

La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts

Maria De Koninck

Volume 14, numéro 1, 1990

Culture et clinique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015110ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015110ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

De Koninck, M. (1990). La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.7202/015110ar>

Résumé de l'article

La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts
Une recherche qualitative menée auprès de femmes et de médecins pour mieux comprendre le phénomène de la multiplication des césariennes a permis de constater que cette intervention chirurgicale était en voie de normalisation dans les milieux étudiés. Les résultats présentés ici portent plus spécifiquement sur les rapports femmes-experts au cœur de ce processus. Les attitudes et rôles respectifs ainsi que la poursuite d'objectifs communs définis par la recherche d'un contrôle sur le processus de la reproduction dans un contexte dominé par la technologie sont parmi les mécanismes décrits.

LA NORMALISATION DE LA CÉSARIENNE, LA RÉSULTANTE DE RAPPORTS FEMMES-EXPERTS



Maria De Koninck

La pratique de la césarienne, opération chirurgicale effectuée au moment de l'accouchement pour extraire le fœtus du ventre de sa mère, fait depuis quelques années l'objet de controverses, sa fréquence ayant augmenté très rapidement en Amérique du Nord. Ainsi, au Québec, les césariennes sont passées de 6 % des accouchements en 1971 (Blanchet et Levasseur 1980) à 19 % en 1984-85¹. Ce taux signifie de façon concrète qu'une femme sur cinq accouche par voie chirurgicale. Cette fréquence a suscité de nombreuses études évaluatives, surtout en épidémiologie en raison de la nature de l'objet. Les débats se sont ainsi cristallisés autour des risques et des bénéfices du recours à cette intervention. Peu de recherches ont par ailleurs évalué ses effets sur les femmes qui la subissent ou proposé des hypothèses sur les conséquences de sa prolifération (Affonso 1981 ; Lipson et Petersen Tilden 1980). Les connaissances sur ces deux aspects de la question étaient donc peu développées en 1985, lorsque nous avons amorcé notre recherche dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie².

L'objectif que nous poursuivions était d'améliorer notre compréhension de la signification de l'expérience de la césarienne pour les femmes qui la vivent et pour les médecins qui la pratiquent. Cette compréhension devait, selon nous, permettre de saisir si la fréquence de l'intervention était source de changement pour l'expérience de la maternité considérée globalement, c'est-à-dire si elle était porteuse de changement social. Par changement social, nous entendons un changement dont les dimensions ne se limitent pas à la stricte expérience des personnes directement intéressées. C'est pourquoi nous avons opté pour une recherche de type qualitatif, laissant le plus d'espace possible aux actrices et acteurs, et donc pour des méthodes diverses protégeant le caractère souple et ouvert dont nous cherchions à imprimer l'ensemble de notre démarche.

Méthodologie

L'hôpital nous est apparu comme le milieu le plus propice pour rejoindre femmes et médecins et analyser leur expérience commune. Deux centres

1. Données extraites du fichier Med-ECHO. MSSS. Québec.

2. Cette recherche a été rendue possible grâce à une bourse du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

hospitaliers, situés dans deux villes différentes, furent retenus. Le premier peut être qualifié de « moyen », tant par le nombre d'accouchements qui y ont lieu que par le type de clientèle, la grossesse des clientes étant de façon très majoritaire considérée comme « normale ». Le second reçoit un nombre élevé de femmes et une proportion plus importante de femmes dont la grossesse a été diagnostiquée « à risques ».

Le projet fut d'abord soumis à des médecins pratiquant dans ces hôpitaux puis aux administrations hospitalières. Selon les ententes conclues, nous avons pu nous rendre régulièrement dans les départements d'obstétrique, à des moments déterminés, et y établir des contacts avec des femmes quelques jours après leur accouchement. Nous sollicitons alors une entrevue qui devait avoir lieu dans un délai de six semaines après l'accouchement. Ce délai respectait la période de repos nécessaire, évitait que les propos recueillis, teintés de l'émotion normale suivant un accouchement, n'induisent une interprétation erronée (Sullivan et Beeman 1982)³ et, finalement, suivait d'assez près l'événement pour que le récit soit détaillé.

Nous avons ainsi rencontré, à l'intérieur du délai prescrit (sauf un cas où l'entrevue eut lieu sept semaines après l'accouchement) quarante-deux femmes dont trente-deux avaient accouché par voie chirurgicale. Nous avons également pu assister à la césarienne de l'une d'entre elles. Les grandes catégories de situations possibles ont été couvertes : première césarienne planifiée, première césarienne d'urgence, césarienne itérative. Les entrevues, enregistrées, ont eu lieu au domicile des répondantes sauf dans un cas. Elles étaient libres selon la méthode des récits de pratiques ; en l'occurrence, il s'agissait plutôt de « récits d'expérience » (Bertaux 1976). Au début de l'entrevue, nous demandions aux femmes de nous raconter leur accouchement avec un retour sur leur grossesse, en intervenant parfois pour obtenir des précisions en cours de récit. À la fin de l'entrevue, si cela était nécessaire, nous posions quelques questions sur des thèmes qu'elles avaient peu ou pas abordés, quoique, la plupart du temps, elles traitaient spontanément des sujets sur lesquels nous souhaitions les entendre.

Les entrevues avec les médecins ont été réalisées au bureau de ces derniers, dans cinq cas, et à leur domicile, dans les deux autres. Il s'agissait alors d'entrevues semi-directives puisque nous leur demandions leur opinion sur la pratique de la césarienne, sa fréquence et ses tendances. Par contre, l'entrevue était souple, sur le mode de la conversation, ce qui a permis aux médecins de s'exprimer assez librement et d'introduire des dimensions qui n'avaient pas été prévues lors de l'élaboration du projet de recherche⁴.

Les entrevues ont été transcrites littéralement. La transcription s'est accompagnée d'une période d'immersion dans les univers respectifs des femmes et des médecins. Le procédé d'immersion signifie que, pendant plusieurs

3. Les femmes se disent en général satisfaites de leur accouchement dans les moments qui suivent, si l'enfant est en bonne santé. Cette évaluation devient plus nuancée après qu'elles ont pris un peu de recul. Notre expérience confirme l'étude de Sullivan et Beeman (1982).

4. Nous avons également fait quelques entrevues complémentaires avec des infirmières, des médecins spécialistes pratiquant dans une maternité française et une femme ayant accouché plusieurs fois entre 1930 et 1952.

semaines, toutes nos activités se sont limitées à l'écoute, à la transcription des entretiens et à un premier relevé des éléments qui nous paraissaient significatifs. Cette pratique a non seulement favorisé l'appropriation du matériel recueilli mais a provoqué la substitution d'éléments présentés par nos répondantes et répondants à ceux retenus au départ. En effet, une telle immersion dans l'univers des personnes interviewées facilite la compréhension de leur logique, souvent très lointaine de celle que nous leur attribuions avant de les avoir entendues. Si l'immersion est source de découvertes, elle prend aussi un tribut. Elle implique que les instruments analytiques doivent, dans certains cas, être révisés, ce que nous avons dû faire en cours de recherche.

L'analyse formelle a nécessité quatre étapes. Des thèmes furent dégagés des récits de pratiques permettant une première codification de nature substantive. Les codes retenus furent alors regroupés selon les réalités qu'ils recouvraient, puis des relations théoriques entre ces codes ont été identifiées (Glaser 1978; Strauss 1987). Le matériel ainsi organisé fut interprété à l'aide d'analyses sociologiques, anthropologiques et historiques. Cette interprétation fut suivie de l'élaboration d'un schéma théorique et d'un paradigme de changement social dans le domaine de la reproduction humaine.

Le constat suivant s'est dégagé du matériel recueilli : dans les deux milieux étudiés, la pratique de la césarienne est en voie de normalisation, c'est-à-dire qu'elle devient une façon normale d'accoucher ne se distinguant de l'accouchement par voie naturelle ni par sa nature ni par les valeurs en cause. Ce constat s'est imposé alors que la recherche avait été amorcée avec les concepts analytiques de médicalisation de l'accouchement et de dépossession de la maternité ; la normalisation traduisait mieux que ces deux premiers concepts la réalité qui nous a été révélée par nos entretiens. Ceux-ci référaient à une action de la part des médecins et à une certaine passivité de la part des femmes alors que la recherche a mis en évidence une dynamique femmes-experts qui, tout en reposant sur des rapports inégaux, est créatrice de tendances dans les pratiques médicales, impliquant donc la contribution des femmes.

L'étude des rapports femmes-experts comme nœud de la multiplication des césariennes et l'analyse du contexte dans lequel ils s'élaborent font ressortir la complexité du phénomène observé et permettent d'extrapoler sur d'autres changements potentiels si les tendances actuelles et les mécanismes qui les soutiennent se maintiennent. C'est ce volet de notre recherche que nous avons choisi de présenter dans les pages qui suivent. Nous ferons donc ressortir les traits dominants de cette interaction sans expliciter les expériences que nous avons pu appréhender, dont certains aspects, tels la solitude et l'angoisse des femmes, méritent un développement qui n'est pas possible ici. Pour compléter notre présentation, nous ajouterons quelques considérations sur le rôle de la technique comme variable autonome.

La rencontre femmes-experts

Les discours tenus par les femmes et par les médecins se rejoignent sur plusieurs aspects, les propos des unes faisant écho à ceux des autres, notamment

en ce qui a trait au discours officiel et rationnel concernant la pratique de la chirurgie. Or, tant du côté des femmes que des médecins, les propos se sont situés sur deux registres : le rationnel et l'affectif. C'est dans ce dernier que l'on peut observer un écart : les dimensions de l'expérience de l'accouchement senties et vécues par les unes ne sont pas toujours admises par les autres. Si les femmes adhèrent au discours officiel sur la césarienne, c'est d'abord rationnellement, alors que l'intégration de l'ensemble de l'expérience est variable et complexe. L'adhésion rationnelle des femmes est mieux perçue par les experts que ne l'est leur expérience globale. Par ailleurs, l'encadrement institutionnel situe le terrain de rencontre dans le champ du discours officiel et non pas dans celui de l'expérience. C'est autour des valeurs partagées dans la collectivité à laquelle appartiennent les femmes et les médecins que s'élabore le discours officiel sur la naissance des enfants et sur les rôles respectifs de celles et ceux qui sont touchés par cet événement. L'expression d'une résistance à ce discours est ainsi perçue comme individuelle et psychologique. Interprétée socialement, elle devient un refus d'adhérer à des valeurs collectives. Le discours commun aux femmes et aux médecins se construit à partir de deux principes. Le premier est que tout doit être mis en œuvre afin que l'enfant à naître soit normal et en santé. Le second veut que l'institution médicale soit légitimée comme moyen pour atteindre cet objectif, la médecine étant perçue comme une discipline scientifique et la science comme synonyme de progrès.

L'enfant normal et en santé

L'enfant normal et en santé est au centre de la rencontre femmes-médecins. L'enfant à naître occupe l'espace de façon presque exclusive, la diminution des taux de mortalité et de morbidité maternelles s'étant accompagnée d'une évolution dans les préoccupations dorénavant axées sur l'enfant. Progressivement, la mère s'estompe et le fœtus est de plus en plus surveillé. Les femmes nous ont ainsi raconté comment, tout au long de leur grossesse, elles ont adhéré à des habitudes de vie, à des comportements et à des traitements spécifiques même si cela les brimait. Elles l'ont fait pour observer les prescriptions médicales visant la santé et la normalité de l'enfant qu'elles portaient. La responsabilité maternelle se confond à la conformité à ces prescriptions, le bien-être de la mère étant assujéti à cet objectif :

C'était que j'avais l'impression qu'à un moment donné, tu sais, que j'étais euh... l'enveloppe, le contenant, la personne responsable. Tout dépendait de ce que je pouvais faire, les gens pouvaient avoir des attentes, par rapport à moi peut-être ?

Les femmes font de cet objectif le centre de leur rapport avec le médecin omniscient, souvent leur seul interlocuteur. L'expression des besoins d'un autre ordre, sentiments, peurs, angoisses, n'est pas perçue comme prioritaire dans ces échanges. Les répondantes qui ont manifesté un manque parce qu'elles n'ont pu exprimer ces dimensions de leur expérience nous ont surtout parlé de la recherche d'un lieu où les soulever, contestant rarement avec vigueur le fait de n'avoir pu aborder ces questions avec leur médecin puisque ce qu'elles vont d'abord chercher auprès de lui, c'est l'assurance d'un bébé normal et en santé.

On reconnaît dans les propos des médecins les fondements du même discours : ils doivent d'abord et avant tout assurer la normalité et la santé de l'enfant, même s'ils se soucient également de la santé de la mère. Ce qui compte pour les futurs parents, nous a affirmé un répondant, « c'est le résultat, c'est pas la façon qu'ils accouchent ». Le point de rencontre des médecins avec les femmes est la santé du bébé et ils considèrent que l'observance de leurs prescriptions traduit l'adhésion à cet objectif socialement sanctionné. Ne niant pas les autres dimensions de l'expérience, ils n'en font toutefois pas une priorité lors de leur rencontre avec leurs clientes parce que ces dimensions, selon la majorité, ne sont pas de leur ressort et n'agissent pas nécessairement sur l'objectif poursuivi.

L'interaction femmes-experts prend donc appui sur cette entente implicite ou explicite pour que les efforts des unes et des autres tendent vers le même objectif. Si, dans un cas, il en va de la qualité des services professionnels, il en va, dans l'autre, d'une responsabilité personnelle et sociale. Femmes et experts se renforcent mutuellement et de façon indirecte par le biais d'autres institutions sanitaires et juridiques. Les réprobations se font aussi selon cette entente et portent généralement sur des failles nuisant à la poursuite de l'objectif commun. La grossesse se déroule donc selon les normes et les moyens proposés pour arriver au résultat escompté. La surveillance du fœtus est un exemple intéressant de l'adhésion respective des femmes et des médecins aux mêmes moyens. De part et d'autre, le recours à la technologie de surveillance est apprécié parce que celle-ci permet à chacune et à chacun de vérifier pour soi-même, professionnellement et personnellement, l'état du fœtus, mais aussi parce qu'elle informe l'autre. Ainsi, après une échographie, les femmes sont rassurées de savoir qu'elles portent un enfant normal, mais également que l'expert obtient l'information nécessaire pour intervenir s'il y a lieu :

J'ai été contente, parce que la première (échographie), j'avais déjà, ils ont détecté un problème... J'ai trouvé que c'était bon, parce qu'ils n'auraient jamais vu ça. Je veux dire, si j'avais eu un problème, si vraiment mon placenta aurait resté tel quel, ils l'auraient jamais vu... J'aurais eu des problèmes d'accouchement pis tout ça.

De la même façon, les experts obtiennent les informations qu'ils désirent et apprécient également que les parents soient rassurés sur la normalité de l'enfant.

Devant la césarienne, le même objectif oblige les femmes à faire table rase des attentes qu'elles pouvaient avoir à l'égard de l'accouchement. Elles le font par un exercice de rationalisation dans lequel elles mettent en opposition certitude-chirurgie-enfant en santé avec incertitude-accouchement par voie naturelle-risques pour l'enfant. Cette opposition permet de saisir la dominance de l'objectif de l'enfant normal et en santé, les contraintes qui en découlent et la nature de la « négociation » entre les femmes et les experts.

Mais, à partir du moment où ils disaient que c'était une césarienne, pis que c'était le bébé, ben, tu sais, ça se discute pas, ça se négocie pas. J'veux dire euh... j'suis là pour l'avoir c'bébé là. Pis eux... faut pas qu'il souffre. C'était là la meilleure manière de ne pas le faire souffrir.

Cette dominance ressort également des récits de l'expérience de l'accouchement, subordonnée essentiellement à la poursuite de cet objectif. Les

décisions se prendront d'abord à partir d'une préoccupation pour l'enfant à naître. Les femmes nous ont rapporté qu'« à partir du moment » où il est question de la santé de l'enfant, leur résistance à la chirurgie disparaît et il y a entente avec l'expert. Les discours réprobateurs des femmes concernant les décisions chirurgicales portaient à peu près exclusivement sur les délais qui les ont personnellement mises en cause.

Les médecins qui acceptent parfois l'idée d'imposer une césarienne à une femme qui s'y opposerait affirment partager un terrain d'entente avec leurs clientes : l'enfant normal et en santé. Selon eux, toute femme qui refuse une intervention ne partage pas cet objectif, ce qui est inadmissible et même inconcevable. Il y a donc un préalable aux échanges et c'est celui de l'adhésion à cet objectif. Mais il y en a un autre, celui de la légitimité de la médecine comme dépositaire exclusive de la compétence dans la poursuite de cet objectif.

La légitimité de l'expertise médicale

La conviction profonde que la médecine est le meilleur instrument pour atteindre l'objectif de l'enfant normal et en santé est partagée par toutes les personnes rencontrées, femmes, médecins et infirmières. Parfois, certaines pratiques spécifiques sont mises en cause, jamais leurs fondements. Lorsque des femmes n'acceptent pas certaines décisions, elles ne concluent pas à des failles dans l'expertise, elles dirigent plutôt leurs critiques vers des individus. Ainsi, d'une part, les femmes acceptent l'autorité médicale de façon pratiquement inconditionnelle ; d'autre part, les médecins ont une confiance très relative dans les femmes et dans leur contribution à l'enfantement.

Les femmes que nous avons rencontrées n'ont à peu près jamais contesté les connaissances médicales sur la grossesse et l'accouchement. Ne doutant pas que les médecins poursuivent le même objectif qu'elles, elles ne soulèvent que très rarement des questions sur la qualité de leur expertise. « Quand quelqu'un dit : « Fort, fort probablement », pis c't'un spécialiste, tu dis, ben, c'est ça... c'est vraiment ça qui va arriver. » À l'entente sur l'objectif vient donc se greffer celle sur les moyens de l'atteindre. La médecine est une science et la science, c'est le progrès, des allusions négatives au passé témoignant de cette conviction. Le corollaire de cette attitude est une absence de confiance en sa propre expertise qui prend forme à partir de la préoccupation relative à l'état de santé de l'enfant à naître. Le rationnel et le scientifique, caractères de la médecine, évacuent le senti, la compétence de la femme enceinte et accouchante. Les femmes n'opposent jamais cette compétence en ce qui concerne l'enfant, la réservant pour leur propre état, qui n'est pas considéré comme l'enjeu premier des événements. Le terrain de rencontre avec les médecins n'est donc pas le leur ; mais c'est le terrain légitime et elles sont convaincues en grande majorité que c'est le meilleur pour la poursuite de leur objectif :

C'est toi le cordonnier ici. C'est pas moi... fais c'que t'as à faire... C'est toi qui sais c'que t'as à faire... c'est toi qui sais ici, qui es, qui es maître à bord, c'est pas moi. Ailleurs, ce serait peut-être moi, mais cette fois-ci c'est pas moi.

Les instruments de la médecine sont légitimés par le fait même, puisqu'il s'agit là de la mise en œuvre de connaissances dont elles ne contestent pas les fondements, même s'il leur arrive d'en souligner les limites. C'est d'abord l'expert légitime qu'elles recherchent puisqu'il leur permettra d'atteindre leur objectif, si bien que plusieurs passeront outre à une relation interpersonnelle insatisfaisante. La négation de la valeur de l'expérience des femmes, observée chez la majorité de nos répondantes, apparaît entre autres dans le fait que l'expérience qui se situe hors du champ de l'expertise médicale ne peut trouver d'interprétation « légitime » ni avant l'accouchement, ni pendant, ni après, notamment la peur et l'intensité de la douleur. Ces dimensions sont alors tuées ou endormies car elles échappent au discours légitime rationnel et ne sont pas situées avec l'objectif de l'enfant normal et en santé. Vécue parfois comme une échappée, parfois comme « irrationnelle », l'expérience ne trouvera pas d'explication. Les femmes marquées par la douleur nous ont ainsi paru abasourdies par cette expérience située en dehors du champ dans lequel intervient l'institution légitime. La préoccupation pour la santé de la mère, en se déplaçant vers celle de l'enfant, semble avoir drainé l'expertise recherchée par les femmes. Aussi, leur expérience personnelle ne semble qu'exceptionnellement faire partie de leur rencontre avec les experts puisque ce n'est pas pour cette raison qu'elles les consultent.

Les médecins se considèrent comme les intervenants légitimes dans la grossesse et l'accouchement puisqu'il s'agit de la raison d'être de leur pratique. Ils ne remettent jamais en question les fondements de leurs connaissances et leurs errements sont attribués à des personnes, des circonstances ou à des tendances à rectifier. Seuls possesseurs de l'expertise légitime, celle du savoir, ils reconnaissent peu de savoir-faire aux femmes auprès desquelles ils travaillent. Comme les femmes les consultent en tant qu'experts qui les rassurent sur la santé et la normalité de l'enfant à naître, c'est cette demande qu'ils entendent et à laquelle ils cherchent à répondre. La poursuite d'un objectif commun est donc l'assise de l'entente présumée avec la femme ou le couple à l'intérieur de cette dynamique. Cette question constitue l'essence du rapport femmes-experts. La compréhension des médecins repose sur la conviction que les femmes qui les consultent leur reconnaissent implicitement l'expertise nécessaire. De là découle la perception d'un bris de contrat si, à la limite, celle-ci est contestée puisqu'il y a alors rupture des deux fondements de la relation : l'objectif poursuivi et la reconnaissance de la légitimité.

L'encadrement de la rencontre

La rencontre femmes-experts est socialement encadrée par trois ordres de mécanismes institutionnels : les lieux et l'organisation de la rencontre, les relais de l'expertise et les sanctions juridiques. Les lieux où se déroule la rencontre des femmes et des médecins, le bureau et l'hôpital, sont des milieux étrangers aux femmes. De plus, l'organisation du travail, notamment la brièveté des consultations et les horaires de garde, favorisent l'instauration d'une relation dans laquelle il n'est pas nécessairement facile de se décentrer de l'objectif du bébé normal et en santé.

Le fait d'accoucher à l'hôpital n'a pas été remis en question par nos répondantes. Elles ont par ailleurs une perception positive de la « chambre des naissances » qu'elles situent en opposition à une salle hospitalière habituelle. C'est la sécurité hospitalière qu'elles valorisent au point d'en accepter règles et techniques. L'organisation du travail à l'hôpital renforce tant l'adhésion à ces valeurs, la reconnaissance de l'expertise scientifique que la préoccupation pour l'enfant normal et en santé.

Il existe aussi des relais de l'expertise médicale auprès des femmes, notamment les cours prénatals suivis par plusieurs des interviewées. Leur attente était qu'ils complètent l'expertise offerte par le médecin. Concrètement, les cours ne sont pas toujours de stricts mécanismes de renforcement. Or, c'est justement pour cette absence relative de correspondance qu'ils sont le plus critiqués, surtout en ce qui touche l'accouchement. Ces critiques sont formulées à partir d'un besoin d'uniformité des informations et des conseils. Cette uniformité impliquerait, toujours selon nos répondantes, une préparation aux interventions médicales et chirurgicales éventuellement nécessaires; elles exigent ainsi des cours qu'ils remplissent cette fonction de mécanisme de renforcement de l'expertise médicale.

La judiciarisation des rapports femmes-experts est un phénomène relativement récent, qui n'en est pas moins déterminant pour l'orientation actuelle de l'évolution de ces rapports. À l'instar de ce qui a été constaté aux États-Unis (Marieskind 1979) lorsque le nombre de poursuites intentées contre des médecins s'est mis à croître, la seule peur d'être poursuivi, qu'elle soit fondée ou non, influence la pratique de ces derniers dans un sens « défensif » ou « préventif » selon le cas. Un répondant a illustré cette attitude de la façon suivante : « le bébé commence à avoir des décélérations, pis tu dis que ça avance pas beaucoup, pis tout ça, pis là tu penses à l'avocat à l'autre bout. Ça se peut que ça te fasse agir un peu plus rapidement ». La judiciarisation n'agit pas dans un seul sens. Si, d'une part, elle incite les médecins à agir et à intervenir afin de se prémunir contre d'éventuelles contestations juridiques, d'autre part, elle colore de plus en plus les prescriptions médicales. L'approche coercitive n'est pas répandue au Québec : nos interlocutrices et interlocuteurs ne considèrent pas qu'il s'agit là d'une incitation valable pour s'assurer que les prescriptions soient suivies. Par contre, les rapports femmes-experts relatifs à ces prescriptions se construisent selon une hiérarchie à laquelle la sanction juridique n'aura éventuellement qu'à se greffer, comme cela se fait aux États-Unis (Irwin et Jordan 1987; Kolder *et al.* 1987) et, depuis peu, au Canada anglais (Clement *et al.* 1988). La judiciarisation des rapports témoigne du climat dans lequel ceux-ci risquent de s'établir. L'organisation du travail selon laquelle femmes et médecins se rencontrent pour la première fois lors de l'accouchement n'est pas étrangère à ce phénomène puisque, selon plusieurs (Shearer 1986), l'établissement de relations de confiance semble prémunir contre des situations concrètes de confrontation. Mais elle témoigne aussi de l'approche de certaines femmes comme de certains médecins. L'expertise médicale est un bien de consommation et, à ce titre, elle doit répondre à certaines normes de qualité.

Les déterminants des rapports femmes-experts

La rencontre femmes-experts au moment de l'accouchement (ou de la grossesse) est précédée d'une socialisation aux rôles qui prendront forme lors de cette rencontre. La réalité perceptible qui reflète cette socialisation et ces rôles est celle des attitudes. C'est à elle que nous avons eu accès lors de la recherche.

Les femmes sont socialisées aux interventions dans le domaine de la reproduction, c'est-à-dire qu'elles sont conditionnées à les accepter et même à les réclamer et cette socialisation est plus profonde que ne l'est leur apprentissage du rôle de reproductrice. Elle précède cet apprentissage et les amène à intégrer une perception de la « nature féminine » assimilée à la nature qu'il faut maîtriser. À partir de là, elles se reconnaissent certains caractères, notamment la vulnérabilité, devant faire l'objet de contrôle.

Au moment de leur grossesse, des mécanismes renforceront cette vision d'elles-mêmes : élément passif et non actif du processus de reproduction. Nous avons ainsi été amenée à constater que nos répondantes se perçoivent comme incompetentes et impuissantes dans le domaine de la reproduction malgré qu'il s'agisse là d'un domaine où l'on a longtemps confiné les femmes. Cette impuissance peut se définir selon les termes que propose Seeman sur l'aliénation : « The expectancy or probability held by the individual that his own behavior cannot determine the occurrence or the outcomes, or reinforcements he seeks » (1959 : 784). La vision des femmes est que leur contribution est naturelle et doit, comme la nature, être soumise à un contrôle qui ne peut venir que de l'extérieur. L'intégration de cette vision d'elles-mêmes leur retire donc toute velléité d'exercice d'un contrôle personnel sur les événements entourant l'accouchement : « C'est pas sur nous autres qu'il faut compter, c'est sur eux autres ».

La traduction affective de cette incapacité personnelle est la peur. C'est elle qui constitue l'assise affective d'une attitude consistant à accepter, souhaiter et même réclamer des interventions. Cette peur, associée à l'inconnu, met la personne en jeu puisque les menaces au déroulement harmonieux des événements résident en elle, c'est-à-dire en sa nature. Ces menaces, ce sont les risques omniprésents dans le discours médical (Quéniart 1988). L'idéologie du risque devient ainsi la version moderne de la nature à dominer. Les femmes acquièrent d'elles-mêmes et de leurs possibilités une image négative. Leur association à la nature dans le contexte moderne de l'obstétrique se traduit dans une échelle de risques dont elles sont le fondement. La femme-nature est ainsi opposée à l'intervention de la « culture » qui revêt ici le visage de la médecine. La socialisation au moment de la grossesse devient un complément à l'image de soi intégrée antérieurement. Le message essentiel au développement d'une attitude de réceptivité à l'égard des interventions est que ce sont elles qui portent des risques. Elles doivent donc se préparer à des interventions éventuelles puisqu'elles portent toutes, potentiellement, la concrétisation de ces risques.

De plus en plus, les conseils sanitaires entourant la grossesse visent les habitudes de vie et les comportements. On voit ici comment s'élargit progressivement le champ des risques. Non seulement le corps est source de problèmes

potentiels, mais les comportements peuvent l'être également, ce qui traduit une continuité logique consolidant la perception de soi comme créatrice de problèmes plutôt que d'enfant. D'autres éléments se greffent à cette socialisation à une image de soi. L'accouchement est une réalité avec laquelle les femmes sont de moins en moins souvent confrontées. De plus, la définition essentiellement médicale de l'accouchement comme une expérience nécessitant toujours des interventions contribue à créer une impression d'incapacité à enfanter seule. La familiarité avec les pratiques chirurgicales comme façon d'aborder les problèmes de santé nous a aussi été mentionnée à plusieurs reprises comme dédramatisant la chirurgie. On peut alors, non seulement envisager et même souhaiter une intervention, mais sa forme chirurgicale peut être définie à l'avance. La disponibilité à des interventions devient ainsi celle à des interventions identifiées. Ceci amène même à les réclamer explicitement et annule de fait toute résistance éventuelle à la proposition d'une intervention inconnue ou exceptionnelle. « Si j'avais été obligée d'avoir une césarienne. Correct, césarienne ! Vous connaissez plus que nous autres. Tu sais, sont supposés connaître plus que nous autres. »

La définition du rôle des femmes reproductrices les amène à se soumettre à une expertise extérieure justifiée par leur propre impuissance, qu'elles se reconnaissent, suggérant ainsi une orientation au changement en matière de reproduction. En effet, depuis l'introduction des premières techniques dans l'accouchement, la définition du rôle des femmes s'est modifiée progressivement selon une constante : la part active des femmes semble régresser de façon continue. À l'étape de la médicalisation de l'accouchement (Laurendeau 1983) peut succéder maintenant, d'après les résultats de notre recherche, celle de la « chirurgicalisation ». Non seulement les femmes ne sont plus les uniques agentes de l'enfantement, mais le bien-être de l'enfant peut être perçu comme indépendant du leur : non seulement doivent-elles être disponibles à des interventions, mais accepter aussi que l'ouverture de leur corps puisse être requise au nom de l'enfant, ce qui confère à la socialisation une fonction importante pour la conformité à ce rôle.

Les médecins sont également socialisés en fonction des valeurs dominantes, d'abord en tant qu'individus membres de la même collectivité à laquelle appartiennent les femmes, puis en tant qu'experts. Leur engagement dans une interaction avec les femmes est toutefois de moindre importance que celui de ces dernières, car il découle de leur appartenance institutionnelle, de leur pratique professionnelle. Leur rôle consiste alors à mettre en pratique des connaissances imprégnées des valeurs et objectifs de l'institution médicale, qu'ils ont dû intégrer pour remplir leurs fonctions (Davis-Floyd 1987).

L'approche scientifique a présidé au développement moderne de la médecine et l'a légitimée. Il s'agit là de la première réalité à laquelle sont socialisés les médecins : ils sont les experts légitimes en matière d'accouchement grâce à leurs connaissances scientifiques. On ne doit jamais perdre de vue que c'est d'abord pour intervenir qu'ils se sont introduits dans le domaine de l'enfantement. Ils se sont imposés progressivement comme experts légitimes et jamais comme détenteurs de qualités susceptibles de fournir leur soutien nécessaire à l'expérience de l'enfantement. C'est ainsi que le recours aux forceps peut être considéré

comme un moment charnière dans l'histoire des conditions d'accouchement. En effet, les médecins ont d'abord été sollicités parce qu'ils possédaient les instruments permettant d'agir (Wertz et Wertz 1979). Leur rôle, construit à partir de leur savoir et de leurs habiletés à intervenir, a été fondamental pour l'évolution de la définition de l'accouchement comme un événement requérant d'abord des interventions. Et c'est à celui-ci que les experts sont socialisés. Cette socialisation a son envers, l'intégration de l'image des femmes « naturelles », vulnérables et impuissantes, celle-ci justifiant le refus de leur reconnaître une compétence. C'est là une des caractéristiques de la dynamique femmes-experts identifiée dans notre recherche. D'une part, il y a expertise-compétence-légitimité et d'autre part, impuissance-incompétence-dépendance. Acquises par la socialisation, ces perceptions se traduiront dans des rôles respectifs lors de l'interaction. Mais si ces perceptions sont bien ancrées, c'est aussi parce qu'elles reposent sur une adhésion à l'approche scientifique du processus de reproduction humaine et à la philosophie médicale de prévention des risques. L'assimilation de la femme à la nature est intégrée par les médecins, comme celle des experts à la science par les femmes. Les attentes mutuelles sont modelées selon ces définitions et elles renforceront la conformité à des rôles allant vers l'action dans le cas des experts et vers la soumission dans le cas des femmes.

Le modèle privilégié en obstétrique est le modèle technologique conformément à la vision du monde dominante en Occident. La pratique médicale dans le domaine de la reproduction sera donc le fait d'experts dont l'apprentissage aura consisté à intégrer ce modèle axé sur l'agir. Au cours de leur formation, les médecins acquièrent une vision des choses où le processus de reproduction apparaît rempli de pathologies potentielles incarnées dans les femmes et où le contrôle de la situation est identifié à leur expertise appuyée par la technologie (Harrison 1982 ; Davis-Floyd 1987). Ce modèle façonne leur pratique, puisqu'il les inscrit dans un système où la solution est nécessairement technique. Le développement de leurs habiletés correspond de plus en plus à l'apprentissage de diverses techniques et à l'utilisation de divers appareils. La dépendance à l'égard de la technologie fait partie intégrante de leur rôle et conduit, entre autres, à leur enfermement dans cet univers lors de la recherche de solutions. Les renforcements dont ils font l'objet sont cohérents avec cette approche. Leur socialisation peut même être spécifique à un type d'approche, soit à une lecture des événements pour lesquels ils intègrent un type de réponse au cours de leur formation, en l'occurrence la chirurgie dans le cas des gynécologues-obstétriciens. On trouve ici une explication plausible au fait que leur présence plus fréquente auprès des femmes s'accompagne d'une augmentation des interventions chirurgicales. La spécialisation progressive de la médecine favorise la transition de l'étape de la « médicalisation » à celle de la « chirurgicalisation ». Ceci ne signifie pas que les praticiens acceptent cette tendance. Souvent critiques, particulièrement face à ce qu'ils considèrent des excès, ils se perçoivent toutefois comme relativement impuissants devant les tendances actuelles, déplorant surtout la restriction progressive de l'exercice du jugement clinique auquel se substituent des protocoles dans lesquels les techniques orientent les décisions. Ce rôle auquel les médecins sont maintenant socialisés a considérablement évolué depuis le temps où ils étaient appelés au chevet des femmes seulement lorsqu'une

complication surgissait. L'importance croissante accordée au fœtus renforce leur autorité auprès des femmes et, seuls experts légitimes, ils disposent maintenant d'un savoir spécialisé et technicisé.

Les attitudes

Les attitudes qui découlent de la socialisation respective des femmes et des experts, lorsqu'elles sont mutuellement perçues, affecteront leur façon d'agir. Les médecins rencontrés sentaient que les femmes étaient disponibles aux interventions, ce qui les incitait à agir. Voilà une autre dimension importante de l'interaction femmes-experts retracée dans l'histoire et selon laquelle les demandes des femmes sont systématiquement interprétées comme un désir d'intervention (Sandelowski 1984; Leavitt 1986). L'étape de médicalisation de l'accouchement peut ainsi être associée à la généralisation d'une attitude de disponibilité, phénomène du même type de celui qui se dessine dans le processus de « chirurgicalisation » avec la césarienne. Notre recherche témoigne que ce dernier passage devient possible dans la mesure où les femmes acceptent d'emblée de faire l'objet d'une chirurgie.

De leur côté, les experts développent certaines attitudes en fonction de leur rôle et de leur socialisation à celui-ci. Une attitude particulière se conjugue aux attentes des femmes et devient ainsi déterminante pour l'orientation du changement : la disponibilité à intervenir. Leur attitude face à la technologie est également significative. Animés par le souci d'améliorer leur pratique, ils sont disposés à utiliser les techniques disponibles.

Ces attitudes des femmes et des médecins se concrétisent dans le milieu hospitalier dont les caractères consacrent la définition médicale de l'accouchement et dont les règles incitent à l'action. À cet encadrement vient s'ajouter comme dernier renforcement le contrôle social non seulement sous la forme institutionnelle, mais aussi sous une forme micro-sociale, avec les pressions de la communauté dans le sens de la conformité aux prescriptions et règles dominantes. Ce contrôle s'exerce sur les actrices dans le sens de leur soumission et vient notamment de leur conjoint. Dans le cas des experts, il va dans le sens de l'action et de la prise en charge des événements.

Le rôle de la technique

Tout au long de notre recherche, nous avons été confrontée à la technique comme variable caractérisant de façon spécifique le changement en cours. Notre analyse nous a amenée à constater qu'elle se développe de façon relativement autonome même si elle n'est pas totalement extérieure aux rapports étudiés et même si elle en est partiellement issue. En effet, elle est, lors de la conception de ses formes initiales ainsi que dans leur adoption et leur diffusion, imprégnée des rapports sociaux dans lesquels elle prend racine.

L'adoption d'une technique est suggérée par une lecture particulière des événements, son utilisation nécessitant la légitimation sociale de cette vision des choses. C'est ainsi que l'on peut à travers l'histoire de l'évolution des conditions

d'accouchement retracer diverses étapes correspondant à l'adoption et à la diffusion d'instruments spécifiques. Le recours à des instruments pour intervenir dans le processus de la reproduction a contribué à en réduire les dimensions naturelles, agissant de la sorte sur sa définition même. Les unes après les autres, les techniques inventées et diffusées ont écarté les approches « naturelles » et restreint le rôle des femmes associées à la nature comme reproductrices, rendant nécessaire la présence d'experts de plus en plus spécialisés. C'est ainsi que le recours à la césarienne s'est répandu en harmonie avec une certaine vision des choses caractérisée par une préoccupation croissante pour l'état du fœtus doublée d'une dévalorisation progressive de l'enfantement naturel. Sa pratique fréquente, conjuguée à l'amélioration de techniques corollaires (notamment l'anesthésie) et soutenue par une organisation, en a permis le perfectionnement.

L'introduction d'une technique dans le domaine de la reproduction ne provoque pas nécessairement un changement social, c'est-à-dire la transformation du système d'interactions et des conditions environnantes. La forme de la technique est en effet partie prenante du rôle de celle-ci dans les changements. Elle est source de changement dans la mesure où cette forme et ses exigences atteignent les caractères définisseurs des événements. C'est le cas de la normalisation de la césarienne qui, en substituant à l'acte d'expulsion celui d'extraction et en changeant le passage par lequel l'enfant sort du corps de sa mère, modifie la définition de l'enfantement. L'importance de l'adoption de diverses techniques tient aussi au fait qu'elle contribue, par le biais de l'expertise requise, à l'identification des personnes légitimées à intervenir et, conséquemment, à la détermination des conditions environnantes requises. Comme les forceps ont, au siècle dernier, légitimé la présence des médecins auprès des femmes, la césarienne légitime celle des chirurgiens, sa normalisation renforçant cette tendance.

Le changement attribué à la pratique courante de la césarienne n'est pas induit par le seul perfectionnement de la technique chirurgicale ni par celui des techniques corollaires. Il l'est plutôt par leur diffusion et leur normalisation. Mais la technique demeure un facteur autonome dans la mesure où sa forme est déterminante, où son usage revêt un caractère inéluctable une fois qu'elle est disponible et dans la mesure où elle légitime l'intervention de certains acteurs. L'introduction de diverses techniques a également contribué au changement de lieu et à l'organisation des soins entourant l'accouchement, le caractère hermétique de certaines d'entre elles appuyant leur rôle dans le changement. En effet, ce caractère est particulier lorsqu'il s'agit de la manipulation du corps et de ses fonctions, surtout lorsque la technique devient un instrument de médiatisation entre soi et son corps. Lorsque la technique est proposée par une personne socialement légitimée, l'incompréhension de son fonctionnement facilite son acceptation puisqu'elle peut difficilement être évaluée. Si la césarienne est globalement comprise par les femmes que nous avons rencontrées, les techniques justifiant son recours ne le sont pas nécessairement. Une telle situation résulte de la nature même des techniques utilisées : les connaissances n'étant pas partagées, les relations sont constituées dans le sens de la dépendance des unes par rapport à l'expertise des autres. La technique se révèle donc, en soi, porteuse de rapports d'inégalité, assise de l'autorité des experts et de la dépendance des femmes.

La progression technique n'est pas totalement autonome, puisqu'un contexte social particulier lui est essentiel, mais elle contient une partie de son développement. Ainsi une technique spécifique peut nécessiter l'usage d'une ou de plusieurs autres (par exemple le trio épidurale-épisiotomie-forceps). De plus, la forme de la technique contient souvent en germe une technique ultérieure susceptible d'agir sur les rapports sociaux. Une fois qu'une technique spécifique est acquise, elle pave la voie à une deuxième qui, à son tour, pourra favoriser l'adoption d'une troisième.

Si la technique progresse et, surtout, si elle évolue au rythme actuel, c'est que la mentalité technologique présidant à son usage est dominante. La relation entre la progression technique et le développement d'une mentalité technologique se réalise d'une façon circulaire. D'une part la technique favorise le développement de la mentalité technologique par ses possibilités d'auto-accroissement traduites, du point de vue des actrices et des acteurs, dans l'inéluctabilité de son usage, sorte d'adéquation entre son existence et sa diffusion, celles-ci se confondant par moment. Maintes fois, les propos de nos répondantes et répondants concédaient ce caractère inéluctable à la technique : « Puisque ça existe, pourquoi ne pas l'utiliser ? » En lui attribuant ce caractère, on affirme qu'elle crée sa propre demande, cette situation découlant de l'enfermement dans une vision où la progression technique est assimilée au progrès.

La disponibilité des femmes aux interventions appuie ce caractère inéluctable du recours à la technique puisqu'il ne s'agit plus ici que de son identification. Du côté des experts, la règle de conduite est de faire tout ce qui est possible, le possible référant au modèle technologique. Ce caractère d'auto-accroissement de la technique réduit alors la marge de manœuvre de l'expert tenu d'utiliser tout ce qui est disponible.

L'histoire de la diffusion des techniques dans le domaine obstétrical témoigne éloquemment de cette progression qui paraît inéluctable. Les interventions sont passées d'un moment du processus de reproduction à un autre et elles se sont multipliées à l'intérieur de chacun de ces moments comme si cette extension allait de soi. Imbriquées les unes dans les autres, interdépendantes et soutenues par un discours de nécessité, elles se sont ainsi diffusées. Une technique s'impose parce qu'elle s'inscrit en continuité logique de la précédente. C'est ainsi que les solutions anticipent les problèmes. Ce caractère est déterministe dans la mesure où il assure la diffusion et l'expansion des techniques. Une rupture ne devient possible que si le discours légitimant le mouvement global est modifié.

La technique, par sa nature même, renforce l'autorité des experts. Les caractères qui lui sont inhérents consacrent l'inégalité du rapport femmes-experts parce qu'elle apporte aux experts les moyens de modifier l'essence de l'expérience féminine. Les techniques portent un rapport d'autorité, non sous une forme coercitive, mais sous les formes de médiatisation et de découpage du corps et de ses fonctions. Au delà de la lecture de l'univers qu'elle incarne, la technique atteint la globalité de l'expérience féminine et, par là, son exclusivité.

Conclusion

Le constat auquel nous a menée cette recherche auprès de femmes et de médecins sur l'expérience de la césarienne est donc que celle-ci devient un mode d'accouchement normal. Les mécanismes de l'interaction femmes-experts, brièvement présentés ici, illustrent comment s'opère un tel changement. Mais ces mécanismes ont aussi des fondements. C'est ainsi que, sous-jacents à la définition des rôles et à la construction d'attitudes, on retrouve des objectifs poursuivis conjointement par les actrices et acteurs en présence. Ces objectifs découlent pour leur part d'une valeur qui s'avère centrale pour le changement orienté vers la normalisation de pratiques interventionnistes, soit le contrôle du processus de reproduction à l'aide de la science et de la technique. Cette valeur, cohérente avec une vision du monde dominante, est centrale depuis les premières interventions dans le domaine de l'obstétrique, la poursuite d'objectifs spécifiques ayant, selon les époques, précisé la nature du contrôle à exercer, son objet et les responsables de ce contrôle.

Nous avons, à partir de notre recherche, dégagé un paradigme du changement social dans le domaine de la reproduction humaine, qui définit l'orientation du changement comme obéissant à cette valeur. Or, le contrôle recherché, comme en témoigne la normalisation de la césarienne, remet en cause l'expérience humaine de la maternité. Cette hypothèse du renoncement des femmes à l'expérience de la maternité et de la technicisation définitive de la reproduction est suggérée par les tendances observées et nous interpelle. Seule une redéfinition des événements entourant la reproduction sur la base de la valeur de l'expérience humaine peut offrir une solution de rechange à ce qui semble une orientation déterminée.

Références

AFFONSO D.

1981 *Impact of Caesarean Childbirth*. Philadelphia : F.A. Davis Compagny.

BERTAUX D.

1976 *Histoire de vie, ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Convention C.O.R.D.E.S., n° 23-1971. Rapport final, Tome 1.

BLANCHET M. et M. Levasseur

1980 « Périnatalité : bilan et prospective ». *Carrefour des Affaires Sociales*, 2. : 10-29.

CLEMENT C. *et al.*

1988 « Reproductive Rights Eroded Away », *Healthsharing*, 9, 2 : 3-4.

DAVIS-FLOYD R.E.

1987 « Obstetrics Training as a Rite of Passage ». *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 3 : 288-317.

- GLASER G.
1978 *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory.* Mill Valley : The Sociology Press.
- HARRISON M.
1982 *A Woman in Residence.* New York : Random House.
- IRWIN S. et B. Jordan
1987 « Knowledge, Practice and Power : Court Ordered Caesarean Sections », *Medical Anthropological Quarterly*, 1, 3 : 319-334.
- KOLDER V.E.B., J. Gallagher et T.M. Parsons
1987 « Court-Ordered Obstetrical Interventions », *New England Journal of Medicine*, 316, 19 : 1192-1196.
- LAURENDEAU F.
1983 « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, XXIV, 2 : 203-234.
- LEAVITT J.W.
1986 *Brought to Bed. Childbearing in America 1750-1950.* New York et Oxford : Oxford University Press.
- LIPSON G. et V. Petersen Tilden
1980 « Psychological Integration of the Caesarean Birth Experience », *American Journal of Orthopsychiatry*, 50,4 : 598-609.
- MARIESKIND H.
1979 *An Evaluation of the Caesarean Birthrate in the United States.* Final Report Submitted to DHEW.
- QUÉNIART A.
1988 *Le corps paradoxal.* Montréal : Éditions Saint-Martin.
- SANDELOWSKI M.
1984 *Pain, Pleasure and American Childbirth. From Twilight Sleep to the Reed Method, 1914-1956.* Westport et Londres : Greenwood Press.
- SEEMAN M.
1959 « On the Meaning of Alienation », *American Sociological Review*, 24, 6 : 783-791.
- SHEARER H.
1986 « When Perinatal Caregivers Enter the Insurance Business », *Birth*, 13,3 : 151-152.
- SULLIVAN D.A. et R. Beeman
1982 « Satisfaction With Maternity Care, A Matter of Communication and Choice », *Medical Care*, XX, 3 : 321-330.
- STRAUSS A.L.
1987 *Qualitative Analysis for Social Scientists.* Cambridge : Cambridge University Press.
- WERTZ R. et D. WERTZ
1979 « *Lying-in* ». *A History of Childbirth in America.* New York : Schocken Books.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts

Une recherche qualitative menée auprès de femmes et de médecins pour mieux comprendre le phénomène de la multiplication des césariennes a permis de constater que cette intervention chirurgicale était en voie de normalisation dans les milieux étudiés. Les résultats présentés ici portent plus spécifiquement sur les rapports femmes-experts au cœur de ce processus. Les attitudes et rôles respectifs ainsi que la poursuite d'objectifs communs définis par la recherche d'un contrôle sur le processus de la reproduction dans un contexte dominé par la technologie sont parmi les mécanismes décrits.

The Caesarean's Normalization : A Product of Women-Experts Relationships

A qualitative research aimed at providing a better understanding of the phenomenon of the increase in the frequency of caesarean deliveries, and based on interviews with women and physicians, revealed that this operative procedure was becoming normalized in the setting studied. The results presented here deal more specifically with the relationships between women and experts. Respective attitudes and roles, combined with the pursuit of shared objectives defined by the search for a better control over the process of human reproduction in a technological context are some of the underlying mechanisms described.

*Maria De Koninck
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval
Sainte-Foy (Québec)
Canada G1K 7P4*