

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LORSQUE LE VÉCU SUBJECTIF EST MIS EN SOURDINE :
LES EFFETS DU DISCOURS IDÉOLOGIQUE CHEZ LES SAGES-FEMMES
À PARTIR D'UN CAS CLINIQUE

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
VIRGINIE PELLETIER

FÉVRIER 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Madame Irène Krymko-Bleton, je vous remercie d'avoir rendu possible ce doctorat. Votre franchise, votre tolérance, votre patience, vos encouragements, vos précieux conseils et l'accès à votre finesse clinique m'ont été d'une grande aide. Merci de m'avoir incitée à terminer ce projet et d'avoir cru en moi quand je n'y croyais plus.

Merci à Nicole Reeves pour votre confiance, votre humour, les réunions matinales au CHUM, le stage ainsi que la place privilégiée que vous m'avez accordée.

Je tiens à remercier les professeurs évaluateurs de ce travail qui ont accepté de consacrer le temps nécessaire à sa lecture et sa correction. Il me tarde déjà de recevoir vos commentaires!

Samuel, mon amour « idoine », tu as survécu à mes doléances et tu m'as toujours soutenue, encouragée, motivée. Merci pour ta patience légendaire et ta grande sensibilité. Vivement ce qui nous attend!

J'ai une pensée spéciale pour mes superviseurs Alexandre Francisco, André Monast et Nicole Resnier qui m'ont transmis bien plus qu'ils ne le pensent et m'ont permis de me découvrir comme thérapeute. Je vous porte en moi chaque séance.

Marraine, Dom, Flodie, Fran, mes précieux. Merci à mes ami.es d'autrefois, ceux qui ne furent que de passage et ceux d'aujourd'hui. Merci à mes ami.es et collègues du doctorat, spécialement ceux de la cohorte 2011 et ceux du laboratoire, surtout pour nos échanges dans le cours à l'automne 2016. Merci à l'équipe de HMR et nos midis de plaisir. Merci à mes collègues des cliniques CCPE et Berri; tout spécialement à Annie et Maude, pour vos encouragements répétitifs et votre franc-parler. Merci mes vieilles amies Marie, Érika, les VC, la gang de RDL. Une pensée spéciale pour la belle grande famille du CARPH que j'ai eu la chance de côtoyer à travers les années; le fameux

V&F; Math et Rox, quelles belles rencontres. Je salue toutes ces « *dates* de thèse » et l'espace Thèsez-vous qui m'a sauvée du désespoir.

Merci à mes patients, qui m'en apprennent sur la vie et me surprennent chaque séance; qui m'émeuvent et, sans le savoir, m'aident à devenir une meilleure personne. Quelle chance de pouvoir vous accompagner dans vos chemins, vos embûches et vos joies.

Merci à Madame A., sans qui je n'aurais pu débloquent mes peurs face à l'essai et cette « vie d'adulte » qui m'attend.

Merci à ma famille; mes parents et mes deux petites sœurs, qui m'ont toujours supportée et épaulée dans mes projets, tout en me laissant une grande liberté.

Un merci tout particulier aux femmes qui ont accepté de nous ouvrir la porte de leur intimité pour notre étude et une reconnaissance toute spéciale envers les différentes mères de ma vie, à qui je dédie ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	3

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE II	
LE CONCEPT D'IDÉOLOGIE	9
2.1 Introduction	9
2.2 La philosophie de l'idéologie	10
2.3 La sociologie de l'idéologie	11
2.4 La psychanalyse de l'idéologie	12
2.5 Notre définition	14
CHAPITRE III	
L'HISTOIRE DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC	15
3.1 La grossesse, une histoire de femmes.....	15
3.2 Les communautés autochtones	16
3.3 La Nouvelle-France	16
3.4 Après la conquête	18
3.5 L'élimination graduelle des sages-femmes	19
3.6 La baisse de la mortalité maternelle et infantile expliquée	21
3.7 La médicalisation de l'accouchement	22

3.8 L'idéologie médicale.....	24
3.9 Le mouvement d'humanisation des naissances.....	26
3.10 Le retour des sages-femmes	27
3.11 Vers la légalisation de la pratique des sages-femmes	28
CHAPITRE IV	
LES SAGES-FEMMES QUÉBÉCOISES D'AUJOURD'HUI.....	30
4.1 Bref aparté, en France.....	30
4.2 Leurs services	30
4.3 Leur philosophie.....	31
4.4 Leur formation.....	32
CHAPITRE V	
L'EXPÉRIENCE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE	35
5.1 Introduction	35
5.2 Un état normal de folie	35
5.3 Une crise maturative.....	36
5.4 Une fenêtre intrapsychique.....	37
5.5 Angoisse et ambivalence	38
5.6 Les trois phases de la grossesse.....	38
CHAPITRE VI	
MÉTHODOLOGIE.....	40
6.1 Contexte général de l'essai.....	40
6.2 Éléments méthodologiques de la recherche internationale	41
6.3 Notre posture psychanalytique de recherche.....	43
6.4 L'essai et son matériel d'analyse.....	45
6.4.1 Le cas clinique.....	45
6.4.2 Les textes de sages-femmes	45
6.5 Le choix des ouvrages et textes	46
6.6 Reconnaissance de notre subjectivité et nos postulats	48
6.7 La pragmatique linguistique et la rhétorique.....	50
6.8 Les étapes du travail analytique	52

6.8.1 Quelles sont les premières impressions?.....	52
6.8.2 Qu'est-ce qui est dit?.....	52
6.8.3 Comment ça se suit?.....	53
6.8.4 Comment c'est dit?	54
6.8.5 Qu'est-ce qu'on suppose qu'on sait?	55
6.8.6 Qu'est-ce qu'on cherche à nous dire?	56
6.9 Les limites méthodologiques.....	56

DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSION

CHAPITRE VII

LE CAS CLINIQUE : MARIE-LUNE	58
7.1 Introduction	58
7.2 Discours contrôlé et attitude défensive.....	58
7.3 Déceptions et frustrations à l'égard du suivi médical décrit comme infantilisant	59
7.4 Accouchement représenté comme passage terrifiant vers la maternité.....	60
7.5 Désir d'enfant ambivalent et davantage porté par le conjoint.....	65
7.6 Écueils dans l'intégration psychique de la grossesse	68
7.7 Émotions positives perçues comme preuves potentielles de sa maternité	69
7.8 Fantasme de perdre son identité et sa liberté à l'arrivée du bébé.....	70
7.9 Investissement difficile du bébé, fait d'éléments négatifs.....	72
7.10 Limite temporelle vécue difficilement, révélant sa grande ambivalence à accueillir un bébé dans sa vie	77
7.11 Raccrochage idéalisé à « l'approche sage-femme » et ses lectures.....	78
7.12 Conclusion.....	83

CHAPITRE VIII

UNE NAISSANCE HEUREUSE DE BRABANT.....	85
8.1 Le contexte	85

8.2 La structure	86
8.3 L'énonciation.....	87
8.4 La perspective d'Isabelle Brabant, sage-femme.....	87
8.5 Les stratégies argumentatives.....	90
8.5.1 Discours d'expertise.....	91
8.5.2 Discours affectif.....	93
8.5.3 Discours empathique et normalisant	96
8.5.4 Discours relationnel	99
8.5.5 Discours critique de l'idéologie médicale.....	102
8.6 Les aspects de la grossesse et l'accouchement qui demeurent dans l'ombre..	107
8.6.1 Sur le désir d'enfant	107
8.6.2 Sur l'ambivalence.....	108
8.6.3 Sur les difficultés post-natales	109
8.6.4 Sur l'attachement	110
8.6.5 Sur les risques	110
8.6.6 Sur l'accouchement.....	112
8.7 Nos observations	113
8.8 Conclusion.....	115
CHAPITRE IX	
AU CŒUR DE LA NAISSANCE DE GRÉGOIRE ET ST-AMANT	116
9.1 Le contexte	116
9.2 Ce qui peut être implicitement transmis.....	117
9.2.1 Injonction d'être forte et de ne pas avoir peur	118
9.2.2 Idéalisation : l'accouchement ne peut être qu'une expérience merveilleuse	120
9.2.3 Clivage : la sage-femme est idéalisée et le médecin dévalorisé.....	121
9.2.4 Dénier de la posture militante	123
9.3 Conclusion.....	124
CHAPITRE X	
DISCUSSION	126

10.1 Nos questions initiales.....	126
10.2 Synthèse des résultats.....	126
10.3 Une demande qui achoppe.....	128
10.4 Une philosophie pouvant rendre aveugle.....	129
10.5 Une souffrance maternelle alimentée.....	130
10.6 La relation chez les sages-femmes.....	132
10.7 Un travail identitaire à mettre en place.....	133
10.8 Un réajustement de la formation est-il nécessaire?.....	135
10.9 Un clivage perpétué?.....	136
10.10 Les violences obstétricales subsistent.....	138
10.11 Les violences faites aux étudiantes sages-femmes.....	138
10.12 Les pistes de solutions.....	140
CONCLUSION.....	143
ANNEXE A	
LISTE DE COURS DU BACCALAURÉAT EN PRATIQUE SAGE-FEMME À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES.....	145
ANNEXE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE.....	147
ANNEXE C	
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....	151
ANNEXE D	
LA TABLE DES MATIÈRES DE L'OUVRAGE DE MME BRABANT (1991)...	153
RÉFÉRENCES.....	157

RÉSUMÉ

L'histoire des sages-femmes au Québec est singulière. Jadis centrales au déroulement des naissances, elles ont été complètement exclues de celles-ci par la médicalisation de l'accouchement durant la première moitié du 20^e siècle, pour ensuite réapparaître sur la scène dans les années 70-80, appuyées du mouvement d'humanisation des naissances et de la révolution féministe. La lutte des sages-femmes, supportées par les revendications des femmes contre les abus médicaux, a porté fruit et a finalement entraîné la légalisation de leur profession en 1999. Très appréciées des familles, elles offrent aujourd'hui une alternative aux services médicaux, appréhendant la grossesse comme phénomène normal et porteur de sens pour la vie des femmes, dans une approche basée sur le respect et la liberté.

Cet essai doctoral prend assise sur le cas clinique d'une femme primipare, accompagnée par une sage-femme. Marie-Lune a été interviewée à quatre reprises, soit chacun des trimestres de sa grossesse ainsi qu'un mois post-partum. À travers les entrevues, nous avons été intriguées par la persistance, jusqu'en période post-natale, de ce que nous avons interprété comme une ambivalence profonde à l'égard du bébé ainsi qu'une difficulté à intégrer la position maternelle, ayant possiblement occasionné les difficultés d'attachement relevées en post-partum. Comment une telle situation pouvait-elle être possible malgré le suivi d'une sage-femme, qui accorde une place aux besoins affectifs ? Nous avons également été frappées de repérer dans le discours de Marie-Lune la reprise de la philosophie des sages-femmes, sans pouvoir déceler un apaisement de ses angoisses. Cette découverte a donc introduit la question de l'idéologie pouvant se cacher derrière et ses effets sur l'écoute de la subjectivité.

Guidées par la pragmatique linguistique dans une trame de fond psychanalytique, nous avons d'abord analysé les quatre entretiens qualitatifs de Marie-Lune. Afin d'explorer le thème des idéologies, notre attention s'est ensuite portée sur des écrits populaires de sages-femmes et représentantes de leur mouvement. L'ouvrage phare *Une naissance heureuse* de Mme Isabelle Brabant (1991) ainsi que quatre textes tirés du recueil *Au cœur de la naissance*, dirigé par Mmes Lysane Grégoire et Stéphanie Saint-Amant (2004), ont été étudiés. Le premier a été approché comme œuvre fondatrice de la philosophie des sages-femmes québécoises modernes et le second a été envisagé comme le prolongement du discours initial.

Nos résultats font ressortir une vision positive de la maternité chez les sages-femmes, donnant la réplique à l'idéologie médicale qui entrevoit plutôt la grossesse sous la loupe du risque et de la nécessité des interventions. La beauté et la normalité des naissances y sont valorisées, en mettant l'accent sur les choix des familles. Nos analyses ont cependant révélé que ce type de discours à tendance idéologique est à risque, malgré

lui, de coincer les femmes. Effectivement, malgré ses bonnes intentions et sa nécessité pour résister au discours médical, il est possible qu'il laisse peu de place aux dimensions sombres de la maternité, telles que l'ambivalence et l'hostilité. Aux vues de nos résultats, il semble que Marie-Lune n'ait pas pu être entendue dans son ambivalence profonde par sa sage-femme et qu'un véritable lien avec cette dernière n'ait pas pu se construire, alors que ces difficultés auraient pu être prévenues.

Notre discussion porte sur les besoins psychiques des mères et la souffrance occasionnée par l'entretien d'une vision unique de la maternité. Nous croyons que pour bien répondre aux demandes affectives des femmes, la formation des sages-femmes bénéficierait d'un ajout de cours en psychologie périnatale. Nous discutons également de la persistance actuelle de la souffrance des sages-femmes qui subissent de mauvais traitements dès les débuts de leur formation. Malgré les transformations légales et sociales des dernières décennies, il semble que la place qu'on réserve aux sages-femmes soit toujours ténue.

Nos constatations mettent en exergue la nécessité pour les sages-femmes de prendre leur place légitime et de mieux s'affirmer. Car pour qu'elles se dégagent du discours idéologique actuel, il faut qu'elles soient pleinement reconnues. Nos conclusions révèlent l'importance d'ouvrir les discours sur la maternité et de faire de la lumière sur les facettes sombres pour admettre la pluralité des vécus des femmes.

Mots clés : maternité, grossesse, accouchement, idéologie, discours, sage-femme, ambivalence, difficultés maternelles, histoire, Québec

INTRODUCTION

Cet essai doctoral prend assise sur ce que la clinique a à nous apprendre, lorsque nous tendons suffisamment l'oreille pour entendre. S'inscrivant dans le champ de la périnatalité, ce projet qualitatif s'est imposé à nous avant même que nous décidions de l'investiguer. Nous croyons que sa valeur tient précisément au fait qu'il est fondamentalement ancré sur le sujet et sa parole.

C'est en analysant des entrevues de recherche d'une femme enceinte, Marie-Lune, que les questions ayant guidé ce travail se sont graduellement présentées à nous. L'intrigue s'est révélée de manière si prononcée qu'elle nous a amenées à modifier notre projet d'étude initial. Dans le cadre de ce dernier, nous avons porté notre intérêt sur cette participante puisqu'elle manifestait une peur marquée face à la parturition. Cependant, nos découvertes ont modifié la route déjà tracée. Notre essai devant porter sur la fantasmatique autour de l'accouchement chez des femmes primipares s'est transformé en étude de cas clinique d'une femme primipare, suivie par une sage-femme.

À la lecture des entretiens de Marie-Lune, nous avons graduellement décelé dans son discours des craintes quant à sa capacité, voire son désir, d'avoir un enfant. Une profonde ambivalence s'est dégagée de nos analyses et nous a laissées stupéfaites, cette femme étant pourtant suivie par une sage-femme. La persistance des angoisses de cette mère au fil des quatre entrevues nous a amenées à penser qu'elles sont passées sous le radar de l'accompagnement offert. Effectivement, en plus de prodiguer des soins physiologiques et médicaux, les sages-femmes portent une attention particulière aux besoins affectifs des mères. Les difficultés d'attachement post-natales, révélées dans la dernière entrevue en post-partum, ont apporté la preuve que les problèmes de cette femme étaient sérieux et qu'ils auraient dû être prévenus. Ainsi, la question suivante s'est présentée : comment se fait-il que les craintes de Marie-Lune n'aient pas été prises

en compte par la professionnelle, malgré la qualité du suivi qu'offrent les sages-femmes ?

Portées par cette interrogation, nous nous sommes mises à la recherche des raisons pouvant expliquer la « surdité » de la sage-femme de Marie-Lune face à ses difficultés. Nos investigations nous ont amenées à porter attention à ce que cette mère rapportait de ses échanges avec sa sage-femme pour mieux comprendre les enjeux autour du suivi. Nous avons repéré que les propos tenus par la participante semblaient décalés de sa propre expérience, tout autant que la réponse offerte dans le suivi de grossesse. N'ayant malheureusement pas accès à un entretien avec la professionnelle de Marie-Lune, un souci de rigueur nous a par la suite poussées à parcourir des ouvrages de sages-femmes afin d'explorer leur philosophie et les idées véhiculées. Nos lectures nous ont mises sur la piste de l'idéologie que les sages-femmes opposent au discours médical, lui aussi idéologique. Nous avons découvert que des éléments idéologiques ont fonctionné en guise d'œillères pour la sage-femme de Marie-Lune, cela ayant mis de côté la souffrance personnelle de cette dernière.

Cet essai doctoral porte donc sur l'impact du social sur le psychique, à travers l'expérience de la maternité. Il tentera de démontrer que l'idéologie peut empêcher le sujet d'être entendu par l'autre et même lui-même. Nous verrons dans ce travail que les idéologies nous traversent et fondent notre manière d'envisager le monde. Ainsi, entrent-elles en confrontation avec la subjectivité propre à chacun.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Au Québec, la médicalisation qui s'est installée dans la première moitié du 20^e siècle évince graduellement les sages-femmes des salles d'accouchement (Saillant & O'Neill, 1987). Bien sûr, cette transformation n'est pas sans évoquer le rapport de pouvoir de l'homme sur la femme; du médecin sur la sage-femme; du savoir sur le corps féminin. Il n'est donc pas étonnant qu'à partir des années 1970, la montée du féminisme et l'émergence du mouvement d'humanisation des naissances soient à l'origine du retour progressif des sages-femmes. Rappelons que l'année 1970 donne aussi lieu au régime de l'assurance maladie du Québec qui assure l'accès gratuit pour tous aux services médicaux et instaure, du même souffle, la rémunération à l'acte des médecins, élargissant le pouvoir médical dans une logique économique. Bien que la médicalisation des naissances persiste, les sages-femmes résistent et pratiquent dans l'illégalité, jusqu'à ce qu'elles aient raison de leur lutte et qu'on légalise leur profession en 1999. Dans leur philosophie, celles-ci prônent la normalité de la grossesse, dans une approche humanisante et porteuse de sens.

On ne peut aborder la maternité sans évoquer les rapports de pouvoir et l'inégalité des sexes, de même que les dimensions politiques, économiques et sociales propres à chaque époque. Voilà pourquoi nous introduisons d'entrée de jeu le concept d'idéologie, choisi pour l'élaboration de ce travail, puisqu'il constitue un ensemble de représentations prenant leur ancrage dans la culture. « À chaque société, sa naissance », dit Jacques Gélis (1981). « L'univers de la naissance, qui recoupe autant l'attitude face à la procréation que les coutumes et l'infrastructure l'entourant, varie et s'adapte selon les variations mêmes de la société qui le crée. Il en est dépendant et la reflète » (Laforce, 1985a, p. 26). La grossesse et l'accouchement, bien que physiologiques et naturels, relèvent également de la culture et des idéologies qui y sont véhiculées.

Lorsqu'une mutation de la civilisation se produit, [l'idéologie] représente un moyen de jeter quelques lueurs d'idéal sur l'angoisse de l'inconnu, d'affronter l'inhumain; elle permet aussi la diffusion des idées nouvelles. Elle a surtout le rôle d'aider à digérer les traumatismes que comportent inévitablement tous les changements dans la civilisation, même apparemment heureux. [...] L'idéologie, en effet, est ce lien collectif qui constitue tout à la fois une armature et une limite de la pensée. (Duparc, 2004, p. 200)

L'idéologie protège et enferme. Elle peut soutenir le progrès au service de l'humanité, autant qu'elle peut sous-tendre des mouvements de grande haine et de destructivité. L'idéologie est capable du meilleur comme du pire; on l'aura bien vu avec la place qu'on a laissée ou plutôt enlevée aux femmes à travers l'histoire. Évoquer le concept d'idéologie fait frissonner les uns et choquer les autres. L'idéologie rend méfiant et suscite le malaise, tout autant qu'elle soulève l'opposition avec rapidité. Elle est, par définition, celle de l'autre, dit-on; c'est pourquoi les individus et les groupes s'en défendent avec passion. Pourtant, il suffit de lever le voile sur le passé pour s'apercevoir que l'idéologie nous traverse et organise notre compréhension du monde.

Bien que plusieurs penseurs aient proclamé sa mort avec optimisme, nous nous permettrons d'avancer d'ores et déjà que l'idéologie existe toujours. Les grandes dérives idéologiques du 20^e siècle, telles que l'hitlérisme et le stalinisme, ont causé des ravages sans précédent à notre histoire moderne. C'est peut-être d'ailleurs dans une tentative d'apaisement de l'angoisse et de réassurance face au futur que l'idéologie de la fin des idéologies est née. Cependant, nous verrons dans ce travail que l'idéologie peut se présenter sous des formes plus subtiles et moins destructrices que les tendances totalitaires ayant marqué notre dernier siècle.

Pour Duparc (2004), les idéologies sont des « croyances collectives ayant leur source dans l'inconscient, des « visions du monde » idéales, qui s'emploient à dégager des axes de perspective de jugement et d'action pour l'individu dans la société à laquelle il appartient » (p. 9). Il s'agit d'une « formation psychique » s'apparentant au Surmoi et

à l'Idéal du moi qui sont au départ associés aux parents, mais qui se transforment et évoluent pour s'attacher à la culture. « L'emprise idéologique joue souvent un rôle ambigu, parfois positif, parfois négatif, ou indécidable. Elle n'est pas toujours synonyme de violence mortifère, comme on le pense en général » (Duparc, 2004, p. 17). Freud parle de *Weltanschauung* : « vision du monde suffisamment cohérente et structurée qui fournit de manière intangible toutes les réponses à toutes les énigmes auxquelles le sujet est confronté » (Kaès, 1980).

Le concept d'idéologie s'avère ici éclairant afin de contextualiser une grossesse et mieux comprendre l'expérience subjective d'une mère, au sein de la société qui l'habite. Kaès (2016) évoque que « l'idéologie ne meurt jamais, mais se transforme ». Ainsi, au regard du passé, quelle est l'idéologie actuelle sur la maternité? Comment, sans le savoir, sommes-nous traversés et imprégnés d'idées prédéfinies qui fondent nos façons de comprendre et de vivre la grossesse et l'accouchement?

Aujourd'hui, en Occident, la maternité n'est plus considérée comme l'unique assise identitaire d'une femme. L'entrée sur le marché du travail, l'avortement et la contraception ont révolutionné le rapport à la maternité. Les femmes ont désormais le choix : avoir des enfants ne représente plus le chemin à devoir emprunter par défaut. Se pose ainsi la question du désir d'enfant, s'inscrivant dans une liberté certes, mais pouvant aussi s'avérer angoissante pour l'esprit (Jacques & Chabert, 2009). « Choisir la maternité, ce n'est pas seulement donner la vie, c'est entrer dans un parcours initiatique beaucoup moins bien balisé qu'autrefois. Tout est à inventer. » (Knibiehler, 2000, p. 117). Les mentalités ont changé; il faut maintenant être « prête » pour avoir un enfant. Toutes les conditions doivent être réunies, ce qui garantira « l'excellence » du choix effectué. Une variété de nouvelles contraintes apparaissent, dont celle d'être fière et comblée par sa maternité, en dépit de son réel vécu (Britt, 2013). De plus, les technologies qui se développent à une vitesse fulgurante ont pour effet de délier la sexualité de la reproduction. Pensons seulement à la fécondation in vitro qui,

lorsqu'elle a du succès, permet de vaincre l'infertilité. Ces avancées ne sont pas sans laisser leurs traces dans le rapport de la société et des individus à la maternité et la grossesse. Ainsi, dans le contexte idéologique actuel, comment une femme enceinte vit-elle l'expérience de la grossesse?

Sur le plan psychique, on sait que la maternité s'accompagne de moments de remaniements, de crises, de questionnements et de fragilités chez toute femme enceinte. Dans le cas d'une primipare, l'expérience de la grossesse génère une crise maturative spécifique qui se doit d'être abordée et traversée. À son terme, après avoir remanié son rapport de fille à l'égard de sa mère, la femme enceinte sera plongée, à son tour, dans le rôle de mère. Pour Bydlowski (1991), la grossesse donne lieu à un état de « transparence psychique » où, régressée, la femme enceinte se retrouve en condition constante d'« appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'époque de l'adolescence » (Bydlowski, 2000b, p. 89). Des transformations corporelles menant à un nouveau corps vécu, une réactivation et un remaniement des conflits infantiles ainsi que des changements dans les identifications aux figures parentales sont en jeu durant ces périodes de vie (P.-C. Racamier, 1978).

Sachant que la femme enceinte se trouve dans un état de vulnérabilité et de demande face à l'autre, il importe de réfléchir et de se questionner quant au suivi de grossesse impliquant une relation d'aide entre les professionnels de la santé et les parturientes. Comme le révèle si éloquemment Winnicott en 1943, « un bébé, ça n'existe pas ». Cette affirmation met en évidence l'impératif de considérer l'environnement, c'est-à-dire la mère qui offre les soins au bébé, ceux-ci ne pouvant être pensés comme deux êtres séparés. Il apparaît donc essentiel de s'intéresser à la qualité de l'accompagnement que l'on offre aux mères. De même, il est nécessaire d'accompagner les intervenants à mieux accompagner les parturientes, notamment quant à la part idéologique pouvant s'infiltrer dans leur écoute, de manière à ce qu'ils puissent offrir un suivi « suffisamment bon » aux mères.

Au Québec, malgré que ce choix demeure marginal (4,2% des naissances totales; Association canadienne des sages-femmes, 2018), de plus en plus de femmes souhaitent être accompagnées par une sage-femme. De 2007 à 2011, le nombre de femmes ayant commencé un suivi avec une sage-femme augmente de 49% (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Avec l'aide de cette dernière, elles choisiront de mettre leur enfant au monde à l'hôpital, en maison de naissance ou encore à domicile. Quels sens peuvent prendre ces décisions faites par les futures mères? Comment se déploie la relation entre la femme enceinte et sa sage-femme? Quels enjeux psychiques y sont à l'œuvre? Comment l'idéologie actuelle imprègne-t-elle le dialogue entre la femme enceinte et la sage-femme? « Une position idéologique se forme chaque fois que l'espace psychique d'un sujet, d'un groupe ou d'une institution est menacé. » (Kaès, 2016, p. 14). La vulnérabilité suscite la protection et, si ce qui nous oppresse trouve son expression dans un discours dominant, on sera amené à construire un discours permettant de s'y opposer. Comme les sages-femmes ont dû lutter pour affirmer leur existence dans une société où l'idéologie est à l'hyper-médicalisation, quel discours idéologique peuvent-elles incarner sans le savoir?

La présente recherche se propose donc d'explorer la place de l'idéologie dans le contexte d'un suivi de grossesse avec une sage-femme. Plus précisément, le cas clinique d'une femme enceinte sera analysé afin de faire émerger les traces des divers discours idéologiques au sujet de la grossesse et la maternité. Les questions suivantes seront explorées : quelles sont les traces du discours idéologique au sujet de la maternité et la grossesse dans la parole d'une femme enceinte? Quelles postures idéologiques adoptées par les sages-femmes pouvons-nous repérer dans ce discours? Quels peuvent être les effets potentiels de ces discours idéologiques sur le vécu psychique d'une femme enceinte? Comment les discours idéologiques peuvent-ils induire un conflit chez la femme enceinte et sous-tendre certaines souffrances du devenir mère?

PREMIÈRE PARTIE :

CONTEXTE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE II

LE CONCEPT D'IDÉOLOGIE

2.1 Introduction

Du grec ancien « eidos » et « logos », l'idéologie est un discours sur les idées. Elle désigne un « ensemble de représentations, vision du monde propre à une société, une époque, un mouvement intellectuel, un groupe social » (Académie française, 2005). À l'instar de la lunette, l'idéologie constitue « l'objet » à travers lequel une communauté, qui partage des intérêts communs dans un moment donné, perçoit la réalité. Plurielles et nécessairement arbitraires, les idéologies évoluent avec les époques et à travers celles-ci.

Le concept d'idéologie est né en philosophie avec Destutt de Tracy (1796), mais la sociologie, la psychanalyse, la psychologie, la politique, l'histoire, l'économie et d'autres disciplines l'ont nourri et forgé à travers le temps. « Si (presque) tout le monde peut parler d'idéologie, c'est que (presque) rien ne lui échappe. Les déclarations de non-appartenance à l'idéologie sont elles-mêmes des témoignages de son emprise. » (Capdevila, 2004, p. 8). Un problème apparaît d'ores et déjà, car si l'idéologie est omniprésente et filtre la réalité, comment être certain que l'aborder ne relève pas en soi d'une démarche idéologique? Afin d'ouvrir le dialogue et permettre des nuances, une des pistes de solutions possibles à cet obstacle sera de la concevoir à travers plus d'une discipline. Nous nous concentrerons sur celles qui nous intéressent davantage dans le cadre de ce travail : la philosophie, la sociologie et la psychanalyse. Ensuite, une seconde réponse sera, dans une tentative de lucidité et de transparence, d'admettre qu'il est difficile de croire que les lignes de ce travail seront complètement isolées de quelconques idéologies. Ainsi, l'approche utilisée sera de contextualiser notre propos

au sein des idéologies actuellement véhiculées afin de garder en tête qu'il ne peut en être totalement indépendant.

2.2 La philosophie de l'idéologie

Pour Marx (1845), l'idéologie réfère à l'ensemble des idées, des valeurs et des normes rendant légitime la division de la société en classes sociales. Elle n'est pas neutre par définition, puisque les représentations et les idées qui la constituent prennent forme à l'intérieur d'un système social donné. Masquant une opération de pouvoir, l'idéologie justifie les actions de la classe dominante qui la conditionne, à travers une « fausse conscience » s'opposant à la science. Pour le penseur, « les forces motrices véritables qui le mettent en mouvement lui restent inconnues, sinon ce ne serait point un processus idéologique » (Engels, 1893, p. 249). Il y a donc quelque chose qui échappe à l'individu qui croit penser librement, mais qui s'avère être sous l'emprise d'un système prédéfini d'idées organisant son discours en conséquence (Capdevila, 2004).

Dans la même veine, Rahel Jaeggi (2008) affirme que les idéologies sont des idées qui émergent et existent dans des rapports sociaux déterminés. La chose idéologique n'est pas seulement fautive, erronée ou déformée; « celui qui se trouve sous l'influence d'une idéologie [...] est aussi « en prise » avec une fautive interprétation de cet état. » (p.96). Fondant notre manière d'être au monde et dans le monde, les idéologies sont difficilement repérables et constituent le moyen par lequel la domination peut s'infiltrer. Le sujet y adhère inconsciemment, d'autant plus qu'elle s'impose à lui comme une évidence (Althusser, 1970; Bourdieu & Passeron, 1970).

Pour Arendt (1951), l'idéologie est totalisante, car elle a tendance à « tout expliquer jusqu'au moindre événement en le déduisant d'une seule prémisse » (p. 215). Il s'agit donc d'une structure d'interprétation définitive du monde qui cherche à exercer sa toute-puissance par sa capacité « omni-explicative ». Pour la philosophe, l'idéologie ne se trompe jamais; c'est donc dire qu'elle échappe à la dimension de la réalité et peut

subsister comme système autonome et indépendant. Enfin, l'idéologie cherche constamment à renforcer sa cohérence interne en s'inscrivant dans un processus logique, afin d'en augmenter son adhérence pour devenir majoritaire. Pour Arendt (1951), l'idéologie représente un phénomène relativement moderne, qu'Hitler et Staline ont su démontrer dans son extrême puissance.

2.3 La sociologie de l'idéologie

Selon Guy Rocher (1968), professeur en sociologie, on peut définir l'idéologie comme suit :

[...] système d'idées et de jugements, explicite et généralement organisé, qui sert à décrire, expliquer, interpréter ou justifier la situation d'un groupe ou d'une collectivité et qui, s'inspirant largement de valeurs, propose une orientation précise à l'action historique de ce groupe ou de cette collectivité. (p.127)

Jean Baechler (1976), sociologue français, définit l'idéologie comme un ensemble des représentations mentales, nécessairement arbitraires, apparaissant dès lors que les individus se lient entre eux. Si elle se manifeste à travers les relations humaines, c'est que l'idéologie est partout, la rendant difficilement visible, et qu'elle relève également d'une certaine « normalité ». Toutefois, ce n'est pas parce qu'elle est répandue qu'elle contamine tout; « prétendre au pan-idéologisme est en soi idéologique », souligne Baechler (1976). L'idéologie se dissimule toujours dans le contenu d'un discours et non dans son contenant, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de style discursif qu'on pourrait définir d'idéologique dans son essence. La spécificité du discours idéologique renvoie non seulement à sa capacité, mais aussi son impératif à s'exprimer autant à travers une formule brève (slogan) qu'une bibliothèque complète (système idéologique). Ce qui est idéologique est donc difficilement repérable, mais peut aussi se manifester sous différentes formes. Au-delà des mots, elle peut apparaître en images et sons, par exemple.

Si l'idéologie représente une fausse conscience pour les marxistes, selon Baechler (1976), elle n'est ni vraie ni fausse, efficace ou inefficace, cohérente ou incohérente, élaborée ou rudimentaire, normale ou pathologique. Désignant un « discours lié à l'action politique », elle est davantage polémique et permet d'exercer un pouvoir dans une société. En effet, dès lors qu'elle est investie d'un aspect politique, c'est-à-dire de la façon dont les individus s'organisent en société, l'idée devient idéologique. L'idéologie, que Baechler (1976) oppose à la science, occasionne des conflits, car elle n'est jamais soi et appartient à celui avec qui on est en désaccord. Le sujet étant constamment animé de désirs, la rareté a pour effet que tout moyen d'accroître un pouvoir, une richesse ainsi qu'un prestige devient un appât alléchant pour l'humain, ce qui contribue à générer et entretenir les idéologies.

2.4 La psychanalyse de l'idéologie

Freud postule en 1932 qu'une *Weltanschauung*, vision du monde, est « une construction intellectuelle, capable de résoudre d'après un unique principe tous les problèmes que pose notre existence. Elle répond ainsi à toutes les questions possibles et permet de ranger à une place déterminée tout ce qui peut nous intéresser » (p.208). Une telle façon de comprendre le monde est attrayante et fait partie des désirs et idéaux humains. Les idées religieuses « qui professent être des dogmes, ne sont pas le résidu de l'expérience ou le résultat final de la réflexion : elles sont des illusions, la réalisation des désirs les plus anciens, les plus forts, les plus pressants de l'humanité : le secret de leur force est la force de ces désirs » (Freud, 1927, p. 43). L'idéologie n'appartient pas au principe de réalité et constitue, selon Freud, l'expression de désirs archaïques et de fantasmes de toute-puissance.

Dans *Malaise dans la civilisation*, Freud (1930) évoque que la culture est caractérisée par la grande estime qu'elle porte à la place des idées au sein de la vie.

Parmi ces idées, se trouvent tout en haut les systèmes religieux, [...] à côté d'eux, les spéculations philosophiques et enfin ce qu'on peut appeler les formations d'idéal des hommes, leurs représentations d'une perfection possible de la personne individuelle, du peuple, de l'humanité tout entière, et les exigences qu'ils élèvent sur la base de ces représentations. (Freud, 1930, p. 37)

La culture est vécue comme une source de malaise pour l'homme puisqu'elle régit son penchant naturel aux pulsions agressives, afin d'assurer le maintien de la vie en société. C'est justement au profit de la sécurité que leur apporte la culture que les individus sont prêts à renoncer à une certaine possibilité de bonheur en réprimant leurs pulsions. N'est-ce pas là une forme d'action idéologique induite par la culture, mais au service de la vie sociale? Au sens large, l'idéologie serait donc un des vecteurs permettant la protection, la cohésion et la contenance de notre société.

Pour Kaès (2016), l'idéologie est « une construction édifiée en défense contre le doute et l'inconnu; elle prétend fournir une explication universelle et totale selon un principe unique de causalité » (p.13). Ses travaux, inspirés notamment par les événements de révolte populaire en mai 1968, le mènent à proposer le concept de position idéologique qu'il décrit comme une « disposition permanente de l'esprit humain » qui se manifeste selon « des constantes psychiques associées à des contextes sociaux bien précis » (Kaès, 2016, p. 12). La position idéologique représente une formation psychique s'élaborant dans le Moi, construite à partir de fantasmes d'identification et de mécanismes de défense, édifiés en référence aux premiers objets aimés. Fondée sur la nécessité de bâtir une explication universelle et univoque, elle se distingue par la toute-puissance de l'idée, par l'emprise de l'idéal et par l'image de l'idole.

La position idéologique demeure toujours, mais ses contenus évoluent pour la façonner autrement. C'est lorsque l'espace psychique d'un individu, d'un groupe ou d'une institution, subit l'effet d'une menace quant à ses principes, ses convictions et ses valeurs, qu'une position idéologique apparaît. Comme Baechler, Kaès (1980, 2013, 2016) conçoit l'idéologie comme indépendante des contenus qu'elle véhicule, cela

signifiant que le mode idéologique peut se trouver autant dans une théorie scientifique qu'une philosophie. L'idéologie est « une pensée sans sujet », c'est-à-dire qu'elle écarte le sujet dans sa pensée qui lui est propre. Kaès (1980, 2013, 2016) va plus loin en soutenant qu'il n'existe pas de groupe sans idéologie ni d'idéologie sans groupe. Elle doit donc être partagée de même que c'est le partage qui la crée.

Green (1969) souligne que les idéologies ne sont pas inexorablement totalitaires et péjoratives. C'est davantage l'idéalisation qui doit prendre part, pour lui, à la définition du concept d'idéologie, en ce sens que c'est le désir qui soutient l'idéologie, plus que son caractère pernicieux et destructeur. Kaès (2016) abonde dans le même sens en postulant qu'il peut y avoir des idéologies structurantes, comme des idéologies clôturantes. S'il n'y a plus possibilité de se nuancer à l'aide d'autres idéologies et contradictions, l'idéologie devient alors synonyme de violence mortifère et assujettit complètement le sujet (Duparc, 2004).

2.5 Notre définition

Au regard des lignes précédentes, quelle est notre façon de concevoir l'idéologie? Nous retiendrons que l'idéologie représente un ensemble prédéfini de croyances, idées et normes fondant une vision du monde propre à une époque et partagée par les membres d'un groupe ayant des intérêts communs. Elle est utilisée afin de renforcer les rapports de pouvoir et peut se manifester lorsqu'une communauté se trouve menacée dans son existence. L'emprise idéologique échappe à la conscience, ce qui empêche le sujet qui s'y trouve empêtré de réaliser la situation idéologique dans laquelle il se trouve. L'idéologie ne sera pas perçue dans ce travail comme une chose péjorative par définition, mais plutôt comme un processus répondant aux besoins et désirs humains, pouvant enfermer le sujet s'il est vécu comme unique certitude.

CHAPITRE III

L'HISTOIRE DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC

3.1 La grossesse, une histoire de femmes

La solidarité et l'entraide féminines sont autrefois centrales autour de l'avènement d'une nouvelle vie, tant au niveau des préparatifs, de la délivrance que des relevailles (Saillant & O'Neill, 1987). En Nouvelle-France, s'inspirant du modèle de son colonisateur, les médecins et chirurgiens de l'époque sont écartés du déroulement des naissances en raison des mœurs et des traditions. Les femmes en couches sont donc entourées de leur mère, belle-mère, grand-mères, sœurs, voisines, cousines, et bien sûr, de leur sage-femme, qui, de son savoir, veille à les assister et les supporter lors de la parturition. Ainsi, les futures mères bénéficient d'un soutien, de récits et d'étayage identificatoire à travers leurs grossesses pour se préparer à l'accouchement et la maternité (Laforce, 1985b).

Au regard de l'expérience et des pratiques des sages-femmes du 14^e au 19^e siècle en France, dans les colonies et ce qui sera plus tard le Québec, ainsi qu'au Mexique et au Maghreb, l'historienne Hélène Laforce (1987a) met en évidence des similarités fondamentales.

Il s'agit premièrement de l'importance prépondérante de l'entraide, deuxièmement de l'approche pragmatique de l'accouchement et de la naissance perçus comme des phénomènes normaux et naturels, troisièmement de l'utilisation d'un matériel sommaire et de la prise en compte de l'environnement psychologique et enfin de la place centrale accordée à la femme au cours du processus. (p.41)

Nous verrons plus tard que ces éléments se retrouvent pour la plupart au sein de la philosophie que mettent aujourd'hui de l'avant les sages-femmes québécoises. Malgré

ces influences du passé dans l'actuel, il existe pour Laforce (1985a) une sorte de « vide historique » au Québec quant aux sages-femmes et leur présence à travers le temps. C'est dans l'intention de leur restituer leur juste place en reconstruisant l'histoire qu'elle a entamé ses travaux de recherche sur l'histoire des sages-femmes.

3.2 Les communautés autochtones

Avant la colonisation, au sein des communautés autochtones en Amérique, les soins autour de la grossesse et l'accouchement sont offerts par des sages-femmes qui jouent un rôle multiple, bien établi et reconnu (Routhier, 1987). Elles incarnent des figures de soutien, conseillent, accouchent, confectionnent des remèdes, aident lors des relevailles et plus encore. D'après Routhier (1987), cette solidarité entre femmes, fondée sur leur autonomie propre, leur permet de maintenir la survie de la communauté et d'affirmer sa cohésion. Être sage-femme ne représente pas un métier pour les peuples autochtones, c'est plutôt un rôle naturel relevant de la division sexuelle des tâches du groupe. De manière générale, il est de coutume que les mères accouchent dans le bois, parfois même dans des conditions hostiles, accompagnées de la sage-femme, des femmes de la communauté et du père. Dans certains cas, l'accès à l'aide d'une sage-femme est impossible; ainsi les femmes s'accouchent entre elles, le savoir n'étant pas restreint à certaines élues. C'est lors de la parturition que les sages-femmes transmettent leurs connaissances autant à leurs filles qu'aux femmes du clan, règles et statut étant moins primordiaux que les besoins de la collectivité.

3.3 La Nouvelle-France

Selon les travaux d'Hélène Laforce (1985a, 1985b, 1987a, 1987b), c'est en 1655 que la mention de sage-femme est pour la première fois répertoriée dans les documents de Notre-Dame-de Québec, paroisse initiale de la ville de Québec et de la Nouvelle-France. C'est ainsi que s'instaure une tradition de transmission du savoir de sage-

femme de mère en fille au sein de la colonie. À cette époque, marquée par un manque de sages-femmes, la France s'avère même être moins bien desservie que sa propre colonie. Cela n'est pourtant pas un hasard puisque pour s'assurer que la Nouvelle-France gagne en habitants sans dépeupler sa mère-patrie, il faut que des services obstétricaux adéquats soient mis en place. Moins d'un siècle après la création de la colonie, la mutation sociale et environnementale a déjà fait son effet. Celles qu'on appellera plus tard les Québécoises ont le droit d'élire leurs sages-femmes, contrairement aux Françaises, pour qui ce sont les autorités judiciaires et religieuses qui détiennent ce privilège.

En 1714, on assiste à la première nomination d'une sage-femme qui sera même rémunérée pour ses services. En 1722, la première accoucheuse généreusement rétribuée par le roi vient s'installer à Québec, où elle est tenue d'accompagner les familles défavorisées en échange de sa condition avantageuse. Professionnalisant la pratique des sages-femmes, la salarisation crée un fossé entre la ville, où on est prêt à dédommager financièrement une intervenante formée et réputée, et les milieux ruraux, où on est réticent à déboursier pour un processus considéré comme « naturel ». Dans les campagnes, l'accoucheuse est donc surtout privilégiée en fonction de son expérience personnelle, à savoir le nombre d'enfants qu'elle a et leur santé.

Respectées et valorisées par les instances de pouvoir, les sages-femmes entretiennent des relations positives avec les médecins et les chirurgiens, qui peuvent être appelés à intervenir au besoin lors d'un accouchement dans une atmosphère d'entraide. Des sages-femmes sont même sollicitées pour accoucher les femmes des chirurgiens, cela nous laissant entrevoir bien plus qu'une simple collaboration professionnelle. La conquête de la Nouvelle-France par les Anglais, qui laissera de profondes blessures et transformations dans l'histoire québécoise, empêchera notamment la réalisation d'un projet qui aurait pu changer drastiquement la suite du récit des sages-femmes. En effet,

quelques années plus tôt, en 1754, la proposition de créer une école de sages-femmes est approuvée par les autorités des colonies françaises (Laforce, 1985b).

3.4 Après la conquête

En 1760, les Anglais viennent de conquérir le territoire de la Nouvelle-France qu'ils nommeront le Bas-Canada. Les effets sont bien sûr multiples; révolution industrielle, libéralisme et système parlementaire en teinteront les premiers abords. D'après Laforce (1987b), la médecine et l'obstétrique seront profondément transformées par les influences du protestantisme, qui valorise l'intervention de l'homme sur la nature. Notons que l'idéologie de la domination de la nature, en place depuis les Lumières, incite déjà l'homme à développer une batterie de machines et de technologies (Laforce, 1985a). À la fin du 18^e siècle, en Angleterre, c'est la fin d'un long débat sur l'interventionnisme en médecine, où, entre autres, est contestée l'utilisation des forceps, instrument servant à extraire le bébé lors des naissances. Il est conclu que les interventions médicales représentent un danger potentiel pour les mères et qu'il est d'avis de les minimiser tant que possible. Les parturitions sont donc entre les mains des sages-femmes autorisées et des médecins qui les forment, les chirurgiens étant mis à l'écart. Ainsi, au sein de la colonie anglaise, une place de choix est offerte aux accoucheuses.

À partir de 1775, la profession des sages-femmes, reconnues comme officières publiques et inscrites dans les registres officiels, est légalisée et la création d'une école, recommandée par les chirurgiens anglais. Quelques années plus tard, sont fondés à Québec deux établissements privés, le Dispensaire de Québec et la Société compatissante de Québec, dans l'optique d'accompagner les mères défavorisées dans leurs accouchements. Si la profession des sages-femmes est tant admise socialement que légalement, comment s'expliquer qu'elle sera écartée des naissances à peine un siècle plus tard? « Rien ne laisse alors présager sa disparition future. Et pourtant, déjà

à cette époque, les mécanismes qui préluderont à son élimination sont en place. » (Laforce, 1987b, p. 192).

3.5 L'élimination graduelle des sages-femmes

Au Québec des 17^e et 18^e siècles, la mortalité puerpérale assombrit le portrait des naissances dans un cas sur quatre (Laforce, 1985b). Les travaux scientifiques de Louis Pasteur sur l'antisepsie font évoluer les pratiques sanitaires, cela réduisant la mortalité maternelle et infantile à 2% (Knibiehler, 2000). Ces découvertes sans précédent en termes de vies sauvées et d'efficacité des soins s'inscrivent dans une profonde mutation du rapport d'entraide des femmes autour de la périnatalité. Dans une ère où la femme n'est presque destinée qu'à la maternité, la médecine, masculine par défaut, s'empare de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. « Une forme traditionnelle de solidarité féminine s'est désorganisée. Les barrières de la pudeur ont cédé très vite » (Knibiehler, 2000, p. 86).

Au Canada-Est, dans ce qui deviendra le Québec, l'année 1847 donne lieu à la création de la Corporation des médecins, l'ancêtre du Collège des médecins régissant la profession. À cette époque, certains médecins se montrent réticents et moins tolérants à l'égard de la présence des sages-femmes (Laforce, 1985a, 1985b, 1987a, 1987b). Des enjeux de concurrence se sont déjà installés. Parallèlement, les droits des femmes diminuent davantage et celles-ci sont de plus en plus retranchées des lieux de connaissances, cela les laissant bien inexorablement en plan. Simultanément, les médecins sont aux prises avec un surplus d'effectifs, en même temps qu'ils sont fragilisés par l'affranchissement de certaines professions (pharmaciens, chirurgiens, médecins homéopathes et chirurgiens-dentistes), réduisant l'ampleur de leur terrain d'exercice. L'obstétrique représente alors une bouée de sauvetage rassurante permettant aux médecins de survivre, d'autant plus que les femmes possèdent peu de moyens pour affirmer leurs droits. Il devient clair que les sages-femmes ne peuvent

s'émanciper et doivent être retirées du portrait. La médicalisation de l'accouchement semble davantage être le reflet d'intérêts politiques, sociaux et individuels que celui d'un réel besoin des femmes. C'est en effet grâce à un glissement idéologique ayant métamorphosé la définition de l'accouchement que les médecins ont pu s'emparer de l'obstétrique (Oakley, 1980).

Entre 1840 et 1870, les facultés universitaires de médecine voient le jour, au détriment des instituts privés. Dès lors, les connaissances obstétricales et gynécologiques commencent à se développer, savoir féminin auquel les femmes, exclues des programmes de médecine, ne pourront vraiment participer. À partir de 1870, les médecins entreprennent des mesures drastiques pour exclure graduellement les sages-femmes des lieux d'enseignement et de pratique. Cela est moins vrai dans les milieux ruraux où on consent à ce qu'elles poursuivent leur travail, dans l'espoir que leur pratique s'estompe petit à petit, grâce à l'attrait du progrès technologique qu'offrent désormais les hôpitaux.

Au nom de la sécurité, des publicités sont développées et circulent pour inciter les femmes à fréquenter les hôpitaux. La Corporation tente d'émettre des amendes et de réduire l'autonomie des sages-femmes, afin de restreindre leur pouvoir, ce qui, tôt ou tard, aura raison de leur place. Pour ne nommer que quelques exemples, on prendra le contrôle des maternités qui jusque-là sont régies par les religieuses, on remerciera la sage-femme institutrice de McGill en 1880 et, dans les établissements francophones, seront complètement supprimés les cours de sages-femmes jusqu'en 1920, où ils seront remplacés par des cours en infirmerie (Laforce, 1985a, 1985b, 1987a, 1987b).

Notons enfin que le « succès » de l'élimination graduelle des sages-femmes n'est pas attribuable qu'aux médecins, mais tient également du fait que leur idéologie sera endossée et admise par les femmes ainsi que la société de l'époque, qui seront éventuellement d'avis que la profession de sage-femme est devenue désuète. Également, dans une époque où les familles sont formées de 7 à 16 enfants en moyenne,

les hospitalisations en contexte d'accouchement sont accueillies favorablement par les parturientes. « Étrange paradoxe où seul l'exil hospitalier pouvait leur apporter un temps de paix et de relâche à la manière d'un congé dépendant lui-même de l'efficacité de leur travail de reproduction » (Laforce, 1985a, p. 61).

3.6 La baisse de la mortalité maternelle et infantile expliquée

Dans le contexte de l'idéologie médicale de la sécurité et de l'efficacité, à laquelle notre société d'aujourd'hui adhère toujours, il importe d'effectuer un bref aparté sur les faits réels. Au Québec, on constate que les chiffres faisant état de la mortalité maternelle et périnatale déclinent largement à partir de 1926. D'après Laurendeau (1987), il semble hasardeux d'imputer cette baisse à la médicalisation des accouchements puisque, selon une analyse rigoureuse des statistiques, la diminution des taux de mortalités maternelle et périnatale est non-proportionnelle lorsque liée à l'augmentation des hospitalisations durant le dernier siècle. À l'appui, les travaux de Tew (1978), se basant sur des chiffres anglais, révèlent qu'il n'y a pas de relation significative ($p < 0,05$) entre l'intensification des naissances en milieu hospitalier et la réduction de la mortalité ($r = -0,26$).

Selon les analyses de Laurendeau (1987), du côté des mères, c'est le développement de traitements anti-infectieux contre la septicémie puerpérale qui permet de réduire le taux de mortalité. Du côté des bébés, l'amélioration des conditions sociales et sanitaires ainsi que les progrès de l'obstétrique semblent être en cause dans la diminution de la mortalité périnatale. Cependant, cette dernière s'avère être également liée à la chute de la natalité au cours du 20^e siècle ($r = 0,94$; Bernard, 1979). Ainsi, en plus des impacts des découvertes scientifiques évoquées précédemment, certaines composantes sociales, démographiques et environnementales ont aussi un rôle à jouer dans l'amélioration du sort des naissances (Blanchet & Levasseur, 1980).

3.7 La médicalisation de l'accouchement

Au Québec, les sages-femmes traditionnelles pratiquent environ jusqu'au premier tiers du 20^e siècle (Cournoyer, 1987; Laforce, 1985a, 1987b). C'est autour des années 40 que les médecins élargissent davantage le territoire qu'ils habitent déjà en périnatalité depuis la moitié du 19^e siècle. En effet, au Québec, durant les années 50, déjà plus de la moitié des parturitions ont lieu dans les hôpitaux (Laurendeau, 1987). L'implantation de l'assurance-hospitalisation en 1960 ne fait qu'accroître ce nombre, les accouchements à la maison étant devenus « dangereux ». En plus d'être relativement récente, l'hospitalisation des femmes en couches augmente de manière fulgurante: en 1926, on compte 4,8% des naissances à l'hôpital et, en 1974, on en recense 99,7% (Statistique Canada, 1974). La médicalisation autour des naissances ne touche pas seulement les Québécoises, mais aussi les Autochtones, chez qui les bouleversements seront profonds, les femmes devant s'extraire de leur milieu de vie pour se rendre dans les hôpitaux souvent éloignés, dans un berceau culturel étranger et séparées de leurs proches.

Dans les hôpitaux, on assiste à la multiplication des interventions médicales qui, exceptionnelles à la base, deviennent aisément routinières, s'intégrant aux rituels de soins de base. L'utilisation de l'anesthésie générale, popularisée entre autres par la reine Victoria, passivise l'expérience de l'accouchement de plus en plus de femmes autour des années 50 à 70 (Savard, 1987). En 1970, s'implante le régime de l'assurance-maladie, qui garantit l'accès universel et gratuit aux services de santé et introduit la rémunération à l'acte des médecins. On ne peut passer sous le silence cette réforme dans laquelle s'immisce une composante de production pécuniaire qui transformera le rapport de soins à sa source. En matière d'accouchement, Laurendeau (1987) met en lumière que la rupture des membranes, l'épisiotomie, l'utilisation de forceps, l'induction, l'anesthésie constituent des actes médicaux pour lesquels est observée une croissance en termes de fréquence. Cela suscite des questions. Par

exemple, comment distinguer la nécessité d'une intervention de son caractère accessoire lorsqu'un gain financier est impliqué pour les médecins? L'élargissement de la définition de grossesse à risque ne semble pas plus étranger à l'idéologie scientifique qu'à la rémunération à l'acte.

De plus, certaines techniques instaurées par les médecins dans le processus de la parturition semblent davantage à leur service qu'à celui de l'accouchée. Par exemple, on demande à la femme d'accoucher en position allongée alors qu'il est pourtant démontré physiologiquement que c'est la posture la plus nocive, puisqu'elle comprime l'utérus de la mère (Laforce, 1987a). De surcroît, la parturiente n'adopte naturellement cette position qu'en dernier recours. C'est davantage pour faciliter le travail du médecin que cette technique a été graduellement mise en place à partir du 18^e siècle. Selon Rindfuss et ses collègues (1979), l'analyse des certificats de naissance de 1971 révèle que les accouchements sont significativement plus nombreux durant les jours de semaine que ceux de fins de semaine et de fête. Il semble donc que l'induction des naissances, qui comporte certains risques, ne soit pas utilisée que pour des raisons médicales.

« Ainsi, la médicalisation de l'accouchement ne serait pas requise pour des raisons sanitaires, mais résulterait plutôt de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale. » (Laurendeau, 1987, p. 165). Par ces propos, il ne s'agit pas ici de faire le procès des médecins, mais plutôt de soulever l'importance de l'idéologie de l'interventionnisme médical derrière ces profonds changements sociaux autour des naissances. Effectivement, au nom de la sécurité, il semble que la définition du risque autour des naissances se soit étendue et généralisée aux notions de grossesse et d'accouchement. Les grossesses dites normales apparaissent alors en diminution. L'invocation de la science, dans son caractère valide, sérieux et crédible, semble être utile à la justification et la légitimation du pouvoir médical en matière de périnatalité.

Cette référence à la science suffit à emporter l'adhésion et le respect de la plupart des gens à l'égard de la médecine. D'ailleurs, la science est devenue le critère du vrai dans bien d'autres domaines aussi. En fait, toute la vie sociale est imprégnée de scientisme, c'est-à-dire la tendance à croire que la science résoudra tous les problèmes humains. (Laurendeau, 1987, p. 175)

3.8 L'idéologie médicale

Renaud et ses collègues (1987), à l'analyse de l'évolution de l'ouvrage le plus utilisé pour l'enseignement aux étudiants en médecine, le *Williams' Obstetrics*, constatent qu'à partir des années 70, le savoir médical atteint l'hégémonie. Il est désormais possible de monitorer le fœtus, presque considéré comme le nouveau patient. « Le passage de l'expérience individuelle et collective féminine dans la reproduction à l'expérience scientifique se fait donc par l'émergence du fœtus comme objet autonome. » (De Koninck, 1987, p. 278). Le fœtus est perçu comme ayant des droits et la mère représente davantage son réceptacle.

La médicalisation de la grossesse et l'accouchement est officiellement complétée. Est révolue l'époque où on enseignait aux futurs médecins d'inciter, voire d'inviter, les mères à venir les consulter de nouveau durant leur grossesse. La responsabilité s'est déplacée; ce sont maintenant les femmes qui ont le devoir, en tant que future « bonne mère » d'honorer les rendez-vous du suivi et de respecter ce que recommande le médecin, l'expert détenant le savoir. Cela s'accompagne d'une certaine passivité chez les mères, qui s'en remettent entièrement à l'obstétricien, en attendant parfois trop longtemps avant de signaler une difficulté. Le changement de paradigme est marquant.

À l'heure où les soins prénataux sont entrés dans les mœurs, on considère la femme à la fois informée de l'absolue nécessité de voir un médecin et ignorante quant au processus physiologique complexe de la grossesse. La femme doit donc se soumettre en toute connaissance de cause. (Renaud et al., 1987, p. 220)

Pour St-Amant (2013), « l'appréhension du phénomène de la naissance en tant que point d'origine de la vie humaine est particulièrement susceptible de tomber sous le spectre mortifère du risque » (p.22). L'idéologie du risque se taille donc une place de choix non seulement dans les milieux médicaux, mais au sein de la société. En surveillant les mères de très près, dans une prévention soucieuse, on aura tôt fait d'éviter un malheur potentiel. Tout cela est bien sûr soutenu par les progrès technologiques constants; pensons seulement à l'échographie et l'amniocentèse. Au-delà du concept du risque, la suprématie du médical sur la grossesse est également supportée et alimentée par les transformations sociales ayant un impact sur le sens désormais accordé à une naissance. Désirée et programmée, cette dernière est davantage d'exception puisque les femmes ont accès aux méthodes contraceptives et s'émancipent sur le marché du travail. Il faut donc préserver et protéger cette grossesse puisqu'elle se fait rare et spéciale. Dans le contexte de cette prévention minutieuse, une nouvelle contradiction s'installe : le fait d'attendre un enfant n'a jamais été aussi périlleux, alors que les taux de mortalité maternelle et périnatale n'ont jamais été aussi faibles (Renaud et al., 1987). Ainsi, l'aspect humain du suivi est relégué au second plan, loin derrière la valeur accordée à l'expertise scientifique. À partir de 1971, les besoins psychologiques de la future mère tendent à disparaître presque complètement du *Williams' Obstetrics* (Renaud et al., 1987).

Pourtant, il semble que les mères n'ont jamais eu autant besoin d'être soutenues. D'après Quéniart (1987), l'idéologie du risque qui s'est insérée dans le suivi médical génère une « obsession de la normalité » chez les femmes enceintes, en constante quête d'assurance et de preuves que tout est « normal ». Cet ensemble de discours autour du concept du risque semble découler notamment de la centralisation des soins autour du fœtus. Pour les médecins, ce sont les conditions de la prise en charge d'une grossesse et la façon dont la mère agit qui encourent des risques potentiels pour le fœtus, de sorte qu'on doive persévérer dans le monitoring médical. Si les risques guettent constamment la mère, mieux vaut être à l'affût de tout signe d'alarme. Cette posture

médicale tend donc à culpabiliser les femmes, puisqu'elles deviennent responsables de plusieurs risques potentiels.

3.9 Le mouvement d'humanisation des naissances

Dans les années 70, le mouvement féministe prend de l'ampleur et remet en question la place et le rôle dévolu aux femmes dans la société. En réaction aux profondes transformations du rapport des femmes à leurs grossesses et accouchements, il commence à s'insurger contre l'idéologie médicale (Valentini, 2004). Les protagonistes luttent pour l'avortement libre et gratuit et la réappropriation de leur corps à travers leurs accouchements. Les femmes militent contre les abus des médecins masculins, qu'elles jugent sexistes et dominants. Elles plaident pour qu'on redonne aux femmes leur autonomie et leur indépendance, retirées par l'emprise des professionnels sur le savoir médical (Corea, 1977; De Koninck, Saillant, & Dunnigan, 1983; Ehrenreich & English, 1982; Roberts, 1981; Scully, 1980). En guise de protestation, des sages-femmes commencent à pratiquer des accouchements dans l'illégalité à domicile (Routhier, 1987). Dans une volonté de préserver la philosophie humaniste des naissances, celles-ci n'abandonneront pas leur lutte pour se faire reconnaître.

Ainsi, en 1980, le mouvement Naissance-Renaissance fait son apparition. Il s'agit d'une association composée de dix groupes régionaux prônant l'humanisation des naissances autour des valeurs de l'autonomie et du libre choix (Ministère de l'Éducation, 1983). En 1980, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) organise une série de colloques sur l'accouchement, nommés : « Accoucher ou se faire accoucher ». Les idéologies se confrontent : les femmes revendiquent de vivre leurs accouchements « sans violence » tandis que les médecins prônent leurs interventions au nom du « sans risque » (Laurendeau, 1987). Il y a donc une impasse. De quelle violence s'agit-il? De la violence induite par les médecins qui abusent de leur pouvoir, ou de la violence appartenant à l'effraction de l'accouchement? De quel risque s'agit-

il ? Du risque inhérent à la naissance, à la vie et à la mort, ou encore d'un risque auquel la médicalisation peut répondre? Les débats sont animés. Les colloques auront suscité la mobilisation d'environ 10 000 personnes, cela témoignant bien du désir de changement partagé par la population.

On y discute de l'endroit où se déroulent les naissances; les femmes évoquent qu'elles ont davantage peur du lieu d'accouchement que de l'accouchement en soi (De Koninck, 1981). Ainsi, apparaissent les idées de mettre sur pied des maisons de naissance et d'offrir légalement le choix de vivre les parturitions à la maison. De plus, on déplore le fait que les professionnels ne sont pas assez disponibles et respectueux des choix des femmes, tout en multipliant les interventions médicales. En plus de revendiquer la liberté d'allaiter et de cohabiter avec leur bébé dans les jours qui suivent la naissance, les femmes désirent être accompagnées et soutenues affectivement par une personne disponible durant l'accouchement.

3.10 Le retour des sages-femmes

Dans ce contexte, les sages-femmes se révèlent être des personnes de choix pouvant répondre à ces besoins qu'expriment les femmes (Savard, 1987). C'est donc dans la foulée des discussions permises par les divers colloques qu'est réintroduite la question de leur place. Plusieurs femmes demandent une autre réponse à leur suivi de grossesse et leur accouchement que celle que leur offrent exclusivement les médecins. La Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et infirmiers du Québec (1980) propose son mémoire dans lequel est réquisitionnée la légitimation des infirmières sages-femmes. Quelques années plus tard, c'est au tour de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1985) de se prononcer favorablement envers la reconnaissance légale des infirmières sages-femmes.

Le débat sur la légalisation de la profession de sage-femme prend son essor (Burke, 2010). Les sages-femmes militent pour leur reconnaissance et sont appuyées par les

femmes et leurs revendications. Les parturientes qui choisissent d'être suivies par une sage-femme le font dans l'illégalité et la marginalité. Elles doivent payer et être confrontées à la pression sociale, en plus d'être laissées à elles-mêmes dans le choix d'une sage-femme compétente (Montreuil, 1987). On perçoit les sages-femmes et celles qui utilisent leurs services comme « hippies et réfractaires », rejetant la science pour revenir en arrière. Pourtant, ces femmes, qui recherchent une alternative à l'hyper-médicalisation et un soutien humain, réclament un service moderne avec compétences techniques (Saillant, O'Neill, & Desjardins, 1987).

Pour se défendre des préjugés véhiculés, une nouvelle idéologie apparaît. Dans un contexte où la norme médicale est devenue le nouveau barème et où « la réalité corporelle importe moins que le discours scientifique » (Quéniart, 1987, p. 250), les sages-femmes saisissent cette idée pour se légitimer. Ainsi, on met de l'avant la vision d'une grossesse normale, menée à terme par une femme forte et indépendante se réappropriant son corps et son expérience ainsi que parfaitement capable d'accoucher par elle-même, comme ses ancêtres l'ayant d'ailleurs précédée. Face à l'idéologie médicale bien implantée et aux besoins des mères, le mouvement des sages-femmes cherche à reprendre un pouvoir et se démarquer par une approche normalisante, humanisante et féministe. Celui-ci aura tôt fait d'être entendu et de se tracer une voie parmi les instances décisionnelles.

3.11 Vers la légalisation de la pratique des sages-femmes

En 1990, afin d'examiner la possibilité de légalisation, le Québec adopte la loi 4, qui permet l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans le contexte de projets pilotes (Fraser & Hatem-Asmar, 2004). Notons qu'à l'époque, la profession est déjà légalisée dans 96% des pays faisant partie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, Saillant & O'Neill, 1987). La réticence des médecins serait en cause dans le choix d'une expérimentation plutôt que d'une légalisation directe, la présence des

sages-femmes menaçant le terrain médical (Blais, Maheux, Lambert, & al., 1994). Environ 50 sages-femmes (autodidactes, professionnelles et infirmières) sont sélectionnées et reconnues par le Comité d'admission à la pratique sage-femme (CAPSF, 1995) dans le cadre des projets pilotes. En 1993, afin de mettre à jour leur savoir, on complète leur accréditation par une formation offerte par l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Dans ce contexte, Hatem-Asmar (1997) mène une étude visant à décrire le profil professionnel de la sage-femme québécoise. Elle soulève les éléments suivants : la vision de la grossesse et l'accouchement comme phénomènes normaux, la continuité et la globalité des soins, le support de la famille via celui de la mère, la considération des besoins, des droits des femmes et des compétences parentales, ainsi que l'utilisation raisonnable des techniques. Son lieu de pratique est flexible et elle offre à la future mère, qu'elle place au centre de ses préoccupations, disponibilité et écoute.

En 1999, au terme d'un débat social entamé presque 30 ans plus tôt, le projet de loi 28 légalise enfin la profession des sages-femmes (Assemblée nationale du Québec). Véritable révolution. Malgré cela, une certaine réticence demeure de la part du corps médical, rendant la collaboration ardue avec les sages-femmes. L'intégration de cette « nouvelle » profession s'installe petit à petit, jusqu'à être implantée aujourd'hui, tout en conservant son caractère marginal (4,2% des naissances totales; Association canadienne des sages-femmes, 2018). D'après Laforest (2012), quelques décennies seront encore nécessaires afin de permettre la « légitimation sociale » de la profession.

CHAPITRE IV

LES SAGES-FEMMES QUÉBÉCOISES D'AUJOURD'HUI

4.1 Bref aparté, en France

En Europe, contrairement au Québec, la vague de « scientification » du 18^e siècle permet aux accoucheuses de s'inscrire dans le courant médical en favorisant l'encadrement de la profession par la création d'écoles. Ainsi, en France, la médicalisation de l'accouchement qui s'intensifie lors du 20^e siècle ne disqualifie pas les sages-femmes, mais les intègre plutôt au sein du corps médical hospitalier. D'ailleurs, aujourd'hui, avant de se spécialiser durant quatre ans en pratique sage-femme, il faut passer par une première année commune d'étude en santé, au même titre que les médecins et chirurgiens. Il s'agit donc d'une profession médicale s'accompagnant de plusieurs autorisations telles que la prescription de contraception, le suivi gynécologique, la vaccination, la pratique de l'interruption volontaire de grossesse, etc. (Ordre des sages-femmes, 2017). Nous verrons qu'au Québec, en raison de la singularité de leur histoire, les sages-femmes ont développé une pratique bien à elles.

4.2 Leurs services

Au Québec, les sages-femmes offrent entièrement le suivi prénatal des grossesses se déroulant « normalement », l'assistance lors de l'accouchement et le suivi jusqu'à six semaines post-partum. Les femmes ayant des grossesses dites à risques ne peuvent être accompagnées par une sage-femme. Depuis 2004, les parturientes peuvent se prononcer sur leur désir d'accoucher en maison de naissance, à l'hôpital ou encore à la maison. Les services de la sage-femme, qui est une professionnelle autonome

contractuelle avec le réseau de la santé et des services sociaux, font partie de la couverture offerte par la RAMQ. L'Ordre des sages-femmes du Québec, créé en 1999 afin de régir la profession, autorise la pratique d'examen cliniques nécessaires, la prescription d'échographies, le dépistage prénatal à l'aide de tests et certaines analyses de laboratoire. Lors du rapport annuel de 2017-2018, l'OSFQ comptait 230 membres sages-femmes.

4.3 Leur philosophie

Dans leur étude, Dubé et ses collègues (2013) relèvent que la sage-femme québécoise incarne une philosophie se démarquant nettement de l'approche biomédicale, qu'elle juge pernicieuse.

Le pouvoir que confère à la profession médicale la légitimité de la science dont elle se réclame a pour conséquence l'impuissance des patients, impuissance créée et entretenue afin de maintenir leur dépendance à l'égard des professionnels, des experts, de ceux qui savent. Confronté à une relation inégale et à sens unique où il est subordonné au médecin-savant, le patient-ignorant devient dépendant de l'aide professionnelle et de plus en plus incapable de résoudre ses problèmes lui-même. (Laurendeau, 1987, p. 175)

C'est justement en réaction contre cette idéologie scientifique et médicale que les sages-femmes s'inscrivent dans un paradigme opposé. Celles-ci conçoivent plutôt la grossesse comme un processus normal et cherchent à « protéger » cette normalité (Brabant, 1991). Elles portent un message à caractère militant dans leur pratique sans s'en défendre, puisqu'elles souhaitent permettre aux mères la réappropriation de leur corps et de leur expérience. Pour elles, l'accouchement est un événement naturel venant avec la condition de femme. Ainsi, la femme est une cliente et non pas une patiente puisqu'elle n'est pas « malade ». Dans ce contexte, la relation entre la femme et sa professionnelle se veut explicitement « égalitaire », afin de favoriser l'indépendance et l'empowerment. Dans une approche humaine et chaleureuse faisant place aux besoins

sociaux, culturels et émotifs, les sages-femmes invitent les femmes enceintes à prendre part aux décisions concernées, en leur offrant, notamment, les informations et connaissances nécessaires pour ce faire. L'idée est d'offrir la continuité au niveau des soins, un minimum d'intervention médicale, la neutralité professionnelle, la responsabilisation des parents et le droit au choix éclairé (Ordre des sages-femmes du Québec, 2018).

Certains écueils sont toutefois percevables dans cette philosophie, même dans ses meilleures intentions. Effectivement, est-ce réaliste de croire qu'une relation d'aide puisse vraiment être égalitaire? Si une personne incarne une demande face à une autre se trouvant en moyen d'y répondre, une hiérarchie nécessaire s'installe et on ne peut la nier. Par l'analyse d'interaction entre femmes enceintes et sages-femmes, Laforest (2012) met en lumière que les mères s'en remettent plus souvent qu'autrement entre les mains des professionnelles qu'elles perçoivent comme « expertes ». Il semble donc que malgré la philosophie préconisée par ces dernières, les clientes admettent d'entrée de jeu les positions asymétriques de la relation. « En fait, plus que lui [sage-femme] reconnaître l'expertise qu'il faut pour proposer des solutions aux problèmes, elle [cliente] lui laisse le soin de les faire émerger » (Laforest, 2012, p. 99). Pour les femmes enceintes, c'est la sage-femme qui sait; il n'est donc pas étonnant qu'elles acceptent explicitement ses conseils à une très grande proportion (Bédard & Laforest, à par.).

4.4 Leur formation

Depuis la légalisation de la profession en 1999, l'Université du Québec à Trois-Rivières offre un baccalauréat d'une durée de 4 ans en pratique de sage-femme. La liste des cours du programme se trouve à l'annexe A. Il s'agit de la seule formation reconnue actuellement au Québec. Contrairement à la France, le programme en pratique sage-femme ne relève pas du département de médecine et comporte une approche

communautaire. La valorisation d'un accouchement en toute sécurité et dignité y est prioritaire.

En première année, l'accent est mis sur les cours fondamentaux tels que l'anatomie, la microbiologie et d'autres sciences médicales. Dès la deuxième année, les étudiantes peuvent pratiquer des stages qui s'étalent sur trois trimestres. Au total, les deux tiers des trimestres du programme ont lieu dans les milieux cliniques. Ainsi, les cours sont souvent offerts en ligne ou à un rythme intensif car la majeure partie de la formation se déroule en maison de naissance. À chacun des stages, d'une durée de quelques mois, les étudiantes sont jumelées à une sage-femme qu'elles accompagnent en tout temps (Laforest, 2011). Si les sages-femmes se définissent à contre-courant de l'idéologie médicale, comment expliquer que leur formation soit somme toute très axée sur le médical? Nous ne nions pas la nécessité de connaissances scientifiques, mais contestons plutôt la cohérence de leur formation avec leur philosophie.

Par ailleurs, en plus des éléments philosophiques de la pratique, le programme a pour objectifs, entre autres, d'amener les étudiantes à « considérer » les besoins psychologiques, sociaux, culturels et spirituels d'une grossesse. Pourtant, à l'analyse de sa structure, l'on repère seulement trois cours se rapportant explicitement à ces aspects, dont deux faisant partie du département de psychologie (Université du Québec à Trois-Rivières, 2013). Il est ainsi possible de se demander comment les sages-femmes peuvent être outillées à répondre aux besoins psychologiques des femmes si le sujet n'est qu'effleuré lors de leur formation. Comment comprendre le fait qu'une place plus grande ne soit pas offerte à la psychologie si les sages-femmes sont spécifiquement réapparues pour répondre à la demande affective des femmes enceintes?

Ajoutons également qu'on apprenait dernièrement que les étudiantes du programme subissent d'importants préjudices durant leur formation à l'UQTR et qu'une enquête est en cours pour faire de la lumière sur la situation (Saint-Jacques, 2019). Nous y reviendrons plus en détails dans la discussion de ce travail, mais on peut déjà interroger

leurs conditions d'études et les mauvais traitements auxquels elles sont confrontées. En dépit de la formation, comment peuvent-elles être disposées à soutenir affectivement les mères si on ne prend pas soin d'elles?

CHAPITRE V

L'EXPÉRIENCE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE

5.1 Introduction

Dans une ère où la grossesse n'est presque perçue qu'au plan médical, « il s'opère une restriction du sens de la maternité, de la naissance [...] : tout devient affaire de technique » (Quéniart, 1987, p. 262). On offre aux femmes une réponse scientifique à des maux psychiques, cela évacuant la subjectivité, ne les rassurant que pour un temps et nourrissant davantage l'angoisse (Reeves, Pelletier, Schauder, Thériault, & Wendland, 2016). Paradoxalement, la domination de la technique médicale est telle qu'elle devient la principale source de réassurance pour les femmes. Est ainsi mise de côté l'expérience psychique de la grossesse, qui s'avère vécue tout autant intensément que l'expérience corporelle et pour laquelle les femmes réclament aussi d'être entendues.

5.2 Un état normal de folie

Dans la lignée de Louis-Victor Marcé (1858), premier à soulever l'existence d'éléments psychiques singuliers chez les femmes enceintes, Winnicott (1956) propose la notion de « préoccupation maternelle primaire », apparaissant aux derniers moments de la grossesse et suite à la naissance du bébé. Il compare cette disposition à la folie, « à un état de repli, de dissociation, à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus » (Winnicott, 1956, p. 287). Cette hypersensibilité ne survient pas au hasard; elle permet à la mère de s'identifier à son bébé pour ainsi répondre à tous ses besoins « avec délicatesse et sensibilité » (Winnicott, 1956, p. 288)

afin qu'il vive l'illusion d'omnipotence nécessaire à sa survie durant les premiers temps de vie.

Racamier (1961) décrit l'ensemble des processus psychiques engendrés par la grossesse chez une femme dans son concept de « maternalité ». Il observe un investissement libidinal davantage narcissique et une régression, invitant les mères à désinvestir l'extérieur et se centrer sur elles-mêmes. Bien que cet état ait été comparé aux phénomènes psychotiques, il n'est pas à entendre comme une pathologie clinique, mais bien comme un processus normal caractéristique de la grossesse.

Pédiatre et psychanalyste, Ted Berry Brazelton (1981) s'étonne d'observer, chez des femmes primipares, la présence massive d'angoisse lui apparaissant d'emblée pathologique. Le discours et la fantasmagie exprimés par ces femmes lui semblent si inhabituels qu'il est préoccupé par la période post-natale et pressent des difficultés maternelles dans l'accordage avec le bébé. Puisqu'il n'y a pas de complication ultérieure, force est de constater que les remaniements psychologiques émergeant lors de la gestation ont une utilité bien précise, celle de préparer la mère à s'attacher et s'adapter à son bébé. Par conséquent, il en conclut que l'apparition de cette sensibilité maternelle est une condition nécessaire chez la parturiente afin que celle-ci puisse s'adapter à son nouveau-né.

5.3 Une crise maturative

Pour Bydlowski (1991) et d'autres auteurs (Bibring, 1959; Racamier et al., 1961), l'expérience de la grossesse donne lieu à une crise psychique pouvant être assimilée à la période de l'adolescence. Régressée, la femme enceinte se retrouve en condition constante d'« appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'époque de l'adolescence » (Bydlowski, 2000a, p. 89). Des transformations corporelles menant à un nouveau corps vécu, une réactivation et un remaniement des conflits infantiles ainsi que des changements dans les identifications aux figures

parentales sont en jeu durant ces périodes de vie (Paul-Claude Racamier, 1978). L'expérience d'une première maternité propulse la femme dans une identité maternelle, son développement étant marqué du sceau de ce nouveau rôle (Benedek, 1959).

Cette nouvelle identité maternelle n'est pas seulement le fruit de légères modifications psychiques chez la femme; elle constitue bel et bien une nouvelle organisation en soi (Stern, Bruschweiler-Stern, & Freeland, 1998). En devenant mère, la parturiente fonctionne désormais selon de nouveaux principes psychiques qui s'inscriront au sein de sa « psyché maternelle ». Celle-ci organisera la vie psychique de la mère, remplacera l'organisation présente auparavant et modifiera fondamentalement l'identité féminine.

5.4 Une fenêtre intrapsychique

Terme introduit dans la littérature psychanalytique périnatale par Monique Bydlowski (1991), la « transparence psychique » décrit les caractéristiques du psychisme maternel naturel durant la grossesse. Une rupture apparaissant dans l'équilibre normal de la femme, cet état psychologique singulier est détectable dès les premiers instants de la grossesse. Il se décrit comme un « état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience » (2001, p. 41). La barrière de la censure s'assouplissant et les défenses habituelles perdant de leur efficacité, refont puissamment surface une foule de fantasmes et de souvenirs perdus en mémoire. La maternité constitue donc une occasion unique permettant à la femme de poser un regard intérieur sur elle-même (Bydlowski, 2001).

Raphael-Leff (1991, 1993) insiste sur le caractère unique de chaque grossesse et sur l'involontaire « perméabilité » que celle-ci offre à la femme enceinte. Plus précisément, la gestation provoque une effervescence psychique qui lève le voile sur des anxiétés primitives et des émotions demeurées enfouies jusque-là dans l'inconscient. La pression mentale et psychique à travailler le remaniement identitaire inhérent à la grossesse incite la femme à être plus attentive qu'auparavant aux contenus

subliminaux qui parviennent à sa conscience. Si la femme est sensible à ces nouvelles dispositions, il s'agit là d'une opportunité pour explorer les confins de la scène interne.

5.5 Angoisse et ambivalence

S'il s'agit d'une occasion psychique riche, il s'agit également d'une occasion angoissante. En plus de la résurgence d'angoisses à caractère archaïque, le corps féminin, devenu le contenant d'un autre être humain, est aussi sujet d'angoisses inhérentes à la passivité, à l'intrusion et à l'envahissement du bébé à l'intérieur de soi (Pascal, Spiess, & Thenevot, 2011). Vulnérables, les femmes évoquent la peur de perdre le contrôle, tant aux plans somatique que psychique (Reeves et al., 2016). Naturellement, même si la grossesse est désirée consciemment, elles manifestent également une forte ambivalence à l'égard du bébé, s'exprimant par leur corps et leur discours (Bellion, 2001; Deutsch, 1949). Hostilité et agressivité saines accompagnent l'amour ressenti pour le fœtus, ce qui nourrit l'angoisse se trouvant également à la source de ces affects. Si le bébé est tant souhaité par la mère, il représente aussi l'étranger immiscé en elle qui bouleverse sa vie interne et externe. Normale et nécessaire, l'ambivalence doit prendre une place afin d'être élaborée par la parturiente, ce qui l'aidera à mieux s'ajuster à son bébé.

5.6 Les trois phases de la grossesse

Raphael-Leff (1980) divise la grossesse en trois phases chronologiques qui équivalent approximativement aux trois trimestres. Pour la future mère, la première phase se concentre sur la grossesse, la deuxième sur le fœtus et la dernière sur le bébé. La sensation des premiers mouvements fœtaux par la mère la plongera dans la deuxième phase et la croyance en la viabilité du bébé la propulsera dans la troisième phase. Raphael-Leff (1982) suggère que ces phases peuvent être comprises comme des répétitions de ce que la parturiente aura à vivre avec son nourrisson, de la fusion

symbiotique à la séparation, en passant par la différenciation et l'individuation. Ainsi, durant sa grossesse psychique, la femme enceinte revit la séparation à sa propre mère, d'autant plus qu'elle doit renoncer irrévocablement à son statut de fille. L'identification à une image maternelle idéalisée et la fréquentation de sujets féminins sont d'ailleurs nécessaires en cette période de préparation psychique à la « devenant mère » (Bydlowski, 2000a). Pour certaines femmes, l'identification s'installe avec leur propre mère de laquelle elles ont intériorisé une image saine et bienveillante. Pour d'autres, le rapport à la mère étant défaillant, l'identification se réalise avec d'autres femmes présentes dans l'entourage. Pensons seulement à l'importance de la qualité de la relation avec la sage-femme, qui occupe une place significative pour la parturiente.

CHAPITRE VI

MÉTHODOLOGIE

6.1 Contexte général de l'essai

Cet essai était initialement inscrit dans une recherche internationale s'intitulant : « *Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité* ». Ayant pris naissance en 2008 à l'Université de Strasbourg, celle-ci était sous la responsabilité principale de M. Serge Lesourd et dirigée par M. Claude Schauder, professeur associé de psychopathologie clinique, au sein du laboratoire de l'Unité de recherche en psychologie : subjectivité, connaissance et lien social. Dans une perspective épidémiologique, des équipes de recherche ont opéré au Brésil, en Chine, en Russie, en France et au Canada. Au sein de ces équipes nationales, des doctorants, chercheurs et professeurs ont concentré et concentrent encore aujourd'hui leurs travaux scientifiques sur des thèmes s'articulant autour de la recherche principale, en utilisant des méthodologies qualitatives distinctes. Ainsi, cette recherche internationale est à l'origine de nombreux projets différents se situant dans le champ de la maternité.

Au Canada, l'étude épidémiologique était, jusqu'en 2010, sous la responsabilité de Mme Irène Krymko-Bleton, professeure, chercheuse, psychologue et psychanalyste au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). L'équipe de recherche québécoise a ensuite été dirigée par Mme Nicole Reeves, psychologue clinicienne, chercheuse et chargée de formation clinique au département d'obstétrique-gynécologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Une collaboration entre le CHUM et l'UQÀM est donc née de cette transition de

responsabilité scientifique, Mme Krymko-Bleton demeurant co-chercheuse sur le projet de recherche. Ainsi, à l'UQÀM, les doctorants qui réalisent des thèses travaillent sous la direction de Mme Krymko-Bleton. Bien qu'elles s'abreuvent de la recherche internationale, ces thèses n'en demeurent pas moins séparées et différenciées par leur méthodologie.

6.2 Éléments méthodologiques de la recherche internationale

Dans la majorité des volets nationaux, la participation des hommes et des femmes a été sollicitée, avec un objectif d'échantillonnage de 30 à 45 sujets par pays. Toutefois, au Québec, seules les femmes ont été rencontrées au cours d'entretiens. L'échantillon québécois est composé de 22 femmes primipares et multipares, âgées entre 25 et 40 ans. Lors du recrutement, les femmes devaient se situer autour du premier trimestre de grossesse (maximum 16 semaines). En raison du partenariat avec le CHUM, une partie des sujets de l'étude y a été sélectionnée, lors de la rencontre informative du Centre des naissances s'adressant aux femmes en début de grossesse. Leur participation a donc été sollicitée sur une base volontaire, à la fin de chaque séance hebdomadaire. D'autres femmes ont également été recrutées par bouche-à-oreille et diffusion dans les réseaux professionnels et personnels des membres du groupe de recherche. Elles ont donc été interviewées par un autre chercheur que celui qui les a recrutées.

Le cadre de la recherche internationale prévoyait cinq entrevues par sujet ; cependant chaque participante québécoise a été vue quatre fois. Ainsi, les femmes ont été rencontrées chaque trimestre de la grossesse (autour du troisième mois, du sixième mois et du huitième mois) ainsi qu'un mois post-partum. La cinquième entrevue, prévue lorsque l'enfant était âgé d'un an et demi à deux ans, a été mise de côté pour des fins pratiques. D'environ 30 à 75 minutes, la durée des entretiens a varié en fonction de la facilité des participantes à s'exprimer et de la variété des sujets abordés. Pour guider les entrevues semi-structurées, un canevas de trois questions ouvertes a été

utilisé : « Comment cela se passe-t-il pour vous depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? », « En avez-vous parlé, en parlez-vous, et à qui ? » et « Avez-vous des attentes particulières envers les professionnels ? ». Ces questions de base servaient à guider l'entretien, mais la consigne restait avant tout de suivre la parole du sujet et laisser son discours s'exprimer librement. Des relances ont été utilisées afin de favoriser l'élaboration et soutenir le propos des participantes, tout en veillant à ce qu'il ne déborde pas. Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits par un membre de l'équipe de recherche.

Les entrevues ont principalement été réalisées par Mme Reeves et Jeanne Thériault, alors doctorante. Les participantes avaient la possibilité de choisir le lieu de rencontre : l'hôpital, l'université ou leur domicile. Lors du premier entretien, le formulaire de consentement de l'étude (Annexe B) leur était remis. Celui-ci comprenait des informations telles que le titre de l'étude, le nom des chercheurs principaux, le contexte et les objectifs de recherche, les étapes de l'étude, les avantages et risques possibles, les modalités de désistement, la confidentialité, l'anonymat, les coordonnées de Mme Nicole Reeves et du CHUM ainsi que les droits légaux. Une explication à l'oral était fournie au sujet en complément. Avant de débiter les entretiens, il était de nouveau mentionné au sujet qu'il pouvait se retirer de la recherche à tout moment sans préjudice, et ce, sans avoir à fournir un motif précis. Une fois l'entrevue terminée, étaient également recueillies des données socio-démographiques à l'aide d'un court questionnaire (Annexe C). Ensuite, l'équipe de recherche communiquait avec les participantes pour fixer les entretiens ultérieurs.

Dans chacune des équipes de recherche, l'analyse des entrevues a été produite à l'aide d'une grille préétablie. Itérative, celle-ci était l'objet de modifications constantes suite à des allers-retours entre son contenu et le matériel discursif. Elle visait principalement à codifier et catégoriser les attentes du sujet en regard des différents temps de sa grossesse.

Conformément aux exigences éthiques, la recherche a été approuvée par le comité éthique de la recherche chez l'humain par l'UQÀM, alors qu'elle était sous la direction de Mme Krymko-Bleton. Elle a ensuite été entérinée par le comité éthique du CHUM (Annexe B), lorsque Mme Reeves a pris le relais de la responsabilité scientifique. Bienveillance, transparence et discrétion ont guidé les actions de l'équipe de recherche à travers le consentement libre et éclairé, l'anonymat, la confidentialité et le respect des limites des participantes.

6.3 Notre posture psychanalytique de recherche

Invitée par Mme Krymko-Bleton à s'impliquer dans le laboratoire de recherche au CHUM avant même de débiter notre doctorat, nous avons pu participer aux réflexions, aux transcriptions, aux analyses, et même à la réalisation d'entretiens avec quelques sujets. Un peu plus tard, un stage de recherche doctoral a été effectué sous la supervision de Mme Reeves et nous a amenés à collaborer à la rédaction d'un article sur l'anxiété périnatale (Reeves et al., 2016). Nous avons donc pu nous imprégner du matériel clinique de diverses façons, bien avant l'émergence et l'élaboration du présent projet doctoral.

Dans son laboratoire universitaire, Mme Krymko-Bleton (2014a, 2014b, 2016) a développé avec les années une démarche méthodologique prenant assise sur la méthode psychanalytique. Contrairement à la procédure scientifique dite « classique » (il va sans dire s'inscrivant dans un paradigme positiviste), le chercheur ne fait pas son recrutement et sa cueillette de données après avoir formulé ses objectifs, questions et hypothèses de recherche. C'est plutôt l'inverse. Ayant préalablement accès à de riches entretiens cliniques dans son champ d'étude, l'étudiant est plutôt invité, en début de parcours doctoral, à s'y intéresser et s'y plonger dans une posture d'écoute flottante, sans aprioris. L'intention est de favoriser, au fil des écoutes et des relectures d'entretiens, l'émergence spontanée d'une question « parlante » au chercheur, qu'il lui

sera possible de s'approprier. Cette façon d'approcher la recherche ancre les interrogations dans la clinique, à travers la subjectivité et le « contre-transfert » de l'étudiant. Si les questions partent d'une énigme propre au chercheur qui émane de la clinique, il y a certainement là une piste valable à explorer.

Dans le cadre de cet essai, la question de recherche actuelle a émergé en fin de parcours doctoral et a donc transformé l'essence du projet initial. Si ce dernier s'est transformé en cours de route, c'est que nous n'avons pu nous l'approprier, sa naissance s'étayant davantage sur une réflexion intellectuelle qu'un ressenti clinique. Au départ, nous nous proposons d'explorer la vie fantasmatique de femmes primipares autour de l'événement de l'accouchement. Afin de satisfaire les exigences liées à l'essai doctoral, nous avons décidé d'utiliser un échantillon de deux sujets, en concentrant nos analyses sur les troisième et quatrième entretiens, correspondant au troisième trimestre de la grossesse et un mois post-partum. Au cours de notre exploration du matériel d'analyse, notre attention s'est portée tout particulièrement sur les entretiens de femmes élaborant davantage autour du thème de l'accouchement, afin de s'assurer d'avoir un matériel riche pour répondre à nos questions de recherche.

C'est au fil de ce processus que nous avons été frappées par les propos de Marie-Lune, une participante primipare suivie par une sage-femme. Nous avons d'abord été interrogées par le fait qu'elle évoque des peurs à l'égard de l'accouchement en début de grossesse, craintes classiquement plus abordées en fin de parcours. Par la suite, notre attention s'est déplacée sur sa façon d'exprimer l'évolution de ses angoisses face à la parturition ainsi que sa profonde ambivalence à l'égard du bébé. Une énigme s'est posée dès lors que nous avons perçu chez la participante ce qui nous a semblées être la reprise du discours de la sage-femme, sans diminution apparente de l'angoisse. Nous avons ainsi été étonnées que le sujet, malgré maintes tentatives d'expression, n'ait pas été reçu dans sa subjectivité par la sage-femme. C'est à partir de là que nous avons présumé qu'en dépit d'un désir d'offrir un soutien affectif à la parturiente, la sage-

femme était possiblement trop imprégnée d'un discours idéologique pour pouvoir s'en distancier et entendre une détresse le mettant en défaut. Sur la base de ces réflexions, appuyée par mes collègues de recherche ainsi que ma directrice, nos interrogations ont commencé à investir, dans un premier temps, le thème de l'idéologie autour de la maternité, de la grossesse et de l'accouchement, et, dans un second temps, celui des sages-femmes et leur pratique.

6.4 L'essai et son matériel d'analyse

Le présent essai constitue une mise en tension du discours idéologique des sages-femmes et ses effets, à partir d'une étude de cas clinique. Dans un premier temps, nous avons analysé les propos de Marie-Lune, au fil des quatre entretiens (troisième mois, sixième mois, huitième mois et un mois post-partum). Dans un deuxième temps, guidées par nos questionnements concernant les difficultés de cette participante, nous avons examiné des textes de sages-femmes pour en faire ressortir les discours idéologiques véhiculés. Dans un troisième temps, nous avons mis en tension ces éléments pour analyser le fonctionnement du discours idéologique et illustrer ses effets sur l'écoute et le vécu subjectif.

6.4.1 Le cas clinique

Marie-Lune est une femme québécoise dans la trentaine, primipare et en couple. Au moment des entretiens, il s'agit de sa troisième grossesse, suite à deux fausses-couches précoces et rapprochées dans temps. Marie-Lune a fait le choix d'un suivi sage-femme en maison de naissance, après avoir été déçue et frustrée par les services médicaux. Les quatre entretiens sont réalisés par Jeanne Thériault, alors doctorante.

6.4.2 Les textes de sages-femmes

Après un survol exhaustif des écrits populaires de sages-femmes, notre choix s'est arrêté sur les ouvrages suivants : *Une naissance heureuse : bien vivre son*

accouchement et sa grossesse, d'Isabelle Brabant (1991) et *Au cœur de la naissance*, un recueil de textes dirigé par Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant (2004). Le premier livre a été épluché dans son entièreté et, du deuxième, ont été analysés cinq textes : la *Préface* de Céline Lemay, *Accoucher c'est prendre le risque d'être transformée* d'Isabelle Brabant, *Le désastre obstétrical* de Gérald Marquis, *Un miracle sans cesse renouvelé* d'Hélène Rousseau et *Deux femmes en parallèle* d'Isabelle Lacasse.

6.5 Le choix des ouvrages et textes

Les deux ouvrages ont été sélectionnés dans une perspective chronologique. Nous les avons approchés comme suit : le premier, envisagé comme fondateur, établit les croyances et visions de la pratique sage-femme, tandis que le second, de 15 ans son aîné, constitue la reprise et l'évolution de ce discours.

L'ouvrage de Mme Isabelle Brabant (1991) est considéré comme phare dans la culture des sages-femmes au Québec. Rappelons qu'il est publié alors que la pratique des sages-femmes n'est pas encore légalisée au Québec. Impliquée dès les balbutiements du mouvement d'humanisation des naissances, Mme Isabelle Brabant représente en quelque sorte la figure emblématique de la sage-femme québécoise moderne. Dans le contexte de l'hyper-médicalisation de l'époque, elle est parmi les premières à avoir posé et promu les bases d'une vision différente, pourrait-on dire nouvelle, de la grossesse et l'accouchement. S'opposant au discours médical, elle propose en effet aux femmes de s'approprier leurs grossesses et leurs accouchements, vus comme phénomènes beaux et normaux, dans une philosophie humanisante et non médicalisante. L'ouvrage, révisé pour la deuxième fois en 2013, est toujours aussi populaire auprès des femmes enceintes en tant que manuel informatif, plus de 25 ans après sa première publication. Connue du public, Mme Isabelle Brabant offre encore

aujourd'hui des ateliers et conférences au Québec et en France, en plus d'accompagner des femmes enceintes.

Dans son livre, Mme Brabant (1991) aborde les débuts de la grossesse jusqu'à l'accouchement. On y traite des aspects psychologiques et physiologiques, des préparatifs, du suivi, du déroulement, en offrant une multitude de conseils et d'informations aux parturientes, allant de l'alimentation au sommeil, en passant par le sens de la douleur et le devenir mère.

L'ouvrage dirigé par Mmes Lysane Grégoire et Stéphanie Saint-Amant (2004) est un recueil de textes regroupant des témoignages et réflexions au sujet de l'accouchement. Mme Lysane Grégoire est directrice de l'organisme Mieux-Naitre à Laval et présidente fondatrice du Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel), suite à une expérience d'accouchement avec une sage-femme en 1995. Personnage important dans la lutte pour la légalisation des sages-femmes, Mme Stéphanie St-Amant était (décédée en 2017), quant à elle, docteure en sémiologie de la naissance, chercheure et consultante experte en périnatalité. Pourquoi choisir d'analyser les discours idéologiques véhiculés par les sages-femmes à travers un ouvrage n'étant pas dirigé par des sages-femmes? Parce que ces deux femmes font partie des figures de proue du mouvement militant pour les sages-femmes. Les textes du livre s'inscrivent tous dans une même volonté de se réapproprier l'accouchement, perçu comme naturel et physiologique, et de redonner une place centrale aux expériences de naissance avec les sages-femmes. Les propos du livre servent donc les intérêts communs d'un même groupe, formé des sages-femmes, des familles qu'elles accompagnent ainsi que des partisans et militants pour leur cause et leur reconnaissance.

Ceci étant dit, comme dans tout ouvrage, certains textes sont plus à saveur idéologique que d'autres. Dans un souci de transparence et de pluralité des visions, nous avons choisi des textes écrits par différents auteurs. Parmi ces derniers, se trouvent donc deux

sages-femmes, un médecin de famille, un homme ainsi qu'une femme témoignant de son histoire. Certains textes mettent en évidence un clivage marqué entre le médecin et la sage-femme, l'hôpital et la maison de naissance, alors que d'autres sont davantage prudents et modérés, invitant à respecter le processus et les souhaits de chaque femme. Cette sélection a pour buts d'inscrire notre démarche dans la nuance et de tenter de présenter le discours des sages-femmes et leurs alliés dans plus d'un angle possible.

La préface de Céline Lemay, sage-femme, dénonce l'idéologie médicale en place et met de l'avant un désir de concevoir la naissance autrement. Le texte d'Isabelle Brabant, sage-femme, est plus nuancé et aborde le potentiel transformateur de l'accouchement, peu importe le contexte de celui-ci. Les propos d'Hélène Rousseau, médecin, invitent à reconnaître le caractère mystérieux de la naissance, à travers une critique de l'hyper-médicalisation. *Le désastre obstétrical* de Gérald Marquis, comme son titre l'évoque, dépeint une image négative du médecin et introduit la sage-femme comme étant la réponse aux besoins des femmes. Enfin, l'histoire d'Isabelle Lacasse raconte comment sa sage-femme lui a été d'un précieux soutien, à travers les complications médicales de ses accouchements.

6.6 Reconnaissance de notre subjectivité et nos postulats

Cet essai doctoral s'inscrit dans une approche qualitative permettant au chercheur d'accueillir le discours du sujet ou encore l'écrit dans toute sa richesse et ses subtilités, cherchant à rendre compte de la complexité des processus humains et psychiques. S'inscrivant dans un paradigme constructiviste faisant place à la subjectivité, nous prenons en considération la relation sujet-objet. Bien qu'une suspension des aprioris soit nécessaire pour le chercheur avant d'effectuer tout travail analytique, le sens étant dégagé des entrevues et ouvrages ne peut être qu'un produit unique, résultat d'une interaction entre l'analyste et le matériel. « Il importe par conséquent d'être attentif au fait que l'analyse parle bien souvent autant de l'analyste, de sa société et de sa culture

que du phénomène analysé » (Paillé & Mucchielli, 2003, p. 62). Il ne s'agit pas d'une faille ou d'un leurre de la recherche car, dans la mesure où le chercheur le reconnaît, cela permet d'ancrer le propos dans un contexte subjectif, culturel et sociétal. Qu'on le reconnaisse ou pas, la subjectivité est présente dès lors qu'un chercheur décide d'investir une recherche sur un thème *x* qui forcément lui parle et a ses échos personnels.

Dans cet essai traitant de l'idéologie et ses effets sur la subjectivité, nous ne cherchons pas à prétendre à la détention d'une vérité objective, extraite de toute préconception. Ainsi, un risque se pointe à l'horizon : comment parler d'idéologie sans être idéologique? Comme l'évoque Duparc, « tout travail sur l'idéologie reste à la merci du contre-transfert de l'analyste et de sa propre implication dans sa culture et ses idéologies d'origine » (2004, p. 9). Il serait donc fallacieux de se positionner d'emblée dans un rapport où « les autres sont idéologiques et nous sommes objectifs ». Nous partons donc plutôt de la prémisse que c'est en reconnaissant nos croyances et notre culture que nous ouvrons la possibilité de ne pas entretenir un discours idéologique. Car quelqu'un qui se trouve pris dans une idéologie ne peut en être conscient et entendre autre chose que ce qu'il croit être la vérité.

Nous admettons donc d'abord la posture psychanalytique adoptée dans ce travail, trame de fond de nos interprétations. Nous croyons qu'un sujet peut laisser échapper dans son discours des éléments de ses désirs et conflits inconscients. Nous avons donc cherché et interprété, dans les entretiens de Marie-Lune, des traces de l'expression de son inconscient. Quoiqu'issus d'une démarche rigoureuse, nous reconnaissons que nos résultats peuvent comporter une part de conjecture.

Leur travail [étudiants] vise à éclairer sur tout ce qui témoigne de la division du sujet, de la conflictualité de son univers intrapsychique et inter-relationnel, jusqu'au niveau inconscient qui le détermine. Les interprétations qui en résultent sont toujours hypothétiques, mais en

est-il autrement dans le processus thérapeutique ? (Krymko-Bleton, 2014b, p. 122)

Nous partons également du principe que le sujet porte une demande. Bien que le chercheur souhaite à priori trouver des réponses à ses questions, la personne qui se montre désirante de participer a envie de nous dire quelque chose. « Pour accepter de perdre son temps à répondre aux questions du chercheur, il faut bien avoir quelque chose à dire qu'on désire faire entendre ! » (Krymko-Bleton, 2014b, p.117). Ainsi, nous envisageons que Marie-Lune nous demande quelque chose et cherche à être entendue.

Nous admettons également que plusieurs idéologies se confrontent actuellement dans notre société et qu'il est impossible de s'en dégager totalement. Par exemple, l'hyper-médicalisation de l'accouchement technique cohabite avec une volonté de retour aux dimensions traditionnelles et naturelles de celui-ci; les discours faisant place à la mère indigne coexistent avec ceux autour de la mère parfaite; l'idéologie de la réussite et de la performance contredit celle du lâcher-prise, quoiqu'il faille souvent « réussir » son lâcher-prise. Nous pourrions continuer ainsi jusqu'à plus soif. L'idée n'est pas de recenser les idéologies du monde post-moderne, mais de concéder qu'en tant que chercheurs, nous évoluons à travers celles-ci et ne pouvons définitivement nous en extraire.

6.7 La pragmatique linguistique et la rhétorique

Notre travail s'inscrit dans une approche générale d'analyse de contenu, qui « enrichit le tâtonnement exploratoire, accroît la propension à la découverte » (Bardin, 1977, p. 33). D'après Bardin, l'analyse de contenu se définit comme étant « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs [...] permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception [...] de ces messages » (1977, p. 47). En se laissant porter par les

propos du sujet, elle permet d'analyser ce qui émerge et de générer de nouvelles énigmes. Nous cherchons à comprendre ce qui conduit à la production d'une telle parole et ce que cette dernière peut avoir comme effet.

Plus précisément, notre travail a été guidé par la pragmatique linguistique, principalement pour le matériel clinique, ainsi que la rhétorique, principalement pour les ouvrages des sages-femmes, de sorte à pouvoir dégager les discours idéologiques véhiculés.

La pragmatique linguistique cherche à éclairer comment la langue est utilisée dans un échange où chaque sujet tente d'influencer l'autre (Krymko-Bleton, 2014a, 2014b, 2016). Nous partons donc du principe que la langue a un effet performatif générant nécessairement des malentendus communicationnels. Le sujet parlant agit et « toute parole, si importante que soit sa valeur référentielle et informative, se formule aussi à partir d'un *qui je suis pour toi, qui tu es pour moi* » (Flahault, 1978, p. 50). Il s'agit donc de repérer dans l'échange les effets, la place de chaque sujet, le contexte, les stratégies employées, le but poursuivi et les résultats obtenus. C'est l'énonciation de l'énoncé qui nous intéresse particulièrement ici.

La rhétorique est, quant à elle, au service de la pragmatique; elle réfère aux procédés pour élaborer les arguments. Le langage est perçu comme outil de persuasion et de séduction. Un exposé vise à convaincre l'autre et peut être gouverné par des buts idéologiques; la crédibilité de l'auteur en augmentant sa vraisemblance (Breton & Gauthier, 2000).

La rhétorique est le nom donné aux diverses tentatives de description et de compréhension des mécanismes et conventions régissant l'efficacité des discours, des plus ordinaires aux plus littéraires. En fait, la rhétorique est aux discours ce que les grammaires sont aux langues : une compilation de règles qui guident des usages. (Fortin, 2007, p. 11)

6.8 Les étapes du travail analytique

Le travail d'analyse s'est principalement inspiré de Krymko-Bleton (2014a, 2014b, 2016), Bardin (1977), Flahault (1978), D'Unrug (1974), Breton & Gauthier (2000) ainsi que Fortin (2007). Comme le précise Krymko-Bleton (2014b), aussitôt transcrit, l'entretien devient texte. Dans les prochaines lignes, le terme « texte » sera donc employé afin de désigner tout autant les entrevues de Marie-Lune que les écrits des sages-femmes. Ces derniers ne représentant pas un échange à proprement parler, contrairement aux entrevues entre la chercheuse et la participante, certaines étapes de la pragmatique linguistique n'ont pas été utilisées avec les écrits. Néanmoins, nous nous sommes inspirées de l'analyse des échanges puisqu'un écrit s'adresse à quelqu'un et a nécessairement des effets sur lui.

Nous présentons ici notre processus de manière schématique, mais il est essentiel de saisir que les « étapes » ont été mises à l'œuvre de manière simultanée et ont fonctionné conjointement.

6.8.1 Quelles sont les premières impressions?

Les textes ont d'abord subi un premier travail d'organisation « libre ». Au cours de celui-ci, nous avons poursuivi notre lecture flottante ayant préalablement servi à faire émerger notre énigme de recherche. Nous nous sommes laissées porter par notre intuition et notre imagination lors des relectures, en annotant en marge certaines impressions, ressentis, idées et remarques nous venant spontanément.

6.8.2 Qu'est-ce qui est dit?

Nous avons ensuite procédé à la codification du matériel par analyse thématique, en regroupant des fragments de textes sous des thèmes précis et révélateurs de ce qu'ils contiennent. « Le thème renvoie à ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé &

Mucchielli, 2003, p. 19). Page par page, paragraphe par paragraphe et phrase par phrase, les thèmes et sous-thèmes explicites ont été identifiés. Nous avons également été interpellées sur ce qui n'a pas été dit, mais aurait dû être dit. Nous avons ensuite relevé les thèmes implicites, organisateurs sous-jacents des thèmes explicites.

Ici, l'implicite ne réfère pas nécessairement à ce qui est de l'ordre de l'inconscient; ce ne peut être qu'un sens précis qui est dissimulé dans une parole. Un contenu implicite discursif réfère à « l'élément de signification que le destinataire restitue au moyen d'une démarche discursive, d'un raisonnement entrepris tantôt à partir du seul énoncé qui lui est livré, tantôt à partir de cet énoncé et des circonstances de son énonciation » (Flahault, 1978, p. 44). Dans le premier cas, celui du contenu implicite fondé sur l'énoncé, le sens peut être rétabli par l'opération d'un décodage des sous-entendus se dissimulant dans la mise en forme de la parole. Dans le deuxième cas, celui du contenu implicite fondé sur l'énonciation, il s'agit d'aller plus loin dans l'interprétation. En effet, il faut également analyser le contexte de l'énonciation et donc le rapport entretenu par les deux personnes en cause. Nous y viendrons plus tard, mais concrètement, il a fallu comprendre ce que le sujet ne dit pas explicitement, mais tente de nous communiquer par d'autres moyens, en fonction de la place où il situe le chercheur.

Nous avons enfin globalisé les thèmes en lien avec nos questions, tout en prenant soin de noter les relations entretenues entre eux, leur introduction et leur récurrence. Ce travail d'intention descriptive ne peut avoir de sens, dans le contexte de notre approche méthodologique, que si les étapes suivantes l'éclairent et le colorent. Autrement dit, un propos sans son contexte et ses effets ne nous intéresse guère.

6.8.3 Comment ça se suit?

Un travail tentant de dégager les fils associatifs afin de découvrir ce que le sujet tente vraiment de nous communiquer a ensuite été mis à l'œuvre. À partir de l'analyse thématique, nous avons donc suivi la succession des idées dans les textes afin

d'observer comment émergent les contenus. Cela nous a permis de porter attention aux changements de thèmes, aux thèmes revenus sous différentes formes et déguisements, aux ruptures de discours révélant les préoccupations conscientes et inconscientes, aux idées organisant la pensée, aux confusions, aux répétitions, aux distorsions, aux récurrences et à ce qui se faufile à l'insu du sujet.

6.8.4 Comment c'est dit?

Notre attention s'est ensuite portée sur les façons de dire du sujet qui n'est « jamais le maître parfaitement conscient de son dire » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 120). Partant donc du principe que l'inconscient se révèle dans toute activité langagière, les figures de style et le vocabulaire utilisé traduisent les défenses et le conflit sous-jacent (D'Unrug, 1974). Il s'agit ici de dégager le lexique employé par le sujet. Cela nous a permis de rechercher concrètement ce que le sujet évite et où se loge son angoisse. Nous avons relevé minutieusement les verbes, adjectifs, conjonctions, contradictions, particularités d'expression, fautes, omissions, silences, rires, hésitations, désorganisation et réorganisation du discours, illogismes, répétitions. Nous avons également repris l'analyse thématique pour suivre les différences de formulation se révélant pour un même thème, pour différents thèmes et selon différents moments.

Art du convaincre, la rhétorique nous a été utile à cette étape pour repérer les figures de style, notamment dans les écrits de sages-femmes, mais aussi dans les propos de la participante. Il est chimérique de croire que certains discours reproduisent objectivement et fidèlement la réalité puisque le langage vient toujours influencer le propos (Fortin, 2007). Malgré leur dominante informative, les textes de sages-femmes sont considérés comme poursuivant la persuasion à l'aide de l'argumentation chez les lectrices à qui il s'adressent. « On appelle argumentation l'ensemble des stratégies rhétoriques visant à faire passer pour vrai, et donc pour objectif, ce qui relève d'un point de vue » (Idem, p. 21). « Un argument a une finalité persuasive intrinsèque, il cherche à susciter l'adhésion d'un interlocuteur ou d'un auditoire à une croyance ou à

lui faire adopter un comportement » (Breton & Gauthier, 2000, p. 5). La prémisse est que les auteurs souhaitent faire passer un message particulier au sujet de la grossesse et l'accouchement, et que celui-ci a pour risque de se cristalliser dans quelque chose d'idéologique à force d'être repris.

Nous avons concrètement observé les arguments utilisés, le choix des mots, les temps de verbes, les tournures de phrases, la structure des titres, des paragraphes et des chapitres. Nous avons aussi porté attention aux mécanismes utilisés pour s'assurer la mémorisation : la rythmique et les répétitions. Les formes d'énonciation argumentative et les formes d'argumentation ont été scrutées. Également, les figures de rhétorique, telles que les figures phonétiques ou graphiques, les figures de construction et les figures de sens et de pensée ont été observées. Pour tout cela, nous nous sommes inspirées de la classification de Fortin (2007). Nous avons aussi porté une attention particulière aux photos employées pour illustrer les livres.

6.8.5 Qu'est-ce qu'on suppose qu'on sait?

Nous avons ensuite analysé les places interlocutives, à savoir le contexte relationnel entre le chercheur et le sujet. Il s'agit de suivre l'argumentation pour tenter de comprendre la place dans laquelle le locuteur positionne l'interlocuteur.

Il n'est pas de parole qui ne soit émise d'une place et convoque l'interlocuteur à une place corrélative : soit que cette parole présuppose seulement que le rapport de places est en vigueur, soit que le locuteur en attende la reconnaissance de sa place propre, ou oblige son interlocuteur à s'inscrire dans le rapport. (Flahault, 1978, p. 58).

Qui parle à qui? Comment le sujet s'adresse-t-il au chercheur? Comment l'auteur s'adresse-t-il au lecteur? Cette façon change-t-elle en fonction des thèmes abordés? Est-elle adéquate à la situation en cours? La personne s'exprime en effet différemment selon qu'elle s'adresse à un ami, un collègue ou un membre de la famille par exemple. Partant du principe qu'un locuteur cherche toujours à influencer l'autre que ce soit

consciemment ou inconsciemment (Benveniste, 1966), nous avons examiné comment celui-ci tente d'être reconnu par l'autre.

6.8.6 Qu'est-ce qu'on cherche à nous dire?

Le sujet qui vient nous parler cherche à communiquer quelque chose, sinon il ne participerait pas à la recherche. Les étapes préalables nous ont permis de cibler une demande. Comme nous ne pouvons parler de relation contre-transférentielle en recherche, c'est à partir du rapport de place qu'a été dégagé ce que le sujet cherche inconsciemment à exprimer.

Il est à noter que le travail d'analyse a été mis en place dans un souci de rigueur et de respect des propos des participantes et des auteurs. En ce sens, l'apport du tiers a été essentiel. Mes collègues et ma directrice de recherche m'ont offert à différents temps accompagnement et regards extérieurs, cela afin d'assurer la justesse de la démarche analytique.

6.9 Les limites méthodologiques

Tout travail, autant rigoureux qu'il se prétende, comporte ses limites. Les entrevues n'ont pas été réalisées par nous-mêmes; une partie du vécu subjectif nous échappe donc nécessairement. Également, nous n'avons pas la « version » de la sage-femme accompagnante, ce qui aurait pu enrichir notre analyse. C'est donc sur la base de l'interprétation des propos de la participante et de nos analyses d'écrits de sages-femmes que nous supposons la présence de discours idéologiques.

DEUXIÈME PARTIE :

RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats comportent trois temps : les analyses des quatre entretiens de Marie-Lune, celles de l'ouvrage *Une naissance heureuse. Bien vivre sa grossesse et son accouchement* d'Isabelle Brabant (1991) ainsi que celles des extraits tirés du recueil de textes *Au cœur de la naissance*, dirigé par Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant (2004).

CHAPITRE VII

LE CAS CLINIQUE : MARIE-LUNE

7.1 Introduction

Marie-Lune est une femme primipare, ayant fait l'expérience de deux fausses couches rapprochées dans le temps, peu avant sa grossesse actuelle. Elle est interviewée par Jeanne Thériault, alors doctorante, à chacun des trimestres de la grossesse ainsi qu'un mois post-partum. Elle est en couple avec son conjoint depuis plusieurs années, avec lequel le projet d'enfant est planifié depuis environ un an. Conjointement à sa grossesse, Marie-Lune, doctorante en sciences humaines, consacre beaucoup d'investissement à l'achèvement de sa thèse. Quant au suivi de grossesse, elle a fait le choix de « *l'approche sage-femme* », expression répétée au cours des entretiens, puisqu'elle est déçue et frustrée à l'égard du milieu médical.

7.2 Discours contrôlé et attitude défensive

Marie-Lune cherche à bien répondre aux questions de la chercheuse et vérifie auprès d'elle à plusieurs reprises si son discours correspond à ses attentes. L'élaboration nous paraît ardue; Marie-Lune cherchant à rester en position de contrôle. Par exemple, elle peut avoir tendance à clore ses propos en affirmant « *donc je dirais que ça se passe très bien* » ou encore « *et puis donc c'est ça* », cela fermant l'échange et contraignant l'interviewer à relancer le discours. De manière générale, les propos sont peu empreints d'affects, parfois même plaqués, traduisant une certaine attitude défensive. Marie-Lune parle plus aisément d'éléments descriptifs et explicatifs que de son vécu expérientiel et émotionnel. Lorsque questionnée sur l'histoire de sa propre naissance, elle se ferme et reste silencieuse, n'ayant pas le désir d'en dire davantage. Ainsi, nous pouvons affirmer

d'emblée que quelque chose ne va pas pour cette parturiente, qui a pourtant choisi de venir parler à la chercheuse. Contre quelles angoisses s'efforce-t-elle de se défendre? Quels sont les conflits sous-jacents?

7.3 Déceptions et frustrations à l'égard du suivi médical décrit comme infantilisant

D'emblée, au premier entretien, Marie-Lune élabore sur ses déceptions à l'égard du suivi médical, fortement dévalorisé. Elle déplore la « *désorganisation* » des services, l'attitude « *bête* » des infirmières, l'absence d'explications et d'informations sur ses résultats aux tests, le « *manque de respect* ». Elle dit s'être sentie comme un « *numéro* » et « *infantilisée* », ce qu'elle explique avec contrariété.

Pendant deux heures ils nous ont tout ressassé ces trucs-là [nutrition, guide alimentaire] comme si on était des gens de maternelle qui n'avaient aucune ressource personnelle en fait.

D'ailleurs, elle a eu « *zéro émotion* » à l'écoute du cœur du bébé avec le médecin. Effectivement, elle raconte que les infirmières lui ont mentionné que cet examen ne ferait pas partie des tests effectués ce jour-là, Marie-Lune ayant donc demandé à son conjoint de rester dans la salle d'attente. Toutefois, c'est après une longue attente pour Marie-Lune sur la table d'examen qu'un médecin revient et décide d'écouter le cœur, sans qu'elle puisse être accompagnée de son conjoint.

Frustration, déception et sentiment d'être infantilisée vont de pair avec la joie et le soulagement ressentis lorsque Marie-Lune apprend qu'elle est « *choisie* » pour le suivi sage-femme, durant le premier trimestre. La suite du suivi de grossesse se déroule donc hors des lieux hospitaliers. Toutefois, alors que l'accouchement tarde à se déclencher après 40 semaines, elle doit de nouveau être suivie à l'hôpital, conjointement à l'accompagnement de la sage-femme. Marie-Lune raconte alors que le médecin lui a mis la pression quant aux risques et a même dit qu'il « *s'est démangé les doigts* » pour ne pas effectuer le décollement des membranes. Grâce aux conseils de la sage-femme,

Marie-Lune a « *tenu tête* », mais précise de nouveau s'être sentie « *infantilisée* » dans cette expérience, comme si, aux yeux du médecin, elle n'était pas préoccupée par la santé de son bébé.

7.4 Accouchement représenté comme passage terrifiant vers la maternité

Marie-Lune a très peur d'accoucher. Elle en parle d'ailleurs spontanément dès le premier entretien, ce qui est plutôt inhabituel pour les femmes enceintes. En effet, les premiers temps de la grossesse sont surtout faits de craintes quant à l'intégrité du fœtus et consacrés à l'intégration du « *je suis enceinte* ». Ce n'est que bien plus tard que les angoisses à propos de l'accouchement prennent forme et se révèlent. Bien que Marie-Lune présente des peurs à l'égard d'une fausse couche possible, l'accouchement la mobilise déjà, aux balbutiements de sa grossesse. D'ailleurs, les premières fois qu'elle évoque cette angoisse, l'interviewer ne la relance pas, mais elle persévère à ramener le sujet, traduisant son besoin d'en parler.

Au cours de l'entretien de 22 semaines, Marie-Lune élabore davantage sur ses peurs face à la parturition, encouragée par la chercheuse qui interroge son besoin « *d'être apaisée par la sage-femme* ». Le discours nous paraît plus diffus et moins organisé, cela révélant l'intensité de l'angoisse sous-jacente. Évoquant rapidement son impression d'avoir davantage peur que les autres femmes, notamment sa sœur, Marie-Lune dit avoir du mal à comprendre la force de ses appréhensions.

*Elle [sa sœur] ne comprend pas pourquoi ça m'angoisse à ce point-là.
Bon, moi non plus je ne comprends pas totalement encore mais c'est sûr dans l'accouchement, il y a beaucoup, beaucoup de facettes à ça.*

Soutenue par les relances de l'interviewer, elle élabore sur sa peur de la douleur, de la réaction de son conjoint qui a tendance à souffrir pour elle ainsi que de sa propre agressivité qu'elle pourrait agir (« *tu peux devenir super agressive* ») et qui pourrait ensuite provoquer des « *conflits permanents* » au sein du couple. Également,

l'accouchement marque l'instant où le bébé se présente dans la réalité et changera sa vie. Le souffle coupé et l'angoisse palpable, elle clôt ses propos en communiquant qu'il s'agit d'un « *gros amalgame de plein d'affaires* ».

Le choix du suivi avec une sage-femme est en partie effectué dans l'idée de réduire le temps de l'accouchement, Marie-Lune s'étant référée aux écrits des sages-femmes qui, par exemple, « *connaissent plein de positions pour nous aider* ». Cette décision vise donc à atténuer la douleur qui la terrifie tant, même si elle est consciente qu'elle n'aura pas accès à la péridurale.

Alors si je la veux vraiment, alors il va falloir que je m'obstine avec ma sage-femme. Alors donc, tsé, je sais que je n'ai aucun moyen de réduire ma douleur rapidement si on veut.

D'un premier abord, ce choix peut sembler paradoxal, car pourquoi s'engager dans des circonstances contraignantes quand on a si peur? Il y a des contradictions dans le discours de Marie-Lune : elle est terrorisée par la douleur, mais se détourne de la médecine qui pourrait la soulager. Marie-Lune tente de trouver support dans les lectures des écrits des sages-femmes et des témoignages de mères, mais cela ne suffit pas, l'angoisse n'étant voilée que temporairement. Le nœud contradictoire subsiste :

Parce que je me dis, je vais avoir parce que j'ai lu, il y a des femmes, pas des femmes mais des auteurs qui disent préparez-vous là, essayez de vous mettre dedans, de voir comment la douleur va vous affecter mais c'est parce que je ne vois pas pourquoi on ferait une pratique, tu sais, de la douleur quand on peut l'éviter.

Au deuxième trimestre, Marie-Lune n'est pas prête à imaginer l'accouchement et sa douleur, autant qu'ils habitent ses pensées. Également, dans sa crainte que son conjoint réagisse trop à sa douleur, on entend la peur de ne pas être rassurée par lui. Peut-elle se reposer sur lui? D'autant plus qu'elle a l'impression qu'elle sera « *dans un moment de semi-folie* ».

À l'entrevue précédant l'accouchement, bien que Marie-Lune soit habitée de « rêves » mettant en scène « un bébé qui ne passe pas », s'apparentant davantage à des cauchemars, elle cherche à se convaincre qu'elle n'a plus peur puisqu'elle a appris et lu sur la douleur.

Et puis là, on dirait que la douleur ce n'est pas, je pense que ça va aller. Ben en même temps, bon les sages-femmes elles, on en parle beaucoup. Il y a un cours prénatal là juste sur la douleur donc on en parle et puis en lisant les livres aussi de témoignages, tu sais, ils réfèrent souvent à une vague, tu sais comme une contraction, c'est une vague et puis j'aime vraiment beaucoup l'eau, tu sais, je suis vraiment quelqu'un qui aime ça nager et puis tout ça. Donc ça me, on dirait que ça me rejoint donc là je me, ben je ne sais pas si ça va marcher, là on va voir à l'accouchement mais on dirait que j'ai plein de, ben d'images mentales là pour m'aider.

Ses propos nous donnent l'impression qu'elle ne s'autorise plus à avoir peur, comme l'accouchement arrive et qu'elle a eu tous les enseignements de la sage-femme. Pourtant, on sent bien l'angoisse en filigrane. Son discours recèle beaucoup d'hésitations, de reprises et de contradictions qui révèlent la présence d'un conflit sous-jacent. D'ailleurs, Marie-Lune n'a pas envie d'en dire davantage sur ses « rêves », parlant brièvement de l'interprétation et non du matériel brut, précisant que « *c'est plate je ne m'en souviens pas, je ne les ai pas notés, mais les ai dit à mon chum* ». Pourtant, on sent bien qu'elle est troublée. La question de la douleur occupe trop de place par rapport aux autres sujets pour qu'on puisse penser qu'il s'agisse uniquement de cette dimension. Un mécanisme de déplacement semble être en cause, ce qui lui permet de se cacher quelque chose à elle-même. Effectivement, la douleur nous paraît être un prétexte pour ne pas penser à autre chose. Son rêve nous introduit en effet dans une autre thématique qu'elle préfère éviter, celle de l'arrivée du bébé.

C'est au troisième entretien de 38 semaines qu'on apprend que ses angoisses précèdent largement sa grossesse actuelle.

J'avais vraiment, vraiment, vraiment peur d'accoucher. Et puis ça, c'était avant de tomber enceinte là même, je me disais jamais je vais être capable d'accoucher là. J'avais vraiment peur, fait que j'ai cheminé à ce niveau-là.

Elle en parle au passé, comme si la mise à distance la protégeait contre l'angoisse que l'accouchement représente. Pourtant, la répétition du « *vraiment* » nous met sur la piste d'une angoisse actuelle, qu'elle n'arrive pas à mettre au présent. Elle y revient un peu plus tard dans l'entretien en révélant qu'elle « *capotait au début de la grossesse* » et se demandait comment elle allait gérer ça, encore une fois en utilisant le passé.

C'est également juste avant la naissance qu'elle nous apprend qu'elle et son conjoint « *ont pris la décision d'accoucher à la maison* »; choix effectué à la suite des discussions de couple et avec l'aide de plusieurs lectures. Marie-Lune intègre son conjoint dans l'acte d'accoucher (« *on accouche* ») à plus d'une reprise, trahissant indifférenciation et dépendance à son égard. Elle hésite avant de révéler à la chercheuse cette nouvelle et ajoute ensuite qu'ils n'en ont pas parlé à leur entourage pour « *limiter les discussions* ». Toutefois, elle rapporte qu'on lui raconte des « *histoires d'horreur* » sur les accouchements à la maison, quand elle annonce à son entourage qu'elle ira à l'hôpital. De manière indirecte, elle nous apprend donc qu'elle ment à ses proches quant à ses intentions. Quel sens peuvent prendre ses cachoteries? Marie-Lune renchérit : « *on est convaincus de notre choix, du moins, en termes de sécurité* ». Une brèche apparaît dans son discours et révèle que ce choix ne semble pas entièrement assumé et qu'il soulève de l'angoisse. Cependant, les livres des sages-femmes la confortent dans sa décision et elle s'accroche à ce qui y est présenté comme une bonne option comportant des bienfaits. Marie-Lune reprend le discours des sages-femmes, mais y glisse un lapsus : « *en lisant les trucs, je me suis dit ben il n'y a pas plus de risques d'accoucher à l'hôpital que d'accoucher à la maison* ». Plutôt que de dire qu'il n'y a pas plus de risques d'accoucher à la maison qu'à l'hôpital, elle évoque l'inverse sans en prendre conscience. Qu'est-ce que cela signifie? En parlant des dangers d'accoucher

à la maison, s'est dissimulée dans sa parole une autre idée au sujet de laquelle elle n'élaborera pas, celle des aléas possibles à l'hôpital. Elle conclut en s'étonnant elle-même de sa décision d'accoucher à la maison :

Jamais j'aurais pensé là si on m'avait demandé ça là au début de la grossesse, pis y a un an, j'aurais dit ben voyons dont es-tu folle, c'est impossible [rire]

Précisons enfin qu'il est frappant de constater que la sage-femme qui accompagne Marie-Lune et son conjoint n'est pas évoquée dans cette prise de décision, alors qu'un suivi fréquent et constant est assuré.

À l'entretien post-partum, l'accouchement n'est plus représenté comme terrifiant, mais est plutôt décrit par Marie-Lune comme « *parfait* ». D'abord, environ une semaine avant l'accouchement, elle « *croit avoir perdu ses eaux et panique à cette idée* ». Elle met en place différentes solutions (acupuncture, bain chaud, huile de ricin, tirer son lait) pour éviter qu'un décollement des membranes soit effectué et qu'elle soit provoquée, tel que suggéré par les médecins qui la suivent étant donné qu'elle a passé le cap des 40 semaines. Elle utilise donc tous les moyens possibles pour empêcher toute intervention médicale sur son corps. Soutenue et légitimée par les échanges avec sa sage-femme, elle « *tient tête* » et l'accouchement survient naturellement une semaine plus tard. Marie-Lune cherche donc à garder le contrôle sur la situation et montrer qu'elle est capable par elle-même, dans un mouvement d'indépendance face aux médecins.

Et puis l'accouchement s'est vraiment très bien déroulé. C'était vraiment le scénario idéal. En fait, ça n'aurait pas pu être mieux finalement. Ça a super bien été, on a fait ça à la maison.

L'accouchement est décrit comme le « *scénario idéal* ». D'ailleurs, au fil du quatrième entretien, la chercheuse la questionne sur la présence de craintes et d'angoisses, comme si elles manquaient à l'appel. Cependant, à l'écoute des propos de Marie-Lune, force

est de constater que son accouchement n'a pu qu'être que très satisfaisant. Entourée de toute une équipe, soit trois sages-femmes (dont une stagiaire), son conjoint et une aide natale après la parturition, elle a donné naissance à son bébé sur une courte durée (environ 7h). L'accouchement s'est avéré être pour le couple « *une expérience fantastique* ». Son conjoint a été « *parfait, vraiment* ». Une fois de plus, elle n'est pas individualisée et une indifférenciation est marquée par l'usage du « *on* » dans sa façon de s'exprimer : « *on a fait ça la maison* ». Également, à quoi réfère ce « *ça* »? Dans tous les cas, une chose est frappante; la douleur, tant redoutée et abordée dans les entretiens précédents, n'est pas évoquée par Marie-Lune. En ne questionnant pas ce thème, il semble même que la chercheuse participe à l'évitement de la participante.

Comparée à la « *magie de Noël* », la première semaine post-partum est dépeinte comme idéale.

Dans la première semaine après l'accouchement, je dirais que c'est comme une lune de miel. Tsé, c'était beau. Là on était vraiment dans notre bulle là d'amour et de, ben d'amour mais aussi d'émerveillement là, face à notre petit bébé et puis tout était beau. Là c'était vraiment, je ne sais pas, c'était vraiment spécial comme moment-là. C'était comme Noël. Je ne sais pas, un moment heureux. C'était vraiment fou. Ça a peut-être duré une semaine, une semaine et demi. Là, ce n'est pas qu'on ne s'aime pas là. On s'aime là mais c'est juste que là après ça, tu sais, la routine reprend le dessus un peu.

De quoi cette idéalisation parle-t-elle? Nous verrons plus loin qu'elle sert à se défendre contre le désintérêt vécu à l'égard du bébé juste après la parturition.

7.5 Désir d'enfant ambivalent et davantage porté par le conjoint

Lors du premier entretien, Marie-Lune évoque sa « *surprise d'être contente* » d'apprendre qu'elle est de nouveau enceinte. Rappelons qu'elle a fait deux fausses couches, indiquant qu'elle a de la difficulté à garder ses grossesses. Comme elle ne signale pas de problème physique, on pourrait croire que l'ambivalence est en jeu.

Habitée de craintes à l'idée d'une troisième fausse couche, Marie-Lune décide cette fois-ci de retarder le test, malgré que son corps et sa vulnérabilité émotionnelle lui confirment sa grossesse. Dans un fantasme de préserver celle-ci, elle essaie de « *prendre sur elle* » et de « *faire les tests le plus tard possible* ». Marie-Lune effectue le test alors que son conjoint est absent. Est-ce une tentative de s'appropriier son désir d'enfant, stimulée par les fausses couches précédentes?

Au troisième entretien, Marie-Lune en révèle davantage sur la question du désir d'enfant, encore une fois dans l'après-coup et la mise à distance.

Ça m'a pris longtemps avant de savoir si je voulais des enfants ou pas ou je savais que j'en voulais mais c'était toujours dans 10 ans, dans 10 ans là. Sauf que dans 10 ans, un moment donné, ça n'aurait plus fonctionné là. Tu sais, donc mon chum, il était vraiment prêt à avoir des enfants là ça faisait déjà plusieurs années qu'il en voulait là. Donc, tu sais, oui quand je suis tombée enceinte là, j'étais prête à en avoir mais tu sais je n'avais pas réfléchi à la question, je ne m'étais pas posé la question de c'est quoi être enceinte, et puis tout ça.

De manière détournée dans son discours, elle nous révèle sa grande ambivalence à avoir des enfants, projet qu'elle a cherché à repousser tant que ce fut possible et qu'elle a mis en marche parce que son conjoint était prêt. On n'en sait pas davantage sur les raisons sous-jacentes : était-ce pour lui faire plaisir? Pour suivre la foulée de l'entourage (elle évoque que plusieurs de ses amis ont eu des enfants simultanément)? Voyant les années passer, Marie-Lune prend sur elle et parvient, cette fois-ci, à investir la grossesse de manière à la porter à terme. Il n'en demeure pas moins que l'ambivalence est très présente.

Un peu plus loin dans l'entretien, la participante tente de se convaincre qu'elle est « *prête* » et que ça sera « *super* »; cependant, elle énonce du même souffle qu'elle « *continuerait à être enceinte* ». Rappelons-nous ce rêve du « *bébé qui ne passe pas* ». À ce stade-ci, il nous permet de nous poser la question suivante : la peur de Marie-Lune

quant à la douleur de l'accouchement ne signifie-t-elle pas un déplacement de sa crainte par rapport à la présence du bébé? Cette phobie de la douleur, donc du passage du bébé, n'est-elle pas liée à l'ambivalence à l'égard de ce dernier? Une partie d'elle n'a pas envie d'accueillir cet enfant dans sa vie. Afin de justifier son désir de poursuivre la grossesse et sa « *tristesse que ça se termine* », Marie-Lune opère un déplacement sur le « *deuil de la bedaine* », idée sans doute plus facile à exprimer pour elle. L'ambivalence est difficilement vécue et la nommer à découvert serait de l'admettre, ce qui est peut-être trop menaçant pour elle.

Pourtant, elle s'évertue à tenter de parler de son ambivalence. Juste avant l'accouchement, elle évoque son impression qu'il n'y a pas beaucoup de personnes qui se posent des questions sur le fait d'avoir des enfants, référant aux gens dans son entourage. Cela nous met sur la piste d'un grand sentiment de solitude à devoir porter ses doutes et interrogations, sans se sentir entendue. D'ailleurs, dans l'extrait suivant, Marie-Lune exprime comment elle se sent incomprise par les autres en parlant pour eux. En jouant leur rôle, elle verbalise ainsi des interrogations qu'elle croit qu'ils ont à son sujet.

Pourquoi elle se pose ces questions-là, es-tu vraiment pas prête à être mère ou es-tu vraiment pas prête à être enceinte. Mais ce n'est pas ça.
[silence]

Par une mise à distance et une projection à l'extérieur, Marie-Lune se met dans la peau des autres pour parler d'elle-même. La distance prise semble lui permettre, à la troisième personne (« *pourquoi elle se pose ces questions-là* ») et à la deuxième personne (« *es-tu vraiment pas prête à être enceinte* ») d'aborder, de manière déguisée, son véritable questionnement : « suis-je prête à être mère? ». En effet, elle annule immédiatement la deuxième question (« *es-tu vraiment pas prête à être enceinte* ») par une dénégation (« *mais ce n'est pas ça* »). Accédant à son angoisse, Marie-Lune se tait aussitôt et demeure dans un court silence, se reprenant ensuite pour boucler le sujet en évoquant sa surprise de s'être posée des questions.

Enfin, l'inclusion du conjoint dans le suivi sage-femme la rassure beaucoup : « *je ne suis pas toute seule avec les décisions ou avec le fait d'être enceinte* ». D'ailleurs, son conjoint est très intéressé par le bébé, cela se manifestant dans l'attention qu'il voue à la préparation de la chambre. Précisons que le couple vient tout juste d'emménager dans un espace plus grand pour accueillir le bébé. Pour la participante, un simple lit serait suffisant, alors que pour lui, « *ça doit être parfait, faut tout enlever l'extra qui n'est pas lié au bébé, avec rien en-dessous du lit* ». Son ton de voix traduit une pointe d'irritation et de jugement face à l'investissement de la part du père. Dérangée qu'il souhaite prendre soin du bébé, Marie-Lune craint-elle d'être délaissée au profit de ce dernier?

Après l'accouchement, parlant de la « *lune de miel* » qui est partie, Marie-Lune évoque que « *ce n'est pas super* », mais coupe aussitôt son propos pour se reprendre et dire que ce n'est « *pas si facile que ça avoir un petit bébé* ». Effectivement, après la lune de miel, une période dépressive semble s'être installée.

7.6 Écueils dans l'intégration psychique de la grossesse

Au premier trimestre, Marie-Lune évoque qu'elle « *doit se rappeler* » qu'elle est enceinte; le travail d'intégration de la grossesse est difficile à amorcer. Lors de la première échographie avec la sage-femme, elle dit « *ne pas avoir l'impression que le bébé est dans son corps* ».

À l'entretien de 22 semaines, Marie-Lune éprouve toujours des difficultés à assimiler et intérioriser l'idée de sa grossesse, malgré que celle-ci se fasse de plus en plus sentir physiquement. Elle doit se répéter la réalité de sa situation : « *je me dis oh oui je suis enceinte, c'est réel ou des trucs comme ça donc* ». Elle ajoute : « *et puis ça va tellement bien que des fois on dirait que j'oublie que je suis enceinte* », comme si la grossesse était davantage associée à des aspects négatifs.

À 38 semaines, elle dit avoir travaillé tout l'été donc « *n'a pas eu le temps de se pencher sur la grossesse* », malgré qu'elle ait « *regardé les points essentiels* ». On constate ici un rapport distant, voire désaffecté, face à la grossesse, qui semble davantage investie comme une tâche et un devoir. Suite à ce commentaire, la chercheuse questionne Marie-Lune sur son doctorat, cela nous laissant l'impression d'un évitement de part et d'autre à l'égard de sa grande difficulté d'intégrer la grossesse. Manifestement, jusqu'à l'accouchement, Marie-Lune peine à assimiler la fonction maternelle que signifie sa grossesse.

7.7 Émotions positives perçues comme preuves potentielles de sa maternité

À 8 semaines de grossesse, le couple vit un « *gros accident* » de voiture menant à une échographie d'urgence. Une « *chance dans une malchance* » qui lui permet de voir son bébé qui se porte bien, ce qui devient « *plus réel* » selon ses dires, même si elle a tendance à oublier sa grossesse. Toutefois, Marie-Lune tient à préciser qu'elle ne vit pas vraiment d'émotions, comparativement à ce qu'elle avait imaginé. Elle croyait effectivement être émue de bonheur. Peut-on également présumer qu'elle s'attendait à ce que le bébé ne se sorte pas indemne de l'accident?

C'était émouvant mais c'était moins émouvant que ce à quoi je m'attendais. C'est ça, ce n'était pas ma préoccupation, c'était plus « est ce que tu es en vie, est ce que ça va bien ». Tu sais, je m'attendais vraiment à avoir, à pleurer, à avoir des grosses émotions fortes, pis pas pentoute finalement.

Ses propos nous mettent sur la piste d'un fantasme de la mère comblée par sa grossesse et débordant d'émotions à la vue de son bébé, image véhiculée de manière prédominante dans les représentations sociales. D'ailleurs, ce thème revient à plusieurs reprises dans l'entretien, l'émotion étant retenue comme critère de sa maternité : « *la clarté nucale ça par contre, c'était plus émotif je dirais* », « *la fois où j'ai été le plus émue, c'est avec la sage-femme lorsqu'on a écouté le cœur* ». Elle est désespérément à

la recherche d'émotions positives qui pourraient la rassurer et lui faire sentir qu'elle est heureuse d'être mère. Elle est d'ailleurs apaisée lorsque son conjoint soutient avoir été témoin de ses émotions à la vue du bébé lors de la deuxième échographie.

Et puis même mon chum, il a dit « ah oui, j'ai vraiment vu là, ça t'a émue parce que tu as vraiment changé là de visage et tout »

Marie-Lune nous parle par ricochet de son incapacité à ressentir des (ou ses?) émotions positives face à la maternité, ce qui la laisse profondément déçue et la rend dépendante de la confirmation de son conjoint.

7.8 Fantasma de perdre son identité et sa liberté à l'arrivée du bébé

Marie-Lune craint l'arrivée du bébé et les conséquences sur sa liberté et sa vie personnelle. Elle évoque avoir entre autres peur de l'accouchement puisque :

C'est le moment qui change ta vie [...], j'ai beau être enceinte là, oui, j'ai un bébé mais il n'est pas là avec nous là. Tu sais, je peux sortir, je peux, tu sais, j'ai quand même mon rythme.

Elle impute à l'arrivée du bébé l'idée d'une perte par rapport à sa vie actuelle. À 38 semaines, en parlant de la signification de ses rêves, elle nomme sa « peur de perdre la vie ».

Il y a des rêves qui étaient vraiment en lien avec tsé l'espèce de peur de perdre la vie, tsé, sans bébé. Tsé quand on va avoir le bébé là. Donc il y avait beaucoup la transformation que le bébé va emmener dans ma vie là, il y avait beaucoup ça.

Marie-Lune se rattrape aussitôt, mais on sent la montée d'angoisse dans sa formulation, « perdre la vie », « sans bébé ». Que tente-t-elle de nous dire? Qu'elle serait passée à côté de quelque chose « sans bébé »? Ou qu'elle perdra sa vie « avec le bébé »? Dans les deux cas, le conflit est vital et elle se retrouve perdante. Marie-Lune arrive à réorganiser sa parole, mais le rapport à l'arrivée du bébé est fait d'ambivalence et de

peurs. Elle se contredit ensuite de manière successive : elle craint d'être limitée, mais ne le sera pas tant que ça finalement, etc. Plus loin dans l'entretien, Marie-Lune nomme que l'arrivée du bébé représente une « *bombe* » dans sa vie qui, on peut le supposer, pourrait causer des ravages importants, voire la mort. Le bébé éveille donc des angoisses de mort pour Marie-Lune, mais, elle conclut en banalisant et diminuant ses propos : ce n'est « *qu'un peu stressant* ». La participante semble consacrer beaucoup d'énergie psychique pour ne pas être envahie par l'angoisse associée à l'arrivée du bébé.

Au fil des propos, le fil rouge se dévoile et on découvre que cette mort potentielle et ce bébé-bombe parlent de l'angoisse de la perte de l'identité par la maternité. L'identification maternelle est vécue négativement, l'image de la mère sacrificielle en étant l'obstacle principal.

Parce que bon moi j'en avais en tête là, qui était la mère qui s'oublie et puis la mère, bref qui est juste mère là, qui n'est plus femme, qui n'est plus professionnelle, etc.

Ici, les répétitions de la participante révèlent qu'elle est coincée et que nous sommes au cœur du dilemme. Elle craint que son identité change et annule ce qui est le plus important pour elle, son identité professionnelle. Elle a si peur d'abandonner cet aspect qu'elle travaille jusqu'aux derniers instants de sa grossesse. Marie-Lune ne veut surtout pas devenir comme les femmes de sa famille, dont sa mère, qui se sont entièrement vouées à leur maternité et n'ont pas laissé place à autre chose.

Elle semble toutefois trouver des identifications maternelles positives auprès d'amis, chez qui elle tire le constat rassurant qu'ils sont « *restés pareils* ». Élaborant sur l'évolution de ce qu'elle nomme son « *cheminement sur le devenir mère* », elle s'imagine même prendre un congé de maternité plus long que certaines amies, alors que, paradoxalement, elle souhaite travailler jusqu'à l'accouchement. De manière contraphobique, elle cherche à surmonter son angoisse d'être mère.

Ça fait que, tu sais, oui il y a comme, je ne sais pas comment dire, mais le côté mère qui a pris le dessus ou du moins je me suis rendue compte que je l'avais ou que c'est important. Mais en même temps, je sais que je ne veux pas abandonner le côté professionnel là, ça doit être pour ça que je fais des demandes de bourse jusqu'à temps que je vais accoucher là.

Malgré son « *cheminement* », une tension demeure entre la mère sacrificielle et la femme professionnelle et il semble difficile pour Marie-Lune d'y trouver son propre compromis. En effet, elle diminue ses propos au fil de l'énumération, à commencer par « *le côté mère a pris le dessus* » pour conclure avec « *je ne veux pas abandonner le côté professionnel* ». Le conflit n'est pas résolu.

7.9 Investissement difficile du bébé, fait d'éléments négatifs

De manière générale, le bébé est peu abordé durant la grossesse, cela révélant des difficultés à l'investir. Il est à penser que Marie-Lune se tourne vers sa thèse comme solution d'évitement face à ses mouvements psychiques ambivalents et afin de s'assurer de maintenir sa vie professionnelle. Tout au long de la grossesse, elle va se centrer sur ce bébé doctoral et préparer sa venue au monde, établissant ainsi un compromis plus tolérable pour elle. À la fin de l'entretien du deuxième trimestre, Marie-Lune tient à préciser à micro ouvert qu'elle consacre toutes ses énergies à son doctorat et qu'elle n'a donc pas de temps pour le bébé et la grossesse. Elle cherche à nommer qu'il lui est ardu de faire une place au bébé.

Ben la dernière fois, je vous l'avais dit quand votre micro était fermé mais moi j'étais en train de finir mon doctorat [rire]. Donc là, je dois vous avouer que mes pensées sont pas mal dirigées vers ça ces temps-ci parce que mon deadline, c'est le 15 août et puis mon accouchement est prévu pour le 29 septembre. Donc je passe pas mal tout mes, mon temps à, je n'ai pas vraiment de temps libre là. Donc c'est à ce niveau là aussi, je n'ai pas. Tsé, je n'ai pas le temps nécessairement de lire plein de trucs là et puis.

Lorsque l'interviewer lui demande la place que prend le bébé en elle, Marie-Lune devient défensive et précise, comme pour se reprendre, qu'il a une place. Par un mécanisme de dénégation, elle indique que le bébé n'est pas sa priorité.

Ben y a une place le bébé mais il n'est pas, ce n'est pas, ben je ne veux pas dire que ce n'est pas la priorité mais ce n'est pas la seule priorité en ce moment

Par la suite, elle évoque que son « *corps c'est un peu le bébé* » et énumère la série de symptômes physiques qui l'incommodent. S'il est difficile de faire une place au bébé, sa présence inévitable et ses mouvements en elle au deuxième trimestre riment avec envahissement.

C'est comme un tambour là quand il fait des gros coups là. Mais non c'est agréable en fait. Je n'ai pas l'impression que c'est des coups méchants là. Tu sais, j'ai l'impression que c'est des coups, ben c'est gentil mais au début j'avais l'impression qu'il me chatouillait l'intérieur avec ses petits doigts là.

Marie-Lune annule ses propos pour dire que c'est finalement agréable et que ce ne sont pas des « *coups méchants* ». Pourtant, sa façon de s'exprimer témoigne bien qu'elle vit les coups du bébé comme des agressions. Peut-on également y percevoir une projection de sa propre agressivité envers le bébé? Tantôt comparé à une « *bombe dont on n'a pas la minuterie* », tantôt à un « *sac de sable* », le bébé est investi négativement. À trois semaines de vie alors que son sommeil est plus difficile, il « *n'est plus lui-même* » alors qu'avant, « *il buvait bien, il était gentil, il ne faisait pas de crise, il dormait* ». S'il est « *gentil* » un temps, il ne l'est plus lorsqu'il dérange et irrite de nouveau, suscitant en elle des mouvements négatifs.

Au deuxième trimestre, le couple a pris la décision de ne pas connaître le sexe du bébé. Aux dires de Marie-Lune, cette décision a été prise pour ne pas le figer dans des stéréotypes et limiter les cadeaux, car il est trop tôt. Derrière cette rationalisation, il est à penser qu'elle se protège du fait qu'elle ne se sent pas encore prête à investir ce bébé.

À 3 semaines de l'accouchement, ce n'est toujours pas sans heurts que Marie-Lune doit s'ajuster à la présence du bébé, aux inconforts et maux physiques ainsi qu'au fait de « *réduire ses activités* ». Elle poursuit :

Et ça je ne m'en attendais pas parce que j'ai tellement eu une belle grossesse, tsé, que ça m'a un petit peu surprise. Eeee oui, ça fait qu'au niveau de la grossesse là, à part ça là, c'est vraiment mini là. Tout va super bien. Et puis, ben sinon est ce que tu veux savoir dans ma vie personnelle aussi ? Tout ?

Ses propos donnent l'impression d'un clivage entre la grossesse et le bébé puis sa vie personnelle. À la veille de la naissance, le bébé tient toujours une place ambiguë, vécue davantage négativement pour Marie-Lune, forçant l'abandon d'activités et le changement de rythme. Une belle grossesse semble synonyme d'absence de transformations et de compromis. Marie-Lune précise d'ailleurs avoir « *vraiment la tête pas mal au travail* ». Elle a déposé sa thèse depuis environ trois semaines et prépare déjà la suite post-doctorale. Malgré l'arrivée imminente du bébé, ses efforts semblent encore voués à éviter sa présence. Pourtant, lorsque la chercheuse lui reflète la place qu'il prend dans son corps par ses mouvements et ses coups, elle rétorque : « *ah oui, il est très là, là. Il est très là, il est très présent. Oui.* ». Se faire à l'idée de sa présence n'est pas simple.

C'est donc sans grande surprise qu'on constate que l'accueil du bébé est vécu péniblement aux suites de l'accouchement.

Bon ben quand le bébé en fait, il est sorti, ben moi là j'étais couchée sur mon lit, j'étais totalement épuisée là. Je, c'est vraiment plat à dire, mais la chose dernière chose que je voulais au monde là ou du moins la première chose que je voulais c'était dormir, tu sais. Moi, je n'avais pas pensé là qu'après avoir fait tout cet effort-là, ils mettent un petit bébé sur le ventre, il fallait que je l'allaitte, il fallait que je m'en occupe, il fallait que je lui donne l'attention, et puis que je m'y intéresse, tu sais. Vraiment là, parce qu'ils me l'ont pris, ils me l'ont mis sur le ventre bon le temps que le placenta sorte. Et puis je n'avais même pas le goût là, j'étais comme, j'étais totalement dépassée par les

événements là. Il était là et puis je le touchais pour ne pas qu'il tombe de mon ventre. Mais c'est à peu près tout là. J'étais vraiment épuisée là. Là, j'aurais juste dormi.

Marie-Lune est épuisée et « *la dernière chose qu'elle voulait au monde* », c'est s'occuper de son bébé. Effectivement, en affirmant ensuite « *ou du moins la première chose que je voulais c'était dormir* », elle minimise ses propos mais, même si elle n'arrive pas à achever sa phrase, on sent bien qu'elle ne veut pas prendre soin de ce bébé. Elle ne s'intéresse pas à lui et a juste envie de dormir. De plus, il est étonnant de l'entendre dire qu'elle n'avait pas pensé à comment la suite se déroulerait une fois le bébé arrivé (« *je n'avais pas pensé là qu'après avoir fait tout cet effort-là, ils mettent un petit bébé sur le ventre* »). Ce sujet n'a-t-il pas été abordé avec la sage-femme durant les rencontres? Ne l'a-t-elle pas lu dans les différents ouvrages consultés? Marie-Lune l'a-t-elle complètement scotomisé pour se protéger de son ambivalence à l'égard du bébé?

Elle est déçue et troublée de vivre ce désintérêt, car elle a lu beaucoup de témoignages idéalisés sur ce moment de la première rencontre. Pourtant, cela nous paraît s'inscrire dans une continuité avec ce qu'elle a exprimé à la chercheuse durant sa grossesse.

C'était plus « ah non là ». Tu sais, j'ai, ce n'est pas fini là, ça commence, tu sais. J'ai plein de trucs à faire. Mais bon ça n'a pas duré longtemps, ce moment-là. Mais je dirais que ça a été, ça m'a surprise et puis même j'étais comme déçue, j'étais comme « oh là là. Tu sais, je ne suis pas contente d'avoir mon bébé? » Et puis pourtant, tu sais, j'avais vraiment hâte là de le voir et puis là je suis super contente là, je ne l'enlèverais pas de ma vie là, pas du tout.

C'est également un vécu difficile à nommer pour Marie-Lune qui cherche à plaire et montrer qu'elle est une bonne mère. Pourtant, par une double dénégation, elle formule un désir inconscient tout en niant qu'il lui appartienne : « *je ne l'enlèverais pas de ma vie là, pas du tout.* ». Elle insiste trop, cela nous révélant qu'une partie d'elle a de la difficulté à accepter la présence de ce bébé dans sa vie.

Jusqu'à ce que les sages-femmes partent, Marie-Lune compare l'arrivée de son bébé à un « *branle-bas de combat* ». Elle énumère une série de tâches demandées par les sages-femmes (« *il faut* ») et conclut celle-ci par « *nanana* », ce qui dénote une pointe d'agressivité. Elle se rétracte ensuite : « *mais elles ont été super aidantes là* ». Est-ce que les sages-femmes la dérangent puisqu'elles lui rappellent qu'elle est maintenant mère et qu'elle doit prendre soin de son bébé? Également, en dépit des besoins du nouveau-né, les sages-femmes ont-elles perçu son désintérêt total et son sentiment d'être épuisée? À la lumière de ce qu'évoque la participante, il semble qu'elles n'aient pas été sensibles à son expérience et qu'elles n'aient pu y faire la place nécessaire. Il n'est donc pas étonnant que Marie-Lune ait vécu leurs demandes comme des exigences.

Suite au départ des sages-femmes, Marie-Lune fait la description d'un merveilleux moment de rencontre avec le bébé. Elle est momentanément libre de devoirs : « *tout ce qu'on avait à faire c'était de regarder notre bébé* ». Malgré la « *lune de miel* » qui s'en est suivie, son discours révèle la présence d'agressivité à l'égard du bébé.

Sauf qu'à moment donné, moi j'étais trop stressée là de l'écraser pendant mon sommeil ou d'oublier que là j'avais un bébé et puis tout ça, donc on l'a mis, on a un petit moïse là, donc l'a mis là-dedans au pied de notre lit et puis il dormait là. Mais après, moi j'ai eu bien du mal à dormir parce qu'en fait je faisais des rêves, je pense que ça a duré deux semaines là, où je rêvais à chaque fois que je me réveillais, je rêvais que le bébé, il était pris dans mes couvertures. Et puis qu'il était comme étouffé.

Ses angoisses et rêves révèlent des fantasmes agressifs sous-jacents à l'égard du bébé qu'elle étouffe et qui, du même souffle, l'étouffe. Ce bébé la dérange, puisqu'il fait « *énormément de bruit, ça grogne, ça, c'est épouvantable le bruit que ça fait* ». Le couple décide donc de le sortir de la chambre parentale pour qu'il intègre son « *lit à lui, dans sa chambre* », ce qui permet sans doute à Marie-Lune de mieux respirer.

Également, quelque chose nous frappe dans la façon qu'a Marie-Lune de rapporter les propos détachés de sa mère face à son bébé.

Ma mère elle m'avait dit tu sais, elle a dit, en fait moi à ton accouchement, ce qui m'importe, c'est toi. Ton petit bébé, elle a dit, je n'ai pas vraiment de lien encore. Elle a dit, oui je sais là c'est mon petit gars mais bon elle ne savait pas que c'était un garçon, elle a dit c'est mon petit enfant là, elle a dit, mais je ne le connais pas encore, et puis le lien est avec toi. Et puis, elle a dit, toi il faut que tu ailles bien, et là moi c'est pour toi que je m'inquiète là, ce n'est pas pour ton bébé. Elle a dit c'est pour toi.

Marie-Lune semble elle-même détachée. En fait, elle semble surtout rassurée de l'amour de sa mère à son égard et du fait qu'elle n'a pas de rival en la personne du bébé face à celle-ci.

7.10 Limite temporelle vécue difficilement, révélant sa grande ambivalence à accueillir un bébé dans sa vie

À 38 semaines, Marie-Lune dit que « *ça lui ferait plaisir que le bébé n'arrive pas trop en avance* » puisqu'elle doit travailler jusqu'à l'accouchement. D'ailleurs, né tardivement, le bébé arrive presque à 42 semaines. Cette « *attente* » est vécue comme très désagréable, en raison de « *l'absence de contrôle* ».

À plusieurs reprises, en lien avec la préparation, elle évoque la question du « *9 mois* », « *9 mois c'est pas de trop* », « *ça m'a pris 9 mois pour m'adapter* ». Le temps passe vite et Marie-Lune souhaiterait en avoir davantage. Elle craint la venue de ce bébé au fil du temps et semble chercher à se rassurer qu'elle est prête en se raccrochant à des repères externes, « *visiblement la maison est prête* », mais cela ne suffit pas à apaiser l'angoisse.

Au quatrième entretien, en élaborant sur sa peur d'être provoquée lorsqu'elle raconte son accouchement, elle précise « *parce que bon on sait que le bébé ne peut pas rester indéfiniment dans notre ventre là* ». Elle rationalise et sait bien c'est réalistement impossible, mais on peut croire qu'une partie d'elle le fantasme. D'ailleurs, lorsqu'elle raconte l'annonce de la naissance à sa mère, elle fait le lapsus suivant puis se reprend :

« elle était super contente de savoir que j'allais accoucher, que j'avais accouché ». Qu'y-a-t-il dans ce lapsus? Un fantasme de retour à la grossesse? Un désir d'avoir plus de temps?

7.11 Raccrochage idéalisé à « l'approche sage-femme » et ses lectures

À l'opposé de son vécu dans le milieu médical, Marie-Lune idéalise fortement le suivi sage-femme. Elle est « très heureuse » d'avoir reçu leur appel et d'avoir été choisie. Parlant de sa première rencontre avec les sages-femmes, elle évoque que c'est « le jour et la nuit avec la rencontre de l'hôpital », ce qu'elle répètera au deuxième entretien. Un clivage s'est installé. Durant le deuxième entretien, l'idéalisation nous paraît encore plus marquée. Un désir de proximité et de familiarité se dégage de ses propos.

Et puis c'est vraiment en fait, je trouve ça vraiment, vraiment génial comme suivi. Je pense que la dernière fois j'avais parlé du fait que j'avais vraiment été déçue de ma rencontre à l'hôpital et puis en fait avec la sage-femme c'est franchement génial. Premièrement, les locaux sont fantastiques. [...] c'est super beau, c'est vraiment accueillant, c'est apaisant, c'est chaleureux, c'est vraiment super et puis on a vu la sage-femme déjà deux fois et puis c'est très humain comme contact. Quand on la voit, tu sais, on lui donne deux bécus sur les joues et puis on reste avec elle pendant deux heures de temps.

La sage-femme semble représenter une figure maternelle sur laquelle elle espère pouvoir se reposer lors de l'accouchement à venir. Marie-Lune se raccroche au « calme » et à « l'expérience » de celle-ci pour se rassurer quant à ses angoisses.

Je sens qu'elle va être capable de, elle est tellement calme par sa personnalité, elle est tellement calme, elle est tellement sereine, bon elle a beaucoup d'expérience aussi là, ça fait 10, 15 ans qu'elle fait ça. Donc elle en a vu des femmes accoucher, elle a une très bonne expérience, elle a été très bien formée aussi là. Donc elle est apaisante et puis je trouve qu'elle transmet aussi cet apaisement-là.

Elle persévère avec l'idée d'apaisement, comme pour se convaincre qu'elle sera apaisée, que la présence de la sage-femme l'apaisera. En dessous, se révèle la persistance de l'angoisse dans son grand désir d'être rassurée. À la fin du troisième entretien, lorsque la chercheuse questionne sur la présence d'anxiétés, on s'aperçoit que ce sont les mêmes qu'au départ. Elles ne sont pas disparues, malgré « *l'approche sage-femme* », investie comme démarche « *apaisante* » par Marie-Lune. Ainsi, cette sage-femme tant idéalisée ne semble pas être arrivée à soulager ses craintes.

D'ailleurs, en post-partum, il nous apparaît que l'idéalisation se soit transformée en dévalorisation. Indirectement, Marie-Lune nous dit qu'elle a hâte que les sages-femmes partent et qu'elle est irritée, voire agressée, par les demandes qu'elles lui font suite à l'accouchement alors qu'elle veut simplement se reposer. Elle répète à plus d'une reprise que c'est une fois que les sages-femmes sont parties que « *la bulle s'est créée* » et qu'elle a pu éprouver des sentiments positifs quant à sa nouvelle maternité.

Bon ben là, il faut l'allaiter, moi il faut que je mange pour me donner des forces, il faut faire les points de suture, il faut que je le lève, il faut que je sois capable de me lever. Donc c'était, j'ai trouvé ça assez exigeant l'après-allaitement, pas l'allaitement, l'après-accouchement en fait. Oui, toute la partie où les sages-femmes étaient encore ici là.

Sans qu'elle ne le précise directement dans l'entretien post-partum, précisons que son lapsus, « *l'après-allaitement* », suggère qu'elle trouve également cette partie exigeante.

Au troisième trimestre, Marie-Lune aborde ses lectures d'écrits de sages-femmes et de témoignages de mères. On peut aisément supposer qu'elle a lu les ouvrages analysés dans le contexte de cet essai (Brabant, 1991; Grégoire & Saint-Amant, 2004). Elle rapporte avec une grande précision les propos et idées des sages-femmes. Son discours nous semble presque appris, voire plaqué.

En étant suivie avec les sages-femmes, ben j'ai lu beaucoup de témoignages d'accouchement. J'ai lu beaucoup de livres écrits par les sages-femmes aussi qui parlent de l'accouchement tu sais, bon de la

mécanique mais aussi qui comparent le système médical avec le système sage-femme, finalement. Bref, l'accouchement naturel versus plus médicalisé. Et puis, oui et puis en tout cas j'ai vraiment aimé cette partie de la réflexion là parce que je dirais que ben là, en disant ça je ne veux pas minimiser les femmes qui accouchent à l'hôpital là, ce n'est pas ça que je veux dire, c'est juste que moi je me suis rendue compte que pour moi c'était important qu'il y ait une symbolique à l'accouchement, dans le sens que c'est par l'accouchement que je vais devenir mère. Et puis c'est comme ça, c'est vraiment comme ça, que je comprends l'accouchement donc pour moi ça va être important de tout ressentir, tu sais de sentir les contractions, de me laisser aller, de travailler avec mon bébé pour qu'on s'aide mutuellement les deux pour, ben finalement pour qu'il naisse là. Donc c'est vraiment, c'est vraiment important pour l'accouchement que ce soit le plus naturel possible. Je sais qu'il y aura peut-être des complications qui vont survenir là et puis qui vont faire en sorte que je vais peut-être finir tsé je vais peut-être accoucher avec une équipe médicale finalement ou je vais devoir prendre l'épidurale parce que bon la douleur, je vais être juste plus capable ou je vais être trop fatiguée ou peu importe, mais au moins je vais avoir essayé et puis je vais m'être rendue, tu sais, le plus loin possible. Ça, c'est vraiment important. Ça fait que je dirais que j'ai vraiment cheminé à ce niveau là parce que, parce que tu sais au début de la grossesse, j'avais capoté là, je me disais vraiment (rire) mais comment je vais accoucher là, comment je vais gérer ça, tu sais, donc.

C'est juste que j'ai l'impression que c'est important tu sais ce n'est pas un moment comme un autre là, ça ne t'arrive pas tous les jours dans la vie de donner naissance premièrement... [silence] Et puis ben, ben la symbolique tu sais en fait c'est que je veux que ça soit comme un moment spécial aussi. Je prendre ce temps là pour mon enfant et puis penser à lui tu sais. Et puis penser aussi au fait que moi je suis en train d'être transformée là. Autant physiquement que dans mon rôle parce que c'est vraiment l'accouchement qui, parce que là je ne me sens pas mère là mais tu sais c'est vraiment l'accouchement qui va faire de moi que je vais devenir une mère. Ça et puis l'allaitement là, ça fait que je dirais que c'est beaucoup à ce niveau-là, la symbolique dans le sens que tu sais c'est changer de sens un accouchement. Je ne pourrais pas le faire en ne sentant rien et puis en n'étant pas préparée.

Tu sais c'est un peu comme un rituel un peu. Et puis, ben en même ben les, c'est sûr que les lectures m'ont beaucoup aidée aussi à ce niveau-là. Mais je trouve que ça va avec la mort aussi tu sais. Et puis, en fait ça fait longtemps que je me suis questionnée beaucoup sur la mort, j'ai fait des travaux dans le cadre de mes études de bacc et puis de maîtrise là-dessus, sur la mort et puis comment l'expliquer aux enfants et puis en tout cas tout ça. Et puis il y a des personnes qui sont décédées dans ma famille comme mon grand-père et puis tu sais j'avais beaucoup lu là-dessus à ce moment-là, et puis en fait je pense que mon questionnement sur l'accouchement, ça vient aussi de mon questionnement sur la mort, tu sais. Dans le sens que c'est ça la vie c'est tu nais et puis tu meurs. Donc on ne peut pas, c'est ça mais on ne peut pas juste prendre des médicaments pour ces deux évènements-là qui sont majeurs. Tu sais, il faut qu'on puisse les vivre, il faut qu'on les sente, il faut qu'on voie qu'est-ce que ça nous fait et puis comment ça nous transforme là. Ça fait que je dirais que c'est plus à ce niveau-là, la symbolique là. C'est pour ça que c'est important. Oui.

Dans ces deux extraits, on retrouve presque mot pour mot une grande partie de la philosophie des sages-femmes, et ce, même si Marie-Lune insère une partie de son propre vécu pour rattacher ses propos à elle-même et peut-être se rassurer sur le fait qu'elle s'est appropriée ses lectures. Ce plaquage du discours nous indique que quelque chose ne va pas. Elle tente de colmater les fuites d'angoisse liées à l'ambivalence profonde qui l'habite et au sujet de laquelle il semble presque impossible d'être entendue.

Tout au long elle va idéaliser la sage-femme, mais sous cette vision lustrée, force est de constater que le lien avec elle ne semble pas s'être noué et comporte une sorte de distance. En effet, la relation avec celle-ci n'est pas abordée, la sage-femme n'est jamais nommée par son prénom. Marie-Lune parle souvent de « *l'approche sage-femme* », plus que de la personne qui l'accompagne depuis le début. Si elle parle des sages-femmes directement, les pronoms « la, les » sont davantage utilisés que « ma, mes », cela créant une distance. Les aspects émotionnels sont peu abordés lorsqu'il est question de la sage-femme, sauf si elle aborde son désir d'être apaisée qui témoigne

plus de sa propre angoisse que du lien affectif. Les apports de la sage-femme semblent surtout liés à la transmission d'informations et d'explications. En racontant le déroulement de la poussée lors de l'accouchement, elle évoque : « *c'est vraiment de la sage-femme dont j'avais besoin* ». Elles sont pourtant trois professionnelles, dont une étudiante, à être présentes; de quelle sage-femme s'agit-il? Elles paraissent presque interchangeable. Lorsque questionnée sur ce qui l'a aidée à cheminer quant à sa peur de l'accouchement et du devenir mère, il nous est étonnant d'apprendre que ce sont les lectures effectuées. Qu'est-il advenu de ces rencontres « *humaines* » de « *deux heures* » et de ces « *becs sur les joues* » qui suggéraient l'installation d'une vraie relation ? Le désir de rapprochement maternel de Marie-Lune semble s'être heurté à un obstacle. Duquel s'agit-il?

Quand la doctorante lui demande si la grossesse a changé les choses avec sa mère, Marie-Lune précise aussitôt que « *non* », elle « *ne s'est pas rapprochée* » d'elle, nous révélant du même souffle qu'elle portait ce désir et qu'elle en est déçue. Rappelons que sa mère l'avait rassurée n'être préoccupée que pour sa fille avant l'accouchement et qu'elle s'était montrée, du même coup, bizarrement peu impliquée auprès du bébé. Si le lien n'est pas simple avec sa mère, il l'est également avec la sage-femme, la relation conflictuelle maternelle paraissant se répéter. Marie-Lune semble avoir un meilleur rapport avec les femmes se situant à plus grande distance générationnelle par rapport à elle :

C'était drôle en fait le lien, c'est plus avec les grand-mères. Le lien, ben pas le lien mais la discussion de l'accouchement là. Je pensais l'avoir avec ma mère mais pas du tout. J'ai vraiment eu plus avec nos grands-mères.

Il lui semble également plus aisé de se lier à des pairs ou des hommes. Parlant de la question du rapprochement, elle dit s'être sentie « *l'égale* » de son directeur de thèse de par sa maternité, alors que les choses n'allaient pas bien auparavant. Elle aborde également une relation positive à sa sœur et des amis. Est-ce dans une recherche de

semblable qu'elle s'est tournée vers une doctorante pour parler de son vécu lié à la grossesse, elle-même doctorante?

7.12 Conclusion

À la lumière de nos analyses, Marie-Lune présente un rapport conflictuel à sa maternité, de la grossesse au post-partum. Une ambivalence profonde qu'elle peine à mettre en mots se dégage nettement des entretiens. La grossesse est difficile à intégrer psychiquement au cours des trois trimestres et la recherche d'émotions est prédominante pour se rassurer quant à son désir de maternité.

Lorsqu'elle aborde ses peurs face à l'accouchement, son discours est moins organisé et plus vague, malgré qu'elle se montre généralement en contrôle, ce qui nous révèle l'ampleur de ses angoisses. Ce passage terrifiant de la parturition est ensuite décrit comme idéalisé, malgré qu'elle ait vécu un sentiment de désintérêt à la rencontre de son bébé. On comprend que c'est l'arrivée de ce dernier qui l'angoissait tant et se dissimulait dans sa peur de la douleur de l'accouchement. Effectivement, la maternité représente pour Marie-Lune une importante menace de perdre son identité et sa liberté; voire une mort potentielle. L'investissement de la sphère du travail est une solution de choix pour éviter l'investissement du bébé et s'assurer qu'elle conservera sa vie professionnelle.

Un clivage est détecté entre les médecins, dévalorisés, et les sages-femmes, idéalisées. Marie-Lune se raccroche avec ferveur au discours des sages-femmes pour atténuer ses peurs qui, malgré ses efforts d'apaisement, persistent. Mentionnons toutefois que la sage-femme

Comment les difficultés de Marie-Lune ont-elles pu passer sous le radar et perdurer, alors qu'elle a été accompagnée par une sage-femme? La question du suivi de grossesse est investie et abordée spontanément dès le premier entretien, mais c'est avec

étonnement que nous constatons ce qui nous paraît être l'absence d'un lien véritable avec la sage-femme. Comment comprendre cela? Il nous semble que cette distance relationnelle soit le signe de quelque chose : Marie-Lune semble ne pas avoir pu être entendue dans ses difficultés par la sage-femme, cela ayant posé obstacle à la création d'une vraie relation. Elle s'est donc raccrochée aux écrits des sages-femmes et leurs opinions pour pallier les manques et tenter de se rassurer. Soulignons également qu'il est possible qu'une difficulté chez la parturiente à s'engager relationnellement ait pu participer à cette distance relevée entre elle et sa sage-femme.

Les difficultés dans les liens avec sa mère, la distance avec la sage-femme, la pénible rencontre avec le bébé ainsi que le manque d'implication de sa mère envers le bébé traduisent une certaine répétition d'enjeux dans le rapport au maternel. La relation est cependant plus accessible avec les grands-mères, comme le précise Marie-Lune qui a pu échanger avec celles-ci quant à l'accouchement. La plus grande distance générationnelle semble soutenir le rapprochement. Le lien est également plus aisé avec les pairs, sa sœur et ses amis. Est-ce pour cela qu'elle a choisi de s'exprimer auprès d'une doctorante alors qu'elle l'est elle-même? À tout cela, ajoutons également

La participation de Marie-Lune à notre étude nous paraît donc comme une tentative d'expression de son ambivalence ainsi que des difficultés à investir son bébé et la position maternelle, n'ayant pu trouver cet espace auprès de la sage-femme. Également, le désir de se lier nous semble faire partie de sa demande, la relation à la sage-femme n'ayant pu se construire véritablement et ne lui ayant peut-être pas permis d'être entendue et de s'exprimer authentiquement. Marie-Lune cherche désespérément du lien, mais quelque chose achoppe. N'est-ce pas pour cela qu'elle participe à une recherche sur la grossesse alors qu'elle a déjà un lieu pour en parler avec sa sage-femme?

CHAPITRE VIII

UNE NAISSANCE HEUREUSE DE BRABANT

8.1 Le contexte

Lors de la parution du livre d'Isabelle Brabant en 1991, les sages-femmes sont complètement évincées des salles d'accouchement et leur pratique est illégale. Effectivement, depuis la première moitié du siècle, les médecins ont pris le contrôle des accouchements. De ce fait, les femmes ont été dépossédées de leur expérience et les sages-femmes, de leur pratique. L'ère est au médecin expert qui sait, à la femme passive qui se fait accoucher, aux notions de risque et de pathologie ainsi qu'aux nombreuses interventions médicales. Primordiaux pour la périnatalité québécoise, les propos de Mme Brabant se sont construits contre un carcan médical occasionnant une grande souffrance aux femmes. Dans une vocation de normaliser la grossesse et l'accouchement ainsi que d'aider les femmes à se réapproprier leur expérience, l'auteure a souhaité attirer le regard sur les aspects positifs et profondément humains des naissances, relégués aux oubliettes par le discours médical.

L'ouvrage a été réédité à deux reprises : en 2001 et 2013. En janvier 2001, est ajoutée la section sur la physiologie de l'accouchement et mise à jour la discussion sur les interventions proposées en cours de grossesse et d'accouchement. Entretemps, la pratique sage-femme est légalisée en 1999 grâce aux luttes d'Isabelle Brabant et ses collègues, ce qui modifie les lieux de naissance proposés dans le livre. Également, l'auteure fait état des changements liés à l'évolution de sa pratique à travers les années. L'édition de 2013 inclut des modifications liées aux avancées technologiques et aux transformations culturelles qui, d'après l'auteure, ont « *fait glisser l'accouchement dans le cercle de la performance* » (p. 11).

8.2 La structure

Comportant plus de 500 pages, l'édition de 2013 est présentée sous forme de manuel. On y trouve plusieurs photos et encadrés informatifs, dont certains avec de courts textes et d'autres avec des listes de points, de questions et de conseils pour en faciliter la mémorisation. L'ouvrage est constitué de plusieurs titres et sous-titres pour s'y repérer facilement et trouver l'information désirée.

En survolant la table des matières (annexe D), la lectrice pourra déjà observer une connotation littéraire dans le choix des mots et des expressions. Cette intention poétique et esthétique soutient le message principal de Mme Brabant : la grossesse et l'accouchement sont de belles expériences, profondes et transformatrices. Également, la majorité des titres principaux comportent un deuxième titre. Dans le livre, ces seconds titres, plus neutres que les premiers, se trouvent en petits caractères. L'attention de la lectrice est donc spontanément dirigée sur les titres en gros caractères, à connotation poétique. En voici un exemple : « *La fabuleuse traversée* » versus « *Physiologie de l'accouchement* ». On retient donc ici que l'accouchement représente une fabuleuse traversée.

Le titre du livre annonce le message général qu'on souhaite transmettre : *Une naissance heureuse. Bien vivre son accouchement et sa grossesse*. D'abord, la naissance est envisagée comme quelque chose d'heureux. Ensuite, l'emploi de l'infinitif sous-entend une sorte d'injonction: un « *il faut* » se dégage du « *bien vivre sa grossesse et son accouchement* ». Sur la page de couverture, on y repère d'ailleurs la photo d'un couple souriant : une femme enceinte qui rit, entourée des bras de son conjoint. En arrière-plan, on y voit une ruelle avec de la verdure, sous un ciel bleu parsemé de quelques nuages blancs, image véhiculant bonheur et bien-être. Rappelons que ce traitement de la grossesse et l'accouchement se démarque nettement du discours diffusé à l'époque, où une naissance est majoritairement perçue comme un événement médical nécessitant des interventions. La première impression qui s'impose à la lectrice est que la grossesse

et l'accouchement sont de merveilleuses expériences qui procurent (ou doivent procurer) du bien-être.

8.3 L'énonciation

Le livre est écrit au « *je* », cela créant une intimité avec les lectrices à travers une dimension personnelle. Isabelle Brabant parle directement à celles qui la lisent et on peut presque y détecter une impression de discussion, de consultation, de rencontre. L'ouvrage est destiné au grand public, aux mères mais aussi aux pères, dans un contexte clairement exprimé par Isabelle Brabant.

J'ai décidé, il y a presque vingt ans, de m'adresser aux parents qui préparent l'arrivée de leur bébé, alors qu'il existait déjà de nombreux livres sur ce sujet, car aucun me semblait aborder la naissance dans toute sa richesse, sa profondeur, sa réalité. (p. 7)

À l'aide d'un langage accessible et facilement compréhensible, celle-ci cherche à rejoindre les parents en leur parlant de la grossesse et l'accouchement dans une vision nouvelle, mettant de l'avant des aspects de richesse et de profondeur. Le livre se pose donc, à juste titre, contre l'idéologie médicale et cette posture est assumée par l'auteure. Cependant, un écueil est d'emblée rencontré : on ne peut prétendre que la naissance est abordée dans toute « *sa réalité* ». Il s'agit d'une certaine réalité; d'une facette de celle-ci qui s'avère ici positive. La suite des analyses nous permettra de comprendre comment cette « *réalité* » est appréhendée par Mme Brabant.

8.4 La perspective d'Isabelle Brabant, sage-femme

Pour Mme Brabant, la grossesse et l'accouchement sont importants et extraordinaires dans une vie. Ils représentent de remarquables et merveilleux passages de l'existence humaine desquels il faut prendre soin. L'auteure y croit fermement et c'est ce qui la guide dans sa pratique de sage-femme.

Ma conviction profonde dans l'importance de l'accouchement et de la naissance dans la vie des femmes, des enfants et des pères demeure inaltérée. Ma conviction que les sages-femmes ont un rôle à jouer, avec les femmes, dans la redéfinition de la naissance en tant qu'événement profondément humain et si intensément féminin continue de m'inspirer quotidiennement. Chaque étape de ce labeur, de cette entreprise universelle et magnifique de la naissance continue de m'émerveiller. (p.10)

D'une part, cet extrait témoigne du caractère militant des propos de Mme Brabant. On y parle effectivement de « conviction » ainsi que de devoir de « redéfinition de la naissance », tout en faisant usage de la répétition, cela suscitant la mémorisation du message. D'autre part, s'imprègnent de nouveau dans l'esprit des lectrices la beauté et l'émerveillement qu'on cherche à associer à la grossesse et l'accouchement, en opposition au discours médical dominant.

Si on insiste sur la beauté de ces événements, on revendique également le fait qu'ils sont tout à fait normaux, caractère qu'il importe de protéger selon Mme Brabant. Contrairement à ce qui est mis en exergue par l'idéologie médicale, l'auteure rappelle que la grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies pour lesquelles les femmes doivent être traitées, mais plutôt des processus normaux, faisant partie de la vie, auxquels leur corps s'ajuste. Pour cette sage-femme, le corps des femmes sait comment accoucher. Elle souhaite d'ailleurs à celles-ci d'avoir le « sentiment de [leur] propre force, de [leur] capacité à créer la vie » (p.10).

L'auteur critique le système médical qui, pour elle, s'est emparé de l'expérience des familles en mettant de côté, entre autres, cette notion de normalité. Mme Brabant déplore la rigidité médicale ainsi que son « manque chronique de confiance » (p.9) envers le processus de mise au monde. Ainsi, cela rappelle à la lectrice que l'idéologie médicale a puissamment transformé le rapport de notre société aux naissances, ce que Mme Brabant souhaite révolutionner à son tour.

En ce sens, la vision des sages-femmes s'érige fondamentalement contre celle des médecins, ce en quoi elle est spécifiquement nécessaire et essentielle selon Mme Brabant. D'après elle, ces différences auront pour effet de modifier l'expérience des femmes. Par exemple, lors d'une parturition, est-ce que l'on privilégiera les interventions médicales ou est-ce que l'on prendra le temps d'accompagner la femme et l'aider à accueillir sa douleur?

Je me suis rendue compte que, sous bien des aspects, il existe des différences fondamentales entre ce que les sages-femmes comprennent des phénomènes physiologiques du travail et de l'accouchement et la vision médicale des mêmes phénomènes. Surtout, je vois combien ces différences ont un impact extrêmement important sur la façon dont les accouchements sont « conduits » à l'hôpital, sur la nécessité apparente de recourir à un nombre élevé d'interventions et sur le besoin de soulager la douleur par des moyens médicaux. Cette différence de vision est donc à la source de conséquences importantes sur ce que les femmes vivent, sur ce que vous vivrez pendant votre accouchement. (p.7)

L'auteure met l'accent sur « *vos accouchements* », rappelant par là que ce passage ainsi que la grossesse appartiennent aux mères et aux bébés et non aux professionnels de la santé. Pour Mme Brabant, il y a autant de manières d'accoucher que de femmes qui accouchent et il revient à chacune d'elle de vivre la parturition comme elles le désirent. Elle insiste sur leur liberté, contrairement à ce que le milieu médical instaure comme rapport de pouvoir.

J'espère que, au moment de votre accouchement, mes suggestions auront stimulé votre imagination, votre créativité, et vous donneront envie de bouger, de sentir, d'explorer votre propre manière de mettre votre bébé au monde. (p.9)

Pour favoriser la réappropriation de la grossesse et l'accouchement, Mme Brabant soutient que les familles peuvent effectuer leurs propres choix quant au suivi médical. Elles détiennent elles aussi un savoir, car « *les normes scientifiques, toutes rigoureuses*

qu'elles soient, ne peuvent s'appliquer qu'en tenant compte des choix des femmes » (p.448).

Les éléments précédents sont essentiels afin qu'une grossesse et un accouchement soient vécus positivement, ce qui permet d'améliorer la suite pour les parents et leur bébé. Effectivement, pour Mme Brabant, quand ils se déroulent bien, la mère et le bébé s'en portent mieux. Il importe donc de s'intéresser aux manières de favoriser leur bon déploiement, car il ne s'agit pas d'événements isolés sans conséquence. Ils peuvent être « *source de fierté, de confiance en soi, de bonheur* » (p.8) et faciliter la création de la relation mère-nourrisson.

Quant aux difficultés maternelles, l'auteure évoque que la grossesse, en dehors des transformations physiques, est également faite de bouleversements émotionnels et de craintes normales. « *La grossesse est un temps de stress normal, sain et naturel* » (p.21). Des émotions contradictoires peuvent cohabiter et osciller entre elles, telles que la joie et la tristesse par exemple.

8.5 Les stratégies argumentatives

Les propos de Mme Brabant se différenciant fondamentalement du discours médical de l'époque, il fallait convaincre son auditoire pour être entendue. En effet, en plus d'exposer sa vision de la grossesse et de la maternité, l'auteure devait faire admettre un discours opposé à un discours dominant. Nous avons donc analysé les procédés rhétoriques utilisés pour soutenir son propos.

De manière générale, le style et l'argumentation de Mme Brabant visent à faire ressortir les versants positif et humain de la grossesse et l'accouchement, afin d'ouvrir la voie à d'autres idées et déconstruire la suprématie du discours médical. Ils cherchent également à réparer l'image de la sage-femme, affectée par l'emprise médicale et scientifique, et lui restituer sa juste place dans l'univers des naissances.

Après une analyse des stratégies argumentatives, nous les avons regroupées en cinq différents types de discours :

1. Discours d'expertise
2. Discours affectif
3. Discours empathique et normalisant
4. Discours relationnel
5. Discours critique de l'idéologie médicale

Il est à noter que ces types de discours peuvent être utilisés de manière simultanée et que notre effort de schématisation sert surtout à faciliter la compréhension des analyses.

8.5.1 Discours d'expertise

Dans sa façon de présenter son propos, Mme Brabant fait appel au discours d'expertise, ce qui donne de la crédibilité au message qu'elle souhaite transmettre. D'abord, l'impératif présent est abondamment utilisé tout au long de l'ouvrage. Ce temps de verbe permet de donner un conseil ou une suggestion, en interpellant directement les parturientes.

Allez dès maintenant visiter des nouvelles mères. Si vous n'en connaissez pas dans votre entourage, contactez les femmes qui ont suivi des cours prénatals avec vous et qui viennent d'accoucher. Voyez comment elles vivent ces premiers temps après la naissance...et offrez votre aide. (p.106)

Dans cet extrait, l'auteure parle directement aux lectrices et leur suggère une suite de recommandations : « *allez, contactez, voyez, offrez* » qui se lisent sur un ton rythmé. Par celles-ci, elle souhaite sensibiliser les femmes aux vécus des nouvelles mères et briser la solitude qu'elles peuvent vivre. Elle cherche à favoriser le dialogue et les liens entre femmes, les sentiments de communauté et d'appartenance s'étant étiolés depuis la médicalisation des accouchements. À travers l'utilisation de l'impératif, il est également possible d'y sentir un ordre, une injonction. Il est aussi envisageable d'y

percevoir une posture pouvant rappeler celle des médecins, experts qui savent. Dans la manière de chercher à convaincre les lectrices, on adopte une position s'inscrivant dans le paradigme dominant. Il est possible de postuler qu'il soit plus aisé de faire reconnaître ses idées avec un tel discours d'expertise.

De même, les preuves scientifiques sont invoquées pour appuyer les propos de l'auteure, autant pour émettre des recommandations « *justes* » aux femmes et que nuancer les croyances véhiculées. Par exemple, elle évoque que « *les recherches ont clairement démontré que la prise quotidienne d'un supplément d'acide folique* » (p.53) est bénéfique pour le bébé, ce qu'elle suggère à ses patientes de faire. Dans un autre contexte, afin de remettre en question certaines pratiques de la médecine, l'auteure stipule que « *les recherches n'ont pas réussi à démontrer* » (p.465) la réelle efficacité de la rupture des membranes pour accélérer la progression du travail de l'accouchement. La science, d'une efficacité sans pareil pour rassurer les inquiétudes et éveiller la confiance, devient une référence à la fois pour appuyer ses idées et, à la fois pour déconstruire et nuancer les croyances largement répandues par la médecine.

À plusieurs reprises, l'auteure témoigne de son savoir et de son expérience dans ses textes. Elle y souligne la solidité de son expérience professionnelle, ce qui a pour effet de mettre la lectrice en confiance. Effectivement, on comprend que ses idées proviennent de ses connaissances et ses années de pratique, et donc qu'elle sait ce qu'elle dit. Par exemple, elle évoque avoir eu « *le privilège d'observer des centaines de femmes dans la liberté de leur maison ou de la maison de naissance* » (p.8). Elle précise qu'elle rencontre « *des femmes enceintes et des couples depuis plus de 30 ans* » (p.23). Mme Brabant s'ouvre également sur son vécu : « *Comme sage-femme, j'ai assisté, muette d'émerveillement, à la naissance de plus de 2000 bébés* » (p.344). Ce type de discours a pour effet de mettre les femmes qui la lisent en confiance envers son expertise et ses propos. On doit pouvoir se fier à ce qu'elle écrit si elle a autant d'expérience. L'auteure s'appuie même sur les vécus des autres familles pour

mentionner aux lectrices que ce qu'elle avance fonctionne et a déjà aidé plusieurs familles.

Depuis la parution d'Une naissance heureuse, j'ai été plus que comblée par les témoignages de femmes et d'hommes qui m'ont dit combien ce livre les avait guidés dans ce moment si particulier de leur vie, les avait nourris dans leur réflexion et stimulés à se préparer eux-mêmes à vivre « une naissance heureuse ». (p.7)

Si d'autres mères ont pu vivre des naissances heureuses grâce à la vision d'Isabelle Brabant, cela peut également inspirer d'autres personnes pour offrir une place à ses propos originaux.

8.5.2 Discours affectif

Nos analyses ont également permis de repérer dans l'ouvrage de Mme Brabant l'utilisation d'un discours affectif, ayant pour effet de susciter l'émotion et l'identification de la lectrice.

Dès le début de l'ouvrage, et ce, tout au long des textes, le vocabulaire employé est connoté. Les mots choisis s'inscrivent dans un versant positif et poétique, insufflant une belle image à la maternité, la grossesse et l'accouchement. Le premier paragraphe pose bien les bases de ce lexique. Voici les mots que nous y avons relevés : « *richesse, profondeur, réalité, heureuse, comblée, guidés, nourris, stimulés, enrichir, extraordinaires, privilégiée, cœur, trésor, sagesse, énergie, inspiration.* » (p.7). Ce lexique a pour effet de transporter la lectrice hors des lieux médicaux et du risque habituellement véhiculé, sur une voie plus existentielle et expérientielle de la naissance. Le discours littéraire employé reflète une image positive de la maternité ainsi qu'une dimension chaleureuse et émotionnelle.

La métaphore est utilisée à plusieurs reprises dans les textes, cela pouvant soulever des émotions chez les lectrices. La beauté de la grossesse et l'accouchement y est illustrée

par une touche poétique. En voici un exemple : « *puisse ces mots vous guider, avec tendresse et courage, sur les sentiers d'une naissance heureuse.* » (p.11). Ici, par la métaphore d'une randonnée en nature, qu'on associe généralement au ressourcement et au calme, Mme Brabant souhaite démontrer aux familles que la naissance n'est pas qu'affaire d'interventions et de rendez-vous médicaux, mais représente également un processus naturel et profondément humain. Évoquant la question du plan de naissance qu'on recommande aux femmes d'établir avant la parturition, elle précise : « *faites-en l'ambassadeur de vos rêves* » (p.103). Au plan de naissance est donc associée la possibilité de réaliser ses rêves, cela donnant une image très positive à l'accouchement, qui détone de celle, habituellement véhiculée, de la femme en couches qui souffre et ne souhaite qu'un terme à ses douleurs.

L'accouchement est d'ailleurs un sujet abondamment traité dans l'ouvrage de Mme Brabant. Pour atténuer les dangers et les fantasmes de mort qui y sont rattachés dans les représentations sociales, la métaphore de l'eau est fréquemment employée. Voici des exemples : « *Votre bébé si amoureuxment massé par vos puissantes contractions, massé, éveillé de son doux sommeil, réveillé de sa vie sous-marine, intra-utérine* ». (p.173). « *À quoi pense un bébé quand il sent que le vent se lève, le grand vent qui le poussera à traverser sa mère, de vague en vague, vers sa nouvelle vie?* » (p.563). Dans un style poétique, Mme Brabant allie l'accouchement et l'eau, ce qui évoque calme et laisser-aller. À la lecture des propos de Mme Brabant, la future mère peut donc se trouver émue et rassurée dans ses angoisses.

La comparaison est également utilisée pour soutenir les idées de Mme Brabant qui sortent la lectrice du discours habituel. L'allaitement y est tantôt rapproché à une « *danse d'amour* » (p. 353) entre la mère et son bébé, tantôt à « *une ballade à bicyclette* » qui représente un « *plaisir simple* », mais qui s'est appris « *au prix de quelques écorchures* » (p.392). Le liquide amniotique, « *extraordinaire sensation chaude et mouillée* », est comparé à « *une petite rivière qui ouvre la voie à votre bébé* »

(p.173). Ces comparaisons font en sorte que la lectrice se raccroche, à l'aide d'une expérience vécue (par exemple, une ballade à bicyclette), aux propos de Mme Brabant.

Ce discours affectif de l'auteure est étayé par la présentation de plusieurs photos au fil des textes. La très grande majorité des images expose des femmes souriantes, tenant leur ventre ou leur bébé. Elles sont parfois seules, parfois accompagnées d'un partenaire, d'un professionnel, d'autres enfants souvent souriants eux aussi. Ces images soutiennent implicitement l'idée qu'une femme enceinte est comblée et heureuse. Parfois, les mères ne sourient pas; elles ont le regard centré sur leur ventre, la tête baissée, comme absorbées par leur grossesse. Se dégage alors une impression de calme et de paix. On peut également voir quelques photos démontrant la douleur de l'accouchement. On aperçoit alors des femmes qui traversent leurs contractions les yeux fermés, paraissant en possession de leurs moyens malgré leur souffrance. Qui plus est, toutes les photos sont en noir et blanc, ce qui traduit une démarche artistique. Le noir et blanc permet d'aller droit au but en livrant directement un message, sans artifices de couleurs. La valeur émotionnelle des photos en est ainsi d'autant plus marquée. Ce traitement invite également la spectatrice à s'interroger sur l'histoire derrière la photo et s'y identifier, humanisant du même souffle davantage l'image. Ces procédés font tout autant la promotion de la beauté et la profondeur de la grossesse et l'accouchement que de leur caractère normal.

Enfin, les textes sont parsemés d'histoires de cas en italique de femmes et de familles qu'a accompagnées Mme Brabant. Ce procédé ancre les propos de l'auteure dans l'émotion et les rend vivants par de véritables expériences, cela suscitant l'identification des lectrices à ces histoires vécues. En voici un exemple :

« J'ai eu enfin l'impression de reprendre le contrôle, me racontait Stéphanie. Après m'être fait malmener des heures et des heures par les contractions, enfin, je pousse! Trop concentrée sur chaque poussée, je ne vois pas le temps passer. Je vois enfin l'accomplissement de tout ce travail. La lumière au bout du tunnel! Enfin, bébé s'en vient pour vrai. Je ne sens même pas la douleur, étant

trop concentrée. Et ensuite, le vide. Je sens le bébé couler de moi, je le sens glisser, pour atterrir sur mon ventre, enfin. Les yeux dans les yeux, après tout ce temps... » (p.298)

La future parturiente qui lit ce passage peut se voir en Stéphanie et se rassurer quant à ce qui s'en vient pour elle. Si Stéphanie a pu passer au travers de son accouchement et percevoir « *la lumière au bout du tunnel* », pour ensuite faire la rencontre de son bébé « *les yeux dans les yeux* », les lectrices le peuvent aussi. De surcroît, cela soutient la promotion du suivi sage-femme et sa pertinence. Une image puissante et différente est offerte à l'accouchement, car on ne voit pas dans cette expérience une mère branchée sur l'équipement médical durant de longues heures; on voit une mère forte, calme et émue.

8.5.3 Discours empathique et normalisant

Nos analyses ont également mis en évidence chez Mme Brabant la présence d'un discours empathique et normalisant, faisant en sorte que la lectrice puisse se sentir comprise et considérée. Cette façon d'exposer son propos reflète une image positive de l'auteure, et conséquemment des sages-femmes qu'elle représente; on y perçoit une accompagnante de choix qui ne jugera pas et laissera place à la mère et sa famille. Cette façon d'écrire son propos exerce donc une forme de séduction chez les lectrices.

Dans une tentative de déculpabiliser les femmes, Mme Brabant normalise certaines croyances et cherche à déconstruire des préjugés, implantés notamment par le discours médical. Par exemple, dans ce titre d'encadré : « *Enceinte, obèse...et sereine* » (p.55), l'auteure se distingue du discours véhiculé par les médecins au sujet des risques associés à l'obésité. Elle amène cette idée nouvelle, d'ailleurs introduite par les points de suspension qui ajoutent une dimension de surprise, qu'une femme peut être obèse et sereine à la fois, donc en bonne santé. On comprend entre les lignes que Mme Brabant offrira un accueil et un accompagnement identiques à toutes les femmes. D'ailleurs, elle « *n'aime pas entendre dire : « J'ai engraisé »* ». *Ce n'est pas de la*

graisse, c'est du bébé! » (p.123). Elle cherche à défaire la dimension péjorative associée socialement à la prise de poids, en raison des standards d'apparence véhiculés, en y amenant une touche de normalité. Si une femme enceinte prend du poids, c'est qu'elle porte un bébé à l'intérieur d'elle; rien de plus normal. Implicitement, les tendances du milieu médical sont remises en question. En effet, dans le « *ce n'est pas de la graisse* », une certaine ambiguïté se fait sentir car on ne sait pas tout à fait à qui elle s'adresse. On peut croire que c'est tout autant à la société, à ses lectrices qu'aux professionnels du milieu médical qui entretiennent des préjugés autour du corps.

De manière plus directe, Mme Brabant cherche à apaiser les femmes des sentiments négatifs que peut susciter le discours médical chez elles. Par exemple : « *il se pourrait qu'à votre arrivée à l'hôpital, on vous annonce que vous n'êtes qu'en tout début de travail. De grâce, ne vous disqualifiez pas! Rien de plus subjectif que des contractions.* » (p.218). Donc, si une femme s'est « trompée », cela ne fait pas d'elle une mauvaise parturiente et possiblement plus largement une mauvaise mère. Il en va de même pour une femme enceinte et fumeuse : « *je lui dis d'emblée que je tiens pour acquis que si elle pouvait arrêter, elle le ferait. Et nous partons de là, pas d'un jugement moral sur le tabagisme pendant la grossesse.* » (p.44). On sent dans le ton de l'auteure une pointe d'agressivité à l'égard du système médical qui, pour elle, allègue un « *jugement moral* ». La lectrice qui se reconnaît dans ces lignes se sentira forcément comprise et considérée dans sa singularité par Mme Brabant, ce qui lui permettra de se percevoir de façon plus positive.

Afin de déculpabiliser les femmes, Mme Brabant les invite à changer de rythme et accueillir leur fatigue : « *donnez-vous le droit [...] de ne pas terminer ce que vous aviez commencé, de marcher plus lentement. Et prenez le parti d'en rire : vous n'êtes pas la seule!* » (p.41). Elle normalise la fatigue associée à la grossesse et recommande de s'y ajuster, ce qui peut soulager bien des mères.

Pour Mme Brabant, les familles n'ont pas besoin d'être des professionnelles de la santé pour identifier les besoins nécessaires à leur bien-être. Notons que ce type de discours se situe à l'encontre du rapport de places engendré par le système médical et du discours d'expertise également employé par Mme Brabant dans le même ouvrage. Voici des exemples : « *Vous êtes la mieux placée pour ce qui vous convient.* » (p.51). « *J'ai mis tout mon cœur dans cette troisième édition. J'ai voulu m'adresser à votre intelligence comme à votre cœur, alors que vous préparez l'arrivée au monde de votre petit.* » (p.11). L'auteure place les lectrices en position d'expertes sur elles-mêmes et leur reconnaît leur propre intelligence, cela faisant en sorte qu'elles se sentent reconnues et valorisées. Du coup, les perspectives de Mme Brabant peuvent être appréciées à leur tour. Voici un autre exemple : « *Santé Canada garde à jour des recommandations à ce sujet, mais permettez-vous de faire vos choix parmi ces « risques-là » aussi. [...] Alors à vous de juger.* » (p.52). Malgré l'autorité des institutions émettant des suggestions aux familles, l'auteure souhaite rappeler que leur propre jugement mérite également d'être respecté.

À plusieurs reprises, Mme Brabant témoigne aux femmes son empathie à l'égard de ce qu'elles vivent durant la grossesse et l'accouchement. Par exemple, elle leur écrit : « *Je suis un peu nostalgique quand je vois les jeunes femmes, aujourd'hui, subir autant de tests et d'exams, pendant leur grossesse, qu'elles ou leur bébé doivent « réussir ».* *Que de stress!* » (p.131). À la manière d'une bonne maman, elle leur témoigne sa sensibilité et sa compréhension de ce qu'elles vivent en raison du système médical et son arsenal d'épreuves à performer. Ensuite, elle reconnaît l'intensité réelle de l'accouchement pour une femme : « *C'est immense, un bébé qui passe dans notre vagin!* » (p.295). En ce sens, elle précise que : « *Ce n'est pas toujours facile de comprendre, dans son corps, avec quels muscles pousser et dans quelle direction. Certaines femmes n'y arrivent pas facilement.* » (p.317). Mme Brabant fait ici preuve d'empathie à l'égard des femmes qui peuvent vivre des difficultés à accoucher et comprendre comment faire. Elle précise donc que la mise au monde ne va pas

nécessairement de soi et qu'un bon accompagnement est nécessaire, ce que les sages-femmes offrent.

8.5.4 Discours relationnel

Nous avons également relevé dans l'ouvrage de Mme Brabant un discours relationnel, ayant pour effet de créer un rapprochement avec la lectrice et possiblement une plus grande adhérence de cette dernière à ses propos. Ce type d'écriture fait en sorte que la destinataire peut entrevoir l'humaine derrière l'auteure, cela rendant ses propos vivants.

D'abord, les textes sont ponctués de points d'exclamation, de points de suspension et de points d'interrogation tout au long du livre. Cette ponctuation colore le texte et produit des nuances affectives et théâtrales. Voici un exemple : « *Quarante semaines? Je pensais que c'était neuf mois!* » (p.117). Ici, la ponctuation est utilisée par Mme Brabant pour « faire parler » les femmes enceintes et leur manifester ainsi qu'elle les comprend et s'identifie à elles; et, implicitement, que les questions et réflexions qu'elles pourraient avoir sont légitimes.

La grossesse représente probablement l'une des motivations les plus puissantes de changement dans nos vies, si on veut bien s'y ouvrir. C'est une invitation à laisser tomber des idées désormais inutiles. Comme de tout faire « toute seule » (« j'suis capable! »), sans jamais demander de l'aide, par exemple, une idée qu'on traîne parfois depuis qu'on a...trois ans! (p.33)

On peut presque entendre Isabelle Brabant nous parler personnellement, ce qui crée une familiarité. L'utilisation du « nous » suggère une proximité; Mme Brabant est une femme comme les autres, comme les lectrices. En ce sens, ses propos deviennent incarnés; elle a, elle aussi, une histoire passée et des traits de personnalité, comme toutes les femmes. Ce faisant, Mme Brabant fait tomber l'image de la professionnelle de la santé sur laquelle on peut parfois projeter une sorte d'idéalisation, voire de perfection. Le « nous » est effectivement utilisé à plusieurs reprises et crée un effet de

rassemblement. Si rien ne sépare Mme Brabant des lectrices, elle est à même de comprendre ce que vivent les femmes et leurs familles.

Nos expériences de fausse couche, d'avortement, de curetage et d'accouchement contiennent souvent beaucoup d'émotions qu'on n'a pas eu la chance ou le temps d'intégrer, parce qu'on a été surprise par l'événement, envahie par sa réalité physique, occupée à le vivre dans l'instant. Nos souvenirs ont des trous! (p.33)

Dans cet extrait, est implicitement révélé que cette sage-femme, humaine comme tout le monde, a, elle aussi, vécu des expériences difficiles dans sa vie. Elle est donc à même de comprendre ce que les femmes qu'elle accompagne vivent. Faillible, elle aussi peut avoir peur, être déçue, être naïve, etc., émotions évoquées par l'auteure à plusieurs reprises. Au sujet de sa première grossesse, elle écrit : « *Je désirais ce bébé avec ferveur mais, tout d'un coup, j'ai eu peur.* » (p.19). Si Mme Brabant a eu peur, il est normal d'avoir peur. L'effet d'un tel dévoilement peut être rassurant et facilite la proximité, tout en normalisant un vécu. Parlant de son premier accouchement, elle raconte ceci :

J'ai rêvé d'une présence amie, une femme qui connaîtrait ce territoire inconnu pour moi, et les mots qui parlent au cœur, qui chuchotent, qui proposent des sentiers presque invisibles, des raccourcis insoupçonnés, qui nous font découvrir les éclaircies, les points de lumière, quand on ne voit plus que l'obscurité. [...] Assurez-vous d'avoir auprès de vous une présence attentive, confiante, respectueuse, celle d'une sage-femme ou d'une doula. (p.224)

En partageant son « *rêve* », Mme Brabant nous révèle entre les lignes qu'elle aurait souhaité être mieux accompagnée lors de son premier accouchement. On peut penser qu'elle a accouché à l'hôpital, ce qui dénote une image insatisfaisante du milieu médical. Inversement, la sage-femme ou la doula sont représentées très positivement comme une solution aux maux des femmes.

J'ai cherché, à chaque page, à retrouver le fil qui nous lie, toutes et tous, humains de cette terre, pour renforcer le grand réseau dont nous

sommes, chacun, un maillon minuscule et indispensable à la fois. (p.11)

Ici, les différences auteure/lectrice et sage-femme/patiente sont abolies. L'humanité devient le dénominateur commun d'une proximité ainsi créée, ce qui nous transporte vraiment en dehors des murs du discours médical.

Dans la même veine, l'auteure partage dans ses textes son propre vécu affectif. Elle témoigne tout autant de sa « tristesse et sa décontenance » à l'égard de l'emprise médicale sur l'expérience des femmes que son « émerveillement » face aux naissances. Par exemple, pour cette sage-femme : « l'odeur des bébés naissants est unique au monde, ils sentent l'utérus, ils sentent l'intérieur. Plusieurs heures après une naissance, je cherche encore cette odeur sur mes doigts, tellement elle est enivrante. » (p.334). Sont ici dévoilés son propre rapport aux accouchements ainsi que son excitation face à l'accueil des bébés. Clairement, on sent qu'elle est passionnée par son travail de sage-femme, ce qu'elle souhaite transmettre. « J'aime à penser que c'est l'utérus qui est content, il accomplit ce pour quoi il a été créé! » (p.22). Dans cette personnalisation de « l'utérus content » que l'auteure affectionne, on sent qu'elle cherche à promouvoir la beauté de la grossesse.

Au fil des pages, Mme Brabant s'adresse directement à la lectrice, ce qui lui fait une place explicite dans le livre et crée une relation avec elle à travers un « dialogue ». Il y a presque une impression de consultation avec une sage-femme.

Vous parlez à votre bébé et vous lui dites combien vous êtes heureuse de savoir que, très bientôt, vous pourrez vous voir et vous toucher, peau à peau. Vous avez parlé à votre compagnon, qui partage votre excitation à sa manière, et maintenant vous allez faire une marche ou continuer vos activités, en respirant profondément à travers chaque contraction. (p.172)

Dans cet extrait, l'auteure utilise le « vous » pour parler aux femmes de leur accouchement. Elle leur décrit ce qui s'en vient, comme une sorte de processus de

visualisation qu'une mère peut lire pour se rassurer et envisager la suite positivement. Dans la citation suivante, un ton d'aveu et de confiance se traduit alors que Mme Brabant interpelle directement les lectrices et lecteurs.

Je ne connais pas votre penchant, vous lectrice, lecteur. Sachez que, si enchanteur qu'il soit pour ceux qui le souhaitent ardemment, un accouchement à la maison n'est pas, par définition, plus heureux, plus accompli, en un mot pas « mieux » qu'un autre. Il n'est tout cela que pour les parents qui y trouvent un sens, un confort, une joie qu'ils ne pensent pas trouver ailleurs. Les naissances heureuses ont lieu là où se trouvent les parents qui ouvrent leur cœur à l'arrivée de leur bébé, qu'importe le nom du lieu. (p.541)

D'abord, Mme Brabant reconnaît que les lectrices aient leur propre opinion, pouvant ne pas être la sienne. Elle fait ainsi preuve de respect à l'égard des différences individuelles, dans un style d'écriture qui ne cherche pas à convaincre l'autre à tout prix. L'auteure souhaite démontrer qu'il n'y a pas une meilleure façon d'accoucher et qu'il ne peut y avoir de prescription sur la meilleure option. Ce sont les besoins des familles qui importent et cette idée « *d'ouvrir son cœur à l'arrivée du bébé* ». Cela crée l'effet que la lectrice puisse être paradoxalement plus à même de se laisser convaincre.

8.5.5 Discours critique de l'idéologie médicale

Dans un discours critique, Mme Brabant cherche à éveiller et outiller la lectrice pour qu'elle réalise les failles ainsi que les effets délétères et pervers du système. Pour ce faire, l'auteure a recours à différents procédés.

L'antithèse est utilisée pour mettre en lumière l'opposition marquée entre les approches et conceptions des médecins et celles des sages-femmes. En rapprochant les deux paradigmes, l'auteure fait état de l'amplitude de leurs différences. Par exemple : « *Plutôt que d'imaginer le voyage qui s'en vient à travers des explications, des centimètres, des stades de l'accouchement, laissez-vous raconter l'extraordinaire aventure de la naissance. Comme un de ces contes merveilleux qui nous ont fait rêver,*

enfants » (p.171). On oppose ici un morne voyage et à conte enchanteur, cela ayant pour effet de dévaloriser le premier et valoriser le deuxième. La médecine est remise en question au profit d'un accompagnement plus riche et plus beau. Voici un deuxième exemple d'antithèse : « *Je vous propose certaines méthodes qui favorisent le début du travail, plutôt que de le provoquer ce qui est différent.* » (p.204). On oppose la favorisation des sages-femmes à la provocation des médecins, ce qui, sans équivoque, soulève des doutes quant à la pratique des derniers.

L'auteure emploie également les guillemets à plusieurs reprises pour citer des paroles et idées véhiculées par le milieu médical. La façon dont celles-ci sont présentées crée l'effet de les disqualifier. Par exemple, lorsque Mme Brabant évoque qu'« *accoucher est un passage, pas un « problème* » » (p.67), elle cite implicitement les tenants de l'idéologie médicale qui, à tort, perçoivent les processus de maternité comme des complications possibles. L'utilisation des guillemets communique une sorte de sarcasme dans l'extrait suivant, alors que Mme Brabant aborde les changements auxquels s'est adaptée la médecine : « *avoir le bébé sur son ventre dès la naissance, accoucher autrement que couchée sur le dos, cohabiter avec son bébé. Autant « d'hérésies » devenues pratiques courantes.* » (p.70). Le mot « *hérésie* », fort et précis de sens, image sans euphémisme la frustration créée par l'imposition de certaines pratiques médicales, même si certaines se sont ajustées. On sent même derrière cette forme d'exagération du propos (« *hérésie* ») une irritation et un jugement de la part de Mme Brabant face aux abus de la médicalisation du processus de naissance.

Dans l'ouvrage de Mme Brabant, une foule d'informations est transmise et expliquée aux femmes. On sent bien l'intention de l'auteure que les femmes puissent elles aussi posséder un savoir sur la grossesse et l'accouchement. Elle prend donc le temps d'accompagner les lectrices à travers plusieurs détails, exemples et comparaisons. Elle peut recommander aux femmes de poser davantage de questions aux médecins et de se faire bien renseigner. Elle consacre un chapitre entier à l'explication de phénomènes

médicaux et physiologiques qui sont généralement peu expliqués aux patientes dans les hôpitaux :

Que veulent dire ces fameux chiffres : 110/65 ou 125/80? C'est 110 quoi? Sur 65 quoi? Et quel rapport avec la grossesse? La tension artérielle mesure la force avec laquelle le cœur pompe le sang dans les vaisseaux sanguins (le chiffre du haut) ainsi que la pression minimale qui reste dans les artères entre les pulsations (celui du bas). Elle se calcule en millimètres de mercure, le mercure étant dans l'appareil, évidemment! (p.121)

Se montrant indulgente et compatissante par rapport à la complexité de certains concepts, Mme Brabant prend les femmes par la main, cela les aidant à comprendre ses propos. La vulgarisation a donc pour effet que la lectrice se sente considérée, impliquée et compétente de pouvoir enfin saisir des informations qu'elle avait laissées à l'expertise des médecins, sans penser pouvoir accéder à ce savoir. En conséquence indirecte, est critiquée le manque de partage du savoir dans les suivis médicaux et mis en évidence le souci des sages-femmes que les mères soient informées au même titre que les professionnels. Le contraste est sans équivoque. L'extrait suivant fait ressortir les mêmes effets, en plus de souligner la beauté des naissances :

Le nerf honteux (d'où le bloc du même nom) innerve la région du périnée, notamment les organes génitaux externes. D'où probablement ce nom très ancien mais révélateur d'une certaine mentalité! Il porte aussi le nom de « nerf pudendal », d'une racine latine qui veut aussi dire « honteux », mais plus discrètement quand même. Et pourquoi pas le rebaptiser « nerf joyeux »? (p.488)

La connotation du « joyeux », opposé au « honteux », illustre la disparité de perspectives entre la médecine et la profession de sage-femme, tout en ramenant les lectrices à l'émerveillement de la maternité.

À plusieurs reprises, l'auteure soutient ses propos en évoquant l'argument des traditions et de la pérennité de l'humanité à travers le temps. Si les pratiques ont été ainsi « depuis la nuit des temps » (p.306) et que notre espèce y a survécu, il n'y a pas

de raisons de croire qu'elles sont maintenant devenues désuètes. Par exemple, « *depuis que le monde est monde, les femmes se sont entourées de femmes pour accoucher.* » (p.76). Ainsi, pourquoi faudrait-il multiplier les tests, les techniques et les interventions médicales si les femmes accouchent naturellement en s'entraïdant depuis toujours? « *Souvenons-nous que la naissance est un processus perfectionné par plusieurs centaines de milliers d'années. Et que les bébés y sont complètement adaptés, y compris à la poussée.* » (p.301). Dans ce style d'écriture, Mme Brabant replace la société post-moderne et ses avancées technologiques sur l'échelle de l'humanité pour nous rappeler que si nous existons aujourd'hui, c'est que d'autres y ont vécu et survécu auparavant. Dans le même sens, l'auteure précise que « *l'allaitement est si simple, important et bon pour les mères et leurs bébés! D'ailleurs il fallait que ce le soit pour assurer la survie de la race humaine!* » (p.106). La simplicité et l'efficacité des processus physiologiques entourant la grossesse et l'accouchement sont soulevées, cela étayant le regard critique posé sur l'hyper-médicalisation.

Ensuite, l'auteure s'appuie sur l'instinct « *animal* » en l'humain pour amener l'idée qu'une femme est capable d'accoucher et ainsi remettre en question les pratiques interventionnistes de la médecine ayant eu pour effet de rendre passives les parturientes.

Après plusieurs minutes de ce manège, le ridicule de la situation tout comme le pathétique de son besoin me sont devenus évidents : « Christiane lui dis-je, je n'ai pas à t'enseigner comment respirer, il y a en toi une femelle qui sait parfaitement comment accoucher! Je ne te quitterai pas, je resterai avec toi, mais je ne te dirai pas comment respirer ». Christiane a été saisie. « C'est vrai! » me dit-elle. (p.97)

Les mots employés dans la citation précédente sont plutôt tranchants (« *ridicule et pathétique* ») et mettent en évidence le message que Mme Brabant souhaite transmettre au sujet de la capacité intrinsèque des femmes d'accoucher. Le sous-texte est qu'il est ridicule et pathétique d'avoir besoin de se faire dire comment faire, cela ayant été

instauré et encouragé par la médecine, car les femmes sont des femelles instinctivement savantes et possédant tous les moyens d'accoucher. Par ailleurs, le fait que Christiane acquiesce (« *c'est vrai* ») dans l'extrait renforce l'idée avancée.

Quelques fois, Mme Brabant réfère aux valeurs véhiculées par notre société afin de mieux comprendre comment la médecine et la science ont évolué et affecté les naissances. Parlant de l'importance accordée à la question du poids dans les suivis médicaux, elle précise que « *cela reflète plus l'obsession qu'entretient notre culture au sujet de la minceur qu'une préoccupation d'ordre strictement médicale.* » (p.123). En remettant l'attention médicale portée au poids dans son contexte social, Mme Brabant nous rappelle que ce que nous prenons pour des faits sont aussi des croyances modelées par la culture.

Si l'auteure utilise la science pour légitimer ses propos, celle-ci est aussi remise en question, cela ayant pour effet de la descendre de son piédestal et ouvrir la voie à d'autres visions. Voici un exemple :

Bien que l'analyse fine des besoins alimentaires des femmes enceintes soit intéressante du point de vue scientifique, je ne crois pas que vous devriez passer votre grossesse à additionner des grammes de protéines, des unités de vitamines et des microgrammes de minéraux mystérieux. (p.51)

Pour Mme Brabant, les recommandations quant à l'alimentation sont à prendre avec parcimonie et recul, car il importe surtout de vivre et de ne pas être dépassée par la gestion précise et calculée des prescriptions médicales. En ce sens, « *la pratique médicale ne peut pas être considérée comme un absolu en face duquel nos désirs ne sont que des caprices qu'il faut apprendre à contrôler.* » (p.70). De tels propos peuvent avoir pour effet d'apaiser la culpabilité des mères.

8.6 Les aspects de la grossesse et l'accouchement qui demeurent dans l'ombre

Nous avons exposé ce que le texte cherche à transmettre à travers différents procédés argumentatifs; nous allons maintenant nous pencher sur ce qu'il met de côté. Certes, il faut souligner les caractères positifs de la grossesse et l'accouchement, mais ne pas négliger que la maternité peut être également de souffrance pour les femmes. La réalité est bien plus nuancée. Pensons seulement à l'ambivalence profonde, au deuil périnatal, aux complications liées à l'accouchement, aux traumatismes, à la dépression post-partum, etc. Dans son ouvrage, Mme Brabant aborde ou effleure ces aspects négatifs, mais il nous semble qu'ils se trouvent dilués par son désir de présenter la grossesse et l'accouchement à travers le prisme de la beauté et la normalité. Notons qu'il est possible que l'auteure n'ait pas voulu accorder davantage de place aux possibilités d'obstacles et aux dimensions plus sombres de la maternité. Effectivement, l'inverse aurait peut-être pu affaiblir la solidité de son discours qui cherchait à remettre en question une idéologie fortement implantée. Le contexte incitait donc à être plutôt tranché, mais cela a suscité l'économie de certains sujets que nous présenterons ici.

8.6.1 Sur le désir d'enfant

Le désir d'enfant est un thème auquel Mme Brabant fait uniquement allusion au début de son ouvrage. Peu d'espace y est véritablement consacré, ce qui nous laisse l'impression que cette dimension est peu considérée, alors qu'elle est fondamentale en psychologie périnatale. Voici un exemple :

Que l'arrivée de cet enfant soit désirée, que ce soit une surprise ou que vous ayez déjà deviné sa présence, voici le fait accompli : vous êtes enceintes. (p.19)

Cet extrait laisse l'impression que le fait de ne pas désirer la grossesse et le bébé n'est pas une option possible. Ou est-ce sous-entendu dans la « *présence devinée ou surprise* » de l'enfant? Quoi qu'il en soit, l'énumération est vite fermée par le « *fait accompli* », cela donnant à penser qu'il importe peu d'y réfléchir. Évoquant la

singularité du désir d'enfant, l'auteure suggère également la possibilité qu'il soit vécu différemment par les deux parents : « *Qui, au juste, voulait cet enfant? Elle, lui ou les deux?* » (p.26). Pourtant, dans le texte, le questionnement laisse rapidement place à d'autres sujets tels que les symptômes vécus en début de grossesse, l'importance de prendre soin de soi et de ralentir, etc. Elle ajoute qu'une femme peut être « *envahie* » et « *même agressée* » par une grossesse « *venue sans être invitée* ». Or, elle n'élabore pas davantage quant aux effets possibles d'un désir d'enfant profondément ambivalent sur le déroulement et le vécu de la grossesse, l'accouchement et la période post-natale avec l'enfant.

8.6.2 Sur l'ambivalence

Ayant plusieurs années de pratique, Mme Brabant a accompagné plusieurs mères et est bien au fait que l'ambivalence fait partie de l'expérience des femmes.

Plusieurs femmes se sentent ambivalentes envers leurs bébés. Elles l'adorent... mais il peut leur arriver d'avoir envie qu'il retourne là d'où il vient, parfois dans la même heure! L'ambivalence est probablement la plus inconfortable des émotions. Elle nous tire dans deux directions opposées et nous déchire. Beaucoup de femmes s'en sentent coupables et honteuses. Elles seront peut-être soulagées d'apprendre que la majorité des mères vivent un certain degré d'ambivalence tout à fait normal. Exprimer les sentiments contradictoires qu'elle nous inspire est probablement la manière la plus simple de la résoudre. (p.403)

Un espace est fait à l'ambivalence; pourtant, conclure si rapidement avec sa résolution, banalise, voire nie, le conflit qui peut être vécu. Il n'y a pas de place dans un manifeste sur la beauté des naissances pour les côtés plus sombres de la grossesse et de l'accouchement et donc pour leur prise en compte. Une grande partie des textes est consacrée à la joie et la beauté d'attendre un enfant et, si le thème d'ambivalence est abordé, l'auteure coupe court et n'évoque que son éventuelle résolution positive. Voici un autre exemple :

Absolument toutes les réactions à l'annonce d'une grossesse sont normales : elles sont là, elles existent, et les naissances les plus heureuses n'ont pas toujours commencé par l'extase! (p.20).

Cet extrait laisse donc surtout entendre qu'on finira par être heureuse et extatique si on ne l'était pas au départ. On y présume que le temps seul réparera les sentiments.

8.6.3 Sur les difficultés post-natales

Il existe cependant, tout comme dans la grossesse et l'accouchement, des situations qui comportent des éléments majeurs de crise et justifient une demande d'aide auprès de professionnels. Sans entrer dans les détails de ces situations, j'en identifierai quatre, que l'on observe occasionnellement dans les premiers mois de vie avec un bébé. (p.408)

Ici, Mme Brabant aborde très brièvement, sur deux pages, les « situations » suivantes : la dépression post-natale, les problèmes majeurs d'allaitement, les bébés à besoins intenses et les crises dans le couple. La page subséquente est destinée au stress post-traumatique pouvant survenir aux suites d'un accouchement difficile. L'auteure n'a pas souhaité « entrer dans les détails », pourtant, ces difficultés peuvent affecter plusieurs femmes. À titre d'exemple, 10% à 20% d'entre elles vivront une dépression post-natale (Martin & St-André, 2007).

Le traitement réservé à ces souffrances de la maternité nous paraît différent de celui accordé au reste de l'ouvrage. Il peut nous sembler que l'auteure effectue un aparté pour les aborder, sans trop vouloir élaborer. Or, ce choix d'écriture peut laisser l'impression, à tort, que ces expériences constituent des exceptions. On sent bien l'intention de Mme Brabant de rassurer les femmes et les supporter dans leur capacité d'enfanter. Est-ce qu'éviter de fournir plus de détails est une manière de les protéger? Peut-être, mais rappelons que les difficultés post-natales font tout autant partie des naissances que la joie d'avoir bien accouché d'un bébé tant désiré. Les tourments de nombreuses mères seraient soulagés si on osait en parler davantage.

8.6.4 Sur l'attachement

D'après Mme Brabant, « *on ne commence pas à aimer nos enfants le jour de leur naissance! On commence bien avant.* » (p.31) Parlant de la relation avec le bébé, elle évoque que « *fort heureusement, ces liens amoureux peuvent aussi se former en dehors de l'allaitement maternel* » (p.104). On détecte cependant de profonds paradoxes dans la façon d'aborder la question de l'attachement. D'une part, est véhiculée l'idée qu'une femme aime spontanément et « *amoureusement* » son enfant dès sa présence à l'intérieur d'elle. D'autre part, Mme Brabant évoque que l'attachement n'est pas immédiat et qu'il est possible de vivre une certaine impassibilité à l'égard du nouveau-né.

L'attachement peut prendre plus de temps. Et c'est tout à fait bien comme cela. Que ce soit parce qu'elle est fatiguée ou déçue, une femme peut sembler momentanément indifférente face à son bébé. Comme si l'amour qu'elle avait en réserve était refoulé par une immense vague de fatigue ou de chagrin. (p.361)

De telles divergences peuvent générer des sentiments de culpabilité chez les mères qui pourraient se retrouver profondément confuses face à un tel discours. Que faut-il entendre? Qu'on aime d'emblée notre bébé? Ou qu'il y a une période d'adaptation nécessaire à la construction du lien mère-enfant? Également, précisons que Mme Brabant évoque qu'une femme « *peut sembler momentanément indifférente* ». Ainsi, elle nie qu'une femme puisse être réellement indifférente à son bébé et que certaines mères puissent rejeter leur bébé et leur maternité, plus longtemps que momentanément. La situation est expliquée par la fatigue alors que rien n'est dit sur l'hostilité, dimension faisant aussi partie de la réalité.

8.6.5 Sur les risques

« *Si l'on vous dit, en cours de grossesse, que vous êtes « à risques », commencez par en vérifier minutieusement la pertinence.* » (p.166). Positionnée contre le discours médical, Mme Brabant remet en cause la notion de grossesse à risques et rappelle aux

femmes que la médecine n'a pas la vérité infuse. Quand elle aborde les dimensions de risques, c'est surtout pour modérer les propos des médecins, malgré leur autorité bien implantée, et sensibiliser aux dangers potentiels des interventions en elles-mêmes, tout en proposant des alternatives possibles. L'auteure transmet aux femmes le message de se responsabiliser, de vérifier, de poser des questions et de s'affirmer, « *Dîtes non!* ». En introduisant son chapitre sur les interventions médicales, elle stipule :

Vous trouverez probablement ce chapitre plus aride que les précédents. Il fait appel à des notions de risques, de probabilités, de pourcentages bien loin de votre réalité quotidienne. Mais je crois qu'il est important de comprendre comment l'organisation de l'obstétrique crée un enchaînement de situations qui peut mener les femmes à un point où l'intervention est inévitable. Presque comme un scénario de film qui met tous ses éléments en place et donc vous pouvez déjà deviner la grande finale. (p.444)

Si le discours médical peut être alarmiste, le livre de Mme Brabant peut présenter la grossesse comme presque sans risques, et rendue risquée par la médecine. En responsabilisant les mères sur leur pouvoir d'agir, Mme Brabant peut aussi mettre de côté la nécessité possible de certaines interventions.

Ce n'est pas votre rôle de réformer l'organisation des départements d'obstétrique de votre région, cela va de soi. Vous pouvez cependant diminuer votre risque d'avoir une césarienne en étant mieux informée, mieux préparée. (p.508)

Il est vrai que les femmes bien informées peuvent éviter les interventions intempestives ou effectuées pour la commodité du médecin. Pensons seulement à Marie-Lune qui a refusé d'être provoquée et a finalement pu accoucher naturellement et sans aléas d'un bébé en bonne santé. Cependant, la césarienne, par exemple, est parfois inévitable dans certains accouchements et peut permettre de sauver des vies. Elle ne constitue donc pas qu'un risque potentiel; elle peut aussi être une solution lorsqu'utilisée à bon escient.

Les risques de la grossesse et de l'accouchement ne sont pas déniés, mais ils sont surtout envisagés à travers le prisme du militantisme et de la réappropriation par les

femmes de leur pouvoir. Le ton est à l'autonomie et l'affirmation, ce qui est d'une part bénéfique, mais d'autre part potentiellement nuisible. Il y a effectivement un danger possible de nier les réelles difficultés physiologiques possibles ou encore de mettre un poids trop grand sur les épaules des femmes. En voici un exemple :

Si votre travail semble stagner dans sa progression, prenez quelques instants pour faire le tour de votre jardin. Demandez-vous s'il existe une résistance de votre part qui vous empêche de passer à l'étape suivante. Ne soyez pas sévère avec vous-même. Regardez simplement! (p.253)

Ici, on comprend que la mère peut avoir le contrôle sur les aspects psychologiques, mais il peut aussi s'agir d'autre chose. Dans cet extrait, on responsabilise la mère en supposant qu'elle peut s'aider par elle-même et qu'elle est en mesure de le faire pendant l'accouchement. Pourtant, il nous semble que l'accompagnement devrait plutôt être prôné.

8.6.6 Sur l'accouchement

À la lecture des chapitres, les lectrices pourront sentir que les aspects négatifs et sombres les plus reconnus renvoient surtout aux douleurs physiques et à la souffrance psychique de l'accouchement. La parturition est admise comme une grande épreuve qui fait peur, qui fait mal, qui décourage, qui angoisse, qui désespère, qu'on préférerait éviter, qu'on ne sait pas comment aborder, etc. Voici un exemple :

La puissance de la poussée les bouscule, parfois même les terrifie, et elles sont craintives de s'y abandonner. C'est le dernier grand saut dans l'inconnu, et celui-là fait vraiment peur. (p.319)

Pourquoi parler plus facilement des difficultés de l'accouchement que de la grossesse? Nous pouvons poser l'hypothèse que cela s'inscrit dans le discours dominant qui accorde une grande place aux interventions médicales et au soulagement des douleurs de la parturition. Mme Brabant reprend ces idées pour dire aux femmes que, certes ce

sera douloureux, mais qu'il y aura quelque chose de positif à tirer dans le fait de vivre cette expérience plus naturellement, avec la préparation nécessaire et en ayant confiance en ses propres moyens. On reconnaît que c'est difficile, mais surtout pour dire : « *vous êtes capables!* ».

8.7 Nos observations

À juste titre, Mme Brabant donne la réplique à l'hyper-médicalisation des naissances avec un discours mettant de l'avant la beauté, la profondeur ainsi que la normalité de la grossesse et l'accouchement. L'auteure se positionne à l'encontre de la vision dominante des médecins autoritaires et interventionnistes ayant tristement retiré l'expérience des femmes, voyant surtout leur grossesse d'un œil scrutateur et sous la loupe de l'impasse potentielle. Les propos de Mme Brabant ont donc cherché à ré-équilibrer les tendances médicales. Nous tenons à souligner qu'il est heureux qu'elle ait eu le courage de partager sa vision dans un contexte si unilatéral. Il y a presque 40 ans, la lutte des sages-femmes a servi les intérêts des femmes et est encore aujourd'hui nécessaire pour les protéger contre les abus médicaux. Appuyée par les mouvements féministes, une forme de solidarité entre les femmes a pu être de nouveau tissée.

Or, l'objectif initial de Mme Brabant d'exposer la naissance dans « *sa réalité* » est à interroger. Nous y voyons plutôt un manifeste pour la beauté de la maternité qui s'oppose au discours médical. On repère dans l'ouvrage de Mme Brabant une intention louable et sincère d'accompagner les mères durant leur grossesse ainsi que de les préparer à l'accouchement et ses suites autrement que dans une perspective médicale. Or, la promotion des aspects de normalité et de beauté porte le risque de laisser dans l'ombre certaines facettes de la naissance. Si l'on s'en tient qu'à ces arguments à tendance idéalisante, on passe à côté de quelque chose et on ne laisse pas de place aux divers vécus possibles. De plus, l'utilisation marquée de l'impératif présent porte le

risque que soit prescrite une façon de faire plutôt que de favoriser la liberté de l'autre, ce que préconise pourtant Mme Brabant.

Par exemple, il est souhaitable et bénéfique de chercher à nourrir la confiance des mères quant à leurs processus physiologiques. Or, l'insistance sur la normalité amène une possibilité de dérive, puisqu'il se peut que le corps ne sache pas ou ne puisse pas. La notion de danger ne peut être complètement exclue puisqu'il peut y avoir de réels risques à accoucher. Il en est de même lorsqu'on évoque des arguments à saveur historique (page 103 de ce travail) en oubliant que le passé comporte ses failles. De nombreuses femmes mourraient en couches à l'époque et ces tragiques événements surviennent encore aujourd'hui. On ne peut se fermer les yeux sur les réels dangers et promouvoir une vision unique et conséquemment réductrice.

Également, lorsqu'on invoque la normalité de certains états émotionnels, comme nous l'avons démontré à la page 89, on risque de mettre de côté des expériences maternelles plus souffrantes. Une lectrice très ambivalente et angoissée par l'accouchement peut avoir des difficultés à se reconnaître dans un discours aux versants positifs et ainsi se sentir coupable, voire anormale. Pensons par exemple aux « *vagues amoureuses* » de l'accouchement, tel qu'abordé à la page 93. N'y a-t-il pas là une possibilité d'imposer un vécu? Lorsque Mme Brabant parle directement aux lectrices en leur racontant comment elles vivront l'accouchement, comme nous l'avons montré à la page 100, il y a risque de plaquer une expérience nécessairement positive, celle d'être heureuse et excitée. On ne peut pourtant présumer comment chaque femme se sent et il importe de souligner la légitimité et la diversité des expériences subjectives.

Comme nous l'avons montré à la page 96, dans le « *prenez le parti d'en rire* », peut se traduire une sorte d'obligation de rire et potentiellement de blâme à l'égard de celle qui ne rirait pas. Rappelons que la dépression et les difficultés psychologiques en cours de grossesse peuvent affecter de nombreuses femmes. Dans la personnalisation de « *l'utérus content* » (page 100 de ce travail), on peut entrevoir une sorte de parti pris

face à la maternité, cela pouvant suggérer implicitement que l'utérus serait fâché de ne pas accomplir ce pour quoi il a été créé. Bien entendu, il est à penser que les femmes qui lisent cet ouvrage sont interpellées par la maternité, mais une prudence doit être mise afin de prendre soin de la singularité de toutes les femmes.

8.8 Conclusion

Penser la naissance dans une seule perspective tout en prétendant que celle-ci représente la naissance dans « *sa réalité* » soulève des écueils importants. Y a-t-il danger que les femmes se sentent coincées dans ce discours? Qu'elles n'aient pas la possibilité d'exprimer l'entièreté de leur expérience? Qu'elles puissent culpabiliser et ressentir une profonde solitude? Derrière cette volonté véritable et authentique d'aider les femmes, peut donc s'insinuer l'imposition d'une expérience merveilleuse de la maternité qui ne peut que les combler, mettant ainsi un voile sur les autres possibilités. Cela nous semble d'autant plus problématique lorsque d'autres personnes s'approprient ce discours pour le perpétuer. Que risque de devenir un tel ouvrage étendard, surtout s'il a peu évolué depuis sa première édition? C'est ce que nous verrons avec les analyses d'extraits tirés du recueil *Au cœur de la naissance*, publié en 2004.

CHAPITRE IX

AU CŒUR DE LA NAISSANCE DE GRÉGOIRE ET ST-AMANT

9.1 Le contexte

Aussi juste et pertinent soit-il, tout discours militant comporte une part de risque. À force de vouloir convaincre et promouvoir des idées peu admises, les tenants peuvent s'approcher, à leur insu, des pièges de l'idéologie (Odier, 2013). Quand il faut crier pour se faire entendre, ce qu'on dit s'en trouve dès lors transformé, davantage tranché. Lorsque des idées sont reprises par d'autres figures d'autorité, des écueils sont possibles : qu'elles perdent en nuances et se rigidifient davantage. C'est l'impression que nous avons eue à la lecture des textes tirés du recueil *Au cœur de la naissance*, ouvrage paru près de 13 ans après celui de Mme Brabant. Né du besoin de partager des récits de parturitions autres que terrifiants et sous le signe du risque, l'ouvrage se veut un répertoire d'accouchements naturels, la majorité de ceux-ci ayant été vécus avec l'accompagnement d'une sage-femme. On y accorde une grande place aux émotions et à l'humanité derrière ces histoires. Également, différents intervenants de la santé (sage-femme, médecin) y discutent de leur perspective des naissances, à contre-courant de l'idéologie médicale dominante. L'ouvrage s'inscrit donc dans la lignée du livre de Mme Brabant : parler autrement des naissances dans un contexte où un seul discours règne.

De prime abord, les visées du recueil, paru 13 ans plus tard, semblent illustrer un contexte ayant peu évolué depuis 1991. Pourtant, à cette époque, la pratique des sages-femmes est déjà légalisée depuis quelques années et, dès 2004, parallèlement à la publication du livre, les femmes peuvent décider du lieu d'accouchement désiré (hôpital, maison de naissance ou domicile). Les revendications ont porté fruit à certains

égards et les médecins, à leur corps défendant, ont fait des ajustements, offrant plus de « libertés » aux mères. Ainsi, depuis la première parution du livre phare de Mme Brabant en 1991, bien qu'il y ait encore beaucoup à faire, le portrait des naissances a significativement changé. Pourtant, le discours des sages-femmes ne semble pas avoir évolué conjointement aux dernières transformations sociales et légales. Comment expliquer cela? La piste de l'idéologie sera ici explorée.

9.2 Ce qui peut être implicitement transmis

Nous avons relevé dans cette section le discours sage-femme pouvant être implicitement transmis lorsqu'il est repris par d'autres personnes. Bien que nous ayons choisi initialement cinq textes (*Au cœur de la naissance*) rédigés par différents protagonistes (deux sages-femmes dont Mme Brabant, une femme médecin, une femme partageant son expérience et un homme), nous avons eu l'impression à leur lecture que les conceptions, pourtant semblables au premier ouvrage, étaient plus tranchées et moins nuancées, relevant davantage de l'opinion. D'ailleurs, c'est le texte d'Isabelle Brabant (2004), sage-femme considérée à la base du mouvement, qui comporte davantage de teintes et de nuances. Nous avons choisi de ne pas l'analyser exhaustivement puisqu'il comporte des idées très similaires aux propos d'*Une naissance heureuse*. Également, nous souhaitons observer les effets de ces derniers sur le discours d'autres personnes qui se les approprient avec le passage du temps.

Référant à leur philosophie commune, les idées habituellement diffusées par les sages-femmes sont reprises dans les textes tirés du recueil *Au cœur de la naissance*, mais à travers une forme d'assertion. Se dégage alors l'impression d'un discours idéologique ainsi qu'une distance par rapport aux propos de base de Mme Brabant. À priori, il importe de souligner que, par rapport aux quatre autres textes, ce n'est que celui de Mme Brabant (2004) qui aborde la nécessité de prendre soin de soi. Cette idée semble donc s'être écartée du discours véhiculé avec le temps.

Voici les thèmes qui sont donc ressortis de nos analyses :

1. Injonction d'être forte et de ne pas avoir peur
2. Idéalisation : l'accouchement n'est qu'une expérience merveilleuse
3. Clivage : la sage-femme est idéalisée et le médecin dévalorisé
4. Dénier de la posture militante

9.2.1 Injonction d'être forte et de ne pas avoir peur

« *La femme qui n'a plus peur, seulement mal* » (Lemay, 2004, p. 14). Cette image de la femme forte, confiante et qui n'a pas peur est véhiculée de manière prépondérante dans les textes. Il y a ici danger que cette vision positive laisse peu de place aux peurs des femmes et leur envoie le message consensuel qu'il n'est pas souhaitable d'en avoir. Derrière cette idée se retrouvent les matrices du discours féministe qui cherche à redonner aux femmes leur pouvoir d'action, leur juste place et leur expérience, en militant pour l'égalité avec le médecin qui représente l'autorité et met à l'écart les ressources et capacités de la mère. Née d'une valeureuse et juste intention, l'idée de la femme forte émet malencontreusement l'injonction implicite de l'être et peut mettre de côté des expériences incompatibles avec cette représentation. Voici autre un exemple :

L'accouchement n'est pas une maladie. Sa douleur non plus. Elle n'est pas séparée, ni stigmatisée en ennemi à combattre. Celle qui accouche n'a pas peur de se noyer ou de chavirer parce qu'elle n'est pas un bateau. Elle est l'eau... (Lemay, 2004, p. 13)

On retrouve d'abord la notion de normalité prônée par Mme Brabant (« *L'accouchement n'est pas une maladie* »). Par la suite, est reprise la métaphore de l'eau, mais pour proposer que celle qui accouche est l'eau et donc ne peut avoir peur de chavirer. Comment une femme terrorisée peut-elle recevoir ce discours? Peut-elle sentir que son vécu est légitime? Il nous semble que le discours initial de Mme Brabant ait légèrement glissé : si cette dernière valorisait la capacité des femmes à accoucher, on promeut maintenant l'idée de ne pas avoir peur.

Un miracle sans cesse renouvelé, toujours différent, avec son lot de surprises, d'émerveillement et d'imprévis... Comment l'aborder? Avec un esprit ouvert ou avec des idées préconçues, avec la confiance que notre corps sait quoi faire ou avec la peur qui nous fait croire que ça prend tout un arsenal médical pour garantir un « bébé en santé »? (Rousseau, 2004, p. 171)

Dans l'extrait précédent, l'ouverture et la confiance envers le corps sont opposées aux idées préconçues et à la peur. Le sous-texte est que craindre l'accouchement équivaut à succomber à l'emprise du discours médical qui nous laisse croire à la nécessité de ses interventions. Implicitement, un tel propos est à risque d'induire une forme d'imputabilité aux mères d'adhérer à l'idéologie médicale. La réalité est bien plus complexe. Bien sûr, avoir confiance et ne pas avoir peur est tout à fait souhaitable pour les femmes, mais le véhiculer sur ce ton est susceptible de créer d'autant plus d'angoisse. Car, justement, les peurs face à la parturition sont subjectives et revêtent divers sens selon chaque femme. Rappelons que ce ne sont pas les interventions médicales qui ont créé la peur de l'accouchement, mais bien la présence de la mort dans l'histoire des naissances.

Dans l'extrait suivant, une mère nous parle de son deuxième accouchement à l'hôpital, accompagnée de sa sage-femme, Mejda. Ayant eu une césarienne au premier accouchement, un AVAC est souhaité pour cette parturition.

Avant de traverser Sainte-Justine pour l'apothéose, Mejda me parle dans le blanc des yeux pour me secouer à cause d'une remarque que j'avais fait un peu plus tôt, aux prises avec les douleurs de l'accouchement. (« Ouvrez-moi le ventre quelqu'un, sortez-le de là, j'en peux plus... » Je n'en suis pas fière mais c'est comme ça...) Elle me dit : « Tu sais, Isabelle, tu peux me demander de te faire une césarienne, je ne peux pas la faire. Mais si tu la demandes une fois rendue à l'hôpital, ils pourraient te la faire. Alors ne penses plus à ça, pense plutôt à ton AVAC, O.K.? » (Lacasse, 2004, p. 268)

Il est frappant ici de constater qu'elle n'est « *pas fière* » (donc honteuse?) d'avoir souhaité un terme à ses souffrances par la césarienne. Comment comprendre cela? Un désir de plaire et ne pas décevoir sa sage-femme parce qu'il est préférable d'affronter l'accouchement avec force et confiance en soi? D'ailleurs, on a l'impression, dans les propos rapportés de la sage-femme, que le plus important est de réussir l'AVAC. Pourtant, quand Isabelle exprime son désir de césarienne, elle semble exprimer surtout sa détresse face à la douleur ressentie. N'est-ce pas de cela qu'il faille prendre soin?

9.2.2 Idéalisation : l'accouchement ne peut être qu'une expérience merveilleuse

L'accouchement est dépeint comme un événement merveilleux, chargé d'éléments sacrés et magiques. Cette réalité n'est pas unique, car plusieurs femmes vivent des difficultés aux suites d'un accouchement traumatique. Les naissances prennent divers sens pour les familles qui les attendent et les vivent. Pour des raisons différentes qui appartiennent à chacune, une grossesse n'est pas toujours bienvenue et synonyme de bonheur. Ainsi, que risque-t-on d'imposer comme modèle d'expérience? Voici un exemple :

Dans un monde presque paralysé par le discours du risque et le potentiel dramatique de la naissance, nous entendons des femmes qui nous parlent de « la joie intense à l'idée d'accoucher, pas seulement d'avoir un bébé, mais aussi de vivre cette expérience très forte ». Elles nous parlent de simplicité et de bonheur, de la « MERVEILLEUSE » [majuscules de l'auteure] journée où l'on a vu naître son petit frère, lorsqu'on a treize ans. (Lemay, 2004, p. 13)

Dans cet extrait, le choix de mots est très connoté : « *paralysé, dramatique, joie intense, très forte, bonheur, merveilleuse* ». On parle de « *cette* » expérience de la naissance racontée par les femmes et non de « *leur* » expérience. Le fait qu'il s'agisse d'expériences individuelles semble donc escamoté pour représenter une vision plutôt idéalisée, exposée comme une forme de vérité. L'utilisation des majuscules ajoute à la charge du discours véhiculé. Si Mme Brabant proposait d'envisager la grossesse et

l'accouchement dans ses aspects positifs et humains, on suggère presque maintenant que ces événements sont beaux et heureux par définition.

9.2.3 Clivage : la sage-femme est idéalisée et le médecin dévalorisé

Dès qu'une forme de clivage apparaît, des parties de la réalité et d'une expérience sont éludées. Dans les extraits de textes choisis, l'idéalisation de la sage-femme et la dévalorisation du médecin sont marquées. La sage-femme est présentée comme toute-bonne et le médecin, tout-mauvais. Cette vision n'est pas neutre et laisse peu de place pour exprimer des expériences qui pourraient s'en éloigner, telle que ressentir des déceptions envers sa sage-femme ou encore des satisfactions envers son médecin. La complexité de la réalité risque ici d'être transformée en images stéréotypées.

Des femmes parlent de leur sage-femme : celle qui les a aidées à accoucher, celle qui les a vues naître comme mère, celle qui a vu naître des hommes comme père, celle qui a mis « délicatement le bébé sur le ventre de sa mère », celle qui a mêlé sa joie à la leur. Elles lui rendent un vibrant hommage tout en étant capables de lucidité à son égard. Quand on parle d'elles, on parle aussi d'efficacité, de professionnalisme, de douceur et de tendresse, de compassion et de présence. (Lemay, 2004, p. 14)

Malgré la « *lucidité* » évoquée dans cette citation, la sage-femme est surtout représentée positivement; voire comme la professionnelle idoine. Elle est décrite comme ayant toutes les qualités d'une bonne mère (« *douceur, tendresse, compassion, présence* ») en plus d'être professionnelle et efficace. Que demander de plus? Dans l'extrait suivant, elle est même comparée à une « *déesse* ».

Artémis (ou Diane, de son nom latin) est aussi la déesse de la vie en forêt, de notre nature non civilisée. C'est donc une déesse en dehors des murs de la ville, mais Elle les franchit pour rejoindre la femme qui accouche. Avec Elle, la femme quitte la ville, retrouve la forêt originelle, son animalité, la profondeur de l'âme. (Marquis, 2004, p. 218)

Ensuite, parlant de sa propre expérience de mère, Lacasse nous parle de la douceur, du respect, de la discrétion aussitôt perçus chez Mejda, sa sage-femme; « *autant de qualités que je recherchais en la personne qui allait m'amener à vivre l'accouchement dont je rêvais* » (Lacasse, 2004, p. 266). Cela est tout à fait contraire à son vécu à l'hôpital :

J'avais déjà perdu de nombreuses heures dans la salle d'attente d'une médecin particulièrement retardataire pour ne passer ensuite que quelques minutes dans son bureau à me sentir plutôt comme un ventre que comme une personne. Je ressortais de là épuisée et frustrée à tout coup. (Lacasse, 2004, p. 266)

Cette parturiente évoque son sentiment d'avoir été objectifiée (« *comme un ventre* ») par une médecin plutôt insensible et pressée, on le suppose, alors qu'elle s'est sentie reçue comme personne à part entière avec délicatesse et respect par sa sage-femme. Nous ne nions pas que ces expériences surviennent réellement, mais la façon de présenter le propos sous-tend une forme de clivage entre les professionnels, renforcés par la répétition dans le texte.

Terminons enfin avec cet extrait qui compare le médecin à Hercule, « *héros superficiel et obsessionnel* ».

Au lieu d'un nid intime dans la pénombre, elle est confrontée à un lieu public, plein de tracasseries de tout genre et en proie à la curiosité obsessionnelle des médecins. Car pour le médecin, la curiosité est une vertu cardinale. Il combat la Pathologie, ce serpent sournois, et on n'est jamais assez vigilant devant cette menace. La lumière du jour n'est même pas suffisante pour lui, il doit voir au travers des chairs, entendre à l'intérieur de la bedaine. Pour ce héros herculéen, il faut un œil et des oreilles de surhomme. Hercule est le personnage le plus superficiel qu'on puisse imaginer, le moins fait pour la profondeur de l'âme. (Marquis, 2004, p. 217)

L'image dépeinte par Marquis est celle du médecin insatiablement intrusif et déséquilibré, voire fou, qui s'en prend à l'intimité des mères. L'écriture lyrique s'étayant sur la mythologie accentue la puissance de la représentation négative. Ces exemples de clivage illustrent une rigidification du discours initial, car Mme Brabant, en 1991, suggérait surtout la remise en question des pratiques des médecins ainsi que la promotion des sages-femmes.

9.2.4 Dénier de la posture militante

À plusieurs reprises, la prudence est évoquée dans les textes. On indique que les propos ne sont pas militants et qu'on ne cherche pas à être dans le registre de la vérité. Pourtant, il nous semble que, de cette façon, les idées ne sont pas tout à fait assumées et qu'il y a donc quelque chose que les tenants du discours des sages-femmes ne voient pas dans leur propre discours. Voici un exemple :

Ces témoignages ne sont pas des textes militants qui visent à prouver quelque chose, à démontrer une expérience « meilleure ». Il n'y a pas d'accouchement parfait. (Lemay, 2004, p. 13)

Pourtant, tel que présenté précédemment, l'idéalisation de la sage-femme est omniprésente. Ce qui est explicitement dit se trouve donc en contradiction avec ce qui est implicitement dit : si la sage-femme est présentée comme idéale, il s'agit d'une expérience meilleure. Si l'accouchement est présenté comme merveilleux, il se rapproche sans doute de la perfection.

En ce sens, certains propos sont parfois annulés dans les textes. Par exemple, après avoir évoqué l'expérience négative des femmes à l'hôpital, Lemay enchaîne avec ceci :

Tout n'est pas négatif cependant. Ce serait un peu simpliste. Dans un hôpital, on peut aussi veiller sur les femmes et les familles et non pas seulement les surveiller. (Lemay, 2004, p. 14)

On annule en affirmant que « *tout n'est pas négatif* » par rapport aux suivis médicaux. L'annulation est-elle employée dans une tentative de rassurer les femmes qui ne peuvent avoir accès aux services des sages-femmes? Pourtant, on termine par une seconde forme d'annulation en précisant qu'à l'hôpital on y « *sur-veille* » les femmes, plutôt que de « *veiller* » sur elles. Il est légitime de tenir des propos militants et critiques, mais il est nécessaire de reconnaître cette posture.

9.3 Conclusion

Nos analyses des quatre textes tirés du recueil *Au cœur de la naissance* mettent en lumière une rigidification des idées initiales d'Isabelle Brabant, sage-femme pionnière. Le manifeste de cette dernière pour promouvoir la beauté et la richesse du processus des naissances semble s'être figé en discours idéologique univoque. La profonde conviction en la capacité des femmes de mettre au monde paraît s'être convertie en sorte d'injonction d'être forte et de ne pas avoir peur. La protection de la normalité et de l'humanité de la grossesse et l'accouchement semble avoir glissé vers une idéalisation enfermant la parturition dans une expérience unique. La promotion de l'accompagnement par les sages-femmes et de la valeur des différences fondamentales avec le système médical semble s'être cristallisée en représentations clivées entre le médecin et la sage-femme. Enfin, il appert que la posture militante, pourtant avancée et assumée par Isabelle Brabant, est déniée, cela dénotant une attitude idéologique, les yeux étant fermés sur la nature des propos avancés.

Le désir de promotion du suivi sage-femme, de ses avantages et de sa philosophie positive semble s'être amplifié et se réaliser avec plus d'insistance, malgré les avancées sociales des 13 années ayant séparé la parution du recueil (2004) de celle l'ouvrage de Mme Brabant (1991). Comment expliquer cela? Nous ne nions en aucun cas qu'il reste du travail à faire pour la reconnaissance et la légitimation sociales de la pratique sage-femme; néanmoins, on aurait pu croire que le discours ait développé davantage de

nuances, certaines revendications ayant été entendues. L'intention est de sortir d'un discours médical, mais il faut prendre garde à tomber dans l'envers d'une même médaille. Entrevoir l'accouchement comme empreint de risques à prévenir ou comme événement merveilleux et sans risques relèvent d'une même démarche.

Ces résultats d'analyses d'ouvrages portent à croire que la sage-femme de Marie-Lune ait été prise dans un discours rigide ne lui ayant peut-être pas permis de s'ajuster à la parturiente pour entendre ses angoisses. Nous discuterons maintenant des implications de tels résultats dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE X

DISCUSSION

10.1 Nos questions initiales

Notre travail se proposait d'explorer les questions suivantes : quelles sont, dans le discours d'une femme enceinte, les traces du discours idéologique partagé par les sages-femmes? Que peuvent-ils être les effets potentiels de ces idéologies sur le vécu psychique d'une femme enceinte? L'adhésion aux idéologies peut-elle entraver la prise en compte de conflits psychiques chez la future mère?

10.2 Synthèse des résultats

Rappelons que c'est le cas clinique de Marie-Lune qui nous a d'abord mis sur la piste de ces questions. Ensuite, son analyse approfondie ainsi que celle des ouvrages de sages-femmes (Brabant, 1991; Grégoire & Saint-Amant, 2004) nous ont permis de trouver des pistes de réflexion à nos interrogations.

D'une part, nos analyses ont mis à jour chez Marie-Lune une souffrance du maternel et une profonde ambivalence à l'égard du bébé à venir; ces difficultés ayant persisté jusqu'en post-partum. En dépit d'un accompagnement avec une sage-femme, suivi d'ailleurs investi et idéalisé par Marie-Lune, nous avons été étonnées de découvrir ce que nous avons interprété comme l'absence d'une véritable relation avec la professionnelle, pouvant s'expliquer entre autres par une possible difficulté à s'engager relationnellement chez la mère. Afin d'y pallier, cette parturiente semble donc s'être raccrochée aux écrits des sages-femmes ainsi qu'à leurs opinions pour tenter d'apaiser ses angoisses n'ayant pas trouvé de lieu d'expression et d'élaboration. Comment expliquer que le lien n'ait pu se construire et ainsi permettre à Marie-Lune une

meilleure préparation à la maternité pour mieux accueillir son bébé? Rappelons qu'un vécu d'indifférence, voire de rejet, à l'égard du nouveau-né a teinté les premiers temps après l'accouchement et nous croyons cette situation aurait pu être évitée grâce à une écoute et un travail autour de l'ambivalence.

D'autre part, nos analyses des ouvrages de sages-femmes ont révélé une tendance à présenter la grossesse dans une vision positive chez Mme Brabant (1991) ainsi qu'une accentuation de cette position, 13 ans plus tard, chez les tenants du discours sage-femme (Grégoire & Saint-Amant, 2004). Dans un contexte de suprématie du modèle médical où une grossesse n'était appréhendée que comme risquée et nécessitant des interventions, Mme Brabant (1991), sage-femme pionnière, a souhaité attirer le regard sur les belles facettes de la naissance qui peut aussi être un événement heureux et normal. Les stratégies argumentatives suivantes ont été repérées dans l'ouvrage : discours d'expertise, discours affectif, discours empathique et normalisant, discours relationnel ainsi que discours critique de l'idéologie médicale, Appuyée de ces procédés, Mme Brabant envisage dans son ouvrage la naissance dans ses aspects positifs, abstraction presque faite qu'il ne s'agisse que d'une partie de la réalité, et non la réalité dans son entièreté. Par cette façon de présenter son propos, une forme de dénégation des réelles difficultés et souffrances maternelles se dégage des écrits, certains sujets étant évoqués rapidement ou étant dilués dans l'ensemble des idées présentées. Un danger possible se dissimule donc malgré la nécessité et les bienfaits notables de cet ouvrage pour les femmes.

À ce danger s'ajoute le risque que, lorsque repris et rigidifié par d'autres personnes qui se l'approprient, ce discours perde en nuances. C'est ce que nous avons relevé dans les analyses des textes du second ouvrage (Grégoire & Saint-Amant, 2004), où ressortent des idées plus tranchées que celles de Mme Brabant. Nous avons repéré les dimensions suivantes : une injonction d'être forte et de ne pas avoir peur, une idéalisation de l'accouchement, un clivage médecin-sage-femme ainsi qu'une forme de déni de la

posture militante. Ainsi, les opinions des sages-femmes, bien malgré elles, peuvent tomber dans les pièges de l'idéologie qui posent obstacle à la création d'une véritable relation et empêchent d'offrir un soutien suffisamment ajusté au vécu subjectif de chaque femme. Cela soulève une interrogation : comment expliquer que les sages-femmes tombent dans ce piège? Nous verrons plus loin dans la discussion qu'elles s'accrochent peut-être à leurs idéologies, sans le savoir, parce qu'elles sont mises à mal encore aujourd'hui et manquent parfois d'outils pour accompagner les mères.

Quant à Marie-Lune, comment se fait-il qu'elle se soit retrouvée seule dans sa profonde ambivalence et ses difficultés avec la position maternelle alors qu'elle fut accompagnée par une sage-femme? Nos analyses des écrits de sages-femmes nous permettent de suggérer que cette parturiente, malgré ses nombreuses tentatives d'expression, ne semble pas avoir été entendue dans sa subjectivité par la professionnelle, cela ayant possiblement empêché la création d'un véritable lien. Il semble en effet que sa sage-femme se soit retrouvée prise elle-même dans le discours et les positions idéologiques véhiculées par les sages-femmes. Ainsi, les fuites d'angoisses de Marie-Lune ont été colmatées par la philosophie des sages-femmes et n'ont pu trouver une résolution possible. Par exemple, se concentrer uniquement sur sa peur de la douleur de l'accouchement n'a pu permettre à Marie-Lune d'élaborer ses angoisses face au bébé. Nous allons maintenant réfléchir à l'implication de ces constatations.

10.3 Une demande qui achoppe

Les résultats de notre étude posent de sérieuses questions. Effectivement, Marie-Lune ne semble pas avoir pu être entendue dans sa souffrance personnelle. Pourtant, les femmes consultent les sages-femmes justement pour l'alternative qu'elles offrent à la médecine. Elles cherchent donc surtout du soutien affectif, de la présence, de l'écoute, de la compréhension, de la chaleur, de la continuité, de l'humanité. Ce qu'elles demandent, c'est d'être accompagnées dans leur subjectivité, d'être reconnues et de

créer du lien, contrairement au médecin qui les voit rapidement parce qu'il n'a pas le temps, dans un contexte plus froid et discontinu, sans privilégier leur expérience singulière. Chez Marie-Lune, ce désir paraît s'être buté aux idéologies autour de la maternité que peuvent incarner les sages-femmes sans le vouloir. Son ambivalence profonde s'est heurtée à la vision idéalisée d'une mère d'emblée attachée et amoureuse de son bébé que les sages-femmes peuvent véhiculer malgré elles.

Nous sommes dans une impasse puisque les femmes se tournent spécifiquement vers les sages-femmes pour apaiser leurs angoisses (Saillant et al., 1987), ce qu'elles ne trouvent pas auprès du médecin ou bien que temporairement par les divers examens médicaux (Reeves et al., 2016). Elles ont une demande; elles sont régressées et cherchent une réassurance à travers un soutien de type maternel. Elles souhaitent une intervention personnalisée; or, on est à risque de leur offrir une intervention teintée d'idéologies masquant leur réel vécu et entravant l'écoute véritable. Cela donne l'impression qu'un problème est remplacé par un autre; l'idéologie hyper-médicale est écartée et, à elle, se substitue une vision idéalisée de la maternité, elle aussi à risque d'être idéologique. Seraient-ce les deux facettes d'une même médaille : celle de la peur de la mort et de son refoulement nécessaire pour survivre à l'angoisse?

10.4 Une philosophie pouvant rendre aveugle

Les idées véhiculées par les sages-femmes sont justes et nécessaires. Grâce à elles, une place a été accordée à un discours autre que purement médical pour le plus grand bien des familles. Il est vrai que les femmes accouchent naturellement depuis toujours, bien avant l'invention et l'intervention de la médecine dite moderne. Il est vrai que leur corps est capable et qu'elles sont fortes. Il est vrai qu'il s'agit d'un processus profondément humain, remarquable, existentiel et mystérieux. Il est vrai que la création d'un petit humain génère de grandes émotions, l'amour en étant une composante. Toutefois, ces vérités ne sont pas toutes les vérités. Elles s'intègrent dans un manifeste

pour la beauté des naissances et non une présentation de toutes les dimensions possibles d'une réalité. Car il est aussi vrai que les femmes mourraient en couches et qu'enfanter était la raison la plus fréquente de la mortalité des femmes, mortalité ayant d'ailleurs fortement diminué grâce aux progrès de la médecine. Il est également vrai que toutes les femmes ne sont pas fortes et qu'il leur a fallu être entourées de toute une communauté de femmes pour affronter la situation; que toutes ne se réalisent pas dans leur maternité et, surtout, que la grossesse et la naissance révèlent un lot de problèmes cachés jusque-là.

Il y a autant de façons de vivre une grossesse qu'il y a de femmes enceintes. À force d'investir la normalité des grossesses, les sages-femmes sont à risque de mettre de côté le lot de difficultés qui peuvent se révéler. À force d'être portées par un message de force féminine et d'appropriation, elles peuvent omettre que certaines femmes ont un rapport conflictuel à la maternité, de profondes angoisses et un désir d'enfant très ambivalent. Dans ces cas, il faut donc pouvoir les entendre et, éventuellement, les amener à élaborer ce qu'elles vivent.

10.5 Une souffrance maternelle alimentée

L'entretien d'une vision unique et plutôt positive de la maternité peut s'avérer la source d'une grande souffrance chez les mères.

D'une part, ces dernières peuvent avoir l'impression qu'on ne les a pas prévenues des angoisses et difficultés caractérisant la grossesse et l'accouchement, en dehors des phénomènes physiologiques. Rappelons que Marie-Lune est désemparée aux suites de la parturition car elle doit prendre son bébé, l'allaiter, lui donner des soins, alors qu'elle se sent totalement épuisée et n'a qu'une envie : dormir et ne pas subir ces exigences. N'a-t-elle pas été prévenue suffisamment par sa sage-femme? Ou a-t-elle oublié?

Dans son film documentaire, intitulé *L'autre naissance. Parler de la difficulté maternelle*, Guerber-Cahuzac (2013) donne la voix à des femmes ayant souffert de dépression post-partum afin de briser le tabou et le silence. On y découvre quatre femmes qui racontent leurs histoires chez elles. Afin de laisser toute la place aux mères et leur parole dans son film, Guerber-Cahuzac (2013) a choisi de ne pas interroger des professionnels de la santé. Sa volonté est de sortir de la question de la pathologie, au bénéfice de la complexité de l'expérience psychique de la maternité.

Les mères interrogées révèlent ne pas avoir été prévenues qu'elles pouvaient ressentir un immense sentiment de solitude, d'impuissance et d'insuffisance maternelle. Que le fait d'aimer son bébé ne survient pas nécessairement instantanément et qu'il faut du temps pour construire un lien d'attachement et dépasser ce vécu d'étrangeté face à cet être qui pleure et, du même souffle, renvoie une image de mère incompetente. Résultat : elles sombrent dans la dépression car elles croient que c'est leur faute d'être une si mauvaise mère qui n'est pas capable de rassurer son bébé; pire encore, de l'aimer. Ces facettes obscures de la maternité sont déjà suffisamment souffrantes à dire qu'on y ajoute un obstacle lorsqu'on est pris dans une vision uniquement positive, laissant peu de place à de tels vécus. Chez les sages-femmes, l'accent semble porté sur l'émotion positive autour de la rencontre du bébé, les douleurs post-accouchement, la fatigue, alors qu'il y a aussi l'extrême épuisement, le vécu d'étrangeté à la vue de ce bébé qui souvent n'a guère à voir avec le bébé fantasmé ainsi que le profond désespoir de ne pas être réjouie et amoureuse aussitôt.

D'autre part, ces femmes rencontrées par la documentariste, qui, comme Marie Lune, ne semblent pas avoir été entendues pendant leur grossesse, nomment que c'est la possibilité de s'effondrer qui les a secourues. Grâce à une offre de services spécialisés, elles ont pu être soutenues par des professionnels et avoir la chance de n'être mère que quelques minutes par jour, ce qui leur a ensuite permis de créer une relation d'attachement avec leur bébé, de se porter mieux et de se sentir mère. Ainsi, permettre

d'aller mal permet d'aller mieux, ce qui est plutôt contre-intuitif dans nos sociétés actuelles. Il faut donc valoriser la possibilité de parler et entendre les vécus négatifs; sensibiliser les femmes au fait qu'elles seront déstabilisées par l'arrivée de ce bébé et qu'elles n'auront pas le contrôle. Car la souffrance réside dans le fait de ne pas pouvoir vivre, parler et assumer ce qui ne va pas. Inciter les mères à parler de leur vécu dans un espace sécuritaire et leur offrant une liberté permettrait certainement d'éviter des dépressions et des difficultés dans le lien mère-enfant. Marie-Lune aurait assurément profité d'un tel espace afin de pouvoir élaborer son ambivalence et soutenir la construction de sa relation à son bébé. Il faut ouvrir le discours autour de la maternité et le libérer de son étau positif cherchant à contrecarrer l'idéologie médicale. Car il ne s'agit pas que du débat médecins/sages-femmes, mais bien des mères, des bébés et de leurs vécus.

10.6 La relation chez les sages-femmes

Le pouvoir que confère à la profession médicale la légitimité de la science dont elle se réclame a pour conséquence l'impuissance des patients, impuissance créée et entretenue afin de maintenir leur dépendance à l'égard des professionnels, des experts, de ceux qui savent. Confronté à une relation inégale et à sens unique où il est subordonné au médecin-savant le patient-ignorant devient dépendant de l'aide professionnelle et de plus en plus incapable de résoudre ses problèmes lui-même. (Laurendeau, 1987, p. 175)

C'est pour lutter contre ces effets délétères et pervers des abus de pouvoir médicaux que les sages-femmes prônent une relation « personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes » (Ordre des sages-femmes du Québec, 2018). Pourtant, en cherchant à éliminer un problème, elles peuvent malgré elles contribuer à en créer un autre, par le biais d'une forme de complaisance. Leur intention d'égalité est louable, mais elles nient du même souffle la dimension asymétrique inhérente à toute forme de relation d'aide, de par le fait qu'un sujet est en demande face à celle qui l'accompagne. Est-ce cette forme de dénégation

qui puisse expliquer le fait qu'un lien véritable n'ait peut-être pas pu se construire entre Marie-Lune et sa sage-femme?

Quoi que disent ou espèrent les sages-femmes à propos de la relation qu'elles souhaiteraient développer avec leur cliente, il paraît clair que celle-ci reconnaît d'emblée le caractère asymétrique de cette relation ; elle fait plus que lui reconnaître l'expertise qu'il faut pour proposer des solutions aux problèmes, elle lui laisse le soin de les faire émerger. (Laforest, 2012, p. 99)

Malgré les bonnes intentions des sages-femmes, les femmes demeurent tout de même dans un lien de dépendance saine face à leurs professionnelles, qui n'a rien à voir avec la dépendance entretenue par la médecine qui dépossède les parturientes de leur expérience. Les femmes s'attendent à ce que celle qui les accompagne mette en lumière certaines de leurs difficultés; les aide à voir ce qu'elles peuvent omettre. Elles s'en remettent à son expertise. Rappelons que la grossesse génère chez les femmes enceintes une crise maturative à l'origine d'une montée d'angoisse pouvant s'avérer très fragilisante. Une meilleure reconnaissance des besoins des femmes et de l'asymétrie saine des relations avec elles pourrait permettre aux sages-femmes de mieux incarner leur rôle et d'offrir un accompagnement plus ajusté.

10.7 Un travail identitaire à mettre en place

L'origine de la renaissance des sages-femmes prend racine au cours des années 70-80 dans un mouvement de contestation des femmes face à l'idéologie médicale. C'est en réponse aux souffrances et demandes des femmes que leur pratique a pu éventuellement, aux suites d'une lutte ayant persisté, être légalisée en 1999. Cependant, cette place n'est pas gagnée sur le plan social ni professionnel; il est périlleux d'être à contre-courant d'une idéologie dominante. Comment valoriser sa différence et s'autoriser à exister pleinement dans un contexte où il n'est pas bienvenu de le faire? Les sages-femmes ont nécessairement dû se positionner à partir des médecins; montrer ce qu'elles avaient de semblable à eux pour se légitimer, soit l'expertise des tests

médicaux et des connaissances associées, et afficher ce qu'elles avaient de contraire à eux pour se promouvoir, soit le temps et le soutien affectif.

Néanmoins, nous avons l'impression, encore aujourd'hui, qu'elles se définissent à partir des médecins et que cela peut générer une sorte de flou identitaire. Peuvent-elles exister à part entière et non représenter qu'une alternative aux médecins? Il semble que les sages-femmes aient un travail identitaire à mettre en place, qui leur permettrait sans doute de mieux prendre leur place légitime. D'une part, elles se positionnent comme une alternative aux médecins, avec une tout autre philosophie qui les guide. D'autre part, leur formation est composée de plusieurs cours médicaux, s'inscrivant dans le paradigme actuel. Bien sûr, nous ne nions pas qu'elles aient besoin d'acquérir des connaissances médicales pour pratiquer leur profession, mais il nous semble qu'elles soient elles-mêmes prises sous le joug de l'idéologie dominante. Elles ont besoin de la science pour légitimer leur compétence, mais en même temps, elles critiquent également sa supériorité. D'une part, les sages-femmes valorisent l'expérience des femmes ainsi que leurs besoins affectifs. D'autre part, l'apprentissage de la psychologie des femmes enceintes manque à l'agenda académique. Elles gagneraient pourtant à être mieux outillées sur le plan psychique pour mieux entendre les femmes, car la grossesse est tout autant faite de transformations psychologiques que physiologiques. Car c'est aussi là où les connaissances manquent que l'idéologie peut s'insérer.

Comment expliquer ces contradictions? Il nous semble que les sages-femmes, de par leur place malheureusement non-acquise, voire même menacée encore aujourd'hui, souffrent d'une identité diffuse. En quête de reconnaissance sociale, elles peuvent être à risque de valoriser le compromis pour plaire au plus grand nombre et donc, du même souffle, de ne pas assumer une posture claire et une identité définie. Pourtant, elles ont toute la légitimité pour ce faire; leur place est nécessaire pour les familles de notre société et la demande de leurs services continue de grandir d'année en année.

Sont-elles aux prises avec un lourd héritage qui les empêche de prendre leur place et de se définir indépendamment des autres? Rappelons qu'elles ont été durement et injustement disqualifiées par la médecine moderne. Une telle menace persisterait-elle encore dans leur inconscient collectif? Ces questions mériteraient d'être abordées et mettent en lumière un « prendre soin » nécessaire chez les sages-femmes.

10.8 Un réajustement de la formation est-il nécessaire?

Le programme de pratique sage-femme a été développé il y a à peine 20 ans. Nous croyons que pour être en mesure de répondre aux besoins des femmes et de comprendre leur vécu subjectif, les étudiantes sages-femmes devraient être exposées davantage aux composantes psychiques de la grossesse et l'accouchement. Cet ajustement leur permettrait d'être mieux outillées pour entendre, détecter et faire face à certaines souffrances de la grossesse, telle qu'une profonde ambivalence. C'est sans doute très confrontant pour les sages-femmes de se retrouver face à des mères angoissées et très ambivalentes, car elles ne sont pas nécessairement préparées pour les recevoir. En ce sens, il est adaptatif qu'elles mettent de l'avant leur discours sur la beauté de la grossesse afin de se protéger. L'idéologie représente effectivement un bon refuge contre l'angoisse. Pourtant, ça ne fait que la colmater plutôt que permettre l'élaboration.

Dans leur étude pour identifier les assises du programme de formation destiné aux sages-femmes, Hatem-Asmar, Fraser & Blais (2002) soulèvent que le paradigme existentiel, centré sur l'humain, est celui qui correspond à l'intégration des sages-femmes au Québec. Concrètement, cela signifie que pour former une sage-femme qui offrira des services somme toute semblables à ceux des médecins, mais dans une tout autre approche (normalité, appropriation, respect des femmes et de leurs choix, partage du savoir, etc.), il faut envisager un modèle différent (existentiel) que celui qui domine,

soit le paradigme industriel centré sur le rationnel et le technologique (modèle médical).

Cependant, tant que ce paradigme existentiel ne deviendra pas dominant dans la société, il faut que les sages-femmes puissent se confronter au paradigme dominant : s'y plier ou amener sa transformation graduelle, selon les nécessités et les possibilités. (Hattem-Asmar et al., 2002, p. 97)

Le défi est de taille pour les sages-femmes. Ce lourd poids de transformer les mœurs a-t-il contribué à rigidifier leur discours en figeant l'idéologie de la beauté de la naissance qui exclue les dimensions difficiles, dangereuses et obscures? Nul doute que pour se faire entendre, il faut crier et cela risque de mettre de côté certaines nuances et glisser vers l'idéologie.

10.9 Un clivage perpétué?

« Loin de nous l'idée d'opposer les savants médecins aux ignorantes matrones, ou au contraire les sages-femmes rassurantes aux bourreaux chirurgiens » (Knibiehler & Fouquet, 1980, p. 63). Un clivage entre les représentations autour du médecin et de la sage-femme persiste dans notre société.

D'après nos analyses des ouvrages de sages-femmes, il semble que celles-ci contribuent indirectement à le perpétuer. Effectivement, dans son étude sur les interactions sages-femmes/clientes, Laforest (2012) a souligné que les sages-femmes comparent régulièrement leur pratique à celle des médecins, en les opposant sur le mode nous/eux. Il est possible qu'elles aient de telles pratiques en raison du manque de reconnaissance et de légitimation sociales qu'elles vivent encore aujourd'hui. C'est à partir des repères médicaux, partagés par tous, qu'elles situent leur pratique et leur philosophie. Elles partent donc du connu pour faire valoir leurs différences et démontrer en quoi elles peuvent répondre aux insatisfactions des femmes face à l'idéologie médicale. Par contre, l'entretien de cette comparaison sage-femme/médecin

peut placer les femmes entre l'arbre et l'écorce et, de ce fait, insinuer une sorte de confusion. Également, il peut nourrir le flou identitaire mentionné précédemment.

De plus, il se trouve que ce clivage n'est que l'envers d'une même médaille. Si les médecins n'écoutent pas les femmes dans leur singularité, les sages-femmes peuvent répéter le même problème. Quand les médecins partent avec la prémisse que la grossesse est à risque et doit être surveillée médicalement, les sages-femmes, elles, la voient comme une expérience positive, source de joie maternelle. Ne pas laisser la possibilité à une femme de dire peut induire chez elle un sentiment de culpabilité, d'indignité et d'incapacité maternelle. Ainsi, dans les deux cas, les femmes peuvent se retrouver seules avec leur expérience.

Pourtant, la présence des sages-femmes dans l'univers des naissances est fondamentalement nécessaire et favorable à la santé des femmes. Elles se sont battues contre les abus médicaux pour les femmes il y a plus de 40 ans et leur présence actuelle agit en porte-étendard de cette lutte et des besoins des mères. Nous avons besoin du travail des sages-femmes et elles méritent d'exister en tant que professionnelles indépendantes et non qu'en tant qu'alternative aux médecins.

Revenons à notre cas clinique : bien que nous posons l'hypothèse que Marie-Lune n'a pas été entendue dans son ambivalence par sa sage-femme, il importe de souligner que cette dernière a probablement évité les effets délétères qu'aurait provoqué une intervention médicale précipitant l'accouchement. Rappelons que la parturiente a raconté dans les entretiens avoir « tenu tête » à son médecin qui s'est « *démangé les doigts* » pour induire son accouchement. C'est effectivement appuyée par sa sage-femme et ses lectures que Marie-Lune a pu résister à ce qu'on provoque son accouchement, qui a ainsi pu lui appartenir entièrement en se déroulant naturellement. On ne peut passer sous le silence les possibles complications qu'auraient entraîné une telle intervention médicale chez Marie-Lune, qu'on aurait alors dépossédée de son expérience.

10.10 Les violences obstétricales subsistent

La collective du 28 mai, formée d'une alliance de plusieurs groupes féministes, lance en 2019 un appel aux témoignages dans le cadre de sa campagne de sensibilisation et de lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques (VOG; Fédération des femmes du Québec, 2019). Sans surprise, les témoignages sont nombreux et reflètent la sinistre et inquiétante réalité du problème. Entre autres, une enquête est réclamée auprès du Ministère de la santé et des services sociaux.

Le même mois, la coordonnatrice du Regroupement Naissance-Renaissance, créé dans les années 80 dans la foulée du mouvement d'humanisation des naissances, traite des violences obstétricales et gynécologiques dans son article paru dans *Le Devoir* (Mederi, 2019). En juillet 2019, on recense un autre article sur le même thème : *Les violences obstétricales, ces « cas isolés » si nombreux* (Nicolas, 2019). Le 6 juillet, *La Presse* publie son propre dossier sur les VOG. Très certainement, le sujet est d'actualité. Comme quoi, la bataille pour l'humanisation des naissances et la réappropriation du pouvoir des femmes n'est toujours pas gagnée 40 ans plus tard. Serions-nous dans une répétition des mouvements ayant été à l'origine du retour des sages-femmes et de leur légalisation? Peut-être est-ce l'occasion de faire les choses différemment? Assistons-nous à une diminution graduelle de la domination du modèle médical? Les sages-femmes pourraient tirer profit de la situation pour reprendre leur juste place, mieux se définir et exister en tant qu'elles-mêmes et non uniquement qu'en tant qu'alternative aux médecins. Comment se fait-il que nous ne les entendions pas davantage?

10.11 Les violences faites aux étudiantes sages-femmes

Dans un article paru en avril dernier, on apprend que les étudiantes du programme sage-femme à l'UQTR subissent d'importants préjudices et qu'une enquête est en cours pour faire de la lumière sur la situation (Saint-Jacques, 2019). Alors que la pratique sage-

femme célèbre son 20^e anniversaire de pratique (1999-2019), un sombre portrait est dressé de la réalité de ses étudiantes.

Elles doivent effectuer un total de sept stages dans deux régions du Québec minimum (2350 heures). En fonction de ceux-ci, qui soulignons-le sont non rémunérés, elles sont régulièrement contraintes à déboursier pour deux loyers et se séparer de leur famille, alors qu'on sait que la moitié d'entre elles a des enfants. Comble de l'ironie, ces étudiantes qu'on forme pour accompagner et accoucher des femmes enceintes n'ont elles-mêmes pas l'accès au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) ni la CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail). Elles ne peuvent donc obtenir le soutien financier nécessaire et le retrait préventif au besoin si elles sont enceintes.

Un rapport de 135 pages contenant 120 recommandations est rédigé par Saint-Jacques (2019), suite à des entretiens avec plus de 35 anciennes étudiantes ayant fait part de leur vécu difficile lors de leurs études. On y parle de « refus d'accommodements raisonnables et discriminations récurrentes pour grossesse, maladie ou handicap, situation de vulnérabilité extrême, abus, harcèlement et manque de soutien psychologique, règles administratives floues et injustes... » (Saint-Jacques, 2019). Un peu plus de la moitié des étudiantes seulement obtient son diplôme. Par crainte des représailles, les étudiantes et même celles qui obtiennent leur titre préfèrent ne rien dire, d'autant plus que l'Université aurait rejeté les recommandations de l'Ombudsman en 2018 dans le dossier d'une étudiante.

Le parcours ardu des étudiantes les met en situation de vulnérabilité extrême, tant financièrement que par rapport à leur santé. Elles terminent leurs études exténuées et endettées (on parle de près de 100 000 \$ de frais pour une étudiante avec enfants) et ne peuvent se permettre de temps d'arrêt. Elles commencent leur pratique à bout de souffle, et les épuisements professionnels dans les deux premières années sont fréquents. (Saint-Jacques, 2019)

La gravité de la situation nous paraît sans équivoque. Serait-ce le prix à payer, peut-être inconscient, qu'on pourrait faire subir à celles qui se sont écartées d'une certaine norme médicale? Ces mauvaises conditions d'apprentissage maintiennent les sages-femmes dans une position précaire, voire illégitime. Dans ce contexte, que vient faire ce discours idéalisant qu'elles entretiennent autour de la maternité? Plutôt que de s'affirmer et mener une lutte, il semble qu'elles se raccrochent à leur philosophie pour masquer leurs propres souffrances. Comment peuvent-elles prendre soin des femmes si on ne prend pas soin d'elles? Par ailleurs, comment se fait-il que nous n'entendions pas davantage parler de leurs difficultés? Les sages-femmes auraient intérêt à se politiser davantage et trouver une manière de s'installer dans la société.

10.12 Les pistes de solutions

Le discours des sages-femmes, bien malgré lui, recèle une pratique qui brime les femmes et leur impose une expérience positive plutôt que créer un espace autour de la leur. Comment mettre en place des moyens pour mieux entendre?

Se dégager graduellement de l'enfermement d'une idéologie consisterait à tenter de nuancer les propos et ne pas concevoir comme à priori « normale » l'idéologie de son propre groupe et comme à priori « pathologique » celle du groupe rival ou opposant (Duparc, 2004). Dans ce contexte, les sages-femmes devraient peut-être diminuer l'utilisation du discours nous/eux avec les médecins. Considérer la diversité des idéologies et la possibilité que celles-ci puissent coexister permettrait ainsi de conserver une certaine nuance de l'esprit et de sa pensée. Il faut plutôt chercher des voies de dialogue avec les médecins qui, de leur côté, doivent s'ouvrir davantage à la pratique des sages-femmes et lui laisser sa juste place. Car si les sages-femmes se raccrochent à leur idéologie, c'est qu'elle leur permet de s'affirmer dans un contexte où elles sont encore menacées. Également, elles bénéficieraient d'une meilleure reconnaissance et assomption de leur posture militante et engagée. Elles ont le droit de

plaider pour la cause des femmes et pour l'accouchement naturel, mais dans ce cas, elles doivent en prendre acte et l'assumer.

Engels (1888) affirme que pour cesser d'être idéologique, une idée doit renoncer à se construire selon des lois précises et d'être ignorante de ses déterminants matériels, par opposition à ses déterminants intellectuels. Également, comme le précise Marx (1845) : « ce n'est pas la conscience qui détermine la vie, mais la vie qui détermine la conscience » (p.21). Ainsi, il faut écouter et se permettre d'entendre ce qu'ont les femmes à dire sur leurs vécus, leurs grossesses, leurs accouchements. Il faut pouvoir entendre des réalités plus sombres qui confrontent la beauté des naissances. C'est à partir des vécus subjectifs que pourront s'étayer une réflexion et un soutien adapté, et non l'inverse.

Il faut parler davantage des difficultés maternelles et sensibiliser la société tout entière à celles-ci. Nous sommes dans une ère de diversité. Pourquoi ne pas ouvrir nos conceptions autour de la maternité? Entre l'image de la mère parfaite celle de la mère indigne, il y a monde de possibilités et d'expériences. Plus largement, il faut parler de la face cachée de la maternité : la profonde tristesse, l'hostilité, l'ambivalence, le rejet, la difficulté d'aimer, le désespoir, le regret. Comme professionnelles de la santé, nous avons une responsabilité particulière à ce sujet. Plutôt que d'occasionner aux femmes d'autres souffrances, comme de ressentir une profonde culpabilité et de se croire seule, en plus de ne pas se sentir comblée par la maternité, laissons-leur la possibilité d'exprimer ce qu'elles vivent en encourageant la diversité des vécus.

Pour que les sages-femmes puissent changer de discours, il faut qu'elles soient davantage reconnues et qu'on cesse d'entretenir une forme de maltraitance envers elles, et ce, dès leur statut d'étudiante. Le système rend le parcours d'apprentissage tellement ardu qu'il est normal qu'elles se retranchent derrière un discours idéologique contre la médecine. Il faut mettre sur la place publique les avanies que subissent les étudiantes. Il faut que celles-ci ouvrent la porte à l'écoute et qu'elles introduisent dans leur

programme une formation qui dépasse la médecine. Car cachées derrière l'idéalisation de la maternité et de la parturition, les sages-femmes se coincent elles-mêmes.

Plus largement, pourrait-on croire qu'une même peur de la mort soit à l'origine, ou du moins puisse entretenir, les deux principales idéologies relevées dans ce travail? Un refoulement de la peur de la mort pourrait-il autant s'opérer par une hyper-médicalisation et une gestion du « risque zéro », chez les médecins, qu'une idéalisation de la maternité et de la puissance de la femme, capable d'accoucher par elle-même, chez les sages-femmes? L'angoisse de la mort accompagne l'humanité, mais si elle entretient davantage de souffrances par les positions qu'elle cristallise, un travail de société autour de ces questions nous paraît essentiel afin d'assouplir nos manières collectives de s'apaiser.

CONCLUSION

L'histoire de Marie-Lune nous a permis de démontrer comment un discours militant peut éventuellement s'immiscer entre celui qui parle et celui qui est en position d'écouter; comment une idéologie peut s'interposer entre une personne qui souffre et une autre désirant l'aider. Voilà pourquoi il semble que Marie-Lune n'ait pu être entendue dans son ambivalence profonde par sa sage-femme, en dépit d'une réelle et sincère intention de soutien chez cette dernière.

Plus de 20 ans après la légalisation de leur pratique, le manque de reconnaissance des sages-femmes est encore malheureusement très présent. Ces professionnelles pratiquent peu d'accouchements (4,2% des naissances totales au Québec; Association canadienne des sages-femmes, 2018) et leurs services peuvent être difficilement accessibles en raison du nombre limité de places, et ce, malgré la demande grandissante des femmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Également, le type de formation que reçoivent les sages-femmes nous apparaît présenter des lacunes en psychologie périnatale, en plus de se définir en référence au modèle médical malgré sa volonté de s'en différencier. Lorsqu'on ajoute à cet état de faits les mauvais traitements qu'elles subissent durant leurs études (Saint-Jacques, 2019), force est de constater qu'il peut leur être difficile d'entendre l'ambivalence et la difficulté psychologique d'une femme de faire de la place à son bébé dans sa vie.

En définitive, les résultats de cet essai mettent en exergue la nécessité pour les femmes de trouver des lieux où elles peuvent s'exprimer; un espace de parole privilégié sans a priori où elles peuvent partager leur expérience de la grossesse, sans craindre le regard de l'autre et la marginalité. Un des premiers endroits où elles devraient être accueillies, c'est lors du suivi de grossesse, quel que soit le professionnel. Précisions ici que les médecins devraient eux aussi être formés et aptes à reconnaître les difficultés psychologiques de leurs patientes.

Au-delà du suivi de grossesse, auquel on ne peut imputer tous les besoins des parturientes, il faut penser à créer davantage de lieux de parole et de soutien pour les femmes enceintes afin de prévenir les difficultés post-natales. Présentement, l'offre de services demeure limitée. Qui plus est, une unité mère-enfant pour permettre aux nouvelles mères de s'y effondrer un temps et de compter sur une aide externe pour les aider à construire le lien avec leur bébé nous paraît essentielle, de même que davantage d'organismes d'aide aux relevailles pour supporter les familles en difficulté. C'est aussi par la mise en place et la multiplication de tels services que nous répandons et rendons légitime la diversité des expériences maternelles.

Enfin, il faut ouvrir les dialogues autour de la maternité et ses facettes sombres. Il faut que toutes les mères puissent se reconnaître dans ce que l'on véhicule comme discours; que les hommes puissent eux aussi mieux appréhender l'expérience des femmes dans ses plus fines diversités. En tant que professionnelles en santé mentale, ce devoir nous revient tout particulièrement.

ANNEXE A

LISTE DE COURS DU BACCALAURÉAT EN PRATIQUE SAGE-FEMME À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Les activités suivantes (cent vingt et un crédits) :

ANI1013	Anatomie et physiologie du système reproducteur humain
BCM1015	Biochimie pour sages-femmes (2 crédits)
CIS1001	Collaboration interprofessionnelle I (1 crédit)
CIS1002	Collaboration interprofessionnelle II (1 crédit)
CIS1003	Collaboration interprofessionnelle III (1 crédit)
ESA1002	Promotion de la santé en périnatalité (2 crédits)
MCB1015	Microbiologie pour sages-femmes (2 crédits)
MOG1002	Pathologies obstétricales et néonatales (5 crédits)
MOG1004	Stage en centre hospitalier (8 crédits)
MSP1013	Hématologie et immunologie pour sages-femmes (2 crédits)
PHL1009	Pharmacologie pour sages-femmes
PSL1019	Morphologie développementale et fonctionnelle I
PSL1020	Morphologie développementale et fonctionnelle II
PSS1008	Habilités de communication en pratique sage-femme II
PSS1010	Habilités de communication en pratique sage-femme I (2 crédits)
SAG1001	Introduction à la profession sage-femme
SAG1002	Habilités en pratique sage-femme
SAG1003	Maïeutique I

SAG1005	Maïeutique II
SAG1007	Maïeutique III
SAG1011	Maïeutique IV
SAG1013	Droit, éthique et déontologie pour les sages-femmes
SAG1015	Activité de synthèse en pratique sage-femme
SAG1017	Alimentation et pratique sage-femme
SAG1019	Modes de connaissance en pratique sage-femme (1 crédit)
SAG1029	Stage en milieu clinique I (11 crédits)
SAG1030	Stage en milieu clinique II (11 crédits)
SAG1034	Stage en milieu clinique IV (11 crédits)
SAG1035	Internat en pratique sage-femme (11 crédits)
SAG1036	Initiation à la recherche appliquée à la pratique sage-femme (1 crédit)
SAG1037	Méthodes de recherche appliquée à la pratique sage-femme (2 crédits)
SAG1038	Stage en milieu communautaire (2 crédits)
SHU1002	Périnatalité et société

Cours optionnels (11 crédits)

L'étudiante choisit un des cours suivants (11 crédits) (pour s'inscrire au stage hors Québec (SAG1032), l'étudiante doit contacter la responsable du programme) :

SAG1031	Stage en milieu clinique III (11 crédits)
SAG1032	Stage en milieu clinique III : hors Québec (11 crédits)

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE



Formulaire d'information et de consentement destiné aux participantes de
l'étude :
Prévention en périnatalité

Titre de l'étude :

Prévention en périnatalité : Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive « d'éducation à la parentalité ».

Chercheur :

Nicole reeves, M.A. psychologue et chargée de formation clinique, Service de psychologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Co-chercheur :

Irène Krymko-Breton, Université du Québec à Montréal

Préambule :

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes enceinte et au début de votre grossesse. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de vous assurer que vous avez reçu des réponses à toutes vos questions et que vous comprenez très bien toutes les démarches de l'étude.

Objectifs de la recherche :

En tout, 10 femmes recrutées au CHUM seront invitées à participer. Cette étude vise à mieux connaître les attentes des hommes et des femmes d'aujourd'hui dans différents pays (France, Russie, Italie, Brésil, Argentine, Québec) autour de la naissance de leur(s) enfants(s) et de contribuer ce faisant à mieux y répondre.

Étapes de l'étude :

Pour atteindre cet objectif, nous solliciterons votre participation à 5 reprises aux temps suivants :

- premier trimestre de grossesse
- deuxième trimestre de grossesse
- troisième trimestre

Version 19 avril 2010

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3841, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

- un mois post-partum
- 20 mois post-partum

La psychologue vous rencontrera à chaque fois pour un entretien d'environ une heure portant sur vos attentes autour de la naissance de votre enfant. Les entretiens se feront à l'endroit qui vous conviendra le mieux, à votre domicile ou au bureau de la psychologue à l'hôpital St-Luc. Pour fins d'analyse, les entrevues seront enregistrées sur bande audio.

Avantages associés à l'étude :

Votre participation à cette étude permettra de contribuer au développement d'une meilleure compréhension des attentes des parents québécois par rapport à la maternité et par rapport à l'enfant à venir. Ultimement ce travail devrait permettre dans les différents pays concernés de contribuer à proposer des politiques visant à une prévention précoce plus efficace.

Risques possibles associés à l'étude et procédures en cas d'urgence

Pour certaines femmes interrogées, les entrevues peuvent être potentiellement difficiles voire bouleversantes, l'interviewer tentera de minimiser l'occurrence d'une telle situation. De plus, vous êtes évidemment libres de mettre fin à l'entrevue et ce, à n'importe quel moment. En cas de nécessité, nous vous aiderons en vous référant à un professionnel ici même au CHUM.

Participation volontaire et liberté de se retirer :

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de la recherche à tout moment, sans préjudice d'aucune sorte et sans que cela nuise aux relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins qui vous seront prodigués n'en soit affectée. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question.

Confidentialité :

Afin d'assurer votre confidentialité, un numéro remplaçant votre nom vous sera assigné. Les informations demeureront confidentielles dans la mesure où les lois en vigueur le permettront. De manière exceptionnelle, la confidentialité peut effectivement ne pas être respectée dans les cas prévus par la loi (dans le cas d'actes criminels par exemple). Dans ces situations, les responsables de la recherche en discuteront avec vous. La chercheuse principale, Nicole Reeves, sera la seule personne qui aura accès à votre nom et à votre numéro. Tout le matériel relatif à vos entretiens sera maintenu sous clef et dans la plus stricte confidentialité. De plus, les publications scientifiques futures n'utiliseront pas les informations pouvant révéler votre identité. Toutes les informations qui seront transmises

seront dûment déguisées afin de préserver la confidentialité. Par ailleurs toutes les retranscriptions d'entrevues et tous les enregistrements seront détruits 5 ans après la fin de l'étude.

Arrêt du projet par le chercheur :

Certains motifs pourraient amener l'arrêt de l'étude par la chercheuse par exemple, si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si la participante ne répondait plus aux critères de sélection.

Identification des personnes avec qui communiquer :

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par la responsable, Mme Nicole Reeves. Vous devrez alors signer un formulaire de consentement révisé dans lequel on retrouvera les nouvelles informations.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Nicole Reeves, psychologue et chercheuse au : 514-890-8000 (poste 36277).

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participante à l'étude, vous pouvez vous adresser à la commissaire adjointe à la qualité des services de l'hôpital St-Luc du CHUM au 514-890-8000 poste 36366.

Droits légaux

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez la chercheuse ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Formulaire de consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise. Également, une copie sera déposée dans mon dossier médical. En conséquence, je comprends que cette information sera disponible à toute personne ou compagnie à laquelle je donnerai accès à mon dossier médical.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Engagement du chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire

(A imprimer vierge et à remplir à la main au terme du premier entretien)

Nom Prénom.....

Adresse.....

Tél.....email.....

Nom du chercheur.....

n° d'anonymisation en 13 chiffres, (celui qui sera reproduit sur la grille) :.....

1. Sexe : Masculin Féminin

2. Date de naissance :

3. Stade de la grossesse au moment de la passation de ce questionnaire :

4. Statut marital :

Marié(e) ou vivant maritalement divorcé(e) célibataire veuve

5. Grossesses antérieures :

(noter les renseignements relatifs au déroulement de celles-ci (y compris IVG, IMG et fausses couches si celles-ci sont évoquées), le sexe et l'âge actuel des enfants, etc...)

-1^{ère}

-2^e

-3^e

-4^e

-...

6. Accouchements précédents :

(noter celui (ceux) qui a (ont) eu lieu prématurément, celui (ceux) que la parturiente qualifie de difficile(s) ou de compliqué(s), les césariennes, etc...)

-1^{er}-2^e-3^e-4^e

-....

7. Origine culturelle : ce que le sujet en dit (écrire précisément)

8. Niveau d'étude (dernier diplôme obtenu ou niveau d'étude équivalent ; préciser le nombre d'années d'étude) :

9. Situation professionnelle actuelle :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Au foyer
préretraite | <input type="checkbox"/> A la retraite ou |
| <input type="checkbox"/> En congé de longue durée, congé parental | <input type="checkbox"/> Etudiant, élève |
| <input type="checkbox"/> Autre, Précisez : | |

10. Profession : (écrire précisément la profession)

.....

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

ANNEXE D

LA TABLE DES MATIÈRES DE L'OUVRAGE DE MME BRABANT (1991)

1. Le début du voyage extraordinaire.
Grossesse et bouleversements.
 - a. Être enceinte : les premières réactions
 - b. Les chavirements de la grossesse
 - c. Regards vers l'intérieur
 - d. Prendre soin de soi
 - e. Un temps pour grandir
 - f. Un temps pour nourrir le cœur

2. Les grands préparatifs.
Les choix à faire pendant la grossesse.
 - a. Comment voulez-vous vivre votre accouchement?
 - b. Le choix d'un professionnel de la santé
 - c. Le choix du lieu d'accouchement
 - d. La préparation pour l'accouchement
 - e. Le plan de naissance : un ambassadeur sur papier
 - f. Se préparer pour l'allaitement
 - g. La préparation en vue de la période postnatale
 - h. Préparer les autres enfants à l'arrivée du bébé
 - i. Choisir, préparer...puis couler avec la vie

3. La vigilance partagée.
Le suivi prénatal.
 - a. Les visites prénatales
 - b. Les tests et examens prénatals
 - c. En début de grossesse
 - d. En cours de grossesse
 - e. En fin de grossesse
 - f. Réflexion sur le terme « grossesse à risque »

4. L'accouchement vu de l'intérieur.
L'histoire intime d'une naissance.

5. La fabuleuse traversée.
Physiologie de l'accouchement.
 - a. L'incroyable voyage de chair et d'os

6. Le prélude invisible.
La fin de grossesse et le début du travail.
 - a. Le temps de la préparation
 - b. Les signes précurseurs du travail
 - c. Chaque chose en son temps
 - d. Le début du travail
 - e. La rencontre avec la douleur
 - f. Des situations particulières

7. Confiance, intimité et soutien.
Le travail et l'accouchement.
 - a. Participer au travail
 - b. Les pauses et les nœuds du cœur
 - c. Les situations particulières
 - d. Soutien et intimité
 - e. Ce qu'une femme peut faire pour elle-même
 - f. Ce que les autres peuvent faire pour celle qui accouche
 - g. La poussée
 - h. Apprivoiser la poussée
 - i. Le soutien pendant la poussée
 - j. Les positions physiologiques
 - k. Quand ça ne coule pas si simplement
 - l. Les résistances du corps
 - m. Les retranchements du cœur
 - n. Les contraintes hospitalières
 - o. Laisser passer, laisser ouvrir

8. La grande rencontre.
L'accueil du bébé et les premiers jours.
 - a. La naissance
 - b. Les émotions de l'accueil
 - c. La transition pour le bébé
 - d. Couper le cordon
 - e. La première tétée
 - f. Le périnée et la suture

- g. Comment les parents « tombent en amour » avec leur bébé
- h. Ce qui peut déranger la rencontre
- i. Pour guérir un attachement difficile
- j. La chambre vide
- k. Les bébés malades, très prématurés ou handicapés

9. Intensité et apprentissage.

Les lendemains de la naissance.

- a. La naissance d'une mère
- b. La naissance d'un père
- c. Transition extrême : l'expérience des premiers jours
- d. Le soutien et la solidarité
- e. L'allaitement
- f. Les premiers jours d'allaitement
- g. Le soutien pendant l'allaitement
- h. Dormir avec son bébé...pour le confort et la sécurité
- i. Les premières semaines
- j. La sexualité après l'accouchement
- k. Quand le postnatal est plus difficile
- l. Guérir d'une expérience difficile
- m. Les soins physiques des premiers jours : quelques repères
- n. Et la vie continue!

10. Réflexions sur la douleur, le courage et la tendresse.

- a. Douleur, souffrance et culture
- b. L'apprentissage de la douleur
- c. Trouver un sens à la douleur
- d. L'accompagnement : en avoir ou pas

11. Quand la nature a besoin d'alliés.

Les interventions médicales autour de la naissance.

- a. L'usage approprié de la technologie
- b. Pour éviter les interventions inutiles
- c. Les interventions obstétricales
- d. Accoucher avec ou sans intervention?
- e. Les interventions auprès du nouveau-né
- f. La cohabitation mère-bébé

12. Liberté, intimité et sécurité.

L'accouchement à la maison.

- a. Pourquoi accoucher à la maison?
- b. Les avantages de l'accouchement à la maison
- c. Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel...pour les parents qui ne veulent pas y accoucher
- d. Les risques de l'accouchement à la maison
- e. Prendre une décision éclairée
- f. L'organisation d'un accouchement à la maison
- g. L'accompagnement et la vigilance
- h. Les invités lors d'un accouchement à la maison
- i. Les premières heures après la naissance à la maison

RÉFÉRENCES

- Althusser, L. (1970). Idéologie et appareils idéologiques d'État. (Notes pour une recherche). *La pensée*(151).
- Arendt, H. (1951). Origines du totalitarisme.
- Assemblée nationale du Québec. (1999). *Projet de loi n°28. Loi sur les sages-femmes*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Association canadienne des sages-femmes. (2018). Les soins de sages-femmes pour tous: construire la profession. Rapport annuel 2017-2018.
- Baechler, J. (1976). *Qu'est-ce que l'idéologie?* Paris: Gallimard.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bédard, N., & Laforest, M. (à par.). Advice and its reception in midwife/client interactions: a tension between asymmetry and equality. *Communication and Medicine*.
- Bellion, É. (2001). Agressivité et grossesse; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé. *Devenir*, 13(1), 67-83.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 379-417.
- Benveniste, É. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard.
- Bernard, J.-M. (1979). Les nouvelles configurations de la structure d'âge maternelle et de la parité comme facteur important de la diminution de la mortalité infantile et périnatale au Québec (1965-1974). *Communication présentée au 42e congrès de l'ACFAS*.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations on the psychological processus in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-123.

- Blais, R., Maheux, B., Lambert, J., & al., e. (1994). Midwifery defined physicians, nurses and midwives: the birth of a consensus? *Canadian Medical Association Journal*, 150(5), 691-697.
- Blanchet, M., & Levasseur, M. (1980). Périnatalité : bilan et prospective. *Carrefour des Affaires sociales*, 2, 1028.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Brabant, I. (1991). *Une naissance heureuse: bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Montréal: Fides.
- Brabant, I. (2004). Accoucher, c'est prendre le risque d'être transformée. In L. Grégoire & S. Saint-Aimant (Eds.), *Au coeur de la naissance* (pp. 51-64). Montréal: Édition du Remue-Ménage.
- Brazelton, T. B., & Als, H. (1981). Quatre stades précoces au cours du développement de la mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 2(24), 397-418.
- Breton, P., & Gauthier, G. (2000). *Histoire des théories de l'argumentation*. Paris: Éditions La découverte & Syros.
- Britt, F. (2013). *Les tranchées. Maternité, ambiguïté et féminisme, en fragments*: Atelier 10.
- Burke, S. (2010). L'influence des colloques sur l'obstétrique au Québec Perspectives des intervenantes et intervenants. *Périscoop*, 14(1), 13-15.
- Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, 32, 2-9.
- Bydlowski, M. (2000a). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2000b). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52.

- Capdevila, N. (2004). *Le concept de l'idéologie*. Paris: PUF.
- CAPSF. (1995). *Bilan des activités: mars 1991 à juin 1995*. Québec: Gouvernement du Québec, 12.
- Corea, G. (1977). *The hidden malpractice*. New York: William Morrow.
- Cournoyer, M. (1987). L'accouchement d'hier à demain: les femmes crieuses de la baie James. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 111-137). Montréal: Saint-Martin.
- D'Unrug, M.-C. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation*. Paris: Éditions Universitaires.
- De Koninck, M. (1981). Rapport synthèse : accoucher ou se faire accoucher. *Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec*, 5(1).
- De Koninck, M. (1987). Multiplication des césariennes : phénomène chirurgical ou... officine de laboratoire. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 269-291). Montréal: Saint-Martin.
- De Koninck, M., Saillant, F., & Dunnigan, L. (1983). *Essai sur la santé des femmes*. Québec: Conseil du statut de la femme.
- Destutt de Tracy, A. (1796). Mémoire sur la faculté de penser. In *Mémoires de l'Institut national des sciences et des arts, pour l'an IV de la République* (Vol. 1, pp. 322-367). Paris: Baudouin.
- Deutsch, H. (1949). *La psychologie des femmes*. Paris: PUF.
- Dictionnaire de l'Académie française (9e édition). (Ed.) (2005). Fayard.
- Dubé, E., Vivion, M., Valderrama, A., & Sauvageau, C. (2013). Attitudes et croyances des sages-femmes québécoises sur la vaccination. *Santé Publique*, 25(1), 35-43.
- Duparc, F. (2004). *Le mal des idéologies*. Paris: PUF.

- Ehrenreich, B., & English, D. (1982). *Des experts et des femmes. 150 ans de conseils prodigués aux femmes*. Montréal: Éditions du Remue-ménage.
- Engels, F. (1888). *Ludwig Feuerbach et la fin de la philosophie classique allemande*. Paris: Éditions sociales.
- Engels, F. (1893). Lettre à Franz Mehring. *Études philosophiques, Éditions sociales*.
- Fédération des femmes du Québec. (2019). *Collective 28 mai. Appel à témoignages: violences obstétricales et gynécologiques*. Repéré à <https://ffq.qc.ca/mots-cles/collective-28-mai/>.
- Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et d'infirmiers du Québec. (1980). *Mémoire sages-femmes*. Montréal.
- Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fortin, N. (2007). *Le rhétorique, mode d'emploi. Procédés et effets de sens*. Québec: Éditions de L'instant même.
- Fraser, W., & Hatem-Asmar, M. (2004). La sage-femme du Québec: de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, Société et Solidarité, 1*, 105-115.
- Freud, S. (1927). *L'Avenir d'une illusion* Paris: PUF.
- Freud, S. (1930). *Malaise dans la civilisation*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1932). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Gélis, J. (1981). Quand les femmes accouchaient sans médecin. *L'Histoire, 34*, 105-112.
- Green, A. (1969). Sexualité et idéologie chez Marx et Freud. *Études freudiennes, 1(2)*, 187-217.
- Grégoire, L., & Saint-Amant, S. (2004). *Au coeur de la naissance*. Montréal: Édition du Remue-Ménage.

- Guerber-Cahuzac, C. (Writer). (2013). *L'autre naissance* [Film documentaire]. In. France: Abacaris Films.
- Hatem-Asmar, M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: le cas de la profession de sage-femme au Québec*. (Ph.D.), Université de Montréal, Montréal.
- Hatem-Asmar, M., Fraser, W., & Blais, R. (2002). Trois paradigmes pour développer un programme de formation des professionnels de la santé: le cas de la formation des sages-femmes au Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(1), 86-102.
- Jacques, A., & Chabert, C. (2009). *Désirs d'enfant*. Paris: PUF.
- Jaeggi, R. (2008). Qu'est-ce que la critique de l'idéologie. *Actuel Marx*, 1(43), 96-108.
- Kaès, R. (1980). *L'idéologie, l'idéal, l'idée, l'idole* (2nd ed.). Paris: Dunod.
- Kaès, R. (2013). Processus et fonctions de l'idéologie dans les groupes (1971). *Perspectives Psy*, 52(1), 17-35.
- Kaès, R. (2016). L'idéologie est une position mentale spécifique. Elle ne meurt jamais (mais elle se transforme). 2(67), 11-26.
- Knibiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF.
- Knibiehler, Y., & Fouquet, C. (1980). L'histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours. In. Paris: Éditions Montalba.
- Krymko-Bleton, I. (2014a). Recherche psychanalytique à l'université. *Recherches qualitatives*, 16, 52-60.
- Krymko-Bleton, I. (2014b). Rencontre et discours de la méthode. *Filigrane*, 23(2), 109-124.
- Krymko-Bleton, I. (2016). Entre la psychanalyse et la linguistique: une démarche de recherche au sein d'un département de psychologie. *Recherches qualitatives*, 20, 487-499.

- Lacasse, I. (2004). Deux femmes en parallèle. In L. Grégoire & S. Saint-Aimant (Eds.), *Au coeur de la naissance* (pp. 266-268). Montréal: Édition du Remue-Ménage.
- Laforce, H. (1985a). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*.
- Laforce, H. (1985b). L'univers de la sage-femme aux XVIIe et XVIIIe siècle. *Cap-aux-Diamants*, 1(3), 3-6.
- Laforce, H. (1987a). L'accouchement traditionnel: d'hier à aujourd'hui. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 40-46). Montréal: Saint-Martin.
- Laforce, H. (1987b). Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 185-204). Montréal: Saint-Martin.
- Laforest, M. (2011). La stagiaire sage-femme devant sa cliente: un double rapport au savoir. *Revue de linguistique et de didactique des langues*, 43, 27-40.
- Laforest, M. (2012). De l'intérêt d'articuler les dimensions discursive et interactionnelle de la conversation. Le cas d'une profession en voie de légitimation. *Langue française*, 3(175), 91-109.
- Laurendeau, F. (1987). La médicalisation de l'accouchement. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 138-183). Montréal: Saint-Martin.
- Lemay, C. (2004). Préface. In L. Grégoire & S. Saint-Amant (Eds.), *Au coeur de la naissance* (pp. 11-15). Montréal: Édition du Remue-Ménage.
- Marcé, L.-V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris: Baillière.
- Marquis, G. (2004). Le désastre obstétrical. In L. Grégoire & S. Saint-Aimant (Eds.), *Au coeur de la naissance* (pp. 217-218). Montréal: Édition du Remue-Ménage.

- Martin, B., & St-André, M. (2007). Maladie bipolaire et troubles psychotiques. In E. Ferreira (Ed.), *Grossesse et allaitement: guide thérapeutique* (pp. 561-577). Montréal Éditions du CHU Ste-Justine.
- Marx, K., & Engels, F. (1845). *L'Idéologie allemande*. Paris: Éditions sociales.
- Mederi, S. (2019). Rompre le silence contre les violences obstétricales. *Le Devoir*, Repéré à <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/555066/sante-rompre-le-silence-contre-les-violences-obstetricales>.
- Ministère de l'Éducation. (1983). *Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Montreuil, S. (1987). Pourquoi donc vouloir accoucher avec une sage-femme? In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 475-487). Montréal: Saint-Martin.
- Nicolas, E. (2019). Les violences obstétricales, ces "cas isolés" si nombreux. *Le Devoir*, Repéré à <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/558436/ces-cas-isoles-si-nombreux>.
- Oakley, A. (1980). *Women confined : towards a sociology of childbirth*. London: Martin Robertson.
- Odier, C. (2013). Soins palliatifs, le risque d'un discours idéologique. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2(113), 77-85.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1985). *L'infirmière sage-femme. Prise de position*. Montréal.
- Ordre des sages-femmes. (2017). *Les sages-femmes en France et dans le monde. Améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés*. Toronto: 31^{ème} congrès triennal de l'International Confederation of Midwives (ICM).

- Ordre des sages-femmes du Québec. (2018). *Définition d'une sage-femme*. Repéré à <http://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3e éd. 2012)*. Paris: Armand Colin.
- Pascal, C., Spiess, M., & Thenevot, A. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 2(192), 137-148.
- Quéniart, A. (1987). La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes? Comprendre la maternité "de l'intérieur". In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 242-267). Montréal: Saint-Martin.
- Racamier, P.-C. (1978). À propos des psychoses de la maternité. In M. Soulé (Ed.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris: Les Éditions ESF.
- Racamier, P.-C. (1978). À propos des psychoses de la maternité. In M. Soulé (Ed.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris: Les Éditions ESF.
- Racamier, P.-C., Sens, C., & Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Évolution psychiatrique*, 4, 522-570.
- Raphael-Leff, J. (1980). Psychotherapy with pregnant women. In B. Blum (Ed.), *Psychological aspects of pregnancy. Birthing and bonding*. New York: Human Sciences Press.
- Raphael-Leff, J. (1982). Psychotherapeutic needs of mothers-to-be. *Journal of Child Psychotherapy*, 8(1), 3-13
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. Londres: Chapman and Hall.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy. The inside story*. London: Karnac.
- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J., & Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28(1), 43-64.

- Renaud, M., Doré, S., Bernard, R., & Kremp, O. (1987). Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 205-241). Montréal: Saint-Martin.
- Rindfuss, R. R., & et al. (1979). Convenience and the occurrence of births. Induction of labor in the United States and Canada. *International Journal of Health Services*, 9(3).
- Roberts, H. (1981). *Women, health and reproduction*. London and Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Rocher, G. (1968). *Introduction à la sociologie générale. Tome 1, L'action sociale*. Paris: Seuil.
- Rousseau, H. (2004). Un miracle sans cesse renouvelé. In L. Grégoire & S. Saint-Aimant (Eds.), *Au coeur de la naissance* (pp. 171-172). Montréal: Édition du Remue-Ménage.
- Routhier, M.-J. (1987). Que sont devenues les sages-femmes d'antan? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 47-82). Montréal: Saint-Martin.
- Saillant, F., & O'Neill, M. (1987). *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal: Saint-Martin.
- Saillant, F., O'Neill, M., & Desjardins, D. (1987). Entre le coeur et la raison : portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise. In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 327-351). Montréal: Saint-Martin.
- Saint-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement: épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. (Doctorat en sémiologie), Université du Québec à Montréal, Montréal.

- Saint-Jacques, H. (2019). Étudiantes sages-femmes en détresse. *La Presse*, Repéré à <https://www.lapresse.ca/debats/courrier-des-lecteurs/201904/201922/201901-5223100-etudiantes-sages-femmes-en-detresse.php>.
- Savard, S. (1987). Accoucher à l'hôpital : où en sommes-nous aujourd'hui? In F. Saillant & M. O'Neill (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 309-326). Montréal: Saint-Martin.
- Scully, D. (1980). *Men who control women's health*. Boston: Houghton Mifflin.
- Statistique Canada. (1974). Statistiques de l'état civil, Naissances. 84-204.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris: Odile Jacob.
- Tew, M. (1978). The case against hospital deliveries : the statistical evidence. In S. Kitzinger & J. A. Davis (Eds.), *The place of birth*. Oxford: Oxford University Press.
- Université du Québec à Trois-Rivières. (2013). *Baccalauréat en pratique sage-femme (7083)*. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=PGMA000:10:::NO:RP,10:P10_CD_PGM:7083.
- Valentini, H. (2004). «Notre force de changement » – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003. *Santé, Société et Solidarité*(1), 49-55.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (pp. 285-291). Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.