben la profession médicale, que les bébés détestent les échos. Ça je trouvais pas ça le fun.»

Celle-ci se sentait très confiante dans le déroulement de sa grossesse et l'échographie n'avait rien à lui apporter, si ce n'est la crainte que son bébé ait des problèmes aux oreilles. La prise de position de Chantale et de Sonia vient entre autres du fait que l'échographie leur fut proposée en termes de choix, et que celles-ci ont réfléchi aux divers contours de cette pratique avant de prendre une décision. Leurs réflexions sont fondées sur leurs perspectives de ce qu'est la grossesse, la santé et la science médicale, tout en tenant compte (en accord ou en opposition) des opinions et intérêts des autres individus qui sont «concernés» par cet examen médical, notamment le conjoint et les professionnels de la santé consultés.

Le récit de Stéphanie diffère un peu du fait que celle-ci a demandé d'avoir accès à l'échographie pour être rassurée sur la santé de son foetus, même si elle se situait un peu avant la période désignée propice pour une échographie. Elle était à ce moment suivie par un médecin. Elle avait des saignements et elle était très troublée par ses deux grossesses précédentes qui se sont terminées en fausses couches. Elle a dû insister face au refus du médecin de procéder à l'échographie car celui-ci soutenait qu'il était trop tôt dans la grossesse pour effectuer une échographie. Par après, lors de son septième mois de grossesse, elle remet en question un examen échographique planifié avec sa sage-femme en invoquant l'inconfort physique qui résulte de l'examen. Stéphanie a elle-même décidé des modalités d'utilisation de l'échographie selon ses besoins, que ce soit pour être rassurée sur la santé du foetus ou par rapport aux problèmes physiques que l'examen comporte.

J'aimerais maintenant introduire une partie des récits de Charlotte et Shirley pour mieux situer les circonstances de l'examen échographique, de leurs points de vues. Ces deux récits démontrent comment cette pratique, qui est techniquement similaire dans son application, peut être vécue de façon très divergente par les femmes enceintes.

[Comment s'est passé ton échographie ?] Tu vas à l'échographie, pis premièrement, la première image que tu vois c'est ton bébé, c'est comme ta vessie. C'est ben excitant. Ta vessie qu'ils checkent si elle est ben pleine. Mon chum il dit «Aille regarde, c'est la tête». J'ai dis «Non, ça c'est la vessie». Ça commence pas avec le p'tit bébé qui fait des beaux ga gou. Pis ils t'offrent rien. Pis ils pèsent. Moi, elle pesait parce qu'elle voulait voir sa tête, pis il bougeait pas, pis elle pesait, elle pesait comme une malade. Pis je lui ai dit «Ça lui fais-tu mal quand tu fais ça», elle a dit «Non», ben je lui ai dit «Moi oui !» J'y ai dit ça, «Ça fait cinq minutes que tu me pèses dessus, pis premièrement vous m'avez passé une heure en retard, je suis à la veille de faire pipi dans mes culottes, pis là tu me pèses dessus comme une malade.» Pis c'était comme super bizarre, pis pas de vidéo, pis pas rien, même pas rien. [Mais toi, à ce moment là, tu voyais quelque chose à l'écran ?] Oui, oui, je voyais, mais au début c'était la vessie qu'ils regardent. Ils regarde si c'est bien plein, parce que sinon, il faut que tu retournes boire de l'eau, il faut que tu attends, na, na, na. Pis là, après ça, ils commencent à chercher, pis là ils regardent tes trompes, ils regardent tout tout tout. Pis là, après, ils tombent sur le bébé, mais là ils font toutes sortes de coupes. Ils mesurent le crâne, pis là le bras. C'est rare que tu vois vraiment le bébé. Pis là, des fois tu le vois pis ils disent «Ah ! Ça c'est votre bébé.» Ah ! OK. [Est-ce que la technicienne t'explique ce qu'il y a sur l'écran ?] Oui, oui, ils te l'expliquent, mais c'est vraiment technique. Tu vois que la fille elle fait ça mille fois par jour. «OK ! Ici c'est la tête, ici c'est les bras, ici c'est na na. On va faire une coupe de la colonne vertébrale, on regarde que toutes les vertèbres sont là, c'est ben beau.» Pis là, t'es tellement... c'est mon bébé, pis pour elle c'est un bébé. Elle s'en fout, c'est comme si elle montrait une auto. [Est-ce que ton chum était avec toi à l'échographie ?] Oui, c'est ça. Pis on demandait «Il es-tu correct ?» Parce qu'ils disaient rien. Ils disaient «Tout a l'air beau, mais vous saurez par le médecin.» Ben oui ! Comme si on était dans une affaire de surprise. J'étais là «Ça tu l'air normal ?» «Ça l'air normal mais moi je suis pas médecin, na na na.» Pis personne veut jamais rien dire. Pis mon chum, c'est ça qu'il me disait parce que je le regardais pis je trouvais ça bizarre qu'il regarde pas le moniteur, qu'il s'en foute, que ça l'intéresse pas. Mais c'est pas ça ! C'est que lui, il regardait la fille pour voir sa réaction. Il disait «Si elle fait comme hiiii !», il va se dire oh ! oh ! Parce que vu qu'elle voulait rien dire la fille, il regardait même pas, pis je lui disais regarde, regarde. Mais lui il avait tellement peur qu'elle fasse une face genre houuuu !, pis qu'il y ait de quoi qui marche pas avec le bébé. Mais vu qu'elle disait rien, il essayait de se fier comme à ses airs. Je sais pas, elle aurait pu dire «Bon, premièrement, tout a l'air beau, inquiétez-vous pas» ou je le sais pas. Pis elle nous a dit «C'est un petit gars». Non, elle a dit «Voulez-vous savoir ?» On a dit oui, elle a dit «Bon, c'est un beau petit garçon». Pis là j'étais toute émue, pis là elle continuait son affaire. Mais elle était fine, mais c'est ça, tu vois que pour elle un

bébé ou un autre. Faque toi, c'est tellement unique là, il me semble. Moi, je l'avais vu mon échographie, ils m'en avait fait une au début, justement quand j'ai failli le perdre, parce qu'ils voulaient voir si le bébé était encore vivant. Premièrement, si le cœur était formé, parce que sinon ils m'auraient avorté. Pis c'est ça, j'ai presque rien vu, il était petit là. Ben ça, ça l'avait été super vite. Ils ont regardé, «OK y'a un cœur, le cœur bat, OK merci bonjour.» Ils l'ont mis dehors, pis vraiment vite. Mon chum a même pas eu le droit de rentrer. J'avais super peur, je suis rentré avec mon chum et ils ont dit «Monsieur vous rentrez pas, dehors.» [À l'hôpital St-Luc ?] Non, j'étais allée à l'urgence, j'étais à Sacré-Cœur je pense. Ils ont même pas laisser rentrer mon chum, ils l'ont mis dehors, pis vraiment bête. Faque l'autre, j'étais là, j'espère que ça va être mieux. C'était mieux là, mais c'est ça une heure, une heure et quart je pense en retard. Tu as bu un litre et demi d'eau, pis elle pèse, t'es plus capable. Pis là ils te font attendre, ils te font attendre, ils te font attendre. Avoir su ça, je serais venue plus tard, j'aurais bu plus tard, j'aurais pas gossé de même. Faque c'est ça, elle voulait rien nous dire «Ah, votre docteur vous le dira quand elle aura les résultats.» Là, j'arrive à mon rendez-vous un mois plus tard. «Avez-vous passé l'échographie ?» Je dis ben oui. «Oh ! on l'a pas reçu. Comment c'était ?» «Ben à vous de me le dire !» C'est un gars, tout ce que je savais c'est que c'était un gars. Faque finalement après, elle a réussi à nous dire c'est normal. Mais c'est comme... il faut vraiment tout le temps que t'aïlles soutirer l'information, pis tout. C'est peut-être pas de même partout, je le sais pas. Mais moi, je pensais que c'était ça, que t'aurais au moins une petite photo, ou quelque chose, juste pour dire. C'est un beau souvenir plus tard. Pis surtout qu'elle est là la technologie, ils peuvent le faire maintenant. Ils pourraient l'offrir, je le sais pas. En tout cas, j'étais super déçue, j'étais sûr que j'aurais quelque chose. Je suis sortie de là, oups !» (Charlotte)

[Comment s'est déroulé l'échographie ?] «Moi je suis venue bien émotive quand on le voit, la première fois. Je suis venue bien émotive puis les larmes ont commencé à me couler. C'était de joie. Puis lui [conjoint], tu voyais qu'il avait le sourire étendu jusqu'aux oreilles, puis il posait des questions. Il posait des questions au médecin, parce qu'on voit rien au début. Là ça fait à peu près 40 fois qu'on le voit. [Tu l'as sur vidéocassette ?] Je l'ai sur cassette vidéo. Ah oui, oui ! C'est important. Ça, j'ai eu un petit cours de ma sœur. Ma sœur, elle m'a dit, mais c'est parce qu'elle avait déjà passé par là. Puis elle a dit «Oublie pas ta cassette, pis achète pas une cassette cheap, achète une bonne cassette, parce que tu vas l'écouter souvent. Puis avance là et recule là, puis fais-la avancer pour être sûre que t'auras pas un bout noir.» J'ai eu de l'information sur la cassette vidéo de l'échographie. Mais l'écho ça c'est bien passé. Puis le médecin, c'était plus l'infirmière ou la technicienne, je sais pas si c'était une infirmière ou une technicienne, qui était là. Le médecin, lui, arrive plus tard. Mais elle était tellement gentille. Moi j'avais peur de pogner, tsé, il y en a pour qui ça devient une job routinière. Pour elle, ça fait peut-être le cinquantième qu'elle voit dans sa journée, mais pour les nouveaux parents, c'est la première fois qu'ils ont le premier contact avec l'enfant. Mais elle était vraiment gentille, puis elle nous a tout bien expliqué, ça bien été l'échographie. Le médecin quand il est arrivé, il nous a dit qu'il était correct et que tout était là, que tout était beau, qu'il était vraiment à sa dix-neuvième semaine, pis qu'il était dans le cinquantième rang par centile. Ça pas duré longtemps parce que Stéphane a trouvé «Ben voyons ça duré quinze minutes !». Entrer et sortir de l'hôpital ça nous a pris

environ 25 minutes. Faque lui il pensait que cela allait prendre tout l'après-midi.»
(Shirley)

Pour Charlotte, ses deux expériences de l'échographie furent quelque peu aliénantes car l'attention de la technicienne était concentrée (sinon réduite) au fœtus. La subjectivité et les préoccupations de Charlotte ne furent pas considérées comme étant importantes (ou significatives) au cours des procédures de l'échographie. La diffusion des informations allait dans un sens unique, de son corps aux grilles d'analyse de la technicienne. C'est suivant ce manque d'information que le conjoint de Charlotte a dû développer sa propre stratégie pour accéder à de l'information sur la santé du fœtus en observant l'expression de la technicienne. De plus, les conditions concrètes de l'expérience vont aussi participer à qualifier la pratique; la longue attente et l'inconfort dû à sa vessie pleine a créé un malaise physique durant l'échographie. Cette situation démontre comment l'échographie peut devenir une pratique aliénante pour le couple, et particulièrement Charlotte, parce que c'est de sa santé qu'il est question.

L'expérience de Shirley fut diamétralement opposée. L'échographie a répondu à ses attentes et besoins; elle et son conjoint ont pu voir le fœtus et être rassurés sur sa santé. Les explications de la technicienne pendant l'examen et le rapport du médecin tout de suite après ont créé des conditions de confiance et de partage de l'information. Shirley fut traitée comme étant directement concernée par cette pratique, et non comme une simple base de donnée matérielle sur le développement du fœtus.

Le fait que Charlotte et Shirley aient vécu des expériences divergentes peut être expliqué de plusieurs façons. D'abord, la structure institutionnelle qui supporte le cadre d'application de la technologie. Par exemple, les différents hôpitaux ne possèdent pas tous les mêmes protocoles au niveau de l'information qui peut ou doit être transmise aux femmes lors de l'échographie. L'attitude de chaque professionnel qui effectue l'échographie a aussi un rôle à jouer dans le cours de l'expérience. Ensuite, en dépassant le cadre de l'examen en lui-même, le suivi prénatal et les connaissances que possèdent les femmes vont aussi participer à qualifier l'expérience de l'échographie. Par exemple, Charlotte a rencontré son médecin une seule fois sur sept visites, elle n'a pas eu le temps de recevoir de l'information par les internes/médecins par intérim. Elle fut aussi perturbée de se faire demander par le personnel «c'est la première fois que vous venez ici ?» après plusieurs rendez-vous. Quant à Shirley, elle a dit de son médecin qu'il est «vraiment fin», drôle et qu'il est très disponible. Elle est de plus assez familière avec les contours de la pratique échographique suite à la formation qu'elle a reçue pour être bénévole au sein de l'organisme SOS Grossesse. Le déroulement du suivi prénatal et les connaissances particulières au sujet de l'échographie peut ainsi créer certaines prédispositions face à l'examen. L'échographie n'est pas isolée du reste de la grossesse; elle est un moment constitutif de ce continuum.

Le seul aspect similaire entre les récits de Charlotte et de Shirley est qu'elles reconnaissent une différence dans les contextes qui structurent la lecture de l'imagerie médicale:

«C'est mon bébé, pis pour elle c'est un bébé» (Charlotte)

«Pour elle ça fait peut être le cinquantième qu'elle voit dans sa journée, mais pour les nouveaux parents, c'est la première fois qu'ils ont le premier contact avec l'enfant» (Shirley)

Celles-ci distinguent ainsi un foetus «commun» mesuré par la technicienne et leur foetus. Cependant, même si les agendas de la technicienne et de la femme enceinte ne sont pas les mêmes, l'interprétation de l'image par la technicienne va quand même influencer sur la lecture des femmes et conjoints, parce que l'échographie n'est habituellement pas familière à lire pour ceux-ci. C'est-à-dire que la technicienne explique sur l'écran ce qu'elle distingue comme étant les membres et organes du foetus, ce que les femmes vont intégrer à leurs lectures. Toutefois, l'interprétation de l'imagerie ne s'arrête pas à la technicité des mesures. Ceci m'amène à introduire les métaphores corporelles de l'imagerie médicale, telles que discutées par les femmes que j'ai rencontrées.

Les métaphores corporelles de l'imagerie médicale

En dehors des circonstances de l'examen en tant que tel, qu'est ce que signifie l'échographie pour les femmes ? Quelles sont les références culturelles qui sont rattachées à cette imagerie médicale ? L'imagerie médicale est en elle-même une métaphore du corps humain; c'est-à-dire qu'elle transpose les significations propres au corps physique à un niveau d'interprétation visuel. Pour mieux situer ces métaphores, j'ai retenu des récits les notions qui transposent la lecture de l'imagerie médicale à une qualification corporelle.

Concrétisation de la grossesse et «preuve» visuelle

La notion de concrétisation qu'apporte l'échographie ressort clairement dans la plupart des récits:

«Ça te fait prendre conscience que tu as vraiment un bébé dans le ventre, que c'est pas abstrait.» (Carole)

«Au début quand j'étais enceinte, j'avais de la misère à le croire. Je me disais «Bon, je suis enceinte, mais ça se voit pas, il bouge pas, je ne le ressens pas.» Mais quand j'ai vu l'échographie, j'ai dit «Ah! Il y a quelque chose, c'est à moi.»» (Stéphanie)

«Là, c'est sûr que tu le vois concrètement, tu vois qu'il y a quelque chose. C'est un moment où tu réalises vraiment que c'est vrai» (Chrystelle)

L'examen échographique est décrit comme étant un moment charnière pour concrétiser les processus physiologiques déjà initiés.

Plusieurs moyens, tels que l'observation de certaines modifications corporelles, les tests de grossesse (vendus en pharmacie) et le diagnostic d'un professionnel de la santé, confirment généralement une grossesse bien avant l'échographie. Cependant, confirmer et concrétiser sont perçus comme deux moments bien distincts par la majorité des femmes interviewées. L'apport visuel de l'échographie a supplanté le pragmatisme de ces autres modes de connaissance. Il faut ainsi le voir pour le croire, pas seulement le savoir.

La notion de concrétisation que suscite l'échographie est un aspect bien connu des femmes interviewées, avant même que celles-ci l'expérimentent personnellement.

Les femmes disent l'avoir lu dans la littérature prénatale ou discuté avec d'autres parents. Pour ce, plusieurs d'entre elles utilisent intentionnellement l'examen échographique comme moyen de concrétiser la grossesse pour leur conjoint. La lecture de l'imagerie médicale amène une toute nouvelle perspective au conjoint qui expérimente le déroulement de la grossesse «de l'extérieur», c'est-à-dire à partir de ce que sa conjointe lui dit et des changements morphologiques qu'il observe chez elle. Chrystelle se souvient qu'après l'échographie, «il me lâchait plus, il parlait à ma bedaine tous les soirs.»

Dans le cas des femmes interviewées, l'échographie fut souvent intégrée aux rapports de genre sous la forme d'un argument concret manipulé par les femmes pour servir leurs agendas en ce qui concerne leurs conjoints. Pour Stéphanie, son apparence physique ne laissait pas paraître qu'elle était enceinte avant l'examen échographique. Celle-ci rapporte qu'il a fallu que son conjoint voit l'image échographique pour réaliser qu'«il y a quelque chose là-dedans» et qu'il «fasse attention» à elle, ce qu'elle recherchait à ce moment. La concrétisation pour les conjoints, via l'image échographique, peut ainsi modifier certaines de leurs attitudes envers leurs conjointes. Cependant, l'application inverse est aussi possible. Lors de l'entrevue, le conjoint de Stéphanie a pointé l'image échographique déposée sur la table lorsqu'il critiquait le fait que Stéphanie fume. L'argument qu'est l'image échographique est ainsi un lieu où sont négociés les agendas de chacune à partir de l'autorité qui est accordée à ce support visuel.

L'imagerie médicale reconfigure ainsi les définitions corporelles en concrétisant la présence du fœtus à l'aide d'une «preuve» visuelle constituée par le discours

biomédical. En observant et qualifiant le fœtus pour diagnostiquer le déroulement de la grossesse, la technologie de visualisation intègre une autre métaphore corporelle, celle de la santé foetale.

Santé: une qualification de la «normalité»

La confirmation que le fœtus est en santé est aussi un caractère important de l'expérience échographique pour plusieurs femmes. L'échographie revêt un caractère de preuve, une expertise sur la santé du fœtus. Stéphanie m'a dit ce qu'elle attendait de sa première échographie:

«Moi ce que je voulais savoir à ma première échographie, c'est si il avait deux bras, si il avait deux jambes, si il avait une tête, si il bougeait, si il était pas mort. C'est juste ça que je voulais savoir. Moi je voulais être sûre qu'il soit en bonne santé.»

L'échographie devient ainsi une métaphore médicale qui qualifie le corps des femmes enceintes à partir de critères de normalité foetale. Cette qualification est établie en vertu de certains critères d'interprétation (principalement des mesures) et de l'interprétation de ces critères par la technicienne qui lit l'échographie. La qualification de l'état de santé des femmes est ainsi bien loin des données corporelles de première main.

À part Sonia, qui a choisi de ne pas recourir à l'examen échographique, aucune femme n'a discuté des risques potentiels de l'échographie sur leur santé et celle du fœtus. Celle-ci a jaugé la qualification des «risques» de chacune des alternatives; le risque potentiellement dommageable des ultrasons sur le fœtus et le risque potentiel de ne pas pouvoir détecter une anomalie foetale. Quoiqu'il est soit, Sonia n'a pas eu besoin de

recourir à l'imagerie médicale pour qualifier sa santé/normalité: «On savait que le bébé était correct, on était ben sécure».

Pour les femmes qui font appel au diagnostic échographique, l'apport métaphorique de l'imagerie foetale pour qualifier leur santé va toutefois diminuer lors de l'apparition des mouvements foetaux. L'intermédiaire des ultrasons est vite supplanté par l'expérience sensuelle pour définir la santé, comme Chantale le souligne:

«  l'échographie, je voulais juste voir si tous les morceaux étaient là, si ça l'avait l'air beau, si tout était normal.  a comme fait bon OK, tout est beau, on peut continuer. J'en voulais pas d'autres. Je veux dire il bouge bien, je le sais. On écoute son cœur, le cœur va bien, il grossit normalement, moi je suis en bonne santé, moi je vais bien aussi. J'ai pas besoin d'avoir une image, j'ai la conviction que c'est correct.» (Chantale)

Pour Chantale, l'échographie est un indice qui la rassure au début de la grossesse au plan de la normalité de son foetus, mais elle assoit ensuite la qualification de la santé à partir de ses propres critères de références corporelles.

En catégorisant distinctement l'état de santé des femmes et du foetus, la pratique échographique tend à conceptualiser deux individus aux besoins et conditions distinctes. Cette technologie de visualisation médicale ébauche partiellement les conditions d'une personnification foetale.

La personnification du foetus par l'imagerie médicale

Une métaphore corporelle importante de l'imagerie foetale est la personnification du foetus. «Voir le bébé» lors de l'échographie amène une distinction entre femme et

foetus, ce qui peut concourir à établir une relation extériorisée. Chrystelle et Charlotte explicitent cette identification distincte:

«C'est comme quelqu'un que tu connais pas, pis là [à l'échographie] ça devient quelqu'un que tu connais, même si je le connais pas plus. Mais au moins de le voir, c'est comme si on te le présentait. C'est comme si tu le voyais une première fois avant qu'il sorte. C'est comme tu parles à ton voisin à tous les jours, mais je sais pas au téléphone. Tu ne l'as jamais vu, pis un moment donné tu le rencontres. C'est vraiment de voir.» (Chrystelle)

«C'est comme une photo. C'est comme quand t'écris à quelqu'un et que tu as une photo, c'est comme dix fois plus facile quand tu penses à cette personne là que si t'écris à quelqu'un que tu vois jamais jamais. Ben là, moi c'est pareil, mon bébé je sais qu'il a l'air de ça.» (Charlotte)

Le contact visuel crée un espace relationnel qui peut prendre forme autour des notions identitaires introduites lors de l'échographie. Le foetus peut être personnifié, entre autres, par son apparence physique, son «caractère» et son sexe.

Pour Carole, l'apparence physique de son foetus était une source d'identification importante:

«À l'échographie, tu perçois des traits. Surtout la deuxième écho, au septième mois, tu perçois plus de détails. Tu peux vraiment voir son profil, et j'ai vu tout de suite la ressemblance avec le profil de Jean-François [son conjoint]. Donc, quand tu vois ton bébé, tu regardes et tu essayes de t'identifier à lui. Est-ce qu'il me ressemble, est-ce qu'il ressemble à mon conjoint ? » (Carole)

La personnification du foetus, par la ressemblance des traits morphologiques, devient une source de rapprochement avec le futur enfant. La caractérisation physique confirme l'identité du foetus au sein de la généalogie du couple et des familles respectives.

Dans le cas de Stéphanie, son foetus s'est vu attribuer un trait de caractère par le médecin:

«Le médecin m'a dit que c'était un bébé comique. Il a dit que c'était un bébé très très comique. [Qu'est-ce que ça veut dire un bébé comique ?] Je lui ai demandé et il m'a dit que les bébés ne réagissent pas de la même manière, ils ne bougent pas de la même manière dans chaque ventre. Il a dit que c'est un bébé comique parce qu'il bougeait beaucoup et il bougeait avec ses poings dessus la tête.» (Stéphanie)

Les critères identitaires utilisés pour qualifier le fœtus ne dépendent pas seulement de ce que la femme voit, mais aussi de ce que le personnel médical lui indique. Elle peut cependant décider de ne pas tenir compte de ces qualificatifs. La terminologie particulière qu'utilise le technicien pour décrire le «caractère» du fœtus peut avoir un rôle à jouer dans la personnification du fœtus.

Le fait de connaître le sexe du fœtus est un élément fort important dans le processus de personnification. Comme Chrystelle le mentionne, le fait de connaître le sexe du fœtus renforce «la relation»:

«Parce qu'ils l'ont vu [le sexe du fœtus], ils te le disent. Moi après ça, j'étais tellement contente. C'est sûr que je voulais un garçon, je préférerais avoir un garçon qu'une fille. Ça l'a comme renforcé de beaucoup la relation. Il me semble que tu endures tes bobos plus facilement après.» (Chrystelle)

Parce que l'échographie n'est pas un événement isolé, la personnification du fœtus a des implications tout au long de la grossesse. Parce qu'elle désirait vraiment un garçon (après avoir déjà eu une fille), l'identité masculine de son fœtus lui a apporté du support pendant la grossesse pour passer au travers de ses malaises physiques.

Les propos de Chantale vont dans le même sens que ceux de Chrystelle à propos de son premier enfant, sauf que l'identité sexuelle n'a pas pris forme au moment même de l'échographie:

«C'est plate à dire, mais on préférerait tous les deux une fille. Mais en même temps, si jamais ils se sont trompés et que c'est un gars, on va faire oups ! Mais règle générale, ils se trompent pas. Puis mon chum voulait avoir une fille, et moi aussi. Mais on avait quand même, même si on devait pas avoir, une petite préférence. Quand ils nous on dit que c'était une fille, mon chum était tellement heureux. Ce qui fait que ça l'a comme... bien j'ai été un grand bout après l'échographie a ne pas vouloir me dire que c'était une fille. Mais à force de le dire, un moment donné c'est devenu une fille.»

Le fait de connaître (suivant l'autorité accordée au diagnostic de l'échographie) le sexe du fœtus va alimenter les rapports de genre au sein du couple. Malheureusement, je ne possède pas assez de données pour préciser comment cette distinction sexuelle peut orienter la réflexion et l'attitude des femmes et de leurs conjoints, tout comme la relation au corps enceint.

La qualification du fœtus par la ressemblance physique, la qualification de ses traits de caractère ou de ses activités, et son identité sexuelle sont quelques exemples qui démontrent comment l'imagerie médicale peut devenir une métaphore puissante qui qualifie le corps des femmes en personnifiant le fœtus. Le désir d'identifier le fœtus socialement via l'échographie n'est toutefois pas le fait de toutes les femmes. Quoique toutes les femmes interviewées qui on eu recours à l'échographie ont invoqué sous plusieurs angles l'identité sociale de leur fœtus, Heather n'a pas voulu faire ainsi avec l'échographie, particulièrement en ce qui concerne le sexe de son fœtus:

«Maintenant que les gens savent que je suis enceinte, la question qui vient tout le temps c'est « Est-ce que c'est un garçon ou une fille ? » Moi je dis je ne le sais pas, et je ne veux pas le savoir. J'ai pas envie de faire une échographie pour le savoir. Je suis vraiment plus capable de vivre dans l'éventualité que y'a 50% de chance»

L'identification sociale de son fœtus via l'échographie n'est donc pas une priorité pour Heather.

Je n'attribue toutefois pas toutes les variables identitaires du fœtus à l'imagerie médicale, loin de là. Encore ici, les mouvements fœtaux vont ensuite prendre la relève pour personnifier le fœtus. Pour Sonia, qui n'a pas entrepris d'examen échographique, le début de la relation avec son fœtus passe par l'interaction physique:

«C'est quand il comme à bouger que tu réalises que c'est quelque chose, pis tu commences à avoir une relation avec. Tu commences à lui parler, pis tu vois qu'il réagit à ce que tu fais à ton environnement. Faque tu vois que son monde influence le tien, pis que le tien influence le sien. Comme si tu fais trop de bruit, si t'écoutes de la musique forte, il va peut-être chialer. Ou ben quand tu dors la nuit, il bouge pis il te réveille. Faque il y a comme un interaction entre les deux mondes. (...) Nous autres on ne lui avait pas donné de nom, on avait pas d'écho. C'était juste, bon on sait qu'il est là. Moi je le sentais, on le savait qu'il était là. On lui parlait, on lui racontait des affaires.»

Le rapport sensuel au corps intègre ainsi une personnification du fœtus par la qualification de ses mouvements (ou l'absence de mouvements). Par exemple, Stéphanie m'a expliqué que son fœtus «aimait beaucoup la musique» parce qu'il bougeait quand il en entendait. Shirley m'a expliqué l'absence de mouvements fœtaux pendant l'entrevue du fait que son fœtus «avait trop dormi», ou qu'il se laissait «bercer» car elle parlait sans arrêt.

Néanmoins, parce que l'examen échographique précède généralement la sensation des mouvements fœtaux et que cette technologie médicale est d'usage routinier dans le suivi prénatal en hôpital à Montréal, je considère que l'imagerie fœtale est une composante significative qui introduit la personnification du fœtus.

Avant de poursuivre avec les propos des femmes, j'aimerais introduire un événement noté dans mon journal de bord. Lors d'une visite au salon de coiffure, trois

coiffeuses discutaient de l'appel téléphonique que venait tout juste de recevoir l'une d'entre elles. La fille de la coiffeuse en question lui apprenait qu'elle avait passé un examen échographique et qu'elle était enceinte d'un garçon, en bonne santé. Ma coiffeuse a dit à sa collègue que sa fille «va avoir de la misère», et que «c'est du trouble des garçons» en référant au sien. La future grand-mère lui a répondu que ça ne lui dérangeait pas une fille ou un garçon «tant que le bébé est en santé», et elle a décrit comment elle imaginait la chambre de son petit-fils tout en précisant la couleur des pyjamas qu'elle allait lui acheter (bleu, vert, jaune). La conversation a ensuite bifurqué sur leurs propres enfants. Cet événement démontre comment l'imagerie médicale, en plus de personnifier le fœtus, initie un processus de socialisation. Par exemple, ma coiffeuse a projeté l'attitude future du fœtus par rapport à un patron culturel de genre qu'elle définit en regard de sa propre expérience. La socialisation du fœtus réfère ainsi à l'intériorisation de l'identité du fœtus par un individu pour le situer dans son environnement socioculturel.

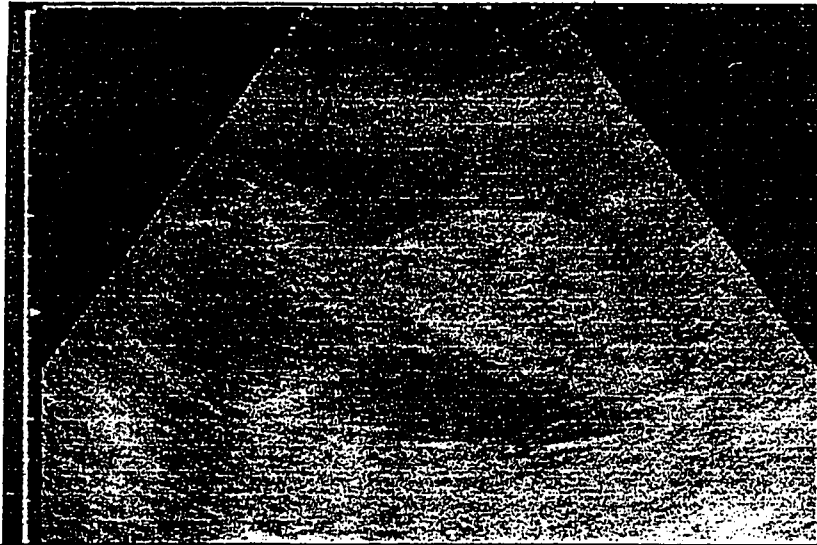
L'utilisation des supports visuels pour socialiser le fœtus

Dépendant de la technologie disponible dans les hôpitaux visités, l'échographie peut être transposée sur papier ou vidéocassette. Comment ces supports visuels sont-ils intégrés au cours de la grossesse ? Les récits des femmes enceintes font ressortir l'utilisation de ces images pour introduire le «bébé» à l'entourage. Le fœtus devient le sujet d'une photographie et peut maintenant être présenté à la famille, aux amis et aux collègues de travail.

Chroniques d'un "Motton"...

(Motton: Petite masse de matière compacte..." Dictionnaire québécois d'aujourd'hui"
publié par I.e Robert)

J'ai hérité de ce sobriquet dès que mes parents ont été informé de mon existence. Je suis actuellement en construction et profite de mes temps libre pour m'initier aux plaisirs du WWW! Je devrais voir la couleur de votre ciel à la fin du mois d'août à la Maison de Naissance Côte-des-Neiges de Montréal, entre bonnes mains car ma sage femme est une perle. Voyez ci-après en primeur ma première photo cliquez pour la voir en gros!!! Selon l'échographie je suis un petit garçon au grand plaisir de ma grande soeur Camille qui souhaitait un petit frère. Elle est gentille Camille elle me chante des chansons le soir dans ma bedaine capitonnée!!!!



Fin août...je me prépare à faire ma grande entrée dans la société. Normalement je suis prévu pour vendredi 29 août mais je ne suis pas du tout pressé...je suis bien au chaud dans ma bulle, pourquoi hâter la fin de cet état privilégié? Camille est plus qu'impatiente de me voir. Tout est prêt pour mon arrivée et les parents sont sur le qui-vive moi ça me fait bien rire!!!! J'arriverai quand je serai prêt! Ne vous en faites pas je vous informerai de mon arrivée et je vous raconterai peut être mon voyage qui sait?...



Laissez moi mes premiers message !!!

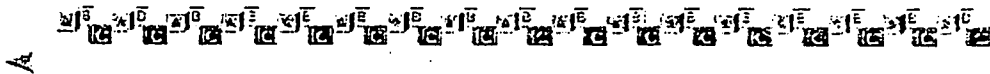


Fig. 28. Page Web de Chrystelle. Cette page est obtenue en sélectionnant l'option "Visitez ma page foetale" sur le site Web de Chrystelle, dans la section Raphaël.
(<http://www.colba.net/cpro/grossesse2.html>)

Par exemple, Chrystelle a inséré l'image de son échographie dans l'album de photo familial et l'a aussi transposé sur sa page Web (fig. 28): «Je voulais que ma sœur le voit. Ma famille est en France, et ma soeur est branchée à l'université. Je lui avais dit «Tu vas aller le voir !»» Chrystelle rapporte aussi la conduite de son conjoint: «Il se promenait avec ses petites photos et il les montrait à tout le monde là.» Celle-ci ajoute que la socialisation du fœtus fut aussi valable pour sa fille de quatre ans: «[À l'échographie] Il bougeait sa main et elle disait « Ah ! il dit allô ! ». Il bougeait sa bouche, « Ah ! il me fait des sourires, il me reconnaît. »». L'image échographique peut ainsi socialiser le fœtus au sein de la famille et de l'entourage du couple avant la naissance.

La socialisation du fœtus n'est pas nécessairement un processus mis en branle par les futurs parents, elle peut aussi être réclamée au couple. Le désir d'attribuer une identité sociale au fœtus fut considérable pour la famille de Shirley. Celle-ci a subi une pression familiale pour connaître l'identité sexuelle du fœtus:

«Elle [sœur] c'est drôle, elle veut une fille. Une chance sur deux. [Est-ce que tu l'a su lors de l'échographie ?] On ne l'a pas demandé. Ce qui est arrivé c'est que moi j'aurais aimé ça le savoir, mais plus par curiosité que par désir, besoin. Stéphane lui, il désirait vraiment ne pas le savoir, il voulait avoir la surprise. Je trouvais que son désir à lui était plus fort que ma curiosité à moi. C'est sûr que si j'avais eu un désir flagrant et profond de le savoir, il aurait fallu négocier là dessus. Mais, ma sœur elle avait décidé, ma sœur est infirmière, et elle a décidé qu'elle allait le voir sur [la vidéocassette de] l'échographie si c'était un gars ou une fille. Puis elle allait le dire à ma mère, mais sans nous le dire. Mais imagine que ta mère arrive avec du bleu ou avec du rose ! Je trouvais pas ça correct, parce que je trouvais que ça l'allait à l'encontre de notre désir à nous, à mon copain et moi. C'était comme, ça vous regarde pas. Mais quand on est arrivé là-bas à l'échographie, on leur a dit qu'on voulait pas le savoir. Puis j'ai mentionné que ma sœur voulait le savoir elle. Elle [la technicienne] a dit inquiète-toi pas, elle le verra même pas. Là où ils le voient le plus c'est lorsqu'ils mesurent le fémur. La mesure du fémur, elle l'a prise d'une façon où tu voyais rien, il était de dos. Probablement qu'un médecin regarderait ça, peut être

que lui il serait capable de dire, quelqu'un de vraiment expérimenté. Ma sœur est pas bien expérimentée là-dessus.»

La personnification du fœtus et son intégration à l'environnement social du couple est donc à double sens; le fœtus peut être «présenté» aux proches par la femme enceinte ou le couple, mais il peut aussi être l'objet d'une requête d'identification sociale à laquelle les parents ne sont pas nécessairement intéressés.

• ❦❦❦❦ •

Pour conclure sur les données du chapitre, il apparaît rapidement que la pratique échographique n'est pas qu'un simple examen clinique; elle est empreinte de maintes considérations socioculturelles. L'échographie est d'abord une procédure médicale de routine (dans le cas du suivi médical) légitimée par l'idéologie de risque et par l'autorité accordée aux professionnels de la santé à qualifier la grossesse par le biais d'une technologie de visualisation. Cette technologie ne peut être appliquée et interprétée (au niveau du diagnostic) que par certains professionnels, car les critères d'interprétation qui structurent ce mode de connaissance ne sont pas accessibles aux femmes enceintes (qui n'ont pas étudié cette spécialisation médicale).

L'imagerie médicale n'est pas une «fenêtre» sur le corps des femmes, mais bien une métaphore corporelle; elle peut concrétiser un processus biologique déjà connu, qualifier un état de santé, et dédoubler l'individualité de la femme en personnifiant le fœtus. La caractérisation du fœtus par certains critères identitaires et l'utilisation ostensible des supports visuels de l'échographie peut aussi amener la socialisation du

foetus au sein de la famille et de l'entourage. Le pouvoir dénotatif du mode de connaissance qu'est l'échographie vient de l'autorité que les femmes accordent à cet intermédiaire discursif. Cette autorité est toutefois jaugée selon leurs besoins, que ce soit d'être rassurées, encouragées ou appuyées dans leurs réflexions à un certain moment de leurs expériences. Ces besoins découlent toutefois de l'idéologie de risque et de normalité qui sont investis dans le principe de médicalisation de la perspective biomédicale, mais aussi du climat idéologique qui définit la «qualité» de la reproduction. Et au fil de la grossesse, l'autorité de l'image échographique va être réévaluée à la lumière d'autres références que les femmes privilégient, comme les mouvements foetaux. Enfin, l'autorité de l'échographie pour qualifier la grossesse n'est pas reconnue par toutes les femmes enceintes; Sonia et Heather réfèrent en premier lieu au mode de connaissance sensuel pour qualifier leurs grossesses.

En ce qui concerne la lecture de l'imagerie médicale en dehors des considérations techniques, maintes considérations interprétatives vont rentrer en ligne de compte pour donner un sens à l'image. Les échographies ne sont pas un compte-rendu transparent du corps humain, elles possèdent une typologie visuelle qui est plus ou moins facile à discerner pour l'oeil non expérimenté. En me présentant ces deux échographies, Stéphanie m'a répété les explications du médecin en me pointant les différentes parties du foetus, et elle a terminé en disant: «Ça ressemble à un extraterrestre quand on le regarde. On voit pas grand chose. Elle est floue, il me l'a raté la photo». Elle réajuste ainsi le mode de connaissance biomédical selon ses propres critères d'interprétation pour intégrer

l'image échographique à sa réflexion. Quant à Carole, elle a mentionné la clarté de son échographie par les détails qu'elle avait pu percevoir:

«Tu vois des choses que tu comprends pas au début, puis à force de les regarder tu reconnais les formes, tu vois très bien les mains, les os, la colonne vertébrale, la tête, la forme du visage et tout. Tu as une image de ton bébé, et j'avais vraiment une idée préconçue en tête, puis quand il est né, j'étais surprise parce qu'il était pas ce à quoi je m'attendais»

La lecture de l'échographie avait amené Carole à se construire un portrait mental précis de son bébé, portrait qu'elle ne retrouva pas à la naissance de celui-ci. Elle a intégré la notion de représentativité de ce mode de connaissance à sa réflexion pour ensuite le repositionner suivant d'autres critères de référence. Et pour ce qui est de Chrystelle, elle m'a fait savoir que sa lecture de l'échographie n'était plus la même maintenant que son enfant était né:

«Entre toi pis moi, une échographie, tu vois pas grand chose, bien ça dépend. Nous autres on trouvait qu'on voyait tout au début et que c'était donc cute. Puis je la regarde maintenant et je dis on voit rien là-dessus. On voit quelque chose, mais c'est pas clair du tout.»

Le fait que Chrystelle percevait des détails sur l'échographie pendant sa grossesse et qu'elle ne les voit plus par la suite démontre comment la lecture de l'imagerie médicale est momentanée, c'est-à-dire qu'elle répond à, et agit sur, un contexte donné, un moment de la grossesse. L'articulation des modes de connaissances répond ainsi aux besoins et agendas des femmes à un moment précis de leurs expériences.

Pour conclure, les pratiques interprétatives des femmes enceintes sont articulées à deux niveaux complémentaires. D'abord, les multiples dimensions de l'image lue, c'est-à-dire l'entrecroisement des regards qui y sont présents avec tout le bagage discursif des modes de connaissances qu'ils supportent. Ensuite, le moment de la lecture est un

espace interactif qui juxtapose des considérations contextuelles. L'image échographique démontre bien ces différentes composantes, par exemple, lorsque la technicienne mesure la répercussion d'ultrasons représentant le fémur pour annoncer le sexe du fœtus à une femme (et son conjoint), qui va ajuster cette information à ses propres perspectives et préoccupations, information qui va être réévaluée dans des circonstances ultérieures. C'est en suivant cette approche dynamique et multidimensionnelle que la conclusion qui suit permettra de mettre en perspective les trois thèmes qui ont tissé la trame empirique.

VIII

CONCLUSION

La présente recherche avait pour objectif de préciser l'articulation de l'imagerie foetale dans le quotidien de montréalaises enceintes afin de situer les multiples dimensions subjectives et socioculturelles qui investissent leurs interprétations particulières des discours visuels. L'imagerie foetale est une composante de plus en plus présente au sein des narratifs sur la reproduction, que ce soit au plan des pratiques médicales, de l'information prénatale et de la culture visuelle médiatisée par différents agendas scientifiques, religieux et commerciaux. Ces discours visuels sont empreints de constructions culturelles qui prennent formes à l'intérieur des conjonctures socio-politiques et historiques qui soutiennent leurs intégrations. Ma démarche ethnographique avait pour intention de circonscrire les manifestations discursives et pratiques de l'imagerie foetale qui imprègnent l'expérience de la grossesse, du point de vue de femmes enceintes.

Pour ce faire, j'ai choisi de concentrer ma démarche ethnographique sur le vécu et la réflexion de femmes enceintes, par le biais de récits d'expériences. La recherche documentaire de matériel visuel ainsi que quelques séances d'observation participante de lieux/moments qui transposent l'imagerie foetale dans un contexte particulier ont servi de données complémentaires aux propos des femmes. Ce parcours méthodologique correspond principalement à un travail d'analyse du discours. Les atouts de cette

approche permettent de qualifier et de contextualiser la culture matérielle qu'est l'imagerie foetale à partir des individus qui l'intègrent à leurs existences, suivant leurs réflexions particulières.

L'analyse discursive a aussi des limites méthodologiques. Est-ce que les propos des femmes sont conjugués à leurs pratiques? Est-ce que ces propos peuvent rendre compte à eux seuls des enjeux de pouvoir qui concourent à positionner les expériences individuelles? Pour pallier ces lacunes analytiques, il serait fort intéressant de compléter les avancés de cette recherche par une observation méthodique des pratiques qui articulent les manifestations visuelles au quotidien des individus. Par exemple, ces pratiques pourraient être observées sous l'angle du suivi prénatal, dans le contexte des consultations régulières avec un professionnel de la santé. Les données ainsi recueillies pourraient éclairer sur les pratiques de négociation des discours visuels entre femmes et professionnels de la santé, et ainsi introduire de nouvelles possibilités dans l'analyse des propos transmis par les femmes à l'intérieur de leurs récits d'expériences. Néanmoins, l'analyse des récits d'expériences m'a permis de compléter un manque flagrant dans la littérature sur l'imagerie foetale, principalement élaborée par les études culturelles, les études féministes et les études littéraires. Plusieurs auteurs ont critiqué la caractérisation de l'imagerie foetale qui personnifie le fœtus en dehors de toutes considérations maternelles (Kaplan 1994), et ce, particulièrement en ce qui a trait au discours pro-vie (Hartouni 1992 et Stabile 1992). Ces critiques, même si elles sont réduites à une projection discursive des composantes visuelles par les auteurs, décrivent les enjeux politiques que peuvent recouvrir les représentations visuelles pour articuler les questions

de reproduction autour d'une surveillance de "l'environnement maternel". Cette démarche analytique des discours visuels est fort intéressante pour qualifier la culture matérielle et les stratégies discursives qui l'exploitent, mais elle ne dit rien sur les significations qu'acquiert l'imagerie foetale dans la vie des individus. Une image ne peut pas signifier en dehors des regards qui se portent sur elles. Les différents contextes de médiatisation du travail photographique de Nilsson en sont des exemples marquants.

Je ne prétends pas ici généraliser les conclusions de cette recherche à l'ensemble des montréalaises enceintes. Les propos des femmes interviewées ne peuvent être extrapolés en dehors du contexte de la réalité des individus concernés. Cependant, parce que ces femmes vivent leurs expériences respectives dans un contexte culturel où prennent forme des structures institutionnelles et des politiques sociales qui concernent également d'autres femmes enceintes, leurs expériences particulières permettent aussi d'ouvrir des pistes de réflexion qui dépassent les subjectivités individuelles.

Pour rendre compte des différentes dimensions de l'imagerie foetale que les femmes négocient au cours de leurs grossesses, mon narratif ethnographique fut structuré autour de deux sphères d'interprétation: *le* foetus (public) et *mon* foetus (personnel). Cette dichotomie ne tient pas au fait de catégoriser des documents visuels particuliers de façon rigide, mais plutôt de comprendre les processus et contextes d'interprétation qui donnent un sens à ces discours visuels. La distinction entre ces deux variantes permet de mieux situer les discours et enjeux investis dans les processus d'interprétation des femmes au cours de leurs grossesses. Le fait d'identifier ou non une image à leurs situations

démontre comment les femmes négocient les modes de représentation, et les références discursives qu'ils impliquent, en relation avec leurs préoccupations et perspectives respectives. J'ai ainsi analysé les différents niveaux de lecture des femmes à partir de l'imagerie diffusée dans les médias et l'information prénatale, ainsi que par le biais de la technologie médicale de visualisation qu'est l'échographie.

Les femmes négocient différemment les manifestations visuelles selon les contextes de leurs applications et l'autorité qu'elles accordent aux modes de représentation. Les différents modes de représentation visuelle du fœtus ne sont pas automatiquement synonymes de transparence pour les femmes enceintes. Chantale, Chrystelle et Heather ont invoqué l'irréalisme du fœtus représenté à l'intérieur de la publicité de CITÉ Rock-détente et la non pertinence du contexte de son exploitation visuelle. Il est intéressant de noter comment le regard de ces femmes est en contradiction avec celui des concepteurs, qui avaient pour intention de simuler la réalité utérine. Par contre, l'imagerie foetale présentée à l'intérieur de l'information prénatale fait habituellement force d'autorité pour la majorité des femmes interviewées. La photographie médicale de Nilsson et les diagrammes anatomiques présentés dans cette littérature spécialisée ont un sceau d'autorité qui ne fut pas critiqué par celles-ci dans leurs récits. Les connaissances de ces femmes sont perméables aux modes de représentation biomédicaux (la technicité du développement foetal: membres, mensurations, fonctions physiologiques, etc.). Seule Heather a souligné la réduction visuelle de cette imagerie au fœtus qui ne tient pas compte du corps féminin, parce qu'extériorisé visuellement. Qui plus est, selon elle, l'espace visuel pour imaginer le fœtus est tout simplement

incompatible avec l'expérience intuitive et sensuelle qu'est la grossesse, même si elle garde toutefois un intérêt intellectuel pour l'imagerie foetale. Le mode de représentation biomédical n'a pas pénétré sa démarche d'acquisition de connaissances sans être repositionné par rapport à son savoir. La négociation de l'imagerie foetale se situe donc à l'intersection des regards qui se posent sur elle. Lorsqu'une femme enceinte croise le regard de Sylvain Langlois et de Lennart Nilsson, elle évalue différemment le fœtus qui lui est représenté suivant ses propres critères de référence de ce qui est pertinent à intégrer à son savoir.

L'intégration des critères de représentation biomédicaux aux réflexions des femmes va toutefois aller au-delà de la technicité des informations recherchées initialement; les femmes peuvent aussi identifier certains aspects de l'imagerie foetale à leurs expériences. C'est que le mode de connaissance visuel introduit aussi des notions corporelles parallèlement avec l'information technique. Le vocabulaire élaboré par certaines femmes pour nommer leurs fœtus (*crevette*, *alien*, *têtard*, etc.) suivant l'apparence de ceux photographiés par Nilsson est un exemple de la personnalisation de l'imagerie foetale. La personnalisation de l'imagerie foetale n'est cependant pas toujours le fait d'une identification volontaire, elle peut aussi être contraignante. Dans le cas d'Heather, le fait de visualiser les détails du développement foetal a créé une reponsabilisation pour surveiller son alimentation.

Les métaphores corporelles de l'imagerie foetale vont devenir encore plus significatives à travers l'examen échographique. À l'intérieur de leurs récits, les femmes

ont discuté de (ce que j'ai catégorisé comme étant) la concrétisation de leur grossesse, du diagnostic de leur état de santé, et de la personnification du fœtus. La personnification du fœtus via l'échographie fut l'objet de plusieurs critiques qui dénoncent l'individualisation du fœtus dans les discours et pratiques médicales et même sa primauté sur les femmes concernées au niveau des politiques médicales et sociales (Franklin 1991 et Balsamo 1996). Ces critiques sont fort pertinentes pour reconnaître les enjeux du dédoublement corporel dans une perspective de *management* de la grossesse à l'intérieur de sa prise en charge collective. Cependant, je veux souligner que la personnification du fœtus peut aussi être employée par les femmes pour rehausser leurs expériences. Par exemple, l'identification sexuelle du fœtus a apporté un soutien moral à Chrystelle pour passer au travers de ses malaises physiques, Stéphanie a voulu concrétiser la présence du fœtus à son conjoint pour que celui-ci prenne mieux soin d'elle, et Chantale a été rassurée sur la santé/normalité de son fœtus, ce qui lui a permis de se sentir en confiance au cours de sa grossesse. Ces attitudes et réflexions sont bien sûr conditionnelles au capital linguistique de la biomédecine à qualifier le corps, et à l'autorité de la technologie médicale comme intermédiaire discursif.

Le pouvoir des femmes à interpréter l'imagerie foetale dépend ainsi, dans une certaine mesure, du capital linguistique des modes de connaissance qu'elles côtoient. Par exemple, la routinisation de l'examen échographique fut instaurée à partir de l'idéologie des facteurs de risques en concomitance avec la pathologisation de la grossesse par le domaine obstétrique, mais aussi les notions culturelles de qualité reproductive (les normes de qualité du "produit" humain, qui exclut la trisomie 21 par exemple) et de sécurité

(suivant l'autorité de la pratique biomédicale). Ceci n'implique toutefois pas que les femmes sont soumises aux agendas des instances qui possèdent le capital linguistique, mais plutôt qu'elles doivent composer leurs réflexions à partir des formes et formes discursives qui sont imbriquées au parcours de leurs grossesses.

Comme le révèle l'expérience de l'échographie, les modalités d'utilisation de la technologie médicale sont un lieu où prennent forme des enjeux de pouvoir dans l'acquisition du savoir. Young (1990) a avancé l'objectivation et l'aliénation que rencontrent les femmes exposées à la technologie médicale, en accusant le projet patriarcal qui légitime son inscription institutionnelle. Le récit de Charlotte sur son expérience de l'échographie va dans le sens d'une objectivation/aliénation, mais ces constats prennent source dans le processus de partage du savoir qui découle de la relation client/médecin à l'intérieur du cadre hospitalier plutôt que dans l'appropriation du corps féminin par des agendas androcentriques. Et encore, une certaine forme de partage du savoir n'est pas automatiquement exclue du suivi professionnel médical comme l'a démontré le récit de Shirley. Les protocoles établis par chaque établissement hospitalier et les attitudes des professionnels que rencontrent les femmes doivent aussi être pris en considération pour qualifier la notion d'aliénation en distinguant la technologie elle-même des structures institutionnelles à l'intérieur desquelles des professionnels de la santé l'appliquent. Dans cet ordre d'idées, l'initiative des femmes à prendre part au processus de décision concernant l'utilisation des technologies médicales n'est pas reconnue dans le suivi professionnel en milieu hospitalier (Mitchell 1994). À l'intérieur des récits, j'ai constaté que les femmes qui ont recours aux services professionnels des sages-femmes

ont une prise de position plus marquée envers l'examen échographique, parce que cet examen est proposé aux femmes en termes de choix. La prise de position n'implique pas le rejet de la technologie, mais plutôt son actualisation aux besoins des femmes à partir d'une connaissance plus approfondie des contours de cette technologie.

L'acquisition de connaissances par le biais de l'imagerie foetale n'est pas réduite aux femmes et professionnels de la santé; d'autres individus vont aussi interpréter les discours visuels pour signifier le fœtus, et par extension, la femme enceinte. Je pense ici particulièrement aux conjoints et à l'entourage des femmes. Il serait pertinent pour de futures recherches, par exemple, de se pencher sur la lecture de l'échographie par les conjoints pour examiner comment ceux-ci positionnent ce mode de connaissance et l'intègrent à leurs perspectives et pratiques. Cette avenue de recherche est importante car l'interprétation de ces manifestations visuelles, conjuguées aux discours respectifs des conjoints sur la reproduction, va participer à orienter leurs conceptualisations du fœtus, ainsi que leurs attitudes et attentes envers leurs conjointes. Ce point d'analyse fut soulevé à l'intérieur de l'ethnographie, mais l'insuffisance de données ne m'a pas permis de développer cet aspect en profondeur.

Enfin, les savoirs des femmes sont ainsi élaborés en relation avec les modes de connaissance qu'elle côtoient, suivant le capital linguistique qui leur est concédé. Ces modes de connaissance sont intégrés aux réflexions des femmes suivant leurs subjectivités et conditions d'existence concrètes, et ce, conjointement avec les contextes socioculturels et politiques à l'intérieur desquels elles donnent un sens à leurs

expériences. La démystification mystifiée du fœtus par sa visualisation échographique en est un exemple. Les métaphores corporelles qui prennent forme à travers l'imagerie médicale pour qualifier les notions corporelles des femmes enceintes révèlent le capital linguistique de la biomédecine à orienter les modes de connaissance. Ce capital linguistique n'implique toutefois pas que les femmes ne peuvent développer leurs propres stratégies interprétatives, au contraire. Cependant, le pouvoir interprétatif des femmes n'est pas directement un pouvoir sur les agendas des discours impliqués dans leurs expériences? Par exemple, est-ce que le fait qu'une femme veuille faire qualifier son corps via l'échographie pour être informée sur la normalité de son fœtus, pour se sentir en confiance au cours de la grossesse, est une grande marge de pouvoir? La métaphore corporelle qu'est l'imagerie médicale crée une certaine dépendance à l'information visuelle pour qualifier le corps des femmes. Quels sont les changements apportés par le passage sensible du toucher au visuel dans la pratique clinique quant à la relation au corps? La personnification du fœtus suivant son individualisation visuelle n'est pas insensible à cette trajectoire de connaissance. Le processus de personnification n'est pas nécessairement dépendant de sa visualisation, comme l'a fait savoir Sonia. Toutefois, parce que le mode de connaissance visuel est accessible à un large public, comparativement au savoir sensuel, de nouvelles frontières interprétatives peuvent prendre formes dans les agendas individuels et collectifs.

L'autorité du visuel et de la science médicale pour représenter les connaissances sont des éléments significatifs à considérer pour comprendre le positionnement de l'imagerie foetale dans le quotidien des individus. Bien que j'ai mis l'accent sur l'imagerie

foetale pour diriger ma recherche, elle n'est qu'un élément parmi tant d'autres qui concourent à donner un sens à l'expérience de la grossesse. La grossesse est une expérience sensuelle et culturelle qui est l'objet de préoccupations sociales sur la reproduction d'une société. Les contextes de la manipulation discursive de l'imagerie foetale ont fait ressortir certaines de ces préoccupations, tout en démontrant le pouvoir des femmes à articuler cette imagerie pour leurs propres intérêts.

NOTES

¹ Pour mieux situer ces différents modes de visualisation, je vais brièvement définir leurs applications respectives. La *radioscopie* est l'examen dynamique d'un organe d'après son image portée sur un écran fluorescent au moyen de rayons X. La *scanographie* est une technique qui traite par ordinateur l'information fournie par les rayons X. L'*échographie* consiste à envoyer sur une région du corps, au moyen d'une sonde, des faisceaux d'ultrasons qui vont être réfléchis par les tissus rencontrés. L'*imagerie par résonance magnétique* utilise la propriété qu'ont certains noyaux atomiques placés dans un champ magnétique et stimulés par une onde radio de réémettre une partie de l'énergie absorbée sous forme de signal radio. L'*endoscopie* est l'examen d'une cavité interne par l'insertion d'un dispositif optique appelé endoscope. La *scintigraphie* est l'analyse de corps opaques au moyen de rayons gamma, suite à l'injection de corps radioactifs.

² Le terme reproduction possède aussi une connotation statique qui sous-entend une imitation matérielle fidèle. Cette tangente terminologique ne doit toutefois pas détourner l'attention des réalités sociales et culturelles observées. Il est bien important d'aviver ce terme pour laisser transparaître les changements qui prennent place à l'intérieur des notions et processus de reproduction humaine.

³ Pour un survol plus détaillé du cheminement disciplinaire de l'anthropologie de la reproduction, voir «Anthropology and Studies of Human Reproduction» par Carole Browner et Carolyn Sargent (1990) ainsi que «The Politics of Reproduction» par Faye Ginsburg et Rayna Rapp (1991).

⁴ Terme emprunté à Ginsburg et Rapp (1991 et 1995).

⁵ *Principes d'anatomie et de physiologie* (1988), G. Tortora et N. Anagnostakos, Éditions CEC.

⁶ Pour plus de détails sur les conditions d'intégration de l'échographie au sein des institutions de santé européennes et américaines, voir le survol historique de Oakley (1993).

⁷ En ce qui concerne les coûts relatifs à l'examen échographique, la RAMQ rapporte qu'en moyenne cet acte diagnostique coûtait 18.41\$ en 1996, et que 149 652 échographies obstétricales furent pratiquées au Québec. L'échographie est le troisième acte diagnostique et thérapeutique le plus important en nombre dans le milieu hospitalier québécois. (Tableau statistique *Nombre et coût des 50 actes diagnostiques et thérapeutiques les plus fréquents par ordre décroissant, rémunération à l'acte, médecine et chirurgie, Québec, 1992 et 1996*, RAMQ 1997:60).

⁸ À ce sujet, je fus fort surprise par le nom d'un journal d'obstétrique qui s'intitule Early Human Development: An International Journal Concerned With the Continuity of Fetal and Postnatal Life. La formulation de ce titre implique conséquemment l'individualité du fœtus et les références médico-légales que cela implique (particulièrement les droits individuels).

⁹ Emprunt d'une expression de Lutz et Collins (1993); «The Photograph as an Intersection of Gazes».

¹⁰ Pour plus de détails sur les travaux qui forment ces corpus théoriques, voir les historiques disciplinaires de Nelson, Treichler et Grossberg (1992), Spitulnik (1993) et During (1993).

¹¹ Je voudrais toutefois faire quelques remarques sur l'application de ce cadre théorique par Lutz et Collins à l'intérieur de leur ouvrage Reading National Geographic. D'abord, elles restreignent la portée des entrevues à une discussion d'images présélectionnées par celles-ci, ce qui limite considérablement la spontanéité des individus pour décrire leurs intérêts et pratiques de lecture. Ensuite, même si ces dernières insistent sur le caractère actif des individus dans leur interprétation des représentations visuelles, elles discutent des photographies à partir de catégories analytiques prédéterminées par celles-ci, et non suivant les thèmes particuliers qui ont émergé des entrevues. Ces quelques remarques démontrent comment l'application de principes théoriques laisse parfois transparaître certaines contradictions.

¹² L'affiche comprend une image de femme enceinte où transparaît un fœtus. Le texte va comme suit: «Je poursuis présentement une recherche (maîtrise) au sujet des images de femmes enceintes et de fœtus qui sont diffusées dans les médias (cinéma, livres, journaux, publicités...). Pour bien comprendre comment ces images s'inscrivent dans le quotidien de la grossesse, votre perspective sur le sujet est donc primordiale. Si vous êtes intéressée à discuter de votre expérience, j'aimerais beaucoup vous rencontrer (dans un endroit de

votre choix et selon vos disponibilités). Bien sûr, la confidentialité est assurée. Merci d'avance de votre collaboration ! ».

¹³ L'annonce fut placée sous la rubrique «Recherché» et se lit comme suit: «ENCEINTE ? Aimerais discuter avec vous. Rech. univ., sc. soc. Votre perspective est essentielle !».

¹⁴ L'annonce, affichée sur le site Storksité et Parents Place avait pour objectif de discuter avec des femmes enceintes avant le terrain pour ouvrir des pistes de recherche. J'ai ainsi échangé avec une centaine de femmes via Internet. En cours de terrain, cette annonce m'a aussi permis de prendre contact avec deux femmes de Montréal, avec qui j'ai tenu des entrevues. L'annonce se lit comme suit: «Hello everyone ! I am a graduate student in anthropology and I am conducting a research about the pregnancy imagery presented in the media. I am looking at the impact of visual representations of fetus (TV, magazine, art...) on women during their pregnancy. I would be very interested in knowing what kind of images you have seen during your pregnancy and what do you think of these images. How do they affect your own experience ? Thank you for your help ! Annie Lachance (Montréal, Canada)».

¹⁵ Source: Le conseil d'évaluation des projets-pilotes: 1997: 6.

¹⁶ Le principal lieu d'intérêt pour accéder aux pratiques qui ont trait à l'imagerie médicale est l'observation participante des séances d'examen échographique. Mitchell (1993) a publié une thèse qui explorait cette démarche empirique, dans le contexte d'un hôpital montréalais.

¹⁷ Voir la section «Les politiques de la visualisation foetale: Une personnification intéressée» à l'intérieur du cadre théorique.

¹⁸ Je n'insinue pas que les contours religieux de la reproduction ont disparu de nos jours, mais plutôt que plusieurs alternatives se sont greffées à cette perspective, que ce soit de façon complémentaire ou en contradiction.

¹⁹ Dès le 15^{ième} siècle, plusieurs écoles-maternités sont implantées en France. L'Hôtel-Dieu de Paris était la meilleure école-maternité européenne à cette époque.

²⁰ Voir aussi *La périnatalité au Québec: La pratique des sages-femmes* (1989) rédigé par Le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec. Les auteurs avancent que, face à l'emprise du pouvoir des médecins, les sages-femmes firent valoir leurs droits devant les tribunaux en réclamant une organisation professionnelle autonome. Cependant, le fait d'être régies par le Collège des médecins a rendu leur regroupement corporatif impossible.

²¹ On retrouve une exception, car de 1962 à 1972, une centaine de sages-femmes reçurent une formation à l'Hôpital du St-Sacrement (dans les programmes d'extension de l'Université Laval). Cependant, cette formation était destinée à des religieuses missionnaires et à des infirmières vouées à l'aide internationale, et non pas à la pratique locale.

²² Et même si il est permis aux femmes d'accéder aux facultés médicales, le climat demeure toujours androcentrique. Par exemple, l'ouvrage didactique *Précis d'obstétrique en 28 leçons* (1929), la majorité de l'introduction des 28 leçons commence avec l'indicatif «Messieurs». Par exemple, «Messieurs, maintenant que nous sommes renseignés sur son mécanisme, nous pouvons aborder *la marche de l'accouchement*» (p.231).

²³ Sans enlever les crédits des «progrès» médicaux au plan de la diminution du taux de mortalité infantile et maternelle, il faut aussi y voir les changements apportés simultanément par l'amélioration des conditions de vie de la population québécoise (installations sanitaires, alimentation, salubrité des habitations, réseau d'aqueduc, électricité, moyens de communication...).

²⁴ À ce moment, 99,7% des accouchements sont effectués sous la supervision d'un médecin dans un milieu hospitalier (Laurendeau 1987: 129)

²⁵ L'article 33 stipule que pour être admises à la profession de sage-femme, et donc obtenir un permis de pratique professionnelle, la demandante doit détenir:

- Un certificat de présence à au moins 50 leçons données par un professeur d'obstétrique d'une des 4 universités reconnues au Québec. Ce professeur doit être attaché à une maternité.
- Un certificat de stage régulier pendant 6 mois dans une maternité affiliée à l'une des 4 universités.
- Un certificat d'assistance à au moins 50 cas d'accouchement.
- Un certificat établissant qu'elle a suivi un cours d'études solides et possède un diplôme de 10^e année.

Toute femme qui subit avec succès l'examen et se conforme à toutes les exigences des règlements du Collège, a droit à une licence de sage-femme. Cette licence ne confère que le droit de faire des accouchements et non d'exercer la médecine. Dans les cas d'accouchements laborieux, elle doit appeler un

médecin sous peine d'encourir les pénalités édictées par la loi. La cotisation annuelle d'une sage-femme est de \$2.00 et les honoraires pour l'obtention de la licence sont de \$25.00. (Desjardins 1993)

²⁶ Par exemple, le taux de césarienne passe de 6% en 1971 à 13.4% en 1978, et le taux de monitoring foetal passe de 0.3% en 1971 à 16.1% en 1978. (Laurendeau 1987: 135).

²⁷ Par exemple, l'épisiotomie (Incision de la vulve et des muscles du périnée), qui est pratiquées pour pallier à une éventuelle déchirure naturelle, peut entraîner des complications telles que des infections et douleurs lors des relations sexuelles. Dans les années 80 et début 90, elle était pourtant pratiquée sur près du 2/3 des femmes qui accouchaient. Questionné sur la pertinence d'une telle intervention, Augustin Roy, le président de la CMPQ, a répondu: «Et puis après, qu'est-ce que ça fait qu'il y ait des épisiotomies ? C'est inclus dans l'acte d'accouchement, le médecin ne touche pas un sou pour ça» (Desjardins: 1993: 73). D'après le MSSS, en 1995-96, l'épisiotomie est pratiquée dans 36,5% des accouchements.

²⁸ *The Gazette*, 17 janvier 1990, A4

²⁹ Roy cité dans *The Gazette*, 10 mai 1989, A1

³⁰ Il est déplorable de voir que le support de certains médecins pour la reconnaissance professionnelle des sages-femmes soit menacée par le paternalisme des associations médicales. «The two doctor's federations [Fédération des médecins généralistes et la Fédération des spécialistes médicaux] issued letters in september 1990 recommending that no physicians take part in Québec's planned midwifery pilot projects» (*The Gazette*, 21 décembre 1991, B4). En 1996, voyant le succès remporté par les projets-pilotes, le Collège des médecins propose que «les sages-femmes doivent s'intégrer aux équipes périnatales en place dans les centres hospitaliers et y prodiguent des soins obstétricaux normaux, selon les règles de soins adoptées par l'établissement, acceptées par les professionnels de la santé et cela, dans le respect de leur autonomie respective. Ces règles relèveraient des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens» (Communiqué de presse du Collège des médecins, 23 avril 1996).

³¹ En 1989, 406 naissances eurent lieu à domicile comparativement à 91 345 pour l'hôpital. C'est donc que 0.44% des naissances québécoises eurent lieu à la maison. (Conseil d'évaluation des projets-pilotes 1997: 6)

³² «Tirer sur son foetus n'est pas un crime», *La Presse*, 24 décembre 1996, A7.

³³ «Le foetus n'est pas une personne, statue la Cour suprême du Manitoba», *Le Devoir*, 13 septembre 1996, A2.

³⁴ «Manning ferait un référendum sur la protection du foetus», *La Presse*, 17 mai 1997, B10.

³⁵ «Une mère poursuivie pour des blessures prénatales», *La Presse*, mardi 4 février 1997, B10.

³⁶ L'amniocentèse sert à détecter certaines anomalies tels que la trisomie 21 ou le spina-bifida. Il est un examen qui peut provoquer une fausse-couche (un cas sur 200) ou occasionner des blessures foetales. Cet examen est pratiqué en insérant une aiguille dans l'utérus à travers la paroi abdominale pour prélever un échantillon du liquide amniotique. Les cellules foetales ainsi prélevées sont mises en culture et examinées par la suite. Dans le cas de la biopsie des villosités choriales, la procédure peut ressembler à celle de l'amniocentèse, mais le prélèvement peut aussi être effectué en insérant l'aiguille par le vagin. Le risque de fausse couche est de 1 à 2%. (*Mon bébé, je l'attends je l'élève*, Association médicale canadienne, p. 37). Les détails de l'examen échographique seront examinés au chapitre VII.

³⁷ Pour plus de précisions sur les contextes idéologiques et politiques où furent développés l'imagerie médicale au cours des siècles, se référer à l'ouvrage *Fetal Positions: Individualism, Science, Visuality* par Newman (1996).

³⁸ L'approche «réaliste» et détaillée de Leonard de Vinci tient au pouvoir dénotatif qu'il accorde au visuel: «And you who think to reveal the figure of a man in words, with his limbs arranged in all their different attitudes, banish the idea from you, for the more minute your description the more you will confuse the mind of the reader and the more you will lead him away from the knowledge of the thing described. It is necessary for you to represent and describe» (de Vinci dans Duden 1993:37). La perspective de Vinci fut reprise au 18^{ième} siècle et elle suscita beaucoup de négociations entre médecins et illustrateurs sur la façon de représenter le corps: «One sees that the physician and the draftsman of the time are engaged in a kind of wrestling match, a competition for the appropriate visualization of the flesh... the struggle is about that which shall be seen, between the anatomist who «knows» what ought to be there and captured by the artist, and the artist who sees the object for himself» (Duden 1993:41).

³⁹ Williams, dans la première édition (1903) note dans le préface que «No pain have been spared in illustrating this work» et que les illustrations du texte furent calquées sur des photographies «taken from life» (Hahn 1987: 261).

⁴⁰ Margaret, qui s'occupe de l'organisme Montréal pro-life, m'a indiqué que leur organisation avait eu des problèmes auparavant avec l'utilisation de matériel visuel, autant pour les icônes religieux que pour l'imagerie foetale, devant les cliniques d'avortement. Celle-ci a mentionné qu'il existait un règlement interdisant l'utilisation intempestive de ces supports visuels lors de manifestation. Je n'ai toutefois pas pu retracer quelconque loi municipale ou provinciale allant dans ce sens.

⁴¹ Sans rentrer dans les détails de l'organisme Campagne Québec-vie, je tiens toutefois à mentionner que son président m'a expliqué le caractère nationaliste (de droite, j'ajouterais) de l'organisme, c'est-à-dire de peupler le Québec avec des «canadiens-français» pour ne pas perdre l'identité québécoise sous une vague d'immigration. Suivant ces propos, la devise «Un peuple qui tue ses enfants n'a pas d'avenir» intègre déjà le fœtus comme membre d'une collectivité, avec les droits et devoirs que cela comporte.

⁴² La ritournelle va comme suit: «J'ai le cœur qui claque trop fort, je rêve de papillons technicolores. Pour gommer les mauvaises humeurs, j'ai le cœur qui a besoin du meilleur. Des rythmes purs, des perles sensuelles, des caresses sismiques de rock-détente. Des sons chocs, des diamants, CITÉ Rock-détente. Seulement le meilleur de la musique».

⁴³ Voir la section «Les politiques de la visualisation foetale: une personnification intéressée» au chapitre 1.

⁴⁴ Il est intéressant de noter le climat des politiques sociales de l'époque en regard des femmes enceintes (dans le contexte américain). Quelques pages avant l'article de Nilsson, on peut lire une annonce du «Advertising Council for Public Service» qui présente une photographie de John F. Kennedy serrant la main à un petit garçon où l'on peut lire: «Here are six things that you can do now to prevent mental retardation and bring new hope to those whose minds are retarded: 1. If you expect a baby, stay under a doctor's or a hospital's care. Urge all expectant mothers to do so» (*Life* août 1965, p. 10).

⁴⁵ Lorsque j'ai acheté une copie de cette édition chez un antiquaire du Vieux Montréal, la femme qui attendait devant moi au comptoir m'a spontanément abordée pour me dire qu'elle se souvenait bien de ces photos lorsqu'elles parurent à l'époque. Après avoir brièvement sondé quelques personnes de mon entourage s'ils se souvenaient de cette édition du *Life*, j'ai bien constaté que ce n'était pas le cas pour la plupart de ceux-ci. Quoiqu'il en soit, *Life* a inventorié cette couverture au rang des «60 Classic Covers» à l'occasion de son 60^{ième} anniversaire.

⁴⁶ Plusieurs de ces photographies sont encore présentes dans les récentes éditions de ces publications.

⁴⁷ Voir la section «Les politiques de la visualisation foetale: une personnification intéressée» au chapitre 1. De plus, Martin rappelle que les dernières recherches médicales ont avancé que les forces propulsives de la queue du spermatozoïde sont très faibles et que ceux-ci se frappent constamment les uns sur les autres et tournent parfois en rond, sans avoir un objectif particulier. De plus, ce sont les molécules adhésives à la surface de l'ovule qui capturent le spermatozoïde et le retiennent, car ses mouvements latéraux l'amèneraient à glisser vers l'extérieur.

⁴⁸ Malheureusement, je n'ai pas pu obtenir le protocole écrit des politiques d'utilisation de l'échographie des hôpitaux visités lors du terrain. J'ai toutefois questionné oralement une infirmière du CHUM et elle m'a répondu que les médecins prescrivent habituellement une seule échographie de routine, et que les autres échographies dépendent de l'état de «risque» de la grossesse. Lors de sa recherche en 1990, Mitchell (1993) a noté que les hôpitaux universitaires entreprennent habituellement deux échographies de routine.

⁴⁹ Comme Mitchell le fait remarquer, le professionnel de la santé qui exécute l'examen échographique peut être un radiologiste, un obstétricien ou un résident dans ces deux domaines. Toutefois, avec la routinisation de cette pratique, on retrouve maintenant la présence de «techniciens» (au lieu des médecins) qui conduisent les examens échographiques. «Not insignificantly, most of these technicians are women and their skills are much less costly than those of physicians» (1994: 160).

⁵⁰ Bien sûr, la transmission des informations sur l'échographie va varier d'une sage-femme à l'autre. Dépendant de leur formation professionnelle et de leur familiarité avec la technologie médicale, celles-ci vont asseoir leur propos sur différentes références. La position des sages-femmes envers l'échographie n'est pas égale. Voir l'ouvrage de Desjardins (1993) pour avoir un survol des variantes discursives parmi les sages-femmes qui pratiquent au Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- Abu-Lughod, Lila 1993 *Writing Women's World: Bedouin Stories*. Berkeley: University of California Press.
- Ang, Ien 1985 *Watching Dallas: Soap Opera and the Melodramatic Imagination*. London: Methuen.
- Balsamo, Anne 1996 *Technologies of the Gendered Body: Reading Cyborg Women*. Durham: Duke University Press.
- Bennett, Tony 1982 "Theories of the Media, Theories of Society" in *Culture, Society and the Media*. Michael Gurevitch, ed. London: Methuen.
- Berlant, Lauren 1994 "America, "Fat", the Fetus." *Boundary 2* 21 (3): 145-195.
- Brodie, Janice 1994 "Health versus Rights: Comparative Perspectives on Abortion Policy in Canada and the United States" in Gita Sen et Rachel C. Snow, eds. *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*. Boston: Harvard University Press
- Browner, C. H. 1986 "The Politics of Reproduction in a Mexican Village." *Signs* 11 (4): 710-24.
- Browner, Carole H. et Carolyn F. Sargent 1990 "Anthropology and Studies of Human Reproduction" in *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*. Thomas Johnson et Carolyn Sargent, eds. New York: Greenwood Press.
- Browner, Carole H. et Nancy Ann Press 1995 "The Normalization of Prenatal Diagnostic Screening" in *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Faye Ginsburg et Rayna Rapp, eds. Berkeley: University of California Press.
- Cohen, Erick 1993 "The Study of Touristic Images of Native People: Mitigating the Stereotype of a stereotype" in *Tourism Research: Critiques et Challenges*. D. Pearce et R. Butler, eds. London: Routledge.
- Comité de travail sur la pratique des sages-femmes 1989 *La périnatalité au Québec: La pratique des sages-femmes*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conseil d'évaluation des projets-pilotes 1997 *Rapport final et recommandations sur la pratique des sages-femmes*. Québec: Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Daffos, Fernand 1995 *La vie avant la vie: La découverte du fœtus*. France: Hachette.

- Daniels, Cynthia R. 1993 *At Women's Expense*. Cambridge: Harvard University Press.
- Desjardins, Sergine 1993 *Médecins et Sages-Femmes: Les Enjeux d'un Débat qui n'en Finit Plus*. Québec: Québec/Amérique.
- Devereux, Georges 1955 *A Study of Abortion in Primitive Society: A Typological, Distributional, and Dynamic Analysis of the Prevention of Birth in 400 Preindustrial Societies*. New York: The Julian Press Inc..
- Drotner, Kirsten 1994 "Ethnographic Enigmas: "The Everyday" in Recent Media Studies." *Cultural Studies* 8 (2): 341-57.
- Duden, Barbara 1993 *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge: Harvard University press.
- Dumont, Micheline, Michèle Jean, Marie Lavigne et Jennifer Stoddart 1982 *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Québec: Quinze.
- During, Simon 1993 "Introduction" in *The Cultural Studies Reader*. Simon During, eds. New York: Routledge.
- Ewigman, Bernard G. et al. 1993 "Effect of Prenatal Ultrasound Screening on Perinatal Outcome." *The New England Journal of Medicine* 329 (12): 821-27.
- Flanagan, Geraldine 1962 *The First Nine Months of Life*. New York: Simon & Schuster.
- Franklin, Sarah 1991 "Fetal Fascinations: New Dimensions to the Medical-scientific Construction of Fetal Personhood" in *Off-Center: Feminism and Cultural Studies*. Sarah Franklin, Celia Lury et Jacky Stacey, eds. London: Harper Collins Academic.
- Franklin, Sarah 1993 "Postmodern Procreation: Representing Reproductive Practice." *Science as Culture* 3 (4): 522-61.
- Ginsburg, Faye 1990 "The "World-Made" Flesh: The Disembodiment of Gender in the Abortion Debate" in *Uncertain Terms: Negotiating Gender in American Culture*. Faye Ginsburg et Anna Lowenhaupt Tsing, eds. Boston: Beacon Press.
- Ginsburg, Faye 1995 "Mediating Culture: Indigenous Media, Ethnographic Film, and the Production of Identity" in *Fields of Vision: Essays in Film Studies, Visual Anthropology, and Photography*. L. Devereaux et R. Hillman, eds. Berkeley: University of California Press.
- Ginsburg, Faye et Rayna Rapp 1991 "The Politics of Reproduction." *Annual Review of Anthropology* 20: 311-43.

- Ginsburg, Faye et Rayna Rapp 1995 "Introduction" in *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Faye Ginsburg et Rayna Rapp, eds. Berkeley: University of California Press.
- Good, Byron J. et Mary-Jo DelVecchio Good 1993 "'Learning Medicine': The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School" in *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Shirley Lindenbaum et Margaret Lock, eds. Berkeley: University of California Press.
- Grell, Paul et Danielle Desmarrais 1986 *Les récits de vie: Théorie, méthode et trajectoires types*. Montréal: Éditions Albert St-Martin.
- Guillaumin, Colette 1978 "Pratique du Pouvoir et Idée de Nature: L'appropriation des Femmes." *Questions Féministes* 2: 5-30.
- Gupta, Akhil et James Ferguson 1997 "Discipline and Practice: The Field as Site, Method, and Location in Anthropology" in *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*. Akhil Gupta et James Ferguson, eds. Berkeley: University of California Press.
- Hall, Stuart et al. 1980 *Culture, Media, Language*. London: Hutchinson.
- Hahn, Robert A. 1987 "Divisions of Labor: Obstetrician, Woman, and Society in Williams Obstetrics, 1903-1985." *Medical Anthropology Quarterly* I: 256-87.
- Hardacre, Helen 1997 *Marketing the Menacing Fetus in Japan*. Berkeley: University of California Press.
- Hartouni, Valerie 1992 "Fetal Exposures: Abortion Politics and the Optics of Allusion." *Camera Obscura* 29: 131-50.
- Hartouni, Valerie 1993 "Containing Women: Reproductive Discourse in the 1980s" in *Technoculture*. C. Penley et A. Ross, eds. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hendrickson, Carol 1996 "Selling Guatemala: Maya Export Products in US Mail-Order Catalogues" in *Cross-Cultural Consumption: Global Markets Local Realities*. David Howes, eds. London: Routledge.
- Kaplan, Ann E. 1994 "Look Who's Talking Indeed: Fetal Images in Recent North American Visual Culture" in *Mothering: Ideology, Experience, and Agency*. Evelyn Nakano Glenn, Grace Chang and Linda Rennie Forcey, eds. New York: Routledge.
- Kaufert, Patricia A. et John O'Neil 1993 "Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth" in *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Shirley Lindenbaum et Margaret Lock, eds. Berkeley: University of California Press.

- Kellner, Douglas 1995 *Media Culture: Cultural Studies, Identity and Politics Between the Modern and the Postmodern*. New York: Routledge.
- Kleinman, Arthur 1995 "What Is Specific to Biomedicine?" in *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Arthur Kleinman, eds. Berkeley: University of California Press.
- Laurendeau, France 1987 "La médicalisation de l'accouchement" in Francine Saillant et Michel O'Neil, eds. *Accoucher autrement: Repères historiques, culturels et sociaux de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Québec: Éditions Saint-Martin.
- Layne, Linda L. 1992 "Of Fetuses and Angels: Fragmentation and Integration in Narratives of Pregnancy Loss." *Knowledge and Society: The Anthropology of Science and Technology* 9: 29-58.
- LeFevre, Michael L. et al. 1993 "A Randomized Trial of Prenatal Ultrasonographic Screening: Impact on Maternal Management and Outcome." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 169 (3): 483-89.
- Lemieux, Denise et Lucie Mercier 1989 *Les femmes au tournant du siècle 1880-1940*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture
- Leroux, Michèle 1990 "Dossier: Entrevue avec Augustin Roy." *L'Une à l'autre été*: 16-20.
- Levitt, Cheryl et al. 1995 *Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals*. Ottawa: Health Canada and Canadian Institute of Child Health.
- Lutz, Catherine A. et Jane Collins 1993 *Reading National Geographic*. Chicago: University Press of Chicago.
- Marcus, Georges E. 1996 "Introduction to the Volume and Reintroduction to the Series" in *Connected: Engagements With Media*. Georges Marcus, eds. Chicago: University of Chicago Press.
- Martin, Emily 1987 *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- Martin, Emily 1991 "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles." *Signs* 16 (3): 485-501.
- Martin, Emily 1992 "Body Narratives, Body Boundaries" in *Cultural Studies*. Lawrence Grossberg, Cary Nelson et Paula Treichler, eds. New York: Routledge.
- Martin, Emily 1996 "Interpreting Electron Micrographs" in *The Future of Anthropological Knowledge*. Henrietta L. Moore, eds. New York: Routledge.

- Martin, Emily 1997 "Anthropology and the Cultural Study of Science: From Citadels to String Figures" in *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*. Akhil Gupta et James Ferguson, eds. Berkeley: University of California Press.
- Mitchell, Lisa Meryn 1993 *Making Babies: Routine Ultrasound Imaging and the Cultural Construction of the Fetus in Montreal, Canada*. Department of anthropology. Thesis (Ph.D): Case Western University.
- Mitchell, Lisa Meryn 1994 "The Routinization of the Other: Ultrasound, Women and the Fetus" in *Misconceptions: The Social Construction of Choice and New Reproductive and Genetic Technologies (Vol. II)*. Gwynne Basen, Margrit Eichler et Abby Lippman, eds. Ontario: Voyageurs Publishing.
- Montagu Ashley 1974 (2^{ième} édition) *Coming Into Being Among the Australian Aborigines: A Study of the Procreative Belief of the Natives Tribes of Australia*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Nelson, Cary, Paula A. Treichler et Lawrence Grossberg 1992 "Cultural Studies: An Introduction" in *Cultural Studies*. Cary Nelson, Paula A. Treichler et Lawrence Grossberg, eds. New York: Routledge.
- Newman, Karen 1996 *Fetal Positions: Individualism, Science, Visuality*. California: Stanford University Press.
- Nilsson, Lennart et Lars Hamberger 1990 *Naître*. France: Hachette.
- Oakley, Ann 1984 *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. New York: Blackwell.
- Oakley, Ann 1993 "A History Lesson: Ultrasound in Obstetrics" in *Essays on Women, Medicine and Health*. Ann Oakley, eds. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Petchesky, Rosalind 1987 "Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction." *Feminist Studies* 13 (2): 263-92.
- Piron, Florence et Marie-André Couillard 1996 "Présentation: Les usages et effets sociaux du savoir scientifique." *Anthropologie et Sociétés* 20 (1): 7-27.
- Quéniart, Ann 1992 "Risky Business: Medical Definitions of Pregnancy" in *The Anatomy of Gender: Women's Struggle for the Body*. Dawn H. Currie et Valerie Raoul, eds. Ottawa: Carleton University Press.
- Radway, Janice 1988 "Reception Study: Ethnography and the Problems of Dispersed Audiences and Nomadic Subjects." *Cultural Studies* 2 (3): 359-76.

- Rapp, Rayna 1993 "Accounting for Amniocentesis" in *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Shirley Lindenbaum et Margaret Lock, eds. Berkeley: University of California Press.
- Régie de l'assurance maladie du Québec 1997 *Statistiques Annuelles*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Spitulnik, Debra 1993 "Anthropology and Mass Media." *Annual Review of Anthropology* 22: 293-315.
- Srinivas, M. N. et E. A. Ramaswamy 1977 "The Domestic Sphere" in *Culture and Human Fertility*. M. N. Srinivas et E. A. Ramaswamy, eds. New Dehli: Oxford University Press.
- Stabile, Carole A. 1992 "Shooting the Mother: Fetal Photography and the Politics of Disapperance." *Camera Obscura* 28: 179-205.
- Tabet, Paola 1985 "Fertilité naturelle, reproduction forcée" in *L'arraisonnement des femmes: Essais en anthropologie des sexes*. Nicole-Claude Mathieu, ed. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Taylor, Janelle Sue 1993 "The Public Fetus and the Family Car: From Abortion Politics to a Volvo Advertisement." *Science as Culture* 3 (4): 601-18.
- Treichler, Paula A. 1990 "Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth" in *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*. Mary Jacobus, Evelyn Fox Keller et Sally Shuttleworth, eds. New York: Routledge.
- Treichler, Paula et Lisa Cartright 1992 "Introduction" *Camera Obscura* 28: 1-18
- Walters, Vivienne et Rhonda Lenton et Marie Mckear 1995 *Women's Health in the Context of Women's Lives: A Report Submitted to the Health Promotion Directorate, Health Canada*. Ottawa: Health Canada.
- Young, Iris Marion 1990 "The Pregnant Embodiment" in *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory*. Iris Marion Young, eds. Pittsburg: University of Pittsburg.