



# LA NATALITÉ VIRTUELLE

## Ultrasons mutagènes, identités muées<sup>1</sup>

Stéphanie St-Amant

La pratique obstétricale contemporaine – depuis les années 70 – a introduit, puis rapidement généralisé comme élément incontournable du suivi périnatal, les techniques d’investigation par ultrasons que sont l’échographie, effectuée pendant la grossesse, le monitoring fœtal, utilisé surtout au cours de l’accouchement, et la fœtoscopie électronique (Doppler), méthode d’auscultation employée autant en pré qu’en périnatal. Les deux premières techniques sont d’un intérêt particulier dans le cadre de la présente réflexion en ce qu’elles offrent un panorama visuel ou graphique, une mise à l’écran dynamique, en *temps réel*, de la vie fœtale, du moins elles en produisent une image virtuelle. Cette production d’images – du fait de sa virtualité spécifique et caractéristique du monde contemporain de par sa relative nouveauté – a une influence notable et effective, nous le verrons, sur la transformation des rapports interindividuels et la constitution des sujets impliqués ou institués en tant que sujets au sein de la sphère périnatale (qui est autant une plage temporelle qu’un environnement social) et, en définitive, sur la manière dont ceux-ci interagissent, entrent en relation, bien souvent la première relation qui s’instaure puisqu’il s’agit de la venue au monde de nouveaux êtres. Les processus de communication émergents confè-

---

1. Je tiens à remercier Céline Lemay, Michel Odent et Bernard Bel pour leur précieuse contribution bibliographique, ainsi que le Fonds FCAR (Fonds pour la Formation de Chercheurs et l’Aide à la Recherche) sans l’aide duquel la réalisation de telles recherches aurait été impossible.

rent donc à ces sujets humains les nouveaux attributs identitaires propres à cet univers post-moderne défini par son imprégnation de l'image.

### **Reconfigurations échographiques : nettes incidences relationnelles et identitaires de l'image floue**

La séance d'échographie est devenue le moment fort et presque incontournable de la grossesse. Tellement, qu'on la pratique de routine, c'est-à-dire la plupart du temps sans indication préalable justifiant ce genre d'investigation médicale particulièrement onéreuse. Qui plus est, on en fait usage répété au cours de la grossesse, instaurant ainsi le rituel de la scansion du visible en rupture avec l'occulte déroulement du phénomène biologique. Les intervenants en périnatalité que je côtoie ont coutume d'entendre de la part de futurs parents une phrase qui veut dire à peu de choses près : « On a vraiment réalisé qu'on attendait un enfant en le voyant à l'écho ! » Il est indéniable que cette vision de l'enfant transmise par l'échographie soit devenue extrêmement porteuse de sens sur la maternité, sur la réalité effective de celle-ci, car elle permet « d'en croire ses yeux », et d'en être, pour la mère, les parents, les intervenants, le témoin oculaire. La perspective échographique introduit une variété historiquement neuve de signes qui sont enclins à modifier à la fois le concept de naissance – l'irruption de la natalité dans le monde, pour reprendre ce vocable emprunté à la pensée d'Hannah Arendt – et d'individu naissant, si l'on confère à cette expression une acception englobant l'ensemble des processus par lesquels une nouvelle personne vient au monde, et, plus globalement encore, une identité émerge. Autrefois, la grossesse était une période archéologique, cachée, en quelque sorte la préhistoire du *naissant*, période du fantasme maternel et parental, féconde nourriture de l'imaginaire et du désir d'enfant, et qui jouait un rôle important et insuffisamment apprécié aujourd'hui quant à la gestation et la maturation de l'identité parentale. Le bébé non vu, la grossesse pouvait être niée fantasmatiquement, jusqu'à ce que l'évidence corporelle progressive s'impose au même rythme que l'identité de soi comme parent se formule, s'intègre, se « digère » (au sens où l'emploi le psychanalyste anglais Wilfred R. Bion) pour être concevable. Le temps invisible de la grossesse correspondait à une période de négociation identitaire, laquelle est particulièrement longue dans le cas de primipares autant que ne l'est l'invisibilité gravidique dans leur cas.

À notre époque, le premier moment de l'histoire du naissant s'est déplacé en prénatal, alors que la réalité foetale est visuellement excorporée de l'entité physique et psychique qu'on appellera le corps foeto-maternel, où il n'y a d'enfant que subsumé sous l'entité de la femme gestante. La mise à l'écran distanciée qu'est l'échographie fait en sorte que, selon la pédopsychiatre Monique Fau, « les éléments de réalité apportés de façon plus ou moins précise, vont intervenir de façon anachronique réalisant de véritables avortements de fantasmes [...] ». « L'évolution et la maturation fantasmatiques [...] se trouvent figées, bloquées » dit [Michel] Soulé. De plus, le bébé réel n'est pas là pour compenser une déception éventuelle » (Fau, 1986, p. 140). Depuis qu'il n'est plus, selon la terminologie médicale, que des « grossesses à faible risque » ou « à risque élevé » – aucune probabilité ne pouvant désormais être écartée avec certitude, jurisprudence oblige –, une telle « cérémonie a un effet symbolique inéluctable : elle contraint la femme enceinte à prendre une “décision” en s'identifiant elle-même et son enfant à venir avec une configuration de probabilités » (Illich, 1999, p. 28). Sur l'écran, les probabilités de toute appréhension semblent se cristalliser, se matérialiser par le doute quant à percevoir quelque anomalie lu sur le visage d'un échographe plus ou moins expérimenté ou spécialisé (ce qui est hautement significatif du degré de justesse interprétative, quoiqu'en aucun cas une assurance là-dessus) (Beech, 1999; Beech et Robinson, 1996; Enkin *et al.*, 2000; Wagner, 1999a; Strong, 2000), doute qui fera procéder à des investigations ultérieures, peut-être itératives. Le procédé se ritualise de plus en plus dès qu'on crie « GARE [Grossesse À Risque Élevé] », l'acronyme n'étant pas d'une complète innocence d'évocation interjective... et illustre ici la simple évidence statistique que plus on pratique d'échographies, plus on suspecte de pathologies, plus le nombre de pathologies *virtuelles* augmente (c'est-à-dire le nombre de faux diagnostics) et plus on pratique d'interventions inutiles (*idem*). Ce qui nous permet d'affirmer que l'échographie a de fortes incidences iatrogènes d'ordre thérapeutique, cela est reconnu, mais aussi psychologique et relationnel, ce qui l'est beaucoup moins.

### l'atrogénie identitaire?

Au plan de l'identification, l'échographie fait se confronter l'identité d'une femme (non plus une identité de gestante) et l'altérité d'un naissant virtuel prématurément *identifié* au degré d'un risque projeté

sur la viabilité de sa naissance. Il ne faut pas le perdre de vue, l'échographie sert essentiellement à conjecturer à partir de signes potentiellement visibles – qu'on voit et cherche à voir, qu'on ne voit pas, voit mal ou mésinterprète – porteurs de risques : nous voulons (sa)voir (le voir est ici un supposé su) si l'enfant (en puissance) est « correct », c'est-à-dire correspondant à la conformation physique dite normale, tout équivoque et multiforme que soit l'image électronique dévoilant une structure fœtale et utérine bidimensionnelle et en coupe fragmentée. À ce titre, l'expression suivante qu'il m'a été donné d'entendre de la bouche d'une praticienne : « il y a des femmes échogéniques et d'autres qui ne le sont pas », est révélatrice de l'ambiguïté de l'image rendue par un rayonnement traversant un corps, ses tissus, ses organes, ses fluides, lui conférant une densité particulière susceptible d'infléchir et de moduler les ondes. Visant l'hasardeux objectif de définir des schémas généraux d'interprétation qui orienteront les soins et le counselling ultérieurs dispensés aux femmes enceintes et ce, à partir de la disparité du rendu visuel, les échographes sont en passe de devenir les principaux tenants d'une sorte de physiognomonie post-moderne au sens où le classement de certains caractères physiologiques ultrasonores sélectionnés s'effectue dans le but d'établir les pronostics quant au devenir d'un individu, celui-là, contrairement à ce qui a trait à la physiognomonie originelle, non encore individué : devrait-il naître ou non, quelle sera sa qualité de vie, quels droits devraient-ils lui être conférés (Fellous, 1991), et même, quelle sera sa personnalité, ce dont font foi les attitudes développées face à l'échographie principalement en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest (Georges et Mitchell, 1998; Taylor, 2000).

L'emploi du terme d'iatrogénie identitaire sert à souligner que le peu de fiabilité démontrée de ces pronostics (ainsi que le fantasme collectif lorsqu'il s'agit de *psychologiser* l'activité fœtale<sup>2</sup>) produit inutilement ou prématurément des attentes et déceptions *concrètes*, c'est-à-dire supposées de plus en plus communément réalistes parce qu'on a *vu* quelque chose, ce qui assure un support physique au fantasme, le rend acceptable et partageable. Ces attentes et déceptions entrent en

2. « Oh! elle nous salue! », « Il est timide, il ne veut pas qu'on voit son sexe! », « À le voir bouger, c'est certainement un garçon », « Elle est gentille : elle se laisse examiner »; d'après le genre de propos rapportés par Georges et Mitchell, *loc. cit.*, dans la portion canadienne de leur enquête.

compétition, si l'on peut dire, avec la personne réelle du nouveau-né lorsqu'il arrive, et avec les personnes des *futurs* parents comme parents avant l'heure d'un être pour qui il doit s'écouler un laps de temps appréciable (après la première échographie) avant que sa survie autonome ne soit assurée.

### **Impact de la notion de risque transportée par l'investigation échographique : la séparation virtuelle mère/foetus**

Qu'est-ce qu'un risque, au fait? La question doit être posée. En se situant intellectuellement dans le prolongement de l'héritage cognitif de l'Occident moderne cartésien puis existentialiste, on peut penser le risque comme le résultat d'un processus mental permettant de rendre tangible, de faire incarner sous forme d'un signe malin, l'impensable contingence – pour le *cogito* – de la venue au monde : « il est impossible que moi qui me pense ait déjà pu ne pas avoir été; ma pensée me fait exister de toute éternité », semble dire le penseur sur l'origine de sa conscience. Incidemment, étant donné le statut en quelque sorte insoutenable du foetus pour la pensée rationnelle parce qu'il représente l'inconceptualisable d'un être dans un être dont il est totalement dépendant, le pouvoir du langage, supporté par l'échographie, est sollicité pour transformer prématurément le foetus en *vrai* bébé. Afin que cet être en devenir soit conceptualisé le plus rapidement possible en tant que *personne* à part entière apte à recevoir les signes de la peur projetés sur elle, images et gestes concourent pour scinder le plus tôt possible – virtuellement, symboliquement – l'entité double dont la perspective heurte tant l'esprit occidental :

The conceptual separation of mother and child basic to the technocratic model of birth parallels the Cartesian doctrine of mind-body separation. This separation is given tangible expression after birth as well when the baby is placed in a plastic bassinets in the nursery for four hours of « observation » before being returned to the mother; in this way, society demonstrates conceptual ownership of its product. The mother's womb is replaced not by her arms but by the plastic womb of culture. [...] This idea of the baby as separate, as the product of a mechanical process, is a very important metaphor for women because it implies that men ultimately can become the producers of that product (as they already are the producers of most of Western society's technological wonders). (Davis-Floyd et Dumit, 1998, p. 6)

La séparation symbolique entre la mère et l'enfant *in utero* par le biais de l'image échographique – sous prétexte premier d'investigation diagnostique (et d'évitement potentiel du risque pathologique) – fait écho, comme le démontre l'anthropologue et psychologue Michèle Fellous, à la non-représentation de l'idée de mort chez les intervenants de la santé. Ainsi écrit-elle que ceux d'entre eux qui envisagent l'enfant non né, le fœtus, comme une personne à part entière – « position des spécialistes ayant un accès quasiment "en direct" au fœtus : échographistes disposant d'appareils très performants, pédiatres de maternité hospitalière, chirurgiens possédant les outils pour explorer le fœtus, le traiter, l'opérer » (Fellous, 1991, p. 196), donc ceux qui se définissent davantage dans leur pratique comme *chercheurs* – s'opposent à ceux qui se définissent par la *thérapeutique*, principalement les gynécologues obstétriciens « qui en tant que tels, ne possèdent pas les outils pour explorer le fœtus » et ces autres praticiens « qui, pour des motifs à la fois professionnels, idéologiques et psychologiques, n'ont aucune "raison" de séparer le fœtus de sa mère » (*idem*, p. 204). La conception de la notion de personne selon ces derniers est fondée sur les critères relationnels ainsi que sur ceux d'autonomie morale et de libre volonté au détriment des critères biologiques. Un point important est que « ces médecins intègrent la mort dans leur pratique thérapeutique, avec la potentialité de l'annoncer ou de la mettre en œuvre » (*idem*, p. 205), ce qui est en rupture logique avec la praxis médicale occidentale elle-même, définie par sa lutte contre la mort (*idem* p. 208), et même l'absence des signifiants linguistiques se rapportant au registre du *mourir* (de Certeau, 1990). Et Fellous d'ajouter à l'argumentaire de ce second point de vue : « Si c'est la relation qui crée la personne, la recherche d'un fondement scientifique du seuil en deçà et au-delà duquel la vie serait humaine ou ne le serait pas devient caduque, car ces limites sont *arbitraires* et dépendent d'un jugement de valeur humain » (1991, p. 206). Reste à choisir quelle position adopter à l'égard de ce qui fonde l'humanité de l'humain : du côté de la vie biologique ou du côté du rapport à l'autre. À ce point-ci, il m'apparaît probant que l'analyse de l'impact de l'imagerie électronique sur les subjectivités et sur la constitution des identités (infantiles, parentales, ou encore thérapeutiques) dans la période périnatale est signifiante dans la mesure où l'on admet une définition relationnelle de l'être humain. Il peut difficile-

ment en être autrement selon une perspective de critique sémiotique, psychanalytique ou anthropologique des nouvelles technologies.

### **Adéquation entre attribution d'une identité au non-né et fantasme de survie posthume**

Désirer faire échec au risque, contrer le danger, tout virtuel soit-il, et, du même coup, ne pas envisager fondamentalement la mort, cela ressemble à une disposition psychique mise en lumière par la théorie psychanalytique de l'autobiographie, soit la fréquente occurrence de l'adoption d'une *posture posthume* par les autobiographes, laquelle constitue l'un des versants du fantasme d'auto-engendrement. Nombre d'entre eux écriraient d'un point de vue narratif post-mortem, afin de réaliser pour eux-mêmes le fantasme de la réification de leur vie en la faisant résider à jamais dans l'*enceinte* des signes-mots de l'écriture, et ainsi « vaincre » la mortalité humaine (Chiantaretto, 1995; Mijolla-Mellor, 1988). Pour ces autobiographes, la mort-propre est irréprésentable. *Cogito sum*, réitère-t-on.

Dans cette perspective, nous pouvons affirmer que la notion de risque jalonnant toute la période périnatale ponctue d'autant de signes-maux une structure narrative du type d'un premier temps du roman familial constitué et aménagé à partir de la collection de ces données électroniques *immédiatement* dotées d'une valeur factuelle, quoique nécessairement *médiatisées* par l'écran. À travers le truchement de l'écriture diagnostique, l'enfant est le *déjà-né* ou le *déjà-mort-né* de sa biographie; jamais n'est-il l'engendré, le naissant d'une histoire intime, de sa « mémoire du futur<sup>3</sup> » toute de potentialités constituées. En voulant sauver un *futur enfant* des risques ou périls obstétricaux théoriques en réalisant un suivi ultrasonique optimal, on se place d'un point de vue où le déjà-mort, qui ne risque plus rien à mourir, coïncide parfaitement avec le non-né, ou plutôt le *non-même-conçu*, celui-là ne risquant pas encore de *naître mortel*. Le bébé à venir, trop déterminé par ces signes d'une histoire supposée sienne où il n'a encore rien à faire, est maintenu dans l'*innatalité*.

3. Référence faite à l'ouvrage monumental de Wilfred R. Bion, *A Memoir of the Future* (Londres, Karnac Books, 1991, 677 p.), œuvre de fin de vie (rédigée entre 1975 et 1979) qualifiée d'autofiction psychanalytique où l'auteur met en scène une très intéressante dialogie périnatale : le naissant s'y exprime sous la forme d'une multitude de personnages représentant divers stades embryonnaires, foetaux et néonataux.

Or, pour le naissant, agent de sa propre histoire, l'événement de sa naissance devrait lui appartenir, du moins lui être attribuée, reconnue, même s'il ne peut la réclamer pour lui-même, et ce non pas en constituant les médecins et juristes en porte-parole de son plus grand bien ou intérêt contre la volonté, si tel est le cas, de la mère, qui est à son égard, rappelons-le, la condition *sine qua non* d'une natalité éventuelle. Néanmoins, la jurisprudence, surtout française et américaine, va dans le sens de l'attribution de droits à la « personne fœtale » et la suspension temporaire de ceux de la mère quant à la libre disposition de son corps dès lors qu'elle a choisi de mener une grossesse à terme : on parle de césarienne ordonnée par la cour, de traitements médicaux ou curatifs imposés, par exemple (Fellous, 1991). On parle aussi de renforcement des attitudes anti-abortives depuis que l'on voit communément ces fœtus en pleine santé et actif par le truchement des caméras laparoscopiques – on connaît la récupération de ces vidéos par le lobby pro-vie –, tandis qu'un possible « défaut » ou une possible malformation favorise d'emblée l'avortement dit sélectif, ou encourage au contraire la poursuite de traitements tout à fait expérimentaux et encore lourdement risqués pour un bénéfice qui est celui des chercheurs : « In product advertisements and other mass-media representations, meanwhile, the ultrasound image of the fetus has been hitched to the imperative to consume, in ways that seem to tap into both sides of this apparent opposition [pro/anti-abortion] » (Taylor, 2000, p. 396). L'identité maternelle s'en trouve bouleversée, car transposée en prénatal, alors qu'elle n'est la mère de personne au sens légal officiel, mais d'une *personne abstraite dont l'identité se décline au futur* et qui en vient à faire autorité sur elle, de telle sorte qu'elle-même ne dispose plus des droits et libertés fondamentaux reconnus en principe à tous les citoyens. Enfin, dire que la naissance devrait appartenir au naissant, c'est exprimer que celui-ci – dans la mesure où il naît, encore et toujours d'une femme<sup>4</sup> – a droit à une natalité autrement signifiante, qui n'est plus la résultante de l'évitement d'innombrables facteurs de risque selon une notion de santé artificiellement abstraite de la réalité de la vie. En d'autres mots, la naissance doit être une fondation psychique vi(v)able pour un sujet. Et cette fondation psychique s'instaure sur la base de la relation primordiale et originelle à la mère, ferment du potentiel de réussite (ou d'échec) de tous les rapports communicationnels ultérieurs.

4. Voir l'incontournable ouvrage d'Adrienne Rich (1976).



## De « rêver son enfant » à « connaître son fœtus » : quand la rencontre devance l'arrivée... à terme

Grande nouveauté historique : l'échographie permet désormais de prédire le sexe de l'enfant à naître (avec une certaine – et néanmoins relative – acuité). Il va sans dire que cette connaissance transporte avec elle des implications psychiques. Une étude psychanalytique américaine sur la question a mis en lumière le fait que les femmes ne connaissant pas le sexe de leur bébé *in utero* intègrent davantage l'état de grossesse, tandis que celles qui ne possèdent pas ce signe identitaire appréhendent le fœtus en tant qu'objet réel, mais un tel investissement a pu forcer parfois le deuil précoce du sexe désiré (Winestine, 1989). De surcroît, il pourrait être proposé que les femmes du premier groupe soient investies de l'*être-enceinte* comme d'une identité anté-maternelle, bien particulière et spécifique dans l'histoire de la vie psychique féminine (ce que corroborent d'ailleurs les travaux de clinique psychanalytique de Lucy Holmes Johnson, 1987); celles-ci portent *un naissant non identifié*, encore mystérieux – non doté d'une sorte de Self virtuel.

Que le sexe soit un déterminant primordial de tout certificat de naissance et carte d'identité, une formalité qui inscrit invariablement dans le monde chaque individu tout au long de sa vie, ne fait point de doute. On peut se demander quels effets psychologiques peut induire cette donnée dans la relation à l'enfant porté. C'est là qu'intervient la question du deuil psychique brièvement relevée plus tôt, et qui mérite plus ample approfondissement. Le caractère inéluctable du travail de deuil (ici du sexe désiré pour l'enfant ou de l'« enfant parfait ») introduit une temporalité anticipative et un besoin de réparation, par opposition à l'élaboration onirique où se géraient et se géraient émotions et désirs lorsque l'on devait vivre la désormais révolue expérience de l'inconnu gravidique. Simon Harel, psychanalyste et spécialiste de l'écriture de soi, énonce à propos du rôle de la rêverie que : « Le rêve permet d'inscrire un espace ubiquiste où la question des frontières séparant la vie de la mort est constamment (dé)jouée. [... Il] permet d'aménager ce regard qui échappe à l'emprise d'une source perceptive qui capte le sujet, le laisse soumis, en proie à la terreur de la mortalité » (Harel, 1997, pp. 81-82). Avec l'imagerie échographique, il se produit une sorte de forclusion de l'espace sur une vérité filmique : il n'y a plus d'espace ubiquiste apte à contenir et mûrir un désir d'enfant – un enfant du désir – au sens d'une saisie progressive, processuelle de l'événement natal,

afin d'accueillir l'enfant réel, car le réel est toujours de quelque manière confrontant. Sur écran, cela se passe comme si déjà l'enfant à naître, *amné*, était quelqu'un d'autre dont on peut justement avoir la photo dans un album ou un extrait vidéo *live* avant même qu'il ou elle n'ait été le fils, la fille de ses parents, ait été senti, vécu, intégré comme la chair de leur chair. Dans l'insu des signes identitaires prénatals se jouait librement la métaphore. À ce propos, Ivan Illich écrit :

Les métaphores sont des trajets d'une rive sémantique à l'autre. Par nature, elles boitent. Mais, par essence, elles jettent une lumière sur le point de départ de la traversée. Ce ne peut plus être le cas quand la santé est conçue comme l'optimisation d'un risque. Le gouffre qui existe entre le somatique et le mathématique ne l'admet pas. Le point de départ ne tolère ni la chair ni l'égo. La poursuite de la santé les dissout tous deux. Comment peut-on encore donner corps à la peur quand on est privé de la chair? (Illich, 1999, p. 28)

L'intégration physique de la peur est ce qui permet de la conjurer afin que le pouvoir de donner naissance, de toucher l'autre versant de la mort (puisque l'on assimile bien souvent naissance et mort en vertu de leurs dimensions réciproques de passage), advienne. Mais devant le support incorporel écranique, la peur n'apparaît souvent plus « réaliste » et ne reçoit plus d'écoute. Nous voilà donc à une époque où la vie procréatrice est résumée à une question de santé plus ou moins à risque d'être compromise. Y a-t-il place pour le développement d'une identité maternelle si dès sa formation – la gestation de cette identité – la recherche des signes visibles d'une inaptitude physique potentielle à développer correctement un fœtus signifie pour cette maternité (en tant que *maternelle identité*) qu'elle est inapte en elle-même à réaliser sa propre finalité? Qu'en est-il de la natalité comme traversée métaphorique, signifiante, comme passage, transition psychique qui se module, d'une part, de la perte de l'identité juvénile au profit d'une identité parentale quant à ceux qui donnent naissance et, d'autre part, de la perte d'une identité dans le fantasme des géniteurs au profit d'une identité propre à soi pour le naissant? Il semble que la natalité virtuelle mette en abîme quelque chose d'essentiel : la naissance elle-même, et son pouvoir de transmutation identitaire que je relierais à ce qu'on appelle dans le milieu de la périnatalité l'attachement parental, le *bonding*. Au passage, mentionnons l'idée-force de l'éthologue et neuropsychiatre Boris

Cyrulnik définit d'ailleurs en termes d'*attachement sécure*. Cette idée exprime que les premiers temps de la vie d'un enfant sont cruciaux pour l'établissement de fondations stables qui lui permettront d'acquiescer les moyens de son autonomie ultérieure et la confiance rendant possible d'affronter la solitude, l'inconnu, les épreuves sans défailir (Cyrulnik, 1993). Pour que l'attachement sécure s'installe, il faut peut-être penser la nécessité de conditions corrélatives de natalité sécurisantes auxquelles souvent correspond la réassurance échographique qui confirme la santé foetale, mais sans faire pour autant l'économie de l'analyse de sa dimension de surveillance inquiète, d'expérimentation induite (parce que souvent non explicitement consentie par la mère, le couple) et de précipitation des sentiments affectifs parentaux et plus largement sociaux et familiaux.

De quelle façon la naissance serait-elle occultée dans le procédé? Qu'est-ce qui la fait disparaître du registre de la signifiante dans nos nouveaux modes d'appropriation des phénomènes vitaux et de liaison intergénérationnelle? C'est que l'écran échographique fait d'emblée office de miroir pronostique sur lequel se projette une vision postnatale d'un bébé non né. Si « tout est beau » sur l'image, les gestants se retrouvent les *déjà-parents* d'un petit « qui leur fait signe, leur envoie la main, culbute » comme un enfant presque grand qu'il n'est assurément pas. Si au contraire on suspecte le moindre défaut, le moindre faille spéculaire, ceux-ci basculent dans la non-parentalité d'un avorton du fantasme, et le processus psychique d'attachement progressif se voit interrompu, frappé d'interdit, voire inversé. La naissance est escamotée comme un événement qui n'a rien de vraiment occulte à révéler, alors qu'elle devient impensable pour un enfant ou une grossesse imparfaite : quand bien même elle serait menée à terme, il n'y aura de naissance qu'une série d'interventions précoces justifiées par le diagnostic prénatal qui n'est plus supporté par la réalité corporelle, les symptômes et la parole maternels. Il en est ainsi depuis que « the "baby" is constructed as someone with the power to provide or deny the information its [expecting] mother wants » (Taylor, 2000, p. 410). Voilà qui mène à penser que la séparation virtuelle entre le bébé et la mère produite par l'image ou le graphique constitue un facteur possible expliquant les très fréquentes ratées de l'attachement parent-enfant que l'on rencontre et qui rend la période post-natale si difficile de nos jours, ce que confir-

ment les intervenants des réseaux communautaire et de la santé. Notons que cet attachement n'est pas qu'une question d'affection mais plus subtilement une interconnexion intuitive entre le nouveau-né et sa mère, ses parents. Ces résistances dans l'établissement du *bonding* témoignent d'un manque à rêver, sorte d'endeuillement imposé.

### Les techniques ultrasoniques à l'épreuve de la recherche

J'ai évoqué les risques que vise d'abord à cerner l'entreprise diagnostique prénatale; mais qu'apprend-on au fait de cet interprétant virtuel qui narrativise avant-naître l'histoire infantile par cette saisie, apparemment objective ou d'apparence objectivale, du réel intra-utérin? Que cherche-t-on à connaître et à dire de l'enfant de si important qu'il faille l'énoncer avant qu'il soit? La prémisse de base supportant l'investigation échographique massive est la possibilité d'identifier un éventuel problème afin d'y remédier, de traiter précocement et ainsi réduire la mortalité néonatale. Or, même selon l'étude la plus récente (Dooley, 1999), la pertinence de l'utilisation systématique de l'échographie de grossesse n'est toujours pas fondée. Une synthèse des publications scientifiques sur le sujet (Beech 1999, Beech et Robinson, 1996) démontre que, dans les faits, après au moins un quart de siècle d'observations ultrasoniques, la plupart des pathologiques détectables ne peuvent être traitées avec succès et que, même lorsqu'on parvient à détecter quelque chose, aucune évidence n'est établie sur le fait que l'intervention la plus rapide possible soit bénéfique pour le bébé, au contraire. D'une part, il n'y a pas de diminution de la mortalité<sup>5</sup>, et d'autre part, il existe une corrélation directe entre l'établissement d'un diagnostic anténatal et l'augmentation du nombre de bébés de petits poids à la naissance, l'augmentation également du nombre d'admissions en soins néonatalogiques intensifs et une amputation moyenne de deux semaines du temps de gestation (ce qui veut dire que le diagnostic prédispose à l'induction des accouchements – ce qu'on appelle couramment « accouchements provoqués » – et à la césarienne, interventions qui comportent en elles-mêmes des risques accrus pour la mère et l'enfant (Enkin *et al.*, 2000, p. 375-413; Goer, 1999, p. 11-29, 49-74; Tew, 1998, p. 302, 317-329; Wagner, 1999b). D'après les études médicales récentes rapportées dans

---

5. Nonobstant les cas de malformations incompatibles avec la vie, l'avortement étant pratiqué avant que la fausse-couche ou la mortinaissance ne survienne.

l'article de Beverley Beech dans son article de 1999, voici un rapide ordre de grandeur de l'acuité de la perception échographique quant aux pathologies détectables qui sont : le retard de croissance intra-utérin, le placenta praevia (c'est-à-dire un placenta inséré trop près du col utérin ou le couvrant) et des malformations sérieuses. En ce qui a trait au retard de croissance, selon une moyenne de cinq séances d'ultrasons<sup>6</sup>, moins du tiers des diagnostics positifs étaient fondés (31,69 %) dont seulement 39 % des cas dits graves<sup>7</sup>, et on comptait 2,3 % de faux positifs pour une pathologie affectant 7,7 % d'un large bassin étudié en 1998; pour le placenta praevia, les diagnostics faussement positifs (diagnostics qui résultaient d'office en césariennes programmées) sont apparus largement majoritaires (98,4 %); quant aux malformations, on a observé, toujours selon une moyenne de cinq séances, des résultats de positifs avérés de l'ordre de 36 %. Pour la détermination du poids foetal en fin de grossesse, d'expérience, la marge d'erreur peut atteindre jusqu'à un kilo.<sup>8</sup>

### D'un autre type de représentation ultrasonique

Les performances et la validité de l'usage généralisé de l'autre principal type d'imagerie – le monitoring foetal intrapartum – sont similaires. Cette technique consiste en une visualisation graphique des pulsations cardiaques du foetus lors de l'accouchement qu'on utilise afin d'ap-

6. Notez la fréquence. Considérant que les effets à long terme et sur plusieurs générations de l'exposition *in utero* aux ultrasons demeure une inconnue – néanmoins des modifications notables, d'ordre neurologique principalement, ont été relevées chez les souris –, cette donnée ouvre un tout autre champ de préoccupations (Wagner, 1999a; Beech et Robertson, 1996; Beech, 1999).

7. Dans une récente parution de la revue française *Gyn. Obs.* (en 2000) on pouvait lire que le taux de faux positifs des diagnostics échographiques de retard de croissance intra-utérins [RCIU] stagne autour de 50 %. L'auteur de l'article écrivait que cela justifie de pratiquer davantage d'échographies afin d'arriver à de meilleurs résultats. Il est important de faire intervenir en contrepoint l'étude McGill (Kramer *et al.*, 2000) qui parle de surmortalité statistique constatée pour les bébés légèrement prématurés (nés entre 34 ou 36 semaines de gestation) : ceux-ci courent presque trois fois plus de risques de mourir au cours de leur première année d'existence aux États-Unis et quatre fois et demie plus de risques au Canada. Beaucoup de ces prématurés sont des enfants nés à la suite d'une induction du travail ou d'une césarienne pratiquées souvent à cause de la suspicion du RCIU.

8. Enkin *et al.* (2000) confirment la non-fiabilité de l'assertion du poids foetal en fin de grossesse. Consulter également : Beech (1999), Beech et Robinson (1996), Wagner, (1999a), Strong (2000).

précier sa tolérance aux contractions, sa bonne réactivité. *The Lancet* publiait en décembre 1987 une méta-analyse de huit articles précédents comparant le monitoring électronique fœtal continu avec un graphique et l'auscultation intermittente : le seul effet constant et statistiquement significatif est d'augmenter les taux de césariennes; le rapport bénéfique sur risque de son usage est donc négatif. (Odent, 1998)<sup>9</sup> Ces résultats ont été corroborés par les études subséquentes (Enkin *et al.*, 2000; Wagner, 1999b; Goer, 1999).

Comment en arrive-t-on à de tels résultats? C'est que, règle générale, l'interprétation de cette mise à l'écran ou sur papier du rythme cardiaque fœtal est difficile et donne lieu à beaucoup d'alarmisme. De surcroît, elle est d'autant puissante dans la pratique quant à fonder l'intervention qu'elle est ambiguë (Cartwright, 1998, p. 224). Par exemple, on comprend maintenant que le rythme cardiaque ralenti et moins « réactif » d'un bébé qui suce son pouce ou dort peut être rapidement interprété comme un état de détresse fœtale : la peur atavique devant ce phénomène qui passe et se passe à travers le corps féminin a d'autant plus l'heur de ressurgir que l'intervenant se barricade émotionnellement derrière l'analyse du graphique inerte, ce qui rend impossible la symbolisation de cette peur. À travers le prisme de la technicité ultrasonique obstétricale, le virtuel fait s'établir une communication où la connaissance de l'autre ne s'appuie plus sur la réalité physique, où le processus de symbolisation gestuelle, l'instanciation, est encore une fois avorté, ne laissant, bancale, que la part de la symbolisation langagière, distanciation supportée et renforcée par la technique. Tout devient alors affaire de cyber-interprétance, phénomène qui remplace la polyphonie des rapports humains immédiats. Mais cette interprétance – extérieure et médiatisée, tierce – demeure humaine et faillible, il ne faut pas l'oublier; les signes perçus proviennent bien d'un certain « réel », mais on ne peut consentir aveuglément au filtre-interprétant une prise directe sur la réalité, sinon on souscrit à un autre fantasme, celui de la vérité de l'image, de l'objectivité technologique abstraite de toute signifiante subjective. Ceci souligne que, dans le cas qui nous intéresse,

---

9. Le Collège Américain d'Obstétrique et de Gynécologie [ACOG] confirmait en 1995 que l'usage du monitoring fœtal continu n'améliore pas l'issue des accouchements et qu'il a été introduit dans les pratiques sans preuve préalable de son effectivité clinique (Cartwright, 1998, p. 244).

la confiance des intervenants en une vérité intrinsèque aux données de la machine-écran fait faire l'économie des conclusions établies par la science dont on se réclame. Sur ce point, Michel Odent, célèbre chirurgien, obstétricien, chercheur, sage-femme et auteur, a ce mot catégorique : « Ces considérations nous prêtent à rêver à une obstétrique qui deviendrait scientifique » (Odent, 1998).

Comment, en dernier lieu, traduire et résumer la *natalité virtuelle* en termes sémiologiques? C'est que la technicité ultrasonique de l'obstétrique n'atteint pas à la signification, car elle établit un diagnostic qui ne se supporte d'aucun symptôme, croit réaliser une appréhension symptomatologique sans le corps. Or, le symptôme est en principe corporel, somatique, psycho-somatisé; il a toujours besoin d'un corps pour être parlé ou mis en geste. L'expression symptomatique est un mode d'être individuel; le symptôme n'a pas d'existence propre – comme on tend à consentir à ces causes malignes qui nous rendraient malade à elles seules et sans aucune responsabilité de notre part –, pas plus qu'il n'est partageable. Le symptôme n'est pas statistique sur des phénomènes biologiques récurrents : il relève du conflictuel rapport à soi dans lequel le moi et le je se confrontent; ainsi l'identité se fait mouvante, se remanie, fait sa place à l'idée du naissant qu'on engendre.

Qui a décrété l'entité physique fœto-maternelle opaque de sorte qu'il faille voir à travers? Elle est bien plus, à mon sens, une sorte d'écran perméable biface. Elle n'est pas opaque et obscure puisqu'elle est lisible, elle se vit de symptômes parlants et signifiants quant au naître, processus en cours d'élaboration signifiante; ce corps possède une voix, la voix de la mère, toujours capable d'énonciation. Alors que, au cours d'une histoire médicale relativement récente, l'« auscultation a remplacé l'écoute », pour reprendre l'expression d'Illich (1999, p. 28), alors que la natalité devient virtuelle, le corps enceint, échographié, monitorisé, visibilisé est *invisibilisé* quant à sa propre manifestation signifiante. Pour les gesticants et pour les intervenants en périnatalité, il en résulte une insensibilisation et une inattention aux signes émis par ce corps concerné, affecté, qui sait et sent au premier chapitre si « tout est normal », « tout va bien », ou non. Autrement, l'imagerie virtuelle à laquelle on souscrit presque instantanément transporte fréquemment, comme on l'a montré, un sentiment de fausse inquiétude – que dire de la multiplicité des sessions ultrasonores qui font persister le doute, l'at-

tente du diagnostic final et l'interdit de s'éprendre de l'enfant porté? Elle établit du même coup un sentiment de fausse sécurité : la peur évacuée n'est pas symbolisée, transmuée en confiance véritable en les capacités humaines de mettre et de venir au monde.

Enfin, la mise à l'écran de la natalité n'élucide en rien un phénomène d'abord et avant tout expérientiel. Elle en opacifie le sens en faisant de ses actants des témoins. Il ne s'agit par ces assertions de dénier la valeur d'une émotion positive ressentie bien souvent devant l'échographie, ni le fait qu'elle puisse révéler à la conscience le processus natal en cours, mais la visée est de mettre en lumière la grande relativité de son utilité pourtant massivement accréditée. Il faut prendre la technologie pour ce qu'elle est : une productrice d'images, et faire attention à ne pas passer sous silence son rôle de déviation du rapport perceptuel et intuitif immédiats, à une époque de la vie individuelle où se jouent très fort la redéfinition identitaire et la relation à l'autre, surtout quand cet autre provient de soi, un autre de sa chair qui se fait place dans le monde. Nonobstant le fait que, en tant que fuite en avant, l'innovation technologique introduite dans nos modes de vie semble toujours victorieuse quant au crédit ou au mérite qu'on lui octroie collectivement, il importe de préserver un sens critique à son égard, un regard rétrospectif, orienté vers ce qui semble être « le passé » de notre évolution technique, malgré le fait que l'exercice puisse apparaître réactionnaire : il n'y a pas de progrès qui soit strictement linéaire, nous ne sommes plus innocents là-dessus.

Je voudrais pour terminer souligner l'importance de tenter d'élucider notre interprétation des phénomènes et des attitudes autour de la natalité en considérant le rapport très affecté qu'entretient l'Occident avec la naissance, affect qui s'illustre par le présupposé qu'il y a un immense risque à naître, et ce risque est celui de mourir. Évacuer la mort par une maîtrise de la nature est un fantasme fort en Occident. Quoi de moins naturel apparemment que la machine? Voilà pourquoi la technologie utilisant les ultrasons s'est imposée si facilement, même si elle ne peut être détachée de l'interprète qui la manipule, même si elle demeure un appendice du naturel. Dès cette reconnaissance faite, il s'impose de restituer au corps sa valeur signifiante dans la natalité, puisque la production de sens est essentielle à la constitution de l'humanité de l'humain, et enfin en arriver à considérer le corps féminin comme



condition de la viabilité humaine, plutôt que comme condition de la mortalité – de par la surenchère du risque et du fait que la mort soit devenue indécente, reléguée dans l'*ob-scène* de la faillite de la performance médicale –, mortalité donc, qui nous rappelle constamment l'avortement du désir de pérennité du *logos* individuel.

## Bibliographie

- ARENDRT, Hannah (1989) *La crise de la culture*, Paris, coll. « Folio/Essais », n° 113, [1972], 380 p.
- BARTHES, Roland (1985) « Sémiologie et médecine », dans *L'aventure sémiologique*, Paris, Seuil, p. 273-283.
- BEECH, Beverley L. (c1999) « Ultrasound : Weighing the Propaganda Against the Facts », dans *Midwifery Today.com* [En ligne], <http://www.midwiferytoday.com/Library/articles/ultrasound.htm> (page consultée le 18 août 2001).
- BEECH, Beverley L. et Jean ROBINSON (1996) *Ultrasound? Unsound*, Londres, Association for the Improvements in the Maternity Services (AIMS).
- CARTWRIGHT, Elizabeth (1998) « The Logic of Heartbeats : Electronic Fetal Monitoring and Biomedically Constructed Birth », in *Cyborg Babies : From Techno-Sex to Techno-Tots*, Robbie DAVIS-FLOYD et Joseph DUMIT (dir.), New York/Londres, Routledge, p. 240-254.
- CERTEAU, Michel de « L'innomable : mourir », dans *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990, p. 276-287.
- CHIANTARETTO, Jean-François (1995) « Éléments pour une approche psychanalytique de l'autobiographie », in *De l'acte autobiographique : Le psychanalyste et l'écriture autobiographique*, Seyssel, Champ Vallon, p. 237-285.
- CYRULNIK, Boris (1993) *Les nourritures affectives*, Paris, Odile-Jacob, 244 p.
- DAVIS-FLOYD, Robbie et Joseph DUMIT (1998), « Introduction. Cyborg Babies : Children of the Third Millenium », dans *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*, sous la direction de Robbie DAVIS-FLOYD et Joseph DUMIT, New York/Londres, Routledge, p. 1-18.
- DOOLEY, S. L. (décembre 1999) « Routine Ultrasound in Pregnancy », *Clinical Obstetric Gynecology*, vol. 42, n° 4 p. 737-748.
- ENKIN, Murray, Marc J. N.C. KEIRSE, James NEILSON, Caroline CROWTHER, Lelia DULEY, Ellen HODNETTE, Justus HOFMEYR (2000) *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, New York/Oxford, Oxford University Press.

- FAU, Monique (1986) « Le vécu de la mère lors de la surveillance *in utero* », dans *Fantasmes et masques de grossesse*, de Joël CLERGET (dir.), Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p. 139-144.
- FELLOUS, Michèle (1986) « Échographie, fœtus, personne », dans *Biomédecine et devenir de la personne*, de Simone NOVAES (dir.), Paris, Seuil, coll. « Esprit », p. 189-220.
- FELLOUS, Michèle (1991), *La première image, approche socio-anthropologique d'une innovation technique médicale*, Paris, Nathan.
- GEORGES, Eugenia, Lise M. MITCHELL (1998) « Baby's First Picture : The Cylo Fetus of
- GOER, Henci (1999) *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*, New York, Perigee, The Berkley Publishing Group.
- HAREL, Simon (1997) *Le récit de soi*, Montréal, XYZ, coll. « Théorie et littérature », 250 p.
- HOLMES JOHNSON Lucy (1997), *Childbirth as a Developmental Milestone*, thèse de doctorat, Cincinnati (Ohio), The Union Graduate School, 281 p.
- ILLICH, Ivan (mars 1999) « Un facteur pathogène prédominant : L'obsession de la santé parfaite », *Le Monde diplomatique* p. 28; et *monde-diplomatique.fr* [En ligne], <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.html> (page consultée le 19 juin 2000).
- KRAMER, Michael S., Kitaw DEMISSIE, Hong YANG, Robert W. PLATT, Reg SAUVÉ, Robert LISTON (16 août 2000) [for the Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System], « The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality », *Journals of the American Medical Association*, vol. 284, n° 7 p. 843-849; *Journals of the AMA* [Résumé en ligne], <http://jama.ama-assn.org/issues/v284n7/abs/joc00258.html> (page consultée le 18 août 2001).
- MIJOLLA-MELLOR, Sophie de (1988), « Survivre à son passé », dans *L'autobiographie. VI<sup>e</sup> rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*, Paris, Les Belles Lettres, p. 101-128.
- ODENT, Michel (février 1998) « Le moment de la naissance peut avoir de profondes répercussions sur le reste de la vie », *Biocontact*, n° 70; dans *Bioéthique, recherche médicale, santé et citoyenneté : Sorceresses Reborn / Le Cercle des Sorcières Disparues* [En ligne], <http://perso.wanadoo.fr/bel/medbirth/odent1.htm> (page consultée le 19 juin 2000).
- RICH, Adrienne (1976) *Of Woman Born : Motherhood as Experience and Institution*, New York, W. W. Norton.
- STRONG, Thomas H. Jr. (2000) *Expecting Trouble : The Myth of Prenatal Care in America*, New York/Londres, New York University Press, 243 p.

- SYMINGTON, Joan et Neville SYMINGTON (1996) *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*, New York, Routledge, coll. « The Makers of Modern Psychotherapy », 198 p.
- TAYLOR, Janelle S. (été 2000) « Of Sonograms and Baby Prams : Prenatal Diagnosis, Pregnancy, and Consumption », *Feminist Studies*, vol. 26, n° 2, p. 391-418.
- TEW, Marjorie (1998) *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*, Londres, Free Association Books [Chapman and Hall, 1988].
- WAGNER, Marsden (1999a) « Ultrasound : More Harm than Good? », *MidwiferyToday*, n° 50 (été 1999); in *Midwifery Today Inc.* © 1987-2001 [En ligne], <http://www.midwiferytoday.com/articles/default.asp?t=ultrasoundwagner> (page consultée le 18 août 2001).
- WAGNER, Marsden (1999b) « Technology in Birth : First Do No Harm », dans *Midwifery Today Inc.* © 1987-2001, c1999 [En ligne], <http://www.midwiferytoday.com/articles/default.asp?t=technologyinbirth> (page consultée le 18 août 2001).
- WINESTINE, M. C. (1989) « To Know or not to Know : Some Observations on Women's Reactions to the Availability of Prenatal Knowledge of Their Babies' Sex », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 37, n° 4 p. 1015-1030.