



Accoucher de la mort... : recourir à une interruption volontaire de grossesse pour motif médical et traiter l'incertitude

Anastasia Meidani

► To cite this version:

Anastasia Meidani. Accoucher de la mort... : recourir à une interruption volontaire de grossesse pour motif médical et traiter l'incertitude. Vivre la mort, PUM, 2020, 2810706662. hal-02128684

HAL Id: hal-02128684

<https://univ-tlse2.hal.science/hal-02128684>

Submitted on 14 May 2019

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

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

Accoucher de la mort... : recourir à une interruption volontaire de grossesse pour motif médical et traiter l'incertitude

Anastasia MEIDANI

Selon le dernier rapport annuel de l'Agence de la Biomédecine, plus de 7 000 attestations ont été délivrées en 2012, en vue d'autoriser une interruption médicale de grossesse (IMG) ¹. Et pourtant les recherches sociologiques françaises qui ont considéré les expériences des femmes qui prennent la décision d'interrompre une grossesse après le diagnostic prénatal d'une anomalie fœtale se font rares ². Cette contribution se propose de rendre compte de l'incertain de la mise à mort dans l'IMG, ce qui revient à considérer la manière dont les femmes qui ont subi des telles interventions médicales donnent sens à leurs expériences. Trois questions guideront notre réflexion : dans quel contexte sociopolitique et interactionnel les IMG ont-elles lieu en France ? Quelles sont la nature et l'intensité des incertitudes que ces femmes explorent et comment les processus décisionnels sont-ils possibles lorsqu'ils ne peuvent prendre appui que partiellement sur des connaissances stabilisées ? Comment, et dans quel but, les temps des cérémonies *post-mortem* s'organisent-ils et s'articulent-ils ?

L'élaboration des incertitudes du point de vue des femmes qui ont subi une IMG requiert une analyse à plusieurs niveaux étroitement intriqués que nous présenterons, tour à tour, pour des raisons de clarté. Tout d'abord, il s'agit de situer l'IMG dans le contexte sociopolitique d'exercice de l'obstétrique en France. L'analyse des propos récoltés fait ressortir l'idée que l'intervention médicale contribue à construire l'incertitude et interroge les interactions soignants / soignés, lorsqu'il est question d'administrer la mort à un fœtus. Nous examinerons, ensuite, les opérations pratiques que les femmes enceintes qui ont subi une IMG mettent en œuvre pour traiter l'incertitude, s'en accommoder et stabiliser leurs décisions qui portent, en partie, sur les cérémonies *post-mortem*. Enfin, nous conclurons avec la présentation d'une typologie des positionnements des femmes qui rend intelligible la pluralité du « dire » et du « faire » qui anime leurs expériences de l'incertitude, lorsqu'il s'agit d'administrer la mort à un fœtus.

D'un point de vue méthodologique, au-delà du profil hétéroclite de nos interviewées (n= 41), nous avons cherché à prendre en compte la variation des causes de l'anomalie fœtale détectées au 2e semestre de la grossesse : anomalies chromosomiques, syndromes malformatifs, causes géniques, indications infectieuses. Précisons que les deux premières catégories représentent, à elles seules, plus de 80 % des motifs d'IMG avec une surreprésentation des cas de trisomie. Le recrutement de l'échantillon a été conduit avec l'aide précieuse des soignants et des structures associatives. Toutes les femmes interviewées ont

¹ <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>

² Memmi, 2011 ; Le Grand-Sébille et Zonabend, 1998 ; Giraud, 2015.

subi une IMG entre 2009 et 2013, soit après les changements du cadre législatif en France, et ont été interviewées entre 2012 et 2013, au moins 6 mois après l'interruption de leur grossesse. L'ensemble des femmes interviewées a eu recours à l'amniocentèse ou une biopsie de trophoblaste. Ces examens ont été effectués après un résultat de test sanguin à « haut risque » (n= 16), une échographie qui a détecté les anomalies (n= 23) et / ou une grossesse précédemment affectée (n= 2). Trois femmes ont choisi l'amniocentèse en raison de risques relatifs à leur âge et d'antécédents familiaux de trisomie 21, alors que les résultats obtenus lors des tests prénataux détectaient un risque faible. La majorité des anomalies fœtales considérée dans le cadre de cette enquête avait été détectée ou confirmée durant le deuxième trimestre de la grossesse. Précisons, enfin, que la majorité de ces femmes est inscrite sur des forums, blogs et autres structures associatives qui œuvrent autour de la mort prénatale, alors que plus de la moitié a eu plusieurs expériences de grossesse, avant ou après l'IMG.

La place de l'IMG dans le contexte sociopolitique d'exercice de l'obstétrique

Nos investigations requièrent l'analyse du contexte institutionnel qu'il nous a paru pertinent d'explorer au travers d'une réflexion qui retient le normatif, le prescriptif et le descriptif ³. Ce travail appelle à considérer les définitions contemporaines de la mort périnatale et la notion d'incertitude afférente, qui constituent – du moins en partie – des facteurs explicatifs de l'ascension de ce contexte.

Jusqu'au début des années 2000, le fœtus mort *in utero* en dessous de sept mois de grossesse, soit 28 semaines d'aménorrhée, était considéré comme un « déchet anatomique ». En 2008, suite à l'intervention de l'OMS qui établit le seuil de viabilité d'un fœtus à 22 semaines d'aménorrhée, pour un poids égal ou supérieur à 500 grammes et une taille de 24 centimètres ⁴, le paysage législatif se modifie. Selon Pons ⁵, cet abaissement du seuil qui désigne le passage du fœtus à la catégorie des humains, correspond à un « élargissement de l'humanité par le bas » et rompt, en partie, avec le seuil de la naissance retenu par le passé. « En partie » seulement. Si c'est à partir de la 22e semaine d'aménorrhée que le fœtus entre dans le monde des humains, ce n'est qu'à la naissance « physique » d'un être, non seulement vivant mais viable, qu'il accède au statut de la personne. Ainsi la naissance, rite d'accueil par excellence ⁶, marque l'acceptation dans la communauté des vivants. Le tout projette le fœtus mis au monde, vivant ou mort, dans le flou de statuts juridique et social mettant en exergue des états « intermédiaires », décrits par Michaud Nérard ⁷, et situés entre 14 et 22 semaines d'aménorrhée.

Alors que la limite légale de l'avortement entre en jeu, l'émergence d'un droit compassionnel se dessine dans l'horizon. Jadis destiné à l'incinérateur de l'hôpital avec les

³ Abel et Browner, 1998.

⁴ Giraud, 2015.

⁵ Pons, 2009.

⁶ Fine, 1994.

⁷ Nérard, 2007.

autres déchets hospitaliers, le fœtus mort *in utero* après la 22e semaine de gestation est renvoyé à un crématorium, selon un protocole codifié qui suppose l'absence de récupération du corps par les parents. Si le fœtus mort peut être enregistré dans les registres d'État Civil, à la partie réservée aux « décès », ce qui n'est pas sans signifier son humanité, il n'est pas pour autant reconnu comme une personne décédée. Cet « enfant sans vie », inscrit éventuellement dans le livret de famille (une démarche qui reste à la discrétion des parents), ne peut bénéficier du nom de famille. Privé du droit à la filiation, il peut néanmoins – à la suite de la demande des parents – faire l'objet d'une crémation ou d'une inhumation. Alors que ce traitement du corps du fœtus le rapproche à celui réservé à une personne décédée, le statut du fœtus mort n'est pas celui d'une personne juridique, faute de naissance. D'ailleurs l'usage des termes « né », « naissance », « décédé » et « décès », n'est pas autorisé à l'égard de ce fœtus ⁸, même si l'emploi du vocable « enfant » est toléré– concession accordée par un droit qui se veut empathique devant la souffrance des parents. En effet, les choix lexicaux et les glissements sémantiques qui pointent la mort prénatale esquissent un langage métonymique, symptomatique des tentatives de requalification de la vie dans la mort, qui oscillent entre l'« accouchement » et l'« expulsion », l'« évacuation » ou l'« aspiration » et la « mise au monde », l'« enfant » et le « fœtus », la « chose » et la « personne », les « parents » et les « non-parents », la « vie » et la « mort ».

Nous observons ici émerger les limites du processus de « privatisation » de l'État Civil, mises en relief par Murat ⁹. Ces limites viennent pondérer la dynamique de personnalisation du fœtus largement encouragée par la technicisation des formes de surveillance accrue, notamment à travers le développement de l'imagerie médicale et le déploiement de l'interventionnisme iatrique dans le domaine de la reproduction. Ces mêmes limites se dessinent dans l'« entreprise de morale » ¹⁰ en œuvre dans les protocoles *post-mortem* et restent attentives au recours à l'avortement qui aurait pu être considéré comme un infanticide, si le fœtus était reconnu comme une personne.

Nous imaginons aisément l'incertitude biomédicale qui sous-tend l'IMG et dont le cadre législatif se fait le reflet. Pour la contourner, un mouvement d'imbrication croissante de l'obstétrique et du laboratoire travaille en profondeur les expériences contemporaines de la grossesse ¹¹. À la différence de la tradition clinique, l'élaboration du jugement et la mise en œuvre de ces actes médicaux sont déplacées des obstétriciens vers des configurations collectives d'acteurs qui opèrent dans le champ de la décision médicale ¹². Tel est le point transversal le plus remarquable qui s'élève au-delà des expériences singulières de caractère contingent. La nature et les modalités de réalisation du travail obstétrical s'en trouvent modifiées.

Plus concrètement, un double déplacement du curseur marque les pratiques obstétricales qui se meuvent des groupes susceptibles de procréer vers des populations dites à

⁸ Conformément à l'instruction générale du 11 mai 1999 modifiée, correspondante à l'État Civil (Giraud, 2015).

⁹ Murat, 2001.

¹⁰ Meidani, 2007.

¹¹ Castel, 2008.

¹² Membrado, 2001.

risques identifiés empiriquement, et des femmes enceintes vers des fœtus à expulser. Ainsi au fur et à mesure que les examens avancent, nous nous retrouvons face à une population non-malade dont l'enfant pourrait souffrir d'une maladie ou d'un handicap et qu'il convient d'évacuer. Pour ces femmes dont le statut de patient devient de fait équivoque, le parcours de prise en charge de leur grossesse sera vite décrit d'« insupportable ». La prolifération des examens complémentaires conçus comme des interrogatoires institutionnalisés, la multiplication des interventions des spécialistes, les labyrinthes hospitaliers, classent progressivement ces femmes enceintes dans le rang des patientes et les fœtus dans la case de ces entités « pathologiques » à traiter, voire à éliminer.

Dans cette perspective, la gestion de la mort périnatale permet de mettre en lumière les limites de l'expertise biomédicale et du paradigme scientifique ¹³ qui la sous-tend. Ce paradigme, en accord avec la médecine des preuves, met en exergue une objectivité « à distance » au détriment de l'objectivité « dans la proximité », gage d'efficacité de la clinique traditionnelle ¹⁴, destinée à périliter. Le va-et-vient entre les deux modèles d'objectivité marque les tensions qui en découlent, tensions qui se disent dans un certain nombre de recommandations actuelles qui traversent les pratiques obstétricales, réservées à la prise en charge de l'IMG. Par exemple, les protocoles hospitaliers font la promotion de l'idée que les parents devraient accompagner la « perte » de leur enfant en gardant des souvenirs et en participant à des services funéraires ¹⁵. Statham ¹⁶, en analysant cet encouragement à la participation parentale, a souligné que les modèles de soins appliqués tendent à faire penser que l'IMG donnait suite plutôt à un « bébé mort » qu'un « fœtus avorté ». Keefe-Cooperman ¹⁷, à la suite de Bryar ¹⁸, discute aussi le processus de fabrication de mémoire et commente la participation des soignants dans ces cérémonies commémoratives, supposées participer de la construction des mémoires expérientielles de vie partagées. Alors que les souvenirs récoltés sont considérés comme des éléments qui contribuent à faciliter la reprise du contrôle et le réinvestissement du rôle des parents ¹⁹, les recherches anglophones réalisées sur ce sujet donnent des résultats mitigés. Seulement un certain nombre d'entre elles signale que les couples qui subissent une IMG pour anomalie fœtale trouvent une certaine consolation à l'idée d'avoir été capable de voir et / ou de sentir leur bébé mort ²⁰.

Quoi qu'il en soit, la mise en relation du corps du fœtus mort avec ses parents promue par les soignants en obstétrique ²¹, illustre la place qu'occupe aujourd'hui l'hôpital dans les instances institutionnelles qui régissent les pratiques bio- et thanato-cratiques. Ces pratiques s'efforcent de colmater les failles symboliques inhérentes à chaque mort, et esquissent les efforts des professionnels de proposer un contexte normé ²². Si ces pratiques font de la place à

¹³ Baszanger, 1981.

¹⁴ Dodier, 2007.

¹⁵ Hughes, Turton, Hopper *et al.*, 2002.

¹⁶ Statham, 2002.

¹⁷ Keefe-Cooperman, 2005.

¹⁸ Bryar, 1997.

¹⁹ Sandelowski et Barroso, 2005.

²⁰ Korenromp, Iedema-Kuiper, Van Spijker *et al.*, 1992

²¹ Fortier, 2009.

²² Memmi, 2011.

la mort, elles ne parviennent pas à lui trouver sa juste place. Difficile, en effet, de faire une place à la mort en dehors de la vie. En guise de dédommagement, les rituels hospitaliers institués cherchent à restituer l'identité d'enfant à travers le traitement réservé au corps de ce fœtus sans vie. En effet, le corps disponible et présentable²³ incarne la condition de la remise d'un certificat d'accouchement, et donc d'un acte « d'enfant sans vie ». Si les choix de couples, incités à décider du sort de la dépouille²⁴ et de l'inscription (ou pas) de cet être dans la parenté, signent la reconnaissance d'un certain statut juridique de parentalité dans le droit, ils illustrent aussi le sens pluriel que les parents attribuent à ces pratiques qui font place à la filiation, conçue comme un lien inconditionnel et, en principe, indissoluble²⁵.

Les orientations analytiques retenues ici retiennent de la thèse de Boltanski²⁶, d'après laquelle la gestion médicale des trajectoires reproductives questionne la légitimité des interruptions de grossesse, conçues comme une pratique d'élimination des fœtus selon des « arrangements situés ». Ces derniers renvoient à des formes de légitimation qui appellent à des valeurs et des registres d'action divergents, voire opposés, chez les soignants et chez les soignés. En rupture avec les valeurs chrétiennes qui faisaient de Dieu la seule instance apte à décider du sort d'une vie, l'espace laissé à la famille nucléaire est, plus récemment, occupé par les expertises médicales d'un caractère exceptionnel, censées représenter l'État. Si dans l'arrangement par la parenté, l'interruption de grossesse intervient pour gérer l'organisation de la transmission, dans la biopolitique du XIX^e siècle, chère à Foucault, l'État moderne se donne pour but l'entretien des populations en « bonne » santé, définie en accord avec le projet parental qui advient comme un nouvel arrangement. En son sein, l'enfant est choisi et devient une affaire du couple, garantie par l'intervention de la profession médicale qui se porte caution de cet enfant, conçu comme un bien de la Nation.

Traiter l'incertitude et prendre la décision d'administrer la mort au fœtus

Placée dans la périphérie du périmètre d'action des obstétriciens, l'IMG met d'emblée en évidence l'importance des limites auxquelles peuvent se heurter ces soignants dans leur tentative de détecter et traiter les anomalies fœtales. Un tel constat appelle à la prise en compte du contexte particulier des interactions soignants / soignés et permet d'envisager l'environnement décisionnel de l'IMG et les négociations qui opèrent dans le colloque singulier « travaillé » par des contrôles et des conseils des pairs²⁷. Dans cette perspective, il s'agit pour nous de comprendre comment les femmes enceintes parviennent à tenir compte de l'incertain dans l'expérience d'une grossesse qui prend des contours pathologiques et les propulse dans l'arène de la mort.

²³ Memmi, 2011 ; Le Grand-Séville et Zonabend, 1998.

²⁴ Louis-Pécha, 2009.

²⁵ Théry et Leroyer, 2014.

²⁶ Boltanski, 2004. L'auteur examine l'IVG, et non pas l'IMG, mais le schème d'intelligibilité déployé dans son travail permet d'envisager la transférabilité de sa thèse.

²⁷ Goss, 1961.

L'incertitude dont il est question ici ne se réduit pas aux limites des connaissances obstétricales ou à l'absence de réponse médicale satisfaisante à une situation de handicap ou de maladie « grave et incurable » du fœtus ²⁸. En distinguant l'incertitude « structurale », développée par Fox en 1957 ²⁹, de l'incertitude « fonctionnelle », Davis ³⁰ montre que les soignants simulent l'incertitude pour favoriser la collaboration des patients et de leurs proches. D'après les dires des femmes interviewées, les médecins consacrent peu de temps à délimiter, exposer, qualifier l'incertain et les rares fois où ils s'apprêtent à le faire, « ils sont, pour le moins, maladroits ». Si l'incertitude reste inavouable du côté des médecins, c'est sans doute parce que communiquer là-dessus risquerait d'être entendu comme un signe d'incompétence ou de scientificité douteuse, d'autant lorsque l'éventualité d'interrompre une grossesse reste ouverte.

Davis souligne que le médecin s'implique *a minima* dans la communication avec le patient, surtout quand le pronostic n'est pas favorable. L'absence de la part des obstétriciens d'information explicite sur les pronostics issus des premiers tests prénataux et les risques encourus, favorise la projection des femmes interviewées dans le pire des scénarii, les incitant à négocier leurs attentes pour une vie « normale » ³¹. Dans ces élaborations cognitives, les conséquences physiques et sociales du handicap et de la maladie de leur enfant se dessinent progressivement comme des scénarii pires encore que sa disparition. Selon Christakis ³², l'absence informationnelle qui guide les interactions permet aux soignants de continuer à faire l'économie d'une communication plus détaillée et directe en la matière. L'auteur montre que, au même titre que les médecins, les patients vivent les pronostics comme des prophéties qui pourraient se réaliser. L'analyse confirme : cette croyance au caractère « auto-réalisateur », presque magique, de l'activité pronostique bloque souvent la communication au profit d'une attitude qui se veut optimiste ³³.

L'aversion des médecins pour tout pronostic, conçu comme source de surcharge émotionnelle et de difficultés relationnelles pratiques, se dit aussi dans la place qu'occupe l'amniocentèse dans les interactions soignants / soignés. Cet examen comporte un risque d'infection et de fausse couche qui s'élève à 1-2 %. Si pour les équipes médicales expérimentées ce risque est tenu pour négligeable, il n'est pas de même pour les femmes enceintes. Rothman ³⁴ décrit l'éventualité de « perdre un enfant parfaitement sain » à cause d'un examen médical, comme la plus grande crainte des femmes enceintes qui se prêtent à de tels tests. Les récits de femmes interviewées en attestent :

Ma gynéco m'a appelé un soir de novembre pour me dire que compte tenu des résultats du test sanguin et de mon âge [40 ans] je faisais partie de population à risque et j'avais intérêt à me rapprocher de l'hôpital avec lequel elle collaborait pour faire une amniocentèse. C'était mon premier enfant, je ne savais même pas en quoi ça [une

²⁸ Weber, 2012.

²⁹ Fox, 1988.

³⁰ Davis, 1960.

³¹ Davis, 1960, p. 44-45.

³² Christakis, 1999.

³³ Christakis, 1999.

³⁴ Rothman, 1994.

amniocentèse] consistait et personne ne m'avait informée des risques. Il a fallu que je cherche toute seule sur internet et que je pose des questions à des collègues et des amies pour y voir plus clair. [...] vous restez ainsi avec les résultats du test sanguin, 1 chance sur 21 d'avoir un enfant trisomique, alors que vous ne savez même pas pourquoi vous l'avez fait ce test ! [...] [L'interviewée se lève et nous apporte le feuillet qui lui a été remis avant la signature du consentement éclairé où il est fait allusion du risque et elle poursuit] Vous voyez ce qui est marqué ici ? Il a fallu que je pose la question à l'obstétricien pour qu'il commente. (Katia, 42 ans, marié, mère d'un enfant).

Dans un cadre interactionnel où les patientes sont censées s'en remettre aux obstétriciens dont le rôle consiste à « lever le doute »³⁵, ce mode communicationnel montre que l'incertitude auquel ces femmes sont confrontées est souvent jugée « secondaire », « périphérique » ou « mineure » par les soignants. Au sein de ce processus, les consentements éclairés que les femmes sont amenées à signer, tant avant l'amniocentèse qu'avant l'IMG, signalent le transfert de l'autorité, cognitive et morale, des obstétriciens vers la patientèle. La femme enceinte sera amenée à consentir pour des examens supplémentaires afin que le diagnostic soit établi, de la même façon qu'elle sera amenée à consentir pour une IMG afin que le corps médical accède (ou pas) à sa demande. Ajoutons que le consentement éclairé est signé par la mère, et que sa seule signature suffit pour que le corps médical considère sa requête. Du point de vue des femmes interviewées, en mettant en application de tels protocoles l'obstétricien élimine la difficulté au lieu de s'y confronter. En revanche pour les soignants, le consentement éclairé est perçu comme un support décisionnel.

Selon une description schématique, communément admise du processus décisionnel, la phase de pronostic se différencie de celle de diagnostic, préalable à la décision qui, à son tour, se différencie de la phase de prescription. Or, dans le cadre de l'IMG, ces étapes se trouvent brouillées. Nous avons recensé trois sources d'incertitude qui entravent ce processus décisionnel. La première implique la découverte de l'infinité des pathologies fœtales et souligne le coût social et moral du traitement de cette information. La seconde questionne la justesse des informations et du diagnostic qui incitent la femme enceinte à réviser ses choix. Ce qui est visé ici n'est pas l'exhaustivité, puisque l'information est surabondante, mais l'information la plus pertinente qui pourrait orienter la décision. La troisième source d'incertitude porte sur l'acte médical lui-même : l'IMG et son caractère invasif, très éloigné de toute ambition thérapeutique. En effet, même si le diagnostic est juste, l'acte médical ne peut pas être jugé comme satisfaisant.

Chacune des étapes précitées dénote un travail d'acquisition de l'information qui n'est pas anodin. La femme enceinte tentera de combler les informations lacunaires mises à sa disposition par les soignants à travers les expériences d'autrui. Issues de son entourage ou disponibles sur le net, ces expériences se présentent comme des modèles d'incorporation de l'incertain. Munies de ces ressources informationnelles, les femmes effectuent une expertise biographique de la situation, ce que le médecin est dans l'incapacité morale de réaliser. C'est ici sans doute que se situe le point de divergence le plus marquant entre expertise

³⁵ Benute, Nomura, Liao *et al.*, 2011.

professionnelle et profane. Si les soignants mettent en application des approches traitant le problème en termes de rationalité biomédicale, technique et procédurale, ayant pour objectif l'identification d'une pathologie « grave et incurable » ou d'un handicap dont le fœtus serait atteint, les femmes enceintes optent plutôt pour des rationalités biographiques qui leur permettront de gérer les conséquences de leurs décisions en accord avec leurs appréciations morales. Au sein de ce processus, toute information acquise est bénéfique dans la mesure où elle permet à la femme enceinte d'affiner et réviser son système de valeurs et de croyances.

Si le jugement que forment ces femmes se doit d'être « éclairé », l'environnement dans lequel les décisions seront prises est basé sur une information incomplète et imparfaite, marqué par l'asymétrie relationnelle qui régit les interactions entre soignants et soignés. Cette réalité relationnelle pousse les femmes à recourir aux expériences de tiers. Si cette stratégie opère lors de la première phase du processus de l'IMG, lorsqu'il s'agit de constituer la preuve d'une anomalie à travers les techniques de dépistage prénatal, sa valeur explicative périclité quand il faut décider de la mise en place de l'acte médical, pour rebondir peu de temps après l'intervention. L'élargissement du réseau informationnel se fait alors séquentiellement. Dans la mesure où l'évaluation des expériences de l'entourage proche de ces femmes est en dessous du seuil de satisfaction qu'elles peuvent espérer, celles-ci élargissent leur réseau en faisant appel à des ressources de plus en plus éloignées, le plus souvent disponibles sur le net. Alors que les femmes interviewées reconnaissent volontiers que les histoires livrées sur le net ne reflètent pas forcément leur expérience, leur recours aux forums illustre un besoin de communication non-satisfait dans le circuit de la prise en charge de ces grossesses, proposée par l'hôpital³⁶.

Quand la décision est prise et l'IMG est programmée, tout ce qu'elle est en droit d'attendre la femme enceinte, c'est une certaine qualité de soins. À défaut de pouvoir espérer la guérison du fœtus qu'elle porte, elle espère en être séparée dans les meilleures conditions possibles. Au-delà de protocoles standardisés, le personnel médical interviendra pour soulager sa douleur par l'intermédiaire d'un dispositif d'accompagnement, essentiellement médiatisé par l'équipe de psychologues et de psychiatres du service de maternité. Le seuil de satisfaction de ces femmes face aux soins qui leur ont été octroyés est étroitement associé à la douleur éprouvée, considérée tant dans ses dimensions physiques que psychiques et morales. Quel que soit ce seuil, l'IMG est systématiquement décrite en termes vifs : une expérience « invasive », « traumatisante », « choquante », une « douleur profonde », « une épreuve qui marque à vie ». La charge émotionnelle s'accroît dans les cas où des complications ont été rencontrées lors de l'exécution du procédé (malaise vagal, heures interminables avant la dilatation de l'utérus, difficultés à percer la poche des eaux etc.). Aux yeux de certaines femmes, la douleur éprouvée devient légitime – une manière d'accompagner le départ de leur enfant, un moyen de payer ou encore de demander « pardon » pour le mal causé. « Je n'avais pas compris... personne ne m'avait expliqué que vous expulsez un fœtus mort et que la mise à mort ait lieu dans votre ventre. » (Karine, 39 ans, vivant en concubinage, enceinte au moment de l'entretien). Les récits peinent à décrire ce constat inattendu : « causer la mort à l'intérieur de

³⁶ Abel et Browner, 1998.

son ventre » c'est la côtoyer, c'est culpabiliser pour avoir choisi de rester en vie, pour avoir été suffisamment « lâche » pour ne pas suivre cet être ainsi privé de droit d'entrée.

À la suite de recherches anglophones portant sur cette thématique ³⁷, nous constatons que des niveaux plus élevés d'incertitude sont associés à une douleur accrue pendant l'amniocentèse et l'IMG, et que l'incertitude est susceptible d'être plus élevée parmi les femmes les plus âgées, d'origine étrangère, enregistrant un niveau d'études élevé et mères pour la première fois. Attardons-nous sur ce dernier point. En interrompant la gestation de ce fœtus, les femmes veulent avoir l'assurance de disposer d'une seconde chance : un autre enfant « sain », plus tard. Et même si aucune garantie ne peut leur être déposée par le corps médical, l'IMG n'est supportable que sous cette perspective qui laisse ouverte la porte à la procréation, présentée ici comme « partie remise ». L'IMG donc se fait sur fond de cette intention d'être à nouveau enceinte. L'aspiration à devenir mère traverse essentiellement les propos des femmes qui n'ont toujours pas d'enfant au moment de l'entretien. *A contrario*, cet espoir est mis à mal lorsque les femmes conçoivent l'IMG comme une « punition méritée », essentiellement mise en relation avec des IVG auxquelles elles auraient eu recours par le passé.

Les croyances morales et religieuses de la mort guident la gestion de ces expériences, surtout lorsque les autres lignes directrices qui pourraient faire office de points de référence font défaut ³⁸. Ainsi le niveau d'instruction de ces femmes les autorise à développer différents degrés de réflexivité face à cet événement en leur accordant une sensation, plus ou moins partielle, de liberté et de contrôle. Engagées dans des situations professionnelles et matrimoniales, peu ou prou stabilisées, ces femmes participent activement à la construction de leurs expériences sans les déterminer totalement, plus ou moins équipées pour réfléchir à ce que peut valoir leur décision, qui vient parfois s'inscrire en contradiction avec leurs conceptions morales et leurs croyances religieuses en lien avec la mort. Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces facteurs sociodémographiques détermine l'évaluation de leur (in)capacité à composer avec le handicap, la maladie ou la mort de leur enfant ³⁹, et guide leurs positionnements indiquant un degré intermédiaire d'intentionnalité individuelle, dès lors que la question d'interrompre la gestation émerge dans la trajectoire d'une grossesse.

De l'IMG au temps des cérémonies post-mortem

Une fois l'IMG accomplie, vient alors le temps des cérémonies *post-mortem*, conçues comme une « méta-décision ». L'analyse a mis en exergue un certain nombre de dilemmes, identifiés parfois comme des « faux choix », auxquels les femmes se sont trouvées confrontées durant les heures qui ont suivi l'IMG, alors qu'elles étaient encore à la maternité. Les décisions à prendre portaient sur les cérémonies *post-mortem* qui soulèvent la question de la manipulation et la disposition des corps (possibilité d'enterrement ou d'incinération organisé par les parents ou appel au circuit hospitalier), l'enregistrement de la forme physique

³⁷ Locock, Field, McPherson *et al.*, 2010, Csaba, Bush, Saphier, 2006.

³⁸ McCreight, 2004.

³⁹ Rothman, 1994 ; Rapp, 1998 ; Liamputtong, Halliday, Warren *et al.*, 2003.

du bébé (à travers des photographies, des empreintes ou des mèches des cheveux), sa reconnaissance civile à travers l'attribution d'un prénom ou encore son inscription dans le livret de famille ⁴⁰. Nous imaginons aisément l'impact des éventuelles croyances religieuses sur ce panel d'options, et les pratiques qui en découlent quant à la commémoration de la mort. Chez les femmes interviewées les plus croyantes, nous avons pu observer des anniversaires de la mort, des livres de mémoire ou encore des endroits consacrés au souvenir, telle la tombe.

En accord avec le mouvement d'individualisation de la mort que l'on a décrit à la première partie, les protocoles technicistes présentés à l'hôpital proposent une ritualité souple, qui se transforme en un cérémonial qui se veut personnalisé. Les acteurs impliqués cherchent, avant tout, à promouvoir une expérience partagée et à colmater un entre soi déchiré, non pas par la « disparition », mais par la décision de mettre un terme à la vie d'un fœtus. Tout dispositif cérémoniel standard tend alors à être rejeté, parce qu'il est perçu comme une formalité vide de sens, une mise en forme conventionnelle et impersonnelle. Ce qui est proposé par les professionnels est un accompagnement « sur mesure » qui advient comme l'indice de cette « intimité » de la mort qui se déploie jusque dans l'accompagnement de l'« enfant sans vie » vers sa dernière demeure, la tombe ou le jardin de souvenirs. À titre d'exemple, face aux réflexions critiques de présentation des morts-nés aux parents, les praticiens négocient le caractère jadis systématique de leur pratique, l'autorisation d'un des deux parents étant requise ⁴¹. Lorsque l'état du fœtus est jugé choquant, les soignants préfèrent avertir le couple. Très souvent un seul parent, essentiellement la mère présente dans les lieux, assiste à la présentation du corps du fœtus mort. La mère sera aussi interrogée sur le prénom de l'enfant, son éventuelle inscription sur le livret de famille et le sort qui sera réservé à la dépouille. D'ailleurs un délai de réflexion sera accordé aux parents afin qu'ils prennent leur décision. En son absence, le corps sera traité comme les autres déchets hospitaliers.

Quelles que soient les modalités pratiques, cette nécessité de présenter ses « adieux » avant d'énoncer « la bienvenue » est lourde des conséquences. Elle part du principe que les femmes qui ont subi une IMG doivent être en mesure de reconnaître dans le fœtus qu'elles portaient dans leur ventre leur enfant et assumer la décision qu'elles ont prise ⁴². Or, l'analyse met en évidence la pluralité de l'expérience. De nombreuses femmes interviewées indiquent qu'elles auraient aimé recevoir plus d'informations de la part des soignants sur ce point mais « à un autre moment ». Certaines déclarent avoir été en mesure de « recevoir le préavis » lancé par les soignants quant aux décisions relatives aux cérémonies *post-mortem* et prennent le temps de réfléchir à ce qu'elles pourraient faire ; d'autres encore se disent submergées par l'information jugée « déplacée », alors qu'un petit nombre d'entre elles avoue « avoir évité d'entendre » certains renseignements, compte tenu des ressources psychiques disponibles.

Pour les femmes qui ont mis en place des cérémonies *post-mortem*, soit plus de la moitié de notre échantillon, la gestion du corps du fœtus signale bien ce temps des adieux. Commencer la lutte contre l'indifférenciation insignifiante de la mort, tel est l'enjeu de ces opérations funéraires. L'inacceptabilité de la mort chez les parents et soignants, taxés de

⁴⁰ Hunt, France, Ziebland *et al.*, 2009.

⁴¹ Memmi, 2011.

⁴² Rillstone et Hutchinson, 2001.

survivants, se dit dans ces opérations visant à rendre le fœtus mort présentable. Il s'agit là de la toilette du fœtus et de son habillage. Ce dont il est question ici n'est pas seulement un acte technique accompli de plus en plus par des professionnels non-compétents en thanatopraxie, mais un acte d'esthétisation : donner une première et ultime « bonne image » de cet enfant. C'est aux sages-femmes ⁴³ que revient la lourde tâche de l'humanisation du fœtus et l'amorcement du processus de socialisation de la mort. Lorsque le corps du fœtus le permet, ce dernier est soigneusement lavé, habillé et parfumé. Dans le cas contraire, le corps-mort, entouré dans un drap, est porté aux parents dans les bras d'une professionnelle ou dans un berceau de maternité. Symboles d'humanité par excellence, les habits (portés par les parents ou, le plus souvent, fournis par l'institution hospitalière), jouent parfois la fonction de cache-misère. Le travail d'esthétisation du fœtus privé de vie est un pur effet de mise en scène, c'est une fiction. Seulement nous retrouvons là l'enjeu de toute fiction : faire signe au groupe des vivants engagés dans le réel ⁴⁴. La tentative d'esthétisation cherche à nier la mort, comme pour arracher le nouvel être sans vie au non-sens. D'autres opérations suivent dans ce combat contre l'insignifiance, à l'image de la présentation aux parents de l'enfant préparé, presque rendu à la vie : « Regardez, on dirait qu'il dort » (propos d'une sage-femme rapportés par l'une de nos interviewées). Ces moments sont marqués par la recherche des ressemblances qui, injectant de la vie dans la mort, cherche à écarter l'image du monstre. La quête du « bébé » dans le fœtus mort se lit aussi dans ces extraits d'entretiens qui soulignent tantôt sa « beauté », tantôt ce corps « complet », tantôt les ressemblances avec les parents : « Jeanne était la plus belle de toutes les trisomiques » (Anna, 36 ans, vivant en concubinage, mère d'un autre enfant) ; « C'était son [à son père] portrait craché » (Mathilde, 33 ans, mariée, sans enfant) ; « Sylvain n'avait aucune malformation » (Valentine, 34 ans, séparée, sans enfant). Mais quand la présentation est trop « réussie » venant contredire le savoir profane et l'image du « cadavre », c'est la légitimité de l'IMG qui se trouve interrogée.

De la mise en scène du fœtus-mort à la conclusion des funérailles, avec le choix entre l'enterrement ou l'incinération et la préparation de l'ultime cérémonial (religieux ou strictement profane), le temps est comme suspendu, immobilisé. Au cours de cette période, toutes les opérations traduisent la même intention : la mobilisation contre l'irréparable. Les objets occupent ici une place capitale. En servant de support relationnel ils viennent compenser l'immatérialité du mort-né, donner à voir ce qui résiste aux mots, tisser les ponts entre les morts et les vivants. Bracelets de naissance, échographies, comptes rendus médicaux, doudous, jouets, babioles en forme d'anges, empreintes, mèches des cheveux, photographies, portraits, cadeaux, sont soigneusement déposés tantôt sur l'endroit de la maison qui est réservé au défunt (souvent dans la chambre à coucher ou le salon), tantôt sur la tombe ou autour de cet arbre que l'on a planté dans le jardin... Ces pratiques visent à maintenir le fœtus mort dans la vie, à défaut de le maintenir en vie. Elles se composent comme une preuve d'amour porté à cet être, comme pour se racheter du mal causé. À l'image de rites sanctuaires à répétition ⁴⁵, les cérémonies *post-mortem* cherchent à remédier à la rupture, à socialiser la mort, à

⁴³ Memmi, 2011.

⁴⁴ Drulhe, 2011.

⁴⁵ Gélis, 2006.

garantir l'intégration de cet être liminal dans la parenté, à restaurer le trouble, à rendre acceptable l'impensable, à reconforter l'ordre du réel ⁴⁶.

À travers le travail de deuil se poursuit le même combat : rétablir la vie au-delà de la « perte » et du manque. Et ce deuil n'est pas seulement une affaire individuelle, c'est une entreprise collective qui engage le devenir du couple. Mais dans le cas de l'IMG, cette entreprise de consolidation reste sans support, presque en suspens dans le vide social. L'absence de faire-part de décès en dit long à ce sujet. Du point de vue de l'entourage proche, l'IMG est souvent conçue comme endogène à l'état de la mère laissant entendre qu'elle aurait pu, par son comportement, modifier le risque encouru par le fœtus... Cette illusion de pouvoir intervenir sur le processus de gestation n'implique pas nécessairement une modification du jugement que portent ces femmes sur la maladie, le handicap ou la mort du fœtus. Elle souligne surtout l'empoisonnement du quotidien de ces mères de culpabilités et de remords, une caractéristique qui hante leur vie des années après l'IMG :

C'est une souffrance sans nom. Personne ne vous considère comme mère, même pas votre propre mère. Ma belle-mère est arrivée jusqu'à me dire que c'est parce que j'étais malade moi-même que l'enfant était malade. Elle est venue me le dire chez-moi, une semaine après l'IMG. On parle d'une trisomie et d'une mère, je parle de moi, qui étais accusée de ne pas être normale, une semaine après avoir enterré mon enfant. D'après ma belle-mère mon mal-être était lié à l'histoire du divorce de mes parents [...] Elle n'a jamais demandé pardon pour ce qu'elle a dit, nos relations se sont à jamais détériorées. (Sophie, 38 ans, mariée, sans enfant).

De toute évidence la société nie l'existence de cet enfant et, ce faisant, elle refuse d'accéder à la demande de cette population féminine, alors que le statut de mère demeure l'un des plus valorisés socialement, permettant à certaines de ces femmes de se sentir « accomplies » ⁴⁷. En absence d'enfant vivant à élever, la qualification de la mère leur est alors ôtée, faisant passer à la trappe les mois de gestation, l'épreuve de l'accouchement et la souffrance, toujours présente, des années plus tard.

Les femmes résistent en venant rendre visible dans l'espace public la mort de leur enfant et leur statut de mère. Les tentatives de collectivisation de cette expérience s'opèrent à travers leur présence dans les structures associatives et les forums qui œuvrent autour de ces questions. Des expressions comme parents « désenfantés », « orphelins » ou encore « parange » (« parent d'un ange ») viennent combler le vide et illustrent les tentatives de s'auto-octroyer un statut « par défaut », celui d'une « péri-parentalité » ⁴⁸ qui conviendrait à ces « anges ». Quand la perte concerne le premier enfant, le besoin de ces femmes de se faire reconnaître en qualité de mères, qui croise leur besoin de faire reconnaître cet être décédé *in utero* comme un enfant, est encore plus prononcé. Ces cas mettent en exergue ce travail de deuil conditionné par la restitution de l'humanité du fœtus qui n'est pas sans rappeler l'épaisseur relationnelle dont cet être est l'aboutissement.

⁴⁶ Douglas, 1992.

⁴⁷ Verdier, 1976.

⁴⁸ Giraud, 2015.

Parcourons encore une fois cette trajectoire du mourir en œuvre dans l'IMG. Après l'interruption médicale de grossesse, la mise à mort d'un fœtus dans le ventre de la mère, la domestication du mourir concrétisée par le travail du deuil peut commencer. La mort fait signe avant de faire rupture ⁴⁹ permettant de passer d'un « enfant sans vie » à un « enfant disparu ». La fabrication de la beauté du fœtus mort et les funérailles donnent à voir cette quête de signification face à l'insignifiance de ce qui va être représenté comme une « poussière d'étoiles ». L'objectif poursuivi est clair : tenir à distance le risque que le corps de l'enfant mort fasse partie des déchets hospitaliers. Enfin, la mort fait couple (à défaut de faire groupe) autour d'une mémoire qui se construit comme pour reconstituer l'espace d'un « être ensemble » ainsi endommagé par la décision d'ôter la vie. Les dommages portent sur le rôle de mère projetée dans une figure identitaire incertaine et un destin inachevé ⁵⁰, qui n'est pas sans évoquer celle du fœtus.

Rendre compte de l'incertain de la mise à mort dans l'IMG : typologie et dilemmes éthiques

Inspirée des travaux de Baszanger, Dodier, Dodier et Barbot, Armstrong et Bloy ⁵¹, la typologie proposée explore trois façons distinctes et complémentaires de faire face à la question de l'incertitude face à la mort du fœtus.

L'incertitude maîtrisée : la vie niée d'un fœtus

Dans une logique qui s'efforce d'appliquer une stratégie de minimisation et de banalisation du mal, certaines femmes restent « optimistes » et « positives ». Cette stratégie de mise à l'écart de l'incertitude s'appuie volontiers sur la multiplication d'exams complémentaires et valorise le côté « carré » d'une prise en charge qui se veut rassurante et légitime. Le travail de mise à distance du trouble émotionnel paraît *a priori* maîtrisable. Ces femmes font peu de place au dialogue et dénigrent la médication dite de confort. Ici, la régulation de l'incertitude se fait sur le mode radical du déni qui opère dans une logique d'autocensure, retirant à ces femmes le droit de s'exprimer sur le registre de la plainte. La fonction première de ce mode de gestion de l'incertitude c'est l'évacuation de la question de la mort, reléguée dans le silence. Le fœtus n'est pas reconnu comme un enfant, et le statut de la mère n'est pas non plus revendiqué par ces femmes qui ont déjà donné la vie, avant de faire l'expérience de l'IMG.

L'incertitude envahissante : faire mourir, faire preuve de compassion

Le processus d'objectivation biomédicale du trouble n'est qu'une façade du travail de négociation dans lequel s'engagent ces femmes avec les soignants, avec leurs proches, avec elles-mêmes. La mise en mots de leurs maux froisse la médecine qui n'arrive pas à l'accueillir. Un tube d'évacuation leur est alors proposé : la prise en charge psychiatrique. Avides des expériences d'autrui, ces femmes, mères pour la première fois, croulent sous les

⁴⁹ Drulhe, 2011.

⁵⁰ Louis-Pecha, 2009.

⁵¹ Baszanger, 1981 ; Dodier, 2007 ; Dodier et Barbot, 2008 ; Armstrong, 1984 ; Bloy, 2008.

scrupules qui guident leurs processus décisionnels avant de s'essouffler avec le temps. Contenir l'incertitude devient alors un défi pour ces mères, qui se cognent à la décision de donner la mort à un enfant : le leur. Une tentative d'incorporation de la mise à mort du fœtus est alors retracée sous le registre de la compassion. La description de cérémonies *post-mortem* abonde chez cette partie de la population, toujours engagée dans un projet d'enfant au moment de l'entretien ; un projet qui vient donner suite à la qualité relationnelle de sa vie de « couple qui a survécu à l'épreuve ».

L'incertitude revisitée sous l'angle du blâme médical : la mort acceptée sous la lumière d'une nouvelle vie

Cet idéaltype correspond au rejet d'un univers obstétrical jugé déshumanisant, et souligne le caractère peu opératoire de protocoles médicaux en œuvre dans l'IMG. Les récits dénoncent des dispositifs d'annonce défailants, les capacités limitées d'écoute, la place secondaire de la parole ou du geste non-technique dans le circuit hospitalier, et jettent l'anathème sur le consentement éclairé. À travers ce dernier dispositif la demande de ces femmes se trouve certes considérée, mais dans le sens d'une instrumentalisation qui déplace le curseur de la responsabilité des soignants aux soignés, un déplacement qui n'a pas cessé d'interroger l'éthique de la pratique médicale. Nous retrouvons ici les femmes qui ont opté pour la mise en place des cérémonies *post-mortem* et qui, à la suite de l'IMG, ont eu d'autres expériences de grossesse. À l'opposé de la mauvaise conscience enregistrée plus haut, ces femmes s'accommodent de l'IMG et parlent de « soulagement ». Leurs témoignages esquissent en filigrane l'efficacité de cette stratégie d'autodéfense qui vise à blâmer le corps médical et prône l'engagement associatif.

Quelles que soient les divergences enregistrées, les femmes interviewées tentent une synthèse pragmatique de ces différentes grilles de lecture de l'incertitude, passant parfois de l'une à l'autre au cours du récit ou de leur trajectoire post-IMG, dans une articulation cognitive, émotionnelle et morale souvent impossible. Il est inimaginable de mourir, faire mourir alors ? Prendre la décision de donner la mort ne se situerait pas aux antipodes de l'idéal des soins palliatifs ? Et quelle serait alors la place de ces soins en maternité ? Le décès qui survient ne traduit pas une mise à mort apaisée mais violente. Lorsque la mort « naturelle » se substitue à une mort « administrée », les services de maternité deviennent des unités où la production technique de la mort advient comme une priorité donnant à voir les formes concrètes que les sociétés contemporaines réservent à la neutralisation du mourir.

Si la gestion de l'IMG est devenue plus pragmatique, elle n'a pas cessé d'être perçue comme un problème éthique mettant à l'épreuve les considérations morales des acteurs engagés dans sa mise en place. La preuve : une part considérable des débats sur l'IMG a porté sur les frontières qui rendent l'interruption de grossesse possible, volontaire, ou légitime d'un point de vue médical. Mais la reconnaissance qui est octroyée à cet être en devenir n'est ni automatique ni systématique ; elle est la résultante des dispositifs controversés. Si par leur intermédiaire le fœtus accède à l'humanité, il n'en demeure pas moins que ce fœtus n'est pas reconnu d'un point de vue juridique comme une personne et que la mort lui a été administrée.

Dès lors les dispositifs de prise en charge de la grossesse créent un conflit insoluble parce qu'ils appellent à l'exigence de non-discrimination, alors qu'ils prônent la singularisation des fœtus distingués pour être éliminés ⁵². Comment gérer la construction sociale du fœtus destiné à faire l'objet d'une montée en singularité, tout en acceptant l'idée que certains de ces fœtus ne peuvent avoir aucun autre destin, si ce n'est celui de la mort ? Ce tri à plat des futurs humains n'intervient pas « en aveugle ». C'est en anticipant certaines conditions de son existence que les porte-paroles du fœtus, les médecins à même de parler de son intégrité physique et de sa vie future, se prononcent sur sa qualité humaine ; alors que les responsabilités différentielles se diluent au travers des consentements « éclairés ». Ainsi l'IMG incarne la possibilité d'un choix qui ne peut pas être revendiqué comme tel, mettant inlassablement en balance les propos des experts avec les attentes et les décisions parentales, prises dans un univers incertain.

Même considérée sous l'angle de l'euthanasie, l'IMG active la limite basse d'une échelle éthique qui prône la compassion. « Ce n'est pas une perte choisie, c'est un choix perdu qui en engendre d'autres » ⁵³. Les récits soulignent l'aspect involontaire de ces interruptions volontaires de grossesse pour motif médical, et ce constat n'a rien de paradoxal. Si la décision peut être qualifiée de « bonne » puisqu'elle sonne la sortie de la « crise », à leur unanimité les femmes interviewées pensent qu'elles n'avaient pas vraiment le choix et que l'IMG était la « seule » option qui s'offrait à elles dans les circonstances présentes. Dans ce sens, l'IMG constitue un choix par défaut qui avance comme un arrangement avec l'illégitime ⁵⁴. L'opération est mise en place au nom de la seule alternative évaluée « moins pire », que celle de donner naissance à un enfant malade ou handicapé et de vivre avec. Nul doute donc, ces femmes n'ont pas opéré un choix « heureux ». Elles ont surtout opté pour un compromis entre deux moralités qui s'opposent, réclamant une loi d'exception et de moindre mal ⁵⁵. Reconnaître le caractère situé de l'IMG, c'est aussi préciser que certaines d'entre elles gardent une mauvaise conscience ; alors que d'autres s'en accommodent et parlent de « soulagement » laissant de côté scrupules et culpabilité – une analyse qui confirme, d'une autre manière et à un autre niveau, les travaux de Bajos et Ferrand ⁵⁶ sur l'interruption volontaire de grossesse.

À ce propos, il est important d'insister sur le pouvoir culpabilisateur d'une responsabilité décisionnelle qui incombe aux femmes. En effet il revient aux femmes, et non pas aux parents, de décider de la vie ou la mort de cet être ⁵⁷. Si l'IMG est abordée comme un problème de couple, une fente de son projet parental, elle demeure – surtout et avant tout – une affaire de femmes. Mais la culpabilisation ressentie par les femmes n'est pas un trait inhérent à ces pratiques. Elle est le résultat de la façon dont l'IMG est pratiquée *hic et nunc* à travers les discours et les actes qui l'entourent et la constituent. L'IMG peut être un outil de contrôle dans une optique d'autonomie reproductive favorable aux femmes, tout comme elle peut être un moyen punitif au service de traitements condescendants. Les prescriptions de

⁵² Boltanski, 2004.

⁵³ Sandelowski et Barroso, 2005, p. 315.

⁵⁴ Boltanski, 2004.

⁵⁵ Boltanski, 2004.

⁵⁶ Bajos et Ferrand, 2002.

⁵⁷ Korenromp, Iedema-Kuiper, Van Spijker *et al.*, 1992.

genre et les significations socioculturelles qui sous-tendent cette intervention médicale peuvent convertir l'IMG en une expérience honteuse ou en un acte d'autodétermination. Le silence qui pèse sur l'IMG reflète le malaise d'une société qui n'arrive pas à restituer la place de la mort dans un parcours de vie. Dans cette perspective, l'IMG est un exemple « paradigmatique de la séquestration de la mort, en ce sens que sa mise en place est entourée par le secret et cachée de la vue du public » ⁵⁸. Les femmes, pour en savoir un peu plus sur l'accouchement de la mort, seront amenées à l'explorer « par », « sur », « en » elles-mêmes.

⁵⁸ McCreight, 2004, p. 1004.