

Université de Montréal

L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans

Céline Lemay

Département d'anthropologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de

Maître ès science (M.Sc.) en anthropologie

Juin 1997

© Céline Lemay, 1997

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

John Leavitt
Robert Crépeau
Gilles Bibeau

Mémoire accepté le 8 mars 1998

La fin des années 70 a vu émerger une réalité qui a bouleversé la culture de la naissance québécoise : l'accouchement à la maison et l'arrivée de nouvelles sages-femmes. Bien qu'en 1997 nous nous dirigeons vers la légalisation des sages-femmes et qu'il y a des Maisons de naissance au Québec, il continue à y avoir des accouchements à la maison et cette réalité demeure un sujet délicat à tous les niveaux de parole et de pouvoir.

A partir de la construction de deux récits, celui des femmes et celui des sages-femmes, j'ai fait une analyse sémiologique des représentations autour de quatre grands thèmes : la maison, l'accouchement, la douleur et le risque, éclairant ainsi la cosmogonie de l'accouchement à la maison, témoignant d'un autre rapport au monde.

L'analyse anthropologique des voix du dedans permet de saisir la valeur sémiotique de « la maison ». Elle a des fonctions de protection, de cohésion, d'ancrage et d'intégration, et l'accouchement peut s'y insérer dans la logique de ses représentations à l'intérieur d'une quête de cohérence et de vérité.

Nous pouvons ensuite comprendre que la douleur s'insère dans le tout de l'accouchement comme événement normal de la vie. Pour les femmes, elle est un signe d'humanité, d'effort et de l'intensité de l'accouchement tandis que les sages-femmes voient en elle un signe de séparation, de transformation, de passage et lui reconnaissent une valeur initiatique.

Enfin, le risque n'est pas la seule grille d'évaluation de la mise au monde. Le sentiment de sécurité et la confiance des femmes sont à l'intérieur d'elles et la relation avec les sages-femmes s'inscrit dans un ordre féminin où le pouvoir est partagé.

L'analyse du noyau de subjectivité de l'accouchement à la maison permet sans doute d'éclairer les représentations de celles qui le vivent mais le contraste avec la trame de fond sociosymbolique québécoise révèle alors cette réalité comme discours.

Ainsi, l'accouchement à la maison est l'affirmation que l'accouchement ne se définit pas comme un événement médical. Il exprime que l'humanisation n'est pas seulement la capacité de choisir. Elle est aussi le pouvoir de nommer, de définir et de signifier ce qu'est accoucher, souffrir et vivre le risque.

L'accouchement à la maison révèle qu'avec les sages-femmes, il fait parti d'un ordre féminin, qu'il s'inscrit dans la vie comme un système et comme un tout, et il affirme que la vie comporte des risques.

Il témoigne enfin de la richesse des représentations autour de la naissance, il confirme que la science n'est qu'une strate du savoir et que les femmes pensent autrement.

À
Émilie, David et Sara
pour la suite de la vie...

INTRODUCTION

Le Québec a une longue histoire d'organisation sociale et culturelle autour de la mise au monde. Comme dans les autres sociétés traditionnelles, l'accouchement appartenait à la sphère domestique et féminine et la présence des sages-femmes s'est manifestée dès les débuts de la colonie sous une forme organisée d'entraide. Elle s'est peu à peu mêlée à celle des médecins qui ont eu avec le temps non seulement une augmentation en nombre mais en poids symbolique. Si bien qu'au Québec, l'histoire des sages-femmes se ramène à celle de leur élimination (Laforce, 1983), car depuis le début du XIX^e siècle s'était amorcée la mainmise des hommes sur un événement qui appartenait jusqu'alors aux femmes. Enfin, au XX^e siècle s'est produite une médicalisation de l'accouchement et des autres événements de la vie des femmes.

Puis, dans la mouvance du féminisme, de la critique du pouvoir médical, de la contre-culture et des médecines alternatives, la fin des années '70 a vu émerger à nouveau des sages-femmes, par le biais d'une prise de pouvoir très radicale sur l'accouchement : l'accouchement à la maison. Même si le nombre de sages-femmes était plutôt réduit, l'impact médiatique et social n'a pas été négligeable.

L'accouchement et la naissance ne laissent personne indifférent. Lorsqu'ils surviennent à la maison, dans une société où 99 % des accouchements se passent à l'hôpital, cela pose des questions autant sur l'événement lui-même que sur le contexte global duquel il a émergé. Car « accouchement, naissance et mort reflètent avec acuité les valeurs prédominantes de notre société ainsi que notre conception de l'humain et, de façon plus globale, notre représentation du monde. » (Desjardins, 1993:16).

Il est plutôt surprenant de constater qu'un si petit nombre d'accouchements à la maison (177 enregistrés en 1995) et qu'un faible nombre de sages-femmes (20 à 30 dans les années '80) créent un tel malaise dans les institutions sociopolitiques et soulèvent autant de réactions dans la population.

Une analyse sémiologique de l'accouchement à la maison permettra d'en éclairer suffisamment l'intérieur pour en saisir la cosmogonie et le sens. Mais c'est le contraste avec la trame de fond sociosymbolique québécoise qui permettra surtout d'articuler cet événement comme discours, comme métalangage sur l'accouchement, la douleur et le risque. Cette démarche aidera à comprendre en quoi un tel événement est encore un sujet si délicat au Québec.

Dans le cadre de ce travail, nous précisons dans un premier chapitre la façon dont j'ai procédé pour étudier ce sujet. Puis, un deuxième chapitre concernera l'élaboration de deux récits, celui des femmes et celui des sages-femmes, qui constitueront les textes de base de mon analyse. Un troisième chapitre couvre deux thèmes étroitement reliés : la maison et l'accouchement dont je veux saisir, à partir d'images-clé, la valeur sémiologique. Un quatrième chapitre va mettre en relief le sens de la douleur pour les femmes et les sages-femmes, en rapport avec la trame sociosymbolique de la culture québécoise. Le cinquième chapitre fait référence au thème du risque, perçu par celles qui en sont les plus proches, après avoir situé aussi le contexte culturel des discours et des pratiques.

Ma démarche veut essentiellement laisser parler d'abord « l'accouchement à la maison », atteindre le noyau de sa vérité subjective avant de pouvoir en parler en le considérant lui-même comme énoncé.

Chapitre 1

METHODOLOGIE

Si « *la recherche anthropologique traite au présent de la question de l'autre* » (Augé, 1992:28), « *l'autre* » c'est, dans le cadre de ce travail l'accouchement à la maison et sa constellation de valeurs, de représentations, de savoirs, de discours et d'action. « *L'Autre* » c'est aussi moi : je suis une femme, j'ai accouché trois fois dont deux fois à la maison, et je travaille comme sage-femme au Québec depuis près de vingt ans. « *L'autre* » est aussi en moi, car je suis de cette société québécoise qui a été bouleversée par cette prise de pouvoir qu'est l'accouchement à la maison. Je viens de l'émergence des accouchements à la maison dans les années 70 au Québec alors que 99 % des accouchements se passaient à l'hôpital et que le nombre d'accouchements qui se passaient sous anesthésie générale variait de 37,5 % à 89 % en 1971 (Savard in Saillant, 1985:284). Je viens des courants de la critique de la médicalisation de la naissance, des mouvements pour la santé des femmes, l'humanisation et la démedicalisation de l'accouchement, et du féminisme dont les préoccupations étaient entre autres la réappropriation de leur corps par la contraception et l'avortement (Guérard, 1996).

Le phénomène de l'accouchement à la maison a été connu publiquement dans les médias dès 1975, puis a pris une ampleur non négligeable dans la société québécoise de telle sorte qu'en 1983, on évaluait de 1,5 % à 2 % le nombre de ces accouchements au Québec (Morneault in Saillant 1983:280). Et cela s'est produit dans toutes les régions du Québec. Les couples accouchaient seuls, avec un médecin ou avec des sages-femmes.

Ces nouvelles sages-femmes sont au cœur même de la critique de tout ce qui entourait la naissance au Québec. Elles sont devenues sages-femmes pour répondre à un besoin exprimé par les femmes, besoin qu'elles ont ressenties elles-mêmes dans leur expérience de maternité. Elles ont avec le temps élaboré un savoir sur l'accouchement (voir Tremblay 1983) et différents aspects de la maternité, et ont aussi été actives pour obtenir une reconnaissance légale de leur profession. Le gouvernement du Québec, dans les années '80, a effectué plusieurs démarches pour étudier, documenter et finalement recommander l'intégration d'une nouvelle intervenante, la sage-femme, dans son système de santé comme un des moyens de répondre à différents problèmes et besoins en périnatalité. Ces démarches ont abouti à l'adoption, à l'unanimité, de la Loi 4 en 1990, reconnaissant la pratique sage-femme à titre expérimental dans le cadre de projets-pilotes, i.e. huit Maisons de naissance réparties à travers la province. Et ce, malgré l'opposition farouche de l'ensemble des médecins, ne se résignant pas à la reconnaissance des sages-femmes (leur président ayant même déclaré en 1989 dans les médias qu'il vaudrait mieux légaliser la prostitution que les sages-femmes car la demande était plus grande pour leurs services) et encore moins à l'accouchement en dehors de l'hôpital. Durant tout ce temps, les sages-femmes continuaient à aller à des accouchements à la maison un peu partout mais surtout autour des agglomérations urbaines.

Pourquoi avoir choisi ce sujet ? En fait, j'ai plutôt l'impression que c'est le sujet qui m'a choisie car je me situe vraiment comme une « *actrice* » sur ce terrain, étant engagée comme femme dans des groupes de femmes, comme sage-femme à des niveaux professionnels, sociaux et politiques et ce, depuis de nombreuses années. Malgré cette évidence, il est difficile de « *prendre pour objet un monde social dans lequel on est pris* » (Bourdieu, 1984:11). D'un côté, cette situation « *intérieure* » peut

sans doute contribuer à la compréhension de mon sujet, mais d'un autre côté, elle demeure aussi un sérieux ancrage dont il n'a pas été facile de se distancier même en étant conscient que la neutralité et l'objectivité ne sont pas possibles.

Cette distance nécessaire et même essentielle s'est effectuée en voulant intégrer à mon propos une partie comparative comme l'a gentiment suggéré M. Gilles Bibeau, mon directeur de recherche. J'ai ainsi fait un voyage de trois semaines aux Pays-Bas, *royaume* de l'accouchement à la maison en Occident puisqu'il y en a eu 32 % en 1995. J'y ai rencontré des sages-femmes, étudié les institutions autour de la naissance et assisté à des accouchements à la maison. Je voulais à l'origine faire dans ce travail une partie comparative des institutions autour de la naissance. Mais je me suis rendue compte que ce voyage m'a surtout servi à me dégager suffisamment de mon terrain pour qu'il devienne réellement un terrain, au sens anthropologique du terme, et non un simple milieu de vie.

La seconde distance concerne le regard. Il est question ici d'une façon anthropologique d'aborder, d'analyser et d'interpréter une réalité, un événement, des personnes. Pour former ce regard, j'ai visité cette fois-là des auteurs : Michel Foucault, dont je retiens surtout son archéologie du savoir médical et les relations savoir-pouvoir, Félix Guattari pour son plaidoyer pour la subjectivité, David Le Breton pour l'anthropologie du corps et de la douleur, Gilles Deleuze pour l'événement et le sens, Georges Bataille, pour l'ordre des choses et l'ordre intime et Gaston Bachelard pour la poétique de l'espace. Mes lectures continues depuis des années, de livres et d'articles sur la médecine, ses recherches, sa critique, sur les sages-femmes, leur évolution et les enjeux actuels à travers le monde, et tout ce qui touche l'obstétrique, le féminisme, les femmes et les enfants, ont aussi constitué un fond et une référence constante par rapport à l'épistémè de notre époque. Les livres sur l'accouchement à la maison étaient des études sur l'aspect sécuritaire, des témoignages et des conseils aux parents et sages-femmes qui se préparaient à le vivre.

Plusieurs aspects autour de l'accouchement à la maison ont déjà été analysés au Québec : l'histoire des sages-femmes (Laforce, 1983), l'histoire et les éléments qui ont contribué au transfert de l'accouchement vers l'hôpital entre 1930 et 1960 (Blais, 1995), la pratique et la constitution d'un savoir sage-femme (Tremblay, 1983), les caractéristiques des clientes des sages-femmes au Québec (Saillant, 1986), et même l'enjeu des relations entre les sages-femmes et les médecins comme un débat qui n'en finit plus (Desjardins, 1993).

On s'aperçoit que l'intérêt pour les sages-femmes a presque toujours été relié au fait que malgré leur élimination de leur présence auprès des femmes, elles étaient revenues dans le paysage culturel québécois, et qu'elles étaient reliées étroitement à l'accouchement à la maison. C'est même leur lieu d'émergence. Ailleurs, les études anthropologiques et sociologiques ont surtout analysé l'accouchement pour nommer et élaborer les éléments de critique de l'obstétrique occidentale (Jordan 1993, Arms 1994, Kitzinger 1978, 1986, Rothman 1982, 1989, Michaelson 1988, Oakley 1984, Arney 1982, Davis-Floyd 1992, Martin 1987, Tew 1988), décrire et raconter des accouchements à la maison (Lang 1972, Gaskin 1978, O'Connor 1995, Limburg & Smulders 1992) et les croyances et pratiques de d'autres peuples (Dunham 1991, Goldsmith, 1990). J'ai volontairement voulu écarter le courant de critique de la médicalisation de l'accouchement bien qu'il soit constamment en arrière plan, car je voulais plutôt comprendre les aspects mêmes de l'accouchement à la maison vécus de l'intérieur en plus de les mettre en relief avec la culture québécoise de la naissance.

Je n'ai pas voulu faire de l'observation participante en allant à un accouchement à la maison dans le cadre de ce mémoire parce que c'est mon travail de sage-femme d'y aller et que je connais très bien ce terrain. Par contre, le point de vue qui m'était moins familier était celui des femmes et des sages-femmes que je pouvais enfin entendre parler d'elles-mêmes sans être, les unes dans un cadre de relation de besoin d'une professionnelle, et les autres, dans le cadre d'une discussion avec d'autres professionnels ou d'un discours public. J'avais accès à une littérature abondante sur les sages-femmes, la critique de l'obstétrique moderne, le féminisme et les enjeux entourant l'accouchement dans le monde. Mais je ne voulais pas faire une étude de littérature. Je voulais donner la parole aux femmes et aux sages-femmes, valoriser leurs énoncés. Je voulais laisser parler la subjectivité et la saisir en tant que processus créatif, tout en étant consciente que les paroles ouvrent sur un monde sans qu'on puisse le saisir dans son entier.

A première vue, il paraissait facile de choisir parmi quelques centaines de mes clientes ou celles d'autres sages-femmes, mais le début d'une pratique en maison de naissance m'a aidée à préciser mon propos et à trouver les meilleures sources pour le clarifier.

Quand les sages-femmes ont commencé à travailler dans les maisons de naissance, il s'agissait en fait de la presque totalité des sages-femmes qui pratiquaient à la maison auparavant. Ces sages-femmes étaient moins disponibles, ayant une pression désormais légale pour ne travailler que dans ces lieux de pratique. Un genre de silence s'est installé au sujet de l'accouchement à la maison. Le sujet était moins traité dans les médias sauf pour le remettre en question à l'occasion d'enquêtes publiques et internes. Ainsi un coroner concluait une des enquêtes en disant qu'« *actuellement au Québec, vouloir accoucher à domicile, c'est sauter avec un seul parachute !* » (Bureau du coroner, Québec, 1992), présentant l'accouchement à la maison comme une véritable conduite ordalique. Quant au gouvernement, dans sa dernière politique en périnatalité (Gouvernement du Québec, 1993), il mentionne combien la pratique des sages-femmes est une pratique novatrice mais ne fait qu'indiquer brièvement que l'accouchement à la maison sera étudié comme lieu de naissance.

Les anciennes clientes des sages-femmes se retrouvaient devant une nouvelle situation : « *leur* » sage-femme n'était plus aussi disponible pour un accouchement à la maison et les invitaient à venir à la maison de naissance en leur en présentant les nombreux avantages. Le même suivi de grossesse, accouchement et postpartum et services gratuits alors que l'accouchement à la maison faisait parti d'un service privé. Il n'y avait qu'une seule différence : se déplacer durant le travail pour venir à la maison de naissance.

Plusieurs femmes sont venues voir les maisons de naissance et ont accepté d'y accoucher, soit parce qu'elles recherchaient plus que tout l'approche sage-femme que le lieu même de l'accouchement, soit que malgré que la maison de naissance ne soit pas leur premier choix, elles acceptaient de faire ce qu'elles appelaient un compromis, le plus souvent pour des raisons monétaires. D'autres venaient se faire suivre pendant un certain temps de leur grossesse, pensant au début qu'il n'y aurait pas de problèmes pour l'accouchement. Mais plus le temps de l'accouchement approchait, plus elles n'arrivaient pas à se sentir à l'aise avec leur décision. Elles exprimaient alors à leur sage-femme qu'elles ne pouvaient se voir accoucher qu'à leur domicile. Et c'était à la sage-femme à prendre une décision au sujet de sa présence à cet accouchement. D'autres femmes sont venues visiter la maison de naissance et ont tout de suite été sûres qu'elles ne viendraient pas y accoucher.

Enfin certaines femmes ont simplement exprimé leur désir d'accoucher à la maison, comme un choix clair et unique, sans hésiter par rapport à une maison de naissance. Il fallait se rendre compte que le choix du lieu d'accouchement d'une part, ne se faisait pas contre le milieu hospitalier et la médicalisation de l'accouchement comme il s'était manifesté souvent dans les années 80, et d'autre part, il ne se faisait pas uniquement en fonction de l'intervenante qui était là, peu importe son lieu de pratique. Ces femmes et ces couples décidaient d'accoucher à la maison pour l'espace lui-même. Ils préféraient avoir la présence de leur sage-femme mais si elle refusait, ils étaient prêts à accoucher avec une autre sage-femme ou toute autre personne qui était prête à les aider (médecin, voisine, sage-femme en apprentissage...). Ces personnes faisaient véritablement un choix de lieu d'accouchement dans un contexte où il n'y avait plus à choisir seulement entre l'hôpital et la maison pour accoucher. C'est donc ces femmes que j'ai décidé de rencontrer pour comprendre le sens de leur démarche.

Lorsqu'une femme n'accouche pas à l'hôpital, elle fait face en général à un certain nombre de réactions et de commentaires. Ceux qui reviennent presque invariablement concernent la question du risque et la question de la douleur. Ces aspects se sont donc en quelque sorte imposés à moi comme catégories d'analyse.

Je suis donc allée rencontrer cinq femmes qui avaient fait ce choix, pour les entendre au sujet de leur démarche initiale et subséquente pour accoucher à la maison. Mes préoccupations étaient de comprendre le pour-quoi une femme accouche chez elle et non pas contre quoi. Deux de ces femmes étaient de mes anciennes clientes et les trois autres avaient été suivies par trois autres sages-femmes. Les rencontres, toutes faites après l'accouchement (environ un mois) sauf pour une, ont duré environ une heure et demi chacune, se sont déroulées sous la forme d'une conversation la plus détendue possible et autour de quelques thèmes : pourquoi elles avaient voulu accoucher à la maison, la douleur, le risque. Ces thèmes n'ont pas été choisis au hasard. Je les ai considérés comme étant les plus pertinents pour révéler et comprendre la « culture » de l'accouchement à la maison, attestant d'un ensemble de significations éclairant un autre rapport au monde, du moins dans ces aspects respectifs, que celui de la culture québécoise de la naissance en général. Cette conversation n'était pas tout à fait « libre » mais n'était pas non plus tout à fait « directive ». Les conversations étaient enregistrées, dans le but de ne rien perdre des mots offerts et de me permettre d'être complètement attentive à ce qui était exprimé. Le fait de savoir qu'elles parlaient à une sage-femme a probablement, du moins à mon sens, aidé à ne pas mobiliser chez elles les mécanismes d'une construction de discours. Elles partageaient leur vécu et leurs idées avec quelqu'un « *ami* », que l'on avait pas à convaincre ou à justifier leur choix.

D'un point de vue statistique, il est évident que le vécu et le discours de ces femmes ne peuvent pas être considérés comme représentant l'ensemble des femmes qui ont accouché à la maison. Ainsi, il n'y a pas dans mon échantillon la parole de celles qui ont eu un premier bébé à la maison, ni la perception d'une femme avant l'accouchement par rapport à après. Mon intention n'était pas de faire un échantillonnage le plus complet possible et de faire une analyse quantitative des raisons du choix d'une sage-femme et de l'accouchement à domicile car une étude de la clientèle des sages-femmes a d'ailleurs été faite dans ce sens (Saillant, 86). Je voulais rencontrer celles qui avaient choisi d'abord le lieu d'accouchement, entrer et me laisser toucher par ce monde de sens avant de le mettre en perspective avec la culture de la naissance québécoise.

J'ai volontairement décidé de ne pas rencontrer les conjoints de ces femmes dans le but de laisser la parole aux femmes. Je voulais analyser l'accouchement à la maison en tant que fait féminin, vécu et interprété par des femmes et de saisir de l'intérieur, si je peux dire, le point de vue féminin sur l'accouchement, la maison, la douleur et le risque. Il est évident que ces hommes qui avaient vécu la naissance de leur enfant à la maison supportaient le choix de leur compagne, acceptant ainsi d'entrer dans un monde féminin où les sages-femmes étaient à la fois complices de la femme et aussi des invitées dans le territoire d'un couple. Dans une société patriarcale qui a accepté la définition masculine et médicale de l'accouchement comme « vraies », il y a des femmes et des couples qui accouchent en dehors des institutions, qui transgressent les lois culturelles, témoignant ainsi d'une autre vision et définition de l'accouchement et probablement d'un autre rapport au monde. Il serait éventuellement intéressant de comparer les vécus des hommes dans différents lieux de naissance en comparant les significations données à l'accouchement entre autres.

Je suis allée aussi rencontrer cinq sages-femmes qui avaient été à des accouchements à la maison depuis le milieu et la fin des années 70, étant à ce titre parmi les pionnières sages-femmes au Québec. Lors des rencontres qui se sont déroulées aussi sous la forme d'une conversation, j'ai voulu savoir leur parcours dans cette profession et aussi entendre leur discours au sujet de l'accouchement, de la douleur, des risques et des liens entre la profession et le féminisme. Il est intéressant d'ailleurs de constater que les circonstances des débuts de leur pratique rejoignent deux caractéristiques des sages-femmes des débuts de la colonie (Laforce 1983) : l'entraide et le fait d'avoir été choisies par les femmes.

Les sages-femmes ont développé un savoir sur l'accouchement ainsi qu'un système de représentations et de significations autour de la maternité qui diffère sensiblement des significations sociales proposées essentiellement par la médecine, parce que d'une part, elles n'ont ni appris, ni pratiqué dans des institutions, et d'autre part, elles ont été les témoins d'accouchements naturels qui se passaient (en général) bien. C'est pourquoi j'ai voulu ajouter leur voix à celles des femmes à travers les mêmes thèmes, puisque leurs mots croisent et s'harmonisent (du moins jusqu'à présent) avec ceux des femmes qui ont accouché à la maison car ils proviennent du même terreau d'affirmation, de vigilance et d'amour.

Leurs choix personnels et professionnels ont été en partie une affirmation de leur désaccord avec les représentations culturelles de l'accouchement et en même temps, avec les femmes, une formulation non-dite d'autres représentations de l'accouchement faisant de l'accouchement à la maison un discours. Comme le dit Deleuze, il ne faut pas chercher le sens de l'événement. L'événement **c'est** le sens.

Comment se fait-il que ce phénomène crée un si grand malaise dans notre société et qu'il soit occulté encore par les décideurs alors qu'il est très limité autant dans le nombre de personnes qui prennent cette décision que le nombre de sages-femmes qui y répondent ? Est-ce qu'il ne constitue qu'une exception qu'il ne vaut même pas la peine de valider, vu son petit nombre, ou au contraire l'expression même d'un autre discours sur l'accouchement qui bouleverse le monopole des significations socio-symboliques de la société québécoise ?... Quelle est la distance culturelle des représentations entourant l'accouchement à la maison par rapport à celles proposées par la médecine officielle non seulement par son discours mais surtout par sa pratique ? Peut-on les mettre en relief et non pas en opposition ? Est-ce que l'accouchement à la maison des années '90 est aussi un geste de lutte ou de rupture

face au système médical et sinon comment le situer dans la culture de la naissance au Québec ?

Mon travail se trouve à la croisée d'une double démarche : d'une part, saisir de l'intérieur cette « cosmologie » de l'accouchement à la maison, témoignant d'un autre rapport au monde, et d'autre part, regarder l'accouchement à la maison comme discours, une sorte de métalangage sur l'accouchement et sa douleur en contraste avec les valeurs sociosymboliques et les praxis de la culture québécoise. Je voudrais essayer de plonger pour apprécier le « paysage » de l'événement puis porter les yeux sur la « carte » en n'oubliant jamais que « la carte n'est pas le territoire » (Zborzybski in Bateson, 1979:117).

Mon travail va donc se diviser en quatre chapitres ou grandes étapes. La première étape est la mise en place du « paysage » de l'accouchement à la maison dans lequel je vais évoluer. Ce paysage est d'abord la construction d'un récit à partir des paroles des femmes autour des trois grands thèmes que j'ai choisis : pourquoi accoucher à la maison, la douleur et le risque. Ensuite, c'est la construction d'un autre récit, cette fois-là à partir des paroles des sages-femmes, ne gardant que les éléments en relation avec l'accouchement, la douleur et le risque. La seconde étape est l'analyse de la première catégorie d'analyse : l'accouchement à la maison. En répondant à la question du pourquoi, je ne voulais pas analyser les raisons de leur choix mais plutôt la valeur sémiotique du domicile, le sens de la maison pour elles, puis leur perception et les significations de l'accouchement en y mêlant les paroles des sages-femmes, parce que leur discours vient de leur pratique d'accouchement à la maison et n'est pas encore modifié par une pratique dans d'autres lieux. Le troisième chapitre parle de la douleur de l'accouchement. Je propose une analyse intégrée des récits des femmes et des sages-femmes, mise en relief avec les valeurs sociosymboliques de la douleur et faisant ressortir les contrastes des configurations. Le dernier chapitre parle enfin du risque, l'élément majeur des commentaires et des réactions de la communauté médicale au sujet de l'accouchement à la maison. D'une part, chaque thème est divisé en sous-thème afin de mieux en saisir la configuration et d'autre part, le discours et les pratiques obstétricales et sociales comme trame de fond vont permettre de voir et de comprendre les contrastes.

Mais, voyons d'abord comment j'ai élaboré et construit ces récits des femmes et des sages-femmes, afin de mieux saisir le « paysage » de l'accouchement à la maison.

C'est essentiellement parce qu'elles ont accouché à la maison, qu'elles ont eu un accouchement naturel dans un milieu non-médical, que j'ai voulu essayer de saisir ce qu'elles entendaient par accoucher. Je ne peux évidemment considérer que c'est « la vraie » définition d'un accouchement mais je veux donner la parole à celles qui en ont fait l'expérience intime dans un contexte sociosymbolique totalement différent de celui dans lequel accouchent la presque totalité des femmes du Québec.

Car de tout temps, l'être humain a donné de la valeur à celui (et à celle ?) qui avait « passé », qui avait « traversé », que l'on parle d'initiation, d'épreuve, d'illumination, d'état de conscience ou de vision. Les grands maîtres spirituels, les grands chamans, les guérisseurs étaient d'abord ceux qui avaient fait l'expérience de l'illumination, de l'union mystique, de la maladie ou même de la proximité de la mort. C'est à ce titre que je donne de la valeur aux femmes qui ont vécu ce passage de la mise au monde sans vouloir l'opposer au savoir médical, mais en étant consciente que dans la société québécoise, l'accouchement et la façon dont on s'en occupe est une affaire d'homme, tant par la définition de ses paramètres que le contexte de la pratique.

J'ai donc voulu me rendre disponible aux sensations, aux émotions et aux images conceptuelles qui émergeaient du récit des femmes qui ont accouché à la maison. Puis, en même temps, j'ai voulu ajouter ce que les sages-femmes ont partagé comme connaissance et vision de l'accouchement, parce qu'elles ont elles-mêmes accouché à la maison, qu'elles ont eu le privilège d'être à des accouchements où les femmes accouchaient bien (du moins la majorité), et enfin parce qu'elles n'ont pas eu une formation professionnelle à partir d'un cadre institutionnel médical, ce qui conditionne passablement la perspective, les conceptions et les gestes qui s'y rattachent.

Mais la description et l'explication de ce qu'est un accouchement est un processus délicat car l'accouchement et la femme qui le vit forment un tout, un système vivant. Ma position d'interprète et d'observatrice ne peut être neutre car je suis une femme, j'ai accouché, j'ai accouché à la maison et je travaille comme sage-femme ayant participé à des accouchements à la maison durant de nombreuses années. La neutralité considérée par certains comme aidante à une démarche scientifique valable n'aiderait en rien la démarche que je veux entreprendre ici car même si je dois avoir une grande rigueur intellectuelle, je considère que mon expérience est un outil et même une condition préalable à la compréhension et à la co-naissance de mon sujet, me permettant d'être à la fois dedans et dehors. Pour qu'un phénomène humain soit vraiment compréhensible il faut avoir participé à son devenir.

La démarche scientifique a des effets pervers que je voudrais éviter car peut-on analyser des données subjectives sans transformer le sujet en objet ? Comment analyser un système sans que la méthode d'analyse ait pour ce système un effet réducteur et destructeur ? Je ne veux pas faire une démarche de distanciation en enlevant la sève de la feuille ou les pétales de la rose pour voir comment elle est faite. Pour moi, cette démarche est l'équivalent pour un danseur d'essayer de parler de la danse, sachant très bien qu'on ne peut pas séparer la danse du danseur, et de le faire en ayant seulement du papier comme outil. Ma démarche anthropologique d'analyse et d'interprétation ne veut pas utiliser les catégories d'analyse que l'on voit dans les textes traitant de périnatalité : entre autre l'accouchement comme événement bio-psycho-social, ce qui, pour moi, contribue au sentiment d'étrangeté et de perte de sens de l'événement.

Chapitre 2

LE PAYSAGE...

« Par profession, l'anthropologue recueille des récits, des discours et des paroles qui lui sont donnés ou, mieux encore, qui lui sont prêtés et mis en gage chez lui » (Bibeau et Perreault, 1995:49). A partir des échanges que j'avais eus avec les femmes et les sages-femmes, et après les avoir retranscrits, je me retrouvais avec des textes riches en paroles et en significations. Le nombre de voix était peut être faible mais quelle force d'évocation ! J'ai considéré qu'il y avait suffisamment d'information (sans pouvoir jamais en être sûre), pour dégager les modalités de sens et de connaissance autour de l'accouchement, pour être capable d'entendre la subjectivité de l'accouchement à la maison.

J'ai d'abord choisi de faire ressortir des premiers récits tous les éléments se rapportant aux thèmes que j'avais choisis : la maison et l'accouchement, liés dans la question « pourquoi accoucher à la maison », la question de la douleur et la question du risque, laissant derrière les trajectoires de vie et d'autres sujets abordés (comme le féminisme).

Après avoir rassemblé ces éléments, je me retrouvais avec plein de petits bouts de phrases, fortes de sens, petits morceaux brillants d'un trésor de subjectivité. Mais je ne savais plus comment utiliser ce « trésor », témoin de la vie sans risquer, par l'analyse, de le fragmenter, l'assécher, mettre ses parties dans des cases et finalement produire sans doute une image plus claire mais désormais sans vie. Comment faire du subjectif un objet d'analyse sans, dans le processus, lui faire perdre son principe de vie, son âme ? Comment honorer la vérité subjective et préserver son éclat de façon à ce qu'elle puisse contribuer vraiment à l'émergence du « vrai » d'un phénomène culturel dont elle est le centre, et pour que le décryptage de ce phénomène ne laisse pas seulement des résidus, des coquilles vides de sens parce que déconnectés désormais de la sève qui y circulait ? Quelle distance prendre face à la subjectivité, suffisante pour l'analyser mais dont l'excès nuit au but même de l'analyse, lorsque le lecteur perd lui-même les liens avec la source ?

Alors, dans la mouvance de Bibeau et Perreault, j'ai tenté de construire un récit unique à partir des voix des femmes et un autre à partir des voix des sages-femmes. Chaque récit est une composition à partir des voix emmêlées autour des thèmes dominants qui me sont apparus dans mon contexte de pratique sage-femme, en gardant les paroles et les groupes de sens tels qu'ils étaient dits lors des rencontres parce qu'elles étaient toutes fortes de sens. Chaque récit n'est ni un résumé ayant la prétention de parler « au nom de » toutes, ni un simple collage d'états subjectifs, ni une sorte de mythe de l'accouchement à la maison. Sa composition constitue un ensemble subjectif, significatif et valide par son poids de sens et non pas par son poids ou sa proportion de mots ayant le même sens, ce qui aurait demandé des entrevues plus longues et plus nombreuses. Dans chaque récit les voix s'harmonisent et permettent de dégager une cohérence suffisante pour qu'on puisse entendre « l'air » qui se joue.

Ainsi, je voudrais considérer les deux récits comme une sorte de paysage, celui de l'accouchement à la maison, un territoire de sens que l'analyse sémiologique permettra, je l'espère, de visiter, d'explorer, de goûter, d'être touché, d'entendre, et de comprendre. Et par cette analyse, je voudrais essayer d'élaborer une carte que je voudrais mettre en relief et placer dans la trame supra-narrative, le grand paysage culturel québécois.

1. Le récit des femmes

Pourquoi accoucher à la maison ?

C'est parce que d'abord l'accouchement c'est un événement qui m'appartient, c'est pas une maladie. Alors j'avais pas à me rendre dans un endroit où les gens malades se retrouvent. Parce que l'hôpital, c'est un lieu de crise, c'est un lieu où y a des drames... accoucher, pour moi, c'est pas un drame. C'est une autre affaire. Pour moi, c'était plus risqué d'aller à l'hôpital parce que là-bas, il y a toujours un jeu de pouvoir. Faut s'abandonner à eux, pas à l'accouchement. Je peux pas être « en moi » à l'hôpital. Faut toujours faire des contacts là-bas avec l'extérieur au moment où il t'arrive de tellement intérieur... ailleurs, l'ouverture c'est pas la même chose. (L'accouchement) c'est un passage à la vie et c'est quelque chose de très intime... Me retrouver dans un milieu que je ne connais pas, ça serait pas pareil. Il y aurait eu de la censure, (et puis) là-bas j'ai pas le contrôle, pis c'est pas moi qui est la plus importante... ça fait qu'à ce moment-là, dans l'air que je connais, dans mon monde à moi, dans mon espace vital, ça serait là que je pourrais plus me laisser aller pour accoucher. C'est chez moi que j'ai plus de contrôle... Accoucher, c'est tellement un truc personnel, quelque chose d'intime, qui te demande d'être toi que d'aller ailleurs... à l'hôpital ou à la maison de naissance, il y a quelque chose d'artificiel, c'est des conditions d'intimité artificielles, quelque chose de déplacé... c'est ben beau mais c'est pas à toi, c'est pas chez toi... C'est comme aller accoucher dans une chambre d'hôtel. Au niveau physique, peut être que la baignoire est plus grande mais c'est « ailleurs ». C'est pas juste une question d'être dans mes affaires (car) j'aurais pu amener mes draps, mes couvertures, mes coussins, mes objets, un tableau, j'aurais pu dire « je recrée mon cadre » mais non... c'est plus profond que ça. Ça n'a rien à voir avec l'espace physique. Ici c'est « chez moi »...

La maison donne un confort intérieur, c'est là où je me sens bien.. Ici, il y a un caractère d'authenticité. Ici, c'est ma vraie intimité, c'est mon monde, c'est ici que je peux être vraiment moi-même. La maison m'aide à me retrouver. Une maison, c'est notre miroir, notre univers intérieur. C'est comme s'habiter soi-même. Alors le passage de l'accouchement se fait mieux. C'est l'idéal. Quand ça peut se passer à la maison, ça a une magie qu'on peut pas reproduire ailleurs. Alors pour moi pour le vivre pleinement, c'est ici.

Depuis longtemps, j'ai toujours cherché un fil conducteur des événements de ma vie. Si je vais ailleurs pour l'accouchement et que je reviens... même si c'est pas longtemps, pas longtemps après, c'est peut-être pas grave mais ça fait un trou... il y a eu une brisure. Ici, c'est la suite de la vie, mon bébé a été fait ici. Donc c'est la continuité avec ma vie. Je voulais que l'accouchement y reste dans ma vie. L'hôpital, c'était pas dans ma vie. Alors, si je prend la responsabilité de ma vie, pour moi, l'accouchement à la maison c'est un choix logique. C'est le choix le plus cohérent et le plus légitime pour moi.

L'accouchement, c'est un passage, entre le moment où tu portes l'enfant et où l'enfant vient à la vie... c'est l'arrivée de quelqu'un d'important dans ma vie... ça crée une empreinte... pour moi et pour mon bébé. Je voulais donner au bébé les meilleures conditions d'arrivée, le meilleur accueil. Ici, c'est le nid que j'ai préparé pour notre enfant. Il va naître dans son nid. Je peux pas le mettre au monde en dehors de son nid.. L'hôpital, c'est pas un nid. Alors la meilleure chose pour moi et pour mon bébé, c'est vraiment de le vivre ici... C'est ici que je

peux dire à mon enfant « bienvenue chez toi ». Il arrive « chez lui » dans notre maison et je veux être capable de dire à chacun de mes enfants « toi, t'es né ici... toi t'es né là ». Pis après l'accouchement... tout ton élan de faire un petit cocon avec ton bébé... y faut que tu partes parce que quelqu'un d'autre va accoucher... où sont les traces ?... je voulais offrir ça à mes enfants. Ici, j'ai tout le temps et l'espace pour faire mon petit cocon avec mon bébé. Ici le temps, c'est mon temps. Ici c'est cohérent du début à la fin, c'est la continuité avec ma vie. C'est vraiment optimal pour la rencontre et l'attachement avec mon enfant... (la maison) c'est mon cocon et en même temps, c'est aussi comme le prolongement de moi-même, de mon corps. Quand l'enfant passe du corps de sa mère à un corps plus grand qui est la maison... pour lui c'est plus facile et pour moi, c'est l'idéal... Ici, j'ai pas à prêter mon bébé à personne... (c'est ici que) les événements peuvent mieux s'intégrer, que ça me donne de meilleures chances que ça se passe bien, que ça soit un événement heureux.

Quand t'accouches, c'est tellement fort ! le corps qui est pris par cette force et que tu ne peux rien... pis le bébé qui sort... c'est ça qui est merveilleux. Ça vient de l'intérieur, c'est comme une force qu'il y a en dedans de moi. Je me sens sauvageonne quand j'accouche ; il y a une partie de moi qui est animale... c'est comme un instinct. Je suis sûre qu'y a pas un animal qui sortirait de sa tanière pour avoir ses petits... ben moi non plus... L'accouchement c'est un des stress de la vie. Alors pourquoi changer de place, te mettre ça sur les épaules dans un moment si important pour toi. C'est d'une intensité incroyable et c'est très bien fait. Je savais qu'ici je pourrais vivre la force de la naissance pleinement, de façon plus intense et plus harmonieuse. Ici, c'est inscrit dans mon histoire... du ménage que je faisais dans ma vie... et pis ce qui m'arrive m'appartient... alors je voulais être dans mon élément pour le vivre. Moi je voulais vivre l'événement comme ça devait se passer. Je dois l'assumer comme j'assume la responsabilité de ma vie. J'ai fait le choix de m'appartenir... je veux aussi être maître de ma vie.

L'accouchement, c'est l'inconnu et c'est d'une intensité incroyable. Quand j'accouche je suis vulnérable et je me sens vulnérable. La vie va venir, mais comment va-t-elle venir ? C'est un moment où une femme s'ouvre dans ce qu'elle a de plus fort et de plus tendre... Ici je peux pas me sauver de l'accouchement. Faut que je passe au travers... et il faut que je puisse me laisser aller. C'est un moment d'intériorité, un moment d'ouverture. Le meilleur endroit pour créer l'intimité nécessaire, mon chum pis moi, c'était ici. Le contrôle sur mon environnement ça me permet d'être plus sécurisée. Chez moi y a pas d'indésirable, c'est moi qui fait le règlement ; j'suis pas obligée de bouger pour personne. Ce que je fais, c'est pour moi, pas pour accommoder quelqu'un d'autre. C'est ici que je me sens plus en sécurité... que je peux me faire plus confiance. Ici, c'est mon refuge.

L'accouchement, c'est un événement familial aussi ; c'est pour ça que ça doit être à la maison. Le bébé vient au monde dans une famille, chez lui. Il n'est pas un fait isolé. Ici, c'est mon monde, c'est mes racines... Ici je veux donner au bébé les meilleures conditions d'arrivée, le meilleur accueil.. Si on dit à une femme où accoucher, c'est comme lui dire que le bébé n'est pas à elle, c'est à la société. Quand j'ai eu le deuxième, il y a eu plus de monde... j'avais besoin de témoins... des amis... ma famille... pas pour me voir performer mais pour comprendre que j'existe... chacun me représentait d'une certaine façon. Un étranger ne peut jamais faire ça.. Je sentais que je faisais partie d'une communauté ; chacun faisait quelque chose dans la maison. Marie faisait une grosse sauce à spaghetti, ça riait dans la cuisine. La vie était là.. A l'hôpital, t'es coupée de la société.

Pis ici, le sens est différent : l'accouchement c'est un événement sacré... c'est un miracle ! c'est un moment précieux de la vie. A l'hôpital, y a pas de place pour la magie, y a pas de place pour cette intensité-là. L'accouchement est récupéré. Quand tu accouches, c'est la vie qui prend sa forme la plus éloquente ! C'est sacré et en même temps on sent que la vie continue...

Après mon accouchement, j'ai pensé à ma mère, aux autres femmes qui accouchaient, qui avaient accouché. Je me sentais proche d'elles. J'ai senti (aussi) que ça faisait plus partie de ma sexualité... à l'autre accouchement, avant, c'était un arrêt de ma sexualité pis tu recommençais après... Après avoir accouché, j'ai senti que je pourrais faire n'importe quoi dans ma vie... je serais capable. Ça a été une occasion de me sentir plus compétente : j'avais mis au monde un enfant.

Et s'il arrivait quelque chose ? La question du risque

C'est une question de confiance : en soi et dans la vie. Faut sentir que ça va bien aller, sans avoir de garanties. La naissance, c'est un événement majeur, c'est pas juste médical.. Y a pas de raison d'aller... d'être à l'hôpital, sauf quand ça va mal. Tout allait bien dans ma grossesse... Ça me donnait confiance. Je suis pas révoltée contre le système... (mais) moi j'aurais eu peur d'accoucher à l'hôpital, peur que ça se passe mal, parce que j'ouvrirais pas. A l'hôpital, il y a beaucoup d'éléments inhibiteurs, il y aurait eu de la censure... pis je trouve que le système ne valorise pas les femmes qui accouchent. Si vraiment il le faisait, il y aurait quelqu'un là où je veux accoucher. Je pourrais entendre « oui ! tu vaux la peine pis je vais venir chez toi pour t'aider à accoucher ». Dans un autre milieu, c'est eux les plus importants, c'est pas la femme qui accouche. A l'hôpital, il y a trop de monde... les changements de shift, ça n'a rien à voir avec la réalité d'un accouchement. Les infirmières qui sont placées là pendant huit heures, c'est pas ça la sécurité. Pis pour moi c'est pas ça la qualité. A l'hôpital, c'est nécessaire d'avoir une expertise mais c'est pas nécessaire de faire la même chose avec tout le monde. C'est sûr que quand y faut intervenir... y faut... Je veux pas courir après une idéologie. Mais pourquoi aller ailleurs quand c'est pas nécessaire. C'est ici que je me sens plus en sécurité. Moi j'avais besoin de quelqu'un qui soit capable de rien faire, d'être juste une présence pour être capable de faire ce que j'ai à faire. A l'hôpital, avec tout le monde qui est là, j'accoucherais mais j'ouvrirais pas. C'est sûr qu'avant l'accouchement j'avais un certain stress... comme le trac. Mais c'était des peurs normales. Un accouchement c'est majeur pour toutes les femmes. C'est un temps où... on est très proche de la vie et très proche de la mort. A la maison avec la sage-femme, son pouvoir médical, y va pas entraver le fait que ça m'appartient. Elle va me laisser mon pouvoir. Même si elle en sait plus que moi, je sais qu'à la maison, on fait une équipe. C'est un autre genre de rapport. C'est de l'entraide... il y a vraiment une communion qui se fait. Le pouvoir d'accoucher, c'est moi qui l'assume pleinement. Avec la sage-femme, je me sentais en sécurité... elle me connaît, elle est disponible et si elle m'avait dit qu'il fallait aller à l'hôpital, à ce moment-là je savais que ça aurait été absolument nécessaire.

La sage-femme m'avait dit « écoute, fais ce que t'as à faire, moi je vais faire ce que j'ai à faire ». Alors j'étais chez moi, j'enlève ma montre, je suis avec mon chum, j'suis occupée... j'accouche. Ce que je fais, c'est pour moi, pour ma famille, pour mon bébé... c'est quelque chose qui m'a ramenée face à moi-même, quelque chose qui m'a fait évoluer. Ici, ça a permis la plénitude de la vie et de la joie... et pour moi, c'est une façon de changer le monde.

La douleur de l'accouchement...

Ben moi, j'avais pas trop peur au premier... Je crois que la douleur, ça va avec la naissance. Ça fait partie de l'événement, je ne peux pas m'en détacher... si on l'enlevait, ça enlèverait tout le sens de l'expérience. C'est comme aller au cinéma et qu'on enlèverait le son, ou aller dans un jardin et enlever l'odeur des fleurs. Agir sur la douleur, ça peut trafiquer toute l'affaire. Je verrais pas un accouchement sans douleur... pas avoir mal ça serait pas normal.

Je passe toute ma grossesse à essayer de ne même pas prendre une aspirine et à la fin j'accepterais de me faire shooter des médicaments ? C'est pas logique !. Pour moi, la douleur c'est quelque chose de profond, d'intense. C'est même plus que ça : la douleur, c'est l'intensité de la naissance... c'est un peu comme une pièce musicale ; tu as toujours un crescendo à la fin... à la fin de la grossesse, quand tu accouches, c'est fort... La douleur c'est la force de l'accouchement... faut respecter ça.

La première fois la douleur m'écrasait, alors que cette fois-ci, la douleur m'a ouvert. Probablement parce que j'étais dans le moment présent alors que l'autre fois, j'attendais juste la fin. Au deuxième, j'étais en travail chez moi, j'étais à la fenêtre et j'ai vu le soleil se lever, j'ai vu des gens qui se réveillaient... et moi je faisais ce que j'avais à faire. La douleur, tu peux la séduire et elle peut te séduire, à cause de ce qu'elle te dit : le bébé s'en vient. Je pense qu'il y a des maux qui sont absolument nécessaires pour savoir ce qui se passe exactement... Y a une mise au point à faire entre la médecine et l'accouchement... c'est important de pouvoir soulager le mal mais aussi, le monde sait pu c'est quoi avoir mal. On n'est pu capables de voir qu'il y a des souffrances utiles... on est des êtres humains, on n'est pas encore des clones...

Quand t'es malade, quand j'ai eu une mastite, là j'ai eu envie d'être soulagée, mais là... c'est pas du tout la même chose ! Accoucher c'est un gros effort, c'est de l'ouvrage ! J'avais pas peur de ça, le gros ouvrage, même si c'est pas toujours facile de s'ouvrir. Accoucher, pour moi, c'est comme déménager un frigidaire, mais toute seule. On pense juste à la tenir pour monter la prochaine marche... Dans l'accouchement y a de la douleur, mais y a pas juste ça. Quand tu accouches, c'est la vie qui prend sa forme la plus éloquente ! Je me disais : wow que c'est fort ! le corps qui est pris par cette force et que tu ne peux rien... pis le bébé qui sort... c'est ça qui est merveilleux... pour moi c'est positif. Ça fait une complicité avec le bébé, un partage de l'intimité... lui aussi ça lui fait quelque chose de naître.

La douleur m'a touché quelque part... dans l'âme... c'était pas une douleur. C'est la douleur mais c'est le fait d'être concentrée en moi. Ça devient des vagues. T'enlèves le mot... La frayeur de la douleur ça t'ouvre, pis après ça laisse à place à... t'es plus touchée par le beau parce que t'es plus avec...

2. Le récit des sages-femmes

Le récit des sages-femmes s'est bâti de la même façon que celui des femmes tout en étant bien consciente que ce qu'elles ont partagé relève plus d'un discours. Leur vision qui s'est élaborée à partir certainement de leur expérience de femme et aussi d'une présence attentive à des centaines d'accouchements. Leur parole révèle beaucoup plus un monde qu'une science, même si elles sont très au fait de la science médicale de l'accouchement. C'est parce qu'elles ont accepté de parler de leur monde que j'ai voulu intégrer leur cosmogonie avec les paroles des femmes pour compléter l'image « de l'intérieur » de l'accouchement à la maison.

J'ai aussi intégré dans la construction du récit ce que les sages-femmes ont partagé au sujet de leur rapport avec les femmes, du rôle qu'elles avaient à leur côté parce je considère que ce lien avec les femmes est un élément important de la culture de l'accouchement à la maison, et qu'il a créé une empreinte forte et inaliénable dans la conception de la profession sage-femme au Québec.

Pour vous qui travaillez comme sage-femme au Québec depuis au moins 15 ans, pour vous qui avez surtout été à des accouchements à la maison, parlez-moi de l'accouchement.

(Un accouchement) c'est le moment, avec la mort, les plus marquants et les plus fondamentaux de l'expérience humaine. D'ailleurs, la façon de l'aborder, de l'expliquer, de l'observer est directement liée à la peur que l'être humain porte en lui, de la mort, du mystère. C'est un passage de vie : on le voit comme on voit la vie. L'accouchement à domicile, pour moi, c'est l'accouchement encore dans son état pur... Je dois protéger l'unicité de l'expérience parce que c'est elle qui appartient à la femme et qui contribue à ce qu'elle devient. Je suis pas là pour créer des nouveaux modèles. Je veux valider l'expression personnelle de l'accouchement... éviter les pièges de la performance et de la compétition.

Pour moi, (l'accouchement) c'est le pouvoir des femmes, un pouvoir qui leur appartient, seulement à elles... il n'est jamais partagé... ce sont les femmes qui sont capables de donner la vie.. c'est leur capacité la plus grande... c'est un événement unique. Et il n'y a que la femme et son entourage qui peuvent nommer et créer ce que l'accouchement est pour eux, représente pour eux, dans leur vie, à ce moment-là. (Moi)... j'ai un rôle de protection et de vigilance... être une présence, un miroir parfois, quelqu'un avec un sac à truc...

Il y a, dans le poids de la grossesse, la souffrance de l'accouchement, l'esclavage de l'allaitement, il y a un cadeau profondément humain, et profondément féminin qui fait qu'on a accès à des choses auxquelles les hommes n'ont pas accès. Aux femmes qui choisissent ou qui n'ont pas d'enfant, on a à leur partager ce cadeau parce que ça nous fait toutes avancer : les femmes, les enfants, l'humanité. Si on se coupe de ça, on s'en trouve appauvries... c'est le nivellement par le bas. La grossesse et l'accouchement m'appartiennent : ils sont faits de ma chair et de mon sang et de mon investissement d'amour... il y a une connexion totale à la vie dans ce qu'elle a de vital, d'éternel. (Accoucher) c'est pas un geste, c'est grandiose... c'est donner la vie... continuer la race humaine. Il y a beaucoup d'énergie qui vient de la naissance ; la naissance, c'est une histoire, c'est une belle histoire... on a tous une histoire. Dans le temps, c'est le pendant du neuf mois plus tôt... (A l'accouchement)... I record the story... L'accouchement, c'est l'accueil d'une nouvelle vie, quelque chose de nouveau

naît : une femme, une famille, une mère, un père ; tout ça arrive avec le bébé. (et moi) je suis là pour l'accueil du bébé.

L'accouchement, c'est un miracle, c'est spirituel... c'est sacré. (d'ailleurs) on devrait revendiquer la spiritualité, comme le corps. On devrait voir l'énergie et l'âme d'un accouchement. (Comme sage-femme)... I am the inkeeper of the crossroad. Chaque femme se souvient de ses accouchements toute sa vie. J'aide les gens à cheminer dans l'autonomie, dans leur vie... et à trouver un sens à ce qui leur arrive. A travers l'expérience de l'accouchement, on peut faire l'expérience du pouvoir à l'intérieur de soi, on peut grandir, guérir et passer à autre chose à travers nos relations. (A l'accouchement)... I'm holding the space for people to do what they need to do.

L'accouchement, c'est merveilleusement bien fait... de toute beauté... et en même temps, et je le sais par expérience, ce n'est pas parfait... la nature aussi est bien faite mais elle n'est pas parfaite... personne ni aucun lieu ne pourrait garantir à une femme qu'il n'arrivera rien, ni à elle ni à son bébé. Dans tout accouchement, l'énergie de la vie est là et l'énergie de la mort aussi. Ce n'est pas un ou l'autre, c'est l'un et l'autre. Il faut juste en être conscient... (accoucher) c'est un acte de foi : dans le processus-même et dans la vie. Je me vois comme une semeuse... des informations, des idées, des questions, des prises de conscience... si la terre est bonne quelque chose va pousser, mais ce n'est pas moi qui est à l'origine de ça. Je suis là pour reconnaître les compétences des parents avant que ça soit vu, comme une fève qui germe toute seule avant qu'on voit la feuille. En prénatal, on crée l'espace pour que ça puisse s'éveiller. Après, on voit si il y a une feuille ou pas. C'est pas à moi à évaluer comment ça pousse. Je dois voir à ce que toutes les conditions soient là : une relation de confiance, de l'information, de l'espace intime, le non jugement, un encadrement. La femme qui veut accoucher à la maison, pour moi, c'est de la terre noire... A mon deuxième enfant, si j'avais été observée par des spécialistes, des professionnels, j'aurais été corrigée. Mais j'ai eu mon espace pour devenir un expert moi-même avec mon enfant... c'est ça qui m'a renforcée. Avec les femmes, je veille à ce qu'elles aient aussi un espace... je suis là pour l'empowering. C'est la base de ma pratique.

(Dans l'histoire), l'observation de la phénoménologie de l'accouchement a passé à travers la lunette extrêmement épaisse et déformante du genre des observateurs : le genre masculin. La femme est un outil dans un processus de création qui n'est pas un processus de production... et l'accouchement, ce n'est pas un processus passif. Il n'y a rien de moins passif que de s'ouvrir pour laisser passer un bébé. Il faut donner la permission à ce processus de se passer à l'intérieur de ma propre chair alors que la moitié de mon corps va avoir à se tasser pour laisser au processus de la place. Une femme qui accouche n'est pas juste en train de subir en attendant que ça finisse. Une femme qui accouche bien, est devant mes yeux à faire quelque chose que je ne vois pas mais que je sens et dont on observe le résultat. Il n'y a pas de mot pour parler de cette passivité qui n'est pas passive. La définition de la passivité est masculine. Il y a peu de phénomène de la vie qui n'ont pas de mot. Pour moi, l'épidurale c'est la passivité.

Finalement, l'accouchement C'EST LA VIE, dans les termes de conception, gestation, accouchement et postnatal... toute la vie est comme ça. L'accouchement, c'est passer à l'action par rapport à quelque chose que l'on porte... c'est pas nécessairement vivant ; (parfois) il y a mort-né, parfois il y a besoin de ressuscitation, parfois il y a hémorragie... c'est global et c'est

approprié... c'est un acte mystérieux et c'est correct comme ça... c'est une chance d'apprendre à grandir... c'est un processus et la vie est un processus comme celui-là... ce sont des cycles tout le temps... même souper est un processus.

Il y a beaucoup de femmes qui ont peur de la douleur de l'accouchement et c'est pour cela qu'elles ne veulent pas accoucher dans un endroit où il n'y a rien pour la douleur. Parlez-moi de la douleur de l'accouchement.

*Je crois profondément qu'il y a un sens à cette douleur. Je me considère comme un témoin du sens qu'il y a à cette douleur et (je veux) offrir aux femmes des pistes pour trouver quel est ce sens-là pour elles. Si on renommait l'accouchement comme un processus de séparation, ça serait plus facile de comprendre qu'il n'y a pas de séparation sans douleur. Mettre un bébé au monde ; il ne nous appartient plus... ça, c'est douloureux. Laisser cet enfant se détacher parce que la poursuite de la cohabitation est im-pos-si-ble... pour moi, ça a nécessairement sa résonance dans la douleur qui est vécue... On a des crises émotives au sujet de ce qu'il faut traverser pour devenir mère, mais quand on a le bébé dans le vagin, ça nous aide à voir ce qu'il faut qu'on lâche, qu'on abandonne, qu'on donne, qu'on sacrifie pour que cet enfant-là dans son corps physique, s'incarne, voit le jour... l'absence totale du vécu physique enlève énormément de prise à l'aspect symbolique, émotif et psychique de ce que c'est que de s'ouvrir pour qu'un enfant passe. On est conscient de ça dans d'autres domaines de la vie. Par exemple, perdre un conjoint accidentellement à une époque où c'était pas prévu. La personne qui déciderait pour ne pas souffrir de cette chose-là, de prendre des pilules de façon carabinée pour les prochains 6 mois, pourrait toujours espérer qu'au bout de 6 mois la chose se soit réglée d'elle-même. La nouvelle, c'est que ça ne l'est pas. Et c'est de plus en plus clair pour les gens qui observent ce phénomène du deuil et donc de la séparation, qu'on a besoin de vivre que ça fait mal. On a besoin d'incarner dans le physique la réalité de cette rupture-là pour être capable de la traverser assez qu'il faut parfois reprendre le rituel 6 mois ou 6 ans après pour le vivre. Donc, si l'épidurale c'est comme dire « on va sauter ce bout-là et tu vas voir, ça va bien aller, ton bébé va être là ». Eh bien, **il y a erreur...***

On peut faire (aussi) une analogie instructive par rapport au passage de l'adolescence. Là aussi il y a séparation, de sa famille, de son enfance et c'est pas facile. C'est douloureux. C'est un passage qui comporte des douleurs qui sont normales. Ce qui se passe en ce moment, c'est qu'on n'écoute pas, qu'on n'entend pas ça ; il n'y a pas de place pour le vivre. Alors la seule autre manière de la vivre si on a très mal, c'est de se geler. Et on trouve ça abominable les adolescents qui se gèlent. Et on trouve ça fabuleux les femmes qui se gèlent pour vivre leur passage à elle. À quoi ça sert de souffrir quand vous êtes adolescent ? Mettez-les sur le Prozac, tous, de 14 à 18 ans. Il y aurait une levée de boucliers mais toutes les femmes qui se rendent à l'hôpital en disant : « donnez-moi mon Prozac maintenant », on leur donne et on trouve que c'est un merveilleux progrès...

Il devrait y avoir une place pour l'émotion, pour le cri... Quand le mal est nommé, pleuré, crié, souvent l'épidurale n'est pas nécessaire... (Mais) une femme peut avoir d'autres « mal » : mal à des abus sexuels antérieurs, à sa propre naissance, à sa grossesse qu'elle perd, à sa solitude, à son couple, à sa mère qu'elle voudrait près d'elle... Et il y a les peurs... peur de ce qui s'en vient et qu'on ne connaît pas, peur de devenir mère, de rencontrer son bébé, peur des complications, peur de mourir, peur de l'intensité des sensations, de la partie animale de soi, peur de déchirer, de ne pas s'en sortir intacte... il faut travailler

dès le départ à ce qu'il n'y ait pas d'autres douleurs que la douleur strictement physiologique, pour que la contraction ne fasse pas plus mal que le travail qu'elle est en train de faire. Mon travail n'est pas d'empêcher la douleur. Je surveille des choses physiologiques et médicales mais j'aide les gens à vivre l'intensité de la vie et des transformations qui sont en train de se produire. Un accouchement c'est un gros effort physique. C'est comme un marathon. Quand on a fini un marathon on n'a plus rien dans la tête, rien dans le corps. On est allé jusqu'au bout.

(Je dois dire que)... l'excès de douleur est (aussi) quelque chose qui existe. La douleur fait partie de la physiologie de l'accouchement mais il existe aussi une douleur non physiologique... L'analgésie à l'accouchement peut aider mais on ne peut pas remplacer la sensation de l'accouchement par une absence totale de sensation... l'absence totale de sensation n'est pas souhaitable mais l'excès... ne l'est pas non plus.

La douleur de l'accouchement n'est pas un drame. Elle est là pour quelque chose. La douleur est le signe d'une transformation. On ne peut pas avoir la peur de confronter les douleurs sans avoir peur de confronter les changements qui arrivent. La peur de la douleur, c'est un peu la peur de la vie... Je suis là pour aider les femmes à explorer ce que la vie peut leur apporter avec la maternité. L'accouchement nous révèle à nous-mêmes. C'est un cadeau. (Pendant l'accouchement) je suis avec (les femmes), je voyage avec elles, je les guide, je leur tiens la main et je les encourage à avancer : un pas à la fois, une contraction à la fois. Mon rôle est de dédramatiser. Si ça fait mal... so what ! la vie fait mal des fois, c'est pas grave, c'est normal. Le processus créatif est douloureux, les artistes le savent. Quand on donne la vie, c'est un geste de création... à la base.

Pour moi la douleur fait partie d'un rituel d'initiation... Ailleurs, les initiations ne sont pas très douces. Elles sont un défi et c'est là que tu te rencontres... il n'y a personne qui peut t'aider sauf toi. Ça a une grande valeur... Accoucher, c'est une façon de voir qui on est... je suis là pour aider les femmes à goûter à la vie... ça implique la douleur, ça implique la joie... ça va ensemble. (pour moi) la douleur est un moyen d'empowerment. Après un accouchement, (la femme) réalise qu'elle a tout fait ça ; elle est plus forte. Ça peut grandir la vision qu'elle a d'elle-même.

On entend constamment parler des risques de l'accouchement. C'est pour ça que les médecins veulent que toutes les femmes accouchent à l'hôpital. Qu'en pensez-vous?

(Pour moi), la Nature est en général merveilleusement bien faite. Les femmes sont faites pour porter et mettre au monde leurs enfants. C'est fait pour marcher... mais je sais aussi, par expérience, que la Nature n'est pas parfaite et que parfois ça nous apparaît même cruel... (mais) qui a dit que la vie devait être facile et que le progrès va nous y amener ? On peut viser à atteindre plus de confort mais on ne pourra jamais enlever l'inconfort fondamentalement humain de l'angoisse, de la souffrance et de la mort... à moins d'être sous anesthésie générale. (Moi) je ne suis pas parfaite et je dois aider les gens à vivre avec l'imperfection de la condition humaine... la grossesse, l'accouchement et le post-natal sont des révélateurs de ça.

Le risque c'est pas la réalité, c'est un calcul mathématique, c'est un calcul statistique. On ne peut pas tout calculer dans la vie. Le calcul c'est une façon de voir les choses... il y en a d'autres. Avec les femmes, faut pas calculer, faut soupeser. C'est pas une question de chiffres, c'est souvent une question de

sensation, d'impression. Dans les chiffres il n'y a pas d'âme. Une femme, c'est une personne... et l'essentiel c'est la vie, c'est les personnes... l'importance de la relation... ce sont les liens qui créent des forces, pas la technologie. Le risque en lui-même n'est rien. C'est l'idée et la place qu'on lui fait qui fait la différence. On doit constamment garder une souplesse et une ouverture d'esprit envers les statistiques. Par rapport à un accouchement, la médecine voit le verre à moitié vide et moi je vois le verre à moitié plein... mais la réalité est la même... On ne semble pas accepter qu'il y a des erreurs alors qu'on ne devrait pas accepter de penser qu'il n'y a pas d'erreur.

Pour celle qui accouche à la maison, la sécurité, c'est à l'intérieur d'elle, pas à l'extérieur. Elle est en lien avec son bas-ventre, avec son enfant et sa capacité de se mettre accroupie, grogner et sortir son bébé. Je suis là pour nourrir la confiance. Je ne peux pas lui donner, elle peut pas prendre ça dans les livres... je lui fais confiance... (mais) c'est elle qui doit se faire confiance. Mon but quand une femme me dit qu'elle se sent prête à accoucher, ça veut dire que même si elle était toute seule, elle se sentirait prête... je me sens sécurisée dans mon processus... pour accoucher à la maison, tu peux pas douter. Tu peux avoir peur, c'est pas pareil... le cheminement de chaque femme peut être très différent ; mon travail, c'est de les prendre où ils sont et de les aider à faire des choix réels. Leur choix ne m'appartient pas et ils n'ont pas à le faire pour moi.

L'accouchement à la maison c'est une affirmation du fait que la vie comporte des risques. Ce qu'on fait dans la vie c'est choisir les risques qu'on a envie de courir et quand on choisit, on choisit aussi le type de responsabilité qu'on a envie de prendre par rapport à ce risque là. Un accouchement, c'est pas seulement comment ça s'est passé dans le dossier : des chiffres, des heures et des statistiques. C'est surtout comment ça s'est vécu. Une femme va avoir ça avec elle toute sa vie... j'ai un rôle d'amour et de compassion pour chacune... je dois l'aider dans sa recherche de sens à tout ça.

Dans mon choix de travailler comme sage-femme, je choisis d'avoir à rencontrer la mort dans ma vie et d'aider les gens à apprendre à connaître cette cohabitation continue avec la mort. C'est un rapport à la vie qui demande énormément d'humilité...

Chapitre 3

ACCOUCHER... À LA MAISON

Lorsqu'on rencontre une femme enceinte, la question « pourquoi accoucher ? » ne se pose jamais. Par contre, ici au Québec comme dans tous les pays industrialisés, la question du pourquoi se pose par rapport au lieu d'accouchement uniquement lorsqu'une femme enceinte n'accouche pas à l'hôpital. Aussi est-ce la première question que j'ai posée aux femmes que j'ai rencontrées dans le cadre de ce travail. En fait, je ne voulais pas analyser véritablement les raisons de leur choix mais dans leur réponse, leur « parce que » pouvait donner accès à ce que signifiait pour elles la notion de maison et celle de l'accouchement.

A partir des rencontres et à travers le récit qui s'est bâti, je voudrais donc analyser dans un premier temps le sens de cet espace pour elles. C'est pour cela que j'ai volontairement omis de poser la même question aux sages-femmes parce que je les rencontrais comme sage-femme et non comme femme qui avait accouché à la maison. Dans cette démarche de regard et de décodage anthropologique, je suis bien consciente que toutes les femmes qui accouchent chez elles n'ont pas les mêmes représentations de la maison, pas plus que l'on pourrait dire des femmes qui accouchent « *ailleurs* », qu'elles ont une représentation similaire de l'hôpital ou la maison de naissance.

Dans un deuxième temps, je voudrais faire ressortir au moyen de métaphores ou d'images-clé les conceptions et le sens de l'acte d'accoucher. Dans une société où l'institution médicale a imposé non seulement sa vision du corps et de l'accouchement dans son discours, mais aussi et surtout dans les pratiques et les lieux de pratique qui correspondent à cette vision, il me semblait important de donner la parole à celles qui n'ont pas suivi les normes. Mais s'intégrant à cette démarche, je veux ajouter cette fois-ci le récit des sages-femmes, parce que leur « *cosmogonie* » s'est construite à partir de leur propre expérience de femme en plus d'une présence vigilante, ouverte et respectueuse de centaines de femmes qui ont accouché à la maison dans les vingt dernières années. Et de plus, et surtout, elles n'ont pas eu une formation structurée (donc normalisée et médicalisée) par les institutions entourant la naissance. Même si l'émergence de leur savoir a été analysée dans un contexte d'accouchement à la maison (Tremblay, 1983), je ne veux utiliser ici que le complément d'images apportées à celles des femmes parce que ces images sont nées de la pratique à domicile et qu'elles parlent de plusieurs centaines de femmes qui ont accouché.

1. La maison

Les gens vivent dans différents types d'habitations, logements, appartements, lofts, bungalows, duplex, condos, tours à logements etc., qu'ils soient au sous-sol ou au 12^e étage, avec ou sans fenêtre, espace neuf, vieux ou rénové, à la campagne ou à la ville. Ce qui est commun à ces espaces, c'est qu'ils sont considérés par ceux qui les habitent comme « *la maison* », sans être nécessairement « une maison » telle qu'entendue par les officiers de la construction.

Pour celle qui accouche chez elle, l'hôpital ou même la Maison de naissance c'est « *ailleurs* » par rapport à l'espace qu'elle appelle « *chez moi* ». Cette notion ne renvoie pas à un genre d'habitat mais signifie plutôt que l'espace est associé au sens identitaire de la personne. C'est l'espace où on peut être soi-même, où l'on a la liberté de vivre conformément à son être, à tel point que c'est là qu'on peut « *se retrouver* ». Pour l'habitant d'une maison... « *sa propriété est l'expression de l'ipséité, qu'il veut réaliser en lui-même, et par laquelle il veut se distinguer des autres* » (Tollenaere 1967:40). La maison est non seulement le milieu que l'on connaît parce qu'on y vit, c'est aussi le milieu qui nous fait vivre : « *c'est mon espace vital* ». C'est le premier lieu considéré comme « *mon monde* ».

La maison, en tant que « *chez moi* », soit le meilleur lieu où l'on peut être soi-même, reçoit donc un caractère d'authenticité. Et les événements qui se passent dans notre maison nous appartiennent et nous pouvons donc plus facilement se les approprier et ainsi « *les événements peuvent mieux s'intégrer* ». La maison devient non seulement un centre d'intégration « *integrated selfhood or wholeness* » (Rabuzzi 1991), elle contribue, comme l'accouchement, au processus d'individuation.

L'espace domestique est riche en analogies quand vient le temps d'expliquer sa fonction représentative : un nid, un refuge, un cocon, une tanière... Ces références représentent la maison non seulement comme contenant mais sont surtout utilisées pour expliquer l'effet de protection apporté par le lieu. La maison est non seulement un nid pour les parents mais une protection et un accueil pour l'enfant qui y naît. La maison contenant la mère qui elle-même contient l'enfant. Cette maison est perçue comme le prolongement du corps, permettant à l'enfant de passer du corps de sa mère à un corps plus grand qui est la maison, gardant une continuité dans la protection qui lui est donnée, car la maison est non seulement un contenant mais elle a aussi une fonction d'envelopper et de couvrir, « *comme l'habit recouvre l'intimité de mon corps* » (Tollenaere 1967:125). Dans notre société, ne parle-t-on pas d'une complète nudité sociale lorsqu'on dit de quelqu'un qu'il est un « *sans abri* », n'ayant pas la protection minimale dont l'humain a besoin : un abri. Une maison constitue un refuge contre le monde extérieur et contribue au sentiment de sécurité ressenti par ceux qui l'habitent. L'hôpital, comme « *ailleurs* » n'est pas considéré comme un endroit qui offre la sécurité dans ce contexte conceptuel.

L'espace du chez soi est considéré comme le lieu de l'intimité véritable. L'intimité est ce qui est considéré comme intérieur et profond, secret parfois, personnel et très privé. C'est la condition ultime et fragile qui fait qu'une personne se sent suffisamment en sécurité pour être vraiment elle-même, sans avoir l'impression d'avoir à cacher quelque chose. Pour les femmes, l'intimité perçue comme offerte par l'hôpital ou la maison de naissance, est considérée comme quelque chose d'artificiel, de déplacé, comme ce qui est présenté par une chambre d'hôtel, sans

toutefois les considérer comme des lieux publics. L'hôpital est un milieu où sont des étrangers en face desquels il semble beaucoup plus difficile de se laisser aller et de s'ouvrir pour accoucher. Ainsi, c'est parce que l'accouchement est défini comme un processus d'ouverture, comme événement intérieur et intime qu'il ne peut être envisagé d'être vécu dans un meilleur espace que sa maison : « *c'est le choix le plus cohérent et le plus légitime pour moi... Je ne peux pas être « en moi » à l'hôpital... Ici je perds moins d'énergie à m'occuper de ce qui vient de l'extérieur* ». La maison concentre toutes nos images de protection et d'intimité.

Cette cohérence est un élément central de la représentation de la maison. C'est un facteur de cohésion des différents aspects de la vie de ceux qui l'habitent, rejoignant ainsi Bachelard pour qui la maison est « *une des grandes puissance d'intégration par les pensées, les souvenirs et les rêves des hommes... (elle) évince les contingences, elle multiplie les conseils de continuité. Sans elle, l'homme serait un être dispersé* » (1957:27). La maison contribue non seulement au sentiment de cohésion lien entre les multiples facettes de la vie mais dans le récit des femmes, elle est représentée comme une véritable monade, i.e. une unité parfaite qui est le principe des choses matérielles et spirituelles (Le Petit Robert). Cette signification rappelle le besoin profond de continuité et d'unité dans une vie moderne, morcelée, fragmentée et centrée sur la performance et la production et quand, pour l'homme - machine vivant dans un univers technologique et programmé, la maison est plus souvent une machine à habiter (Le Corbusier), un lieu prévu pour fonctionner et mais pas nécessairement y vivre.

Les femmes parlent de leur maison et du confort. La notion de confort au sens commun renvoie surtout à un confort d'objets, d'équipement et aussi de certaines qualités fonctionnelles comme l'éclairage, l'ambiance thermique et acoustique. Ce confort-là est bien plus une norme technique et administrative fondée scientifiquement dont la domotique induit un nouvel art de vivre. Dreyfus lui oppose, sans être exclusif, la notion de confort discret renvoyant plutôt à une totalité, car le logement ne peut être réductible à une somme d'objets et de fonctions. Il doit être appréhendé comme un tout, comme un espace indicible où le confort renvoie à l'essence des êtres dans leur identité et dans leurs relations au monde et aux êtres... « *la capacité des êtres à inventer leur vie est irréductible à tous les objets du monde et est l'essence même de l'indicible* » (Dreyfus, 1995:46). Difficile de saisir une réalité insaisissable...

Au niveau physique, peut-être que la baignoire est plus grande mais c'est « ailleurs ». C'est pas juste une question d'être dans mes affaires. J'aurais pu amener mes draps, mes couvertures, mes coussins, mes objets, un tableau, j'aurais pu dire « je recrée mon cadre » mais non... c'est plus profond que ça... Ça n'a rien à voir avec l'espace physique... La maison donne un confort intérieur, c'est là où je me sens bien.

C'est le confort de vivre conformément à ses croyances et à ses habitudes et de ne pas avoir à « changer de culture » en changeant de lieu.

La notion de contrôle, dans le sens de « être en contrôle » fait de la maison plus qu'un simple lieu : elle devient un territoire. Elle est en opposition aux yeux des femmes avec l'hôpital, un autre territoire ou sphère de contrôle où « *il y a toujours un jeu de pouvoir* », où « *j'ai pas le contrôle* ». Cette notion de contrôle est une des raisons importantes pour choisir d'accoucher chez soi. En privilégiant le contrôle, les femmes ne parlent pas tant de contrôle de l'accouchement que du contrôle de leur vie dont elles veulent en assumer la responsabilité. « *ce qui m'arrive m'appartient... je dois l'assumer comme j'assume la responsabilité de ma vie. J'ai*

fait le choix de m'appartenir... je veux aussi être maître de ma vie ». Le contrôle sur l'environnement du domicile est une partie de ce qui façonne le sentiment de sécurité des femmes. « *chez moi y a pas d'indésirable, c'est moi qui fait le règlement ; j'suis pas obligée de bouger pour personne.* »

Si l'espace est immobile, le temps est un écoulement que l'on perçoit par les changements. L'accouchement et la naissance font partie des événements qui marquent le temps d'une vie. Dans une culture dominée par les horaires et les compartiments de temps, dans nos sociétés où les rythmes marqueur du temps sont accélérés, les corps sont domptés et leurs rythmes sont complètement occultés et où l'on s'occupe des corps comme si l'être qui les anime s'en était absenté. Et pourtant... « *toute forme de vie est réglée intérieurement et extérieurement par des rythmes synchrones avec la nature* » (Hall, 1984:36). Dans notre culture technologique et concentrée, il y a nécessité de contrôle. À l'hôpital, il se produit un synchronisme des personnes et des activités. La femme en travail doit changer souvent son rythme pour s'harmoniser au rythme de l'hôpital, à ses différentes cadences : jour, soir, nuit, fin de semaine. La rentabilisation du temps de travail demande de considérer le corps humain comme facteur de production et dans cette suite, le corps des femmes mêmes comme outil de production d'un bébé. La notion d'efficacité et de performance à laquelle la science médicale est soumise conditionne les mentalités, les discours et les pratiques. Pourtant, à la suite de Haire, Kitzinger et Arms, Rich affirme que la maternité est «... *a continuum, interwoven inextricably with the entire spectrum of a women life. It is not a drama torned from its context, a sudden crisis to be handled by others because the mother is out of her body.* » (Rich 1976:176). C'est ce qui fait dire à une femme :

si je vais ailleurs pour l'accouchement et que je reviens... même si c'est pas longtemps après, c'est peut-être pas grave mais ça fait un trou... il y a eu une brisure... ici, c'est la continuité avec ma vie. Je voulais que l'accouchement y reste dans ma vie.

A la maison, la référence au temps est très différente : « *ici, le temps c'est mon temps* ». Il y a une appropriation des rythmes du corps. « *Moi je voulais vivre l'événement comme ça devait se passer.* » Le temps n'est plus un ensemble d'unités qui se calculent et s'additionnent. Ce n'est plus le temps calculé par la montre à partir de normes livresques scientifiques. Le temps d'un accouchement, c'est le temps d'un processus, comme une saison, comme l'éclosion d'une fleur. C'est un temps biologique. Ce n'est pas du temps pour soi comme extérieur à soi et gérable. C'est le temps du corps, du mystère de la mise au monde. « *Alors je suis chez moi, j'enlève ma montre, je suis avec mon chum, j'suis occupée... j'accouche.* » Dans le contexte normatif, contrôlé et programmé des lieux et des rythmes du corps, dans une culture où la médecine tente de contrôler un temps et un corps qui ne lui appartiennent pas (Morin, 1982), les femmes qui accouchent à la maison veulent dire la valeur de cette appropriation du temps marquant une transformation importante dans leur vie : elles deviennent mère. Elles veulent vivre le temps de la mise au monde et aussi le temps du contact avec le nouveau-né, «... *le temps et l'espace pour faire mon petit cocon avec mon bébé... y faut que tu partes parce que quelqu'un d'autre va accoucher...* ». L'événement de l'accouchement s'inscrit dans la temporalité des événements de la vie, et dont la continuité est ressentie plus profondément à partir de l'espace de la maison. « *Ici c'est inscrit dans mon histoire* ». La femme qui accouche s'inscrit aussi dans l'histoire d'une famille, d'une lignée. Elle prend conscience d'être née d'une femme, qui elle-même est née d'une femme, qui elle-même... une chaîne de vie, de ventres, de seins, de bras. L'accouchement ramène aux origines, aux racines des

événements de notre vie dans la lignée des générations qui nous ont précédées et même dans la lignée de l'histoire de l'humanité...

La maison est un lieu d'inscription non seulement psychique mais aussi physique. C'est l'espace que l'on habite avec nos odeurs, nos sons, nos marques, nos traces. Ce sont des traces dont les femmes avaient besoin en accouchant chez elle. Ces traces des gestes de la mise au monde, de leur passage à elles et de la naissance de leur enfant, elles veulent les offrir à leur enfant comme lien tangible avec leur histoire et leur origine. Un ancrage dans le monde physique, le régime de l'incarnation, l'humanité... « *je veux être capable de dire à mes enfants : toi tu es né ici, toi t'es né là... je voulais offrir ça à mes enfants* ». Et l'hôpital qui est usé à force de frotter pour enlever les traces de l'humain (corps et âme) qui y a séjourné!

La vision médicale de l'accouchement mène logiquement à l'accouchement à l'hôpital. L'hôpital est un endroit habité par des personnes malades, un lieu de crise, de drames. C'est un panoptique de surveillance et de contrôle des corps (Foucault, 1975), un lieu d'aliénation. Pour les femmes, l'humanisation véritable c'est l'appropriation des représentations et du sens entourant l'accouchement et la naissance. Cette appropriation pouvait se réaliser de la meilleure façon grâce et dans l'espace d'un domicile signifiant. Pour être pleinement dans mon humanité, par le corps comme lieu de médiation entre moi et le monde, dans ce moment où « *l'autre* », l'enfant dont je suis le monde, traverse mon corps pour arriver dans mon monde, dans notre monde, dans le monde, cet autre, je voudrais le mettre au monde dans ma maison, dans notre maison...

Le domicile est l'être rempli et protégé dans l'actualité du présent de la vie dans le monde... La promesse du domicile est cette descente dans les profondeurs d'existence où s'attardent les destins avant de se lancer au spectacle de l'être-là ; promettre, c'est reconnaître ce mouvement potentiel, cette force latente, cette tension à éclater qui est propre au monde humain avant qu'il accomplisse son destin humain. (Danek, 1985:434).

Les liens du temps et de l'espace sont étroits et l'humain effectue une sorte d'aller-retour du temps, de l'espace et des gestes du corps comme si « les rythmes du temps ne pouvaient s'éprouver que dans le miroir des traces, des lignes ou des traits que des gestes gravent dans l'espace pour le graver de la présence d'une présence. » (Maglione in Dreyfus, 1995:60).

L'espace du domicile, choisi pour ce qu'il constitue comme rapport à soi-même, au monde, au temps et à l'espace, permet d'intégrer et de s'approprier les bouleversements de ce puissant mouvement d'émergence que constitue l'arrivée d'une nouvel être, d'une nouvelle vie. La maison est un milieu de vie, pas un milieu de services. Ses représentations par les femmes comme espace de protection, d'intimité, de confort intérieur, comme gage d'authenticité, de cohésion, de contrôle et d'appropriation du temps et de l'espace en font une véritable monade permettant de vivre l'accouchement, un des événements majeurs de la vie de façon pleinement significative. Ainsi, il se produit un double mouvement : le sens de l'accouchement pour les femmes est en lien de sens et enrichit leur vision de la maison en même temps que le fait d'accoucher à la maison confirme et enrichit le sens qu'elles donnent à l'accouchement.

2. L'accouchement

L'accouchement est non seulement un phénomène qui arrive aux femmes mais surtout qui n'arrive **qu'aux** femmes. C'est un fait féminin. La grossesse et l'accouchement sont des événements chargés d'espoirs et de craintes dont chaque société structure le sens et les pratiques dans le but de contenir ce puissant mouvement d'émergence qu'est la venue d'un enfant. Au Québec, comme en Amérique du Nord, la science médicale a construit un savoir sur le corps et donc sur l'accouchement. Le regard médical, masculin, est maintenant accepté comme le point de vue le plus valable et même prépondérant par rapport aux autres représentations de l'accouchement. La connaissance que les femmes ont de leur corps n'a pas constitué un savoir considéré comme valable puisque celles qui en étaient les dépositaires, les sages-femmes ont été discréditées par l'émergence de la profession médicale et son institutionnalisation.

La femme qui n'a pas accouché ne sait pas ce qu'elle va vivre, même si on lui a expliqué en quoi ça consiste, même si elle a lu et vu des films d'accouchement. Dans le monde moderne, nous voyons de plus en plus de femmes qui ne se demandent pas seulement comment elles vont accoucher maintenant, mais plutôt si elles vont être capables de le faire. À la peur normale s'est ajouté le doute...

Les femmes, en général, savent de l'accouchement ce que leur mère et les femmes de leur famille leur ont transmis, verbalement ou non, ce que leurs amis et connaissances leur ont raconté, ce qu'elles ont lu, de scientifique ou non, mais considéré comme sérieux sur le sujet ; et enfin ce que les images médiatiques ont laissé comme message. À part quelques sources alternatives, l'accouchement est défini comme un événement biomédical, chargé de risques et se passe la majorité du temps à l'hôpital. Ça fait au moins deux générations de femmes qui ont accouché à l'hôpital au Québec car depuis les années 60, plus de 90 % des femmes qui accouchent, le font à l'hôpital. (Saillant, 1987:129). L'accouchement à la maison se trouve à être considéré comme une véritable exception dans ce contexte. En fait, en 1997, il y a moins de 1 % des accouchements qui se passent à la maison.

Bien que la plupart des femmes qui ont accouché à la maison acceptent l'accouchement dans les termes biophysiques et l'importance de ces repères comme signes d'anormalité, elles ne donnent pas la priorité et encore moins la prépondérance de cette conception. Elles ne sont pas « *contre* », mais l'accouchement n'est pas « en soi » un processus dangereux et d'abord biophysique. Elles se sont considérées comme des personnes en santé, elles ont été suivies par une sage-femme et parfois aussi par un médecin qui ont vérifié durant la grossesse les éléments biomédicaux qui auraient pu être des signes d'anormalité et acceptaient en général la valeur de ces signes comme des occasions d'interventions possibles. Quand une femme accouche à la maison, c'est parce qu'elle est considérée comme une bonne candidate, les sages-femmes ayant des conditions très précises pour évaluer la situation. La majorité de ces conditions sont d'ailleurs nommées comme des éléments biophysiques. Voici donc, à partir des récits des femmes et des sages-femmes et à l'aide de métaphores-clés mon analyse des représentations autour de l'accouchement.

L'accouchement comme ouverture.

Pour les femmes l'accouchement est un processus d'ouverture qui se passe avant tout dans le corps, à travers lui. C'est l'ouverture du col, du vagin et de la vulve qui est la condition d'arrivée de l'enfant. Cependant, l'ouverture dont les femmes parlent est aussi une ouverture psychique. S'ouvrir à « *l'autre* », l'enfant qui vient dans notre vie, s'ouvrir à la vie dans ce qu'elle porte de nouveau et d'inconnu, d'intense, d'effrayant, de merveilleux, de précieux et de sacré. S'ouvrir à ce qu'on ne connaît pas de soi-même (forces et faiblesses), de notre conjoint, de la vie. « *L'accouchement, c'est l'inconnu et c'est d'une intensité incroyable. La vie va venir, mais comment va-t-elle venir ? C'est un moment où une femme s'ouvre dans ce qu'elle a de plus fort et de plus tendre...* ». Cette ouverture à la vie permet aussi à la femme de « *renaître* » : « *I am a woman giving birth to myself* » (Rich, 1976:181).

L'accouchement comme force.

Pour les femmes, l'accouchement est vécu et décrit comme une force incroyable. Elle est perçue comme venant de l'intérieur du corps, comme une intensité dans le corps. « *c'est une force qu'il y a dans moi* ». Cette force est celle qui ne peut être contrôlée. Ainsi, une sage-femme pratiquant aux Etats-Unis parlait de la femme qui accouche comme une des forces élémentaires de la Nature : comme les marées, un tremblement de terre, une tornade... dans le sens de la puissance et dans le sens « *non contrôlable* » (Gaskin,1977). Et... « *of being swept up in a force of nature so powerful that your ordinary experience of yourself is gone. This disappearance of the ordinary experience of yourself epitomizes self-transformation* ». (Rabuzzi,1993:1X). Certaines femmes en ont peur et d'autres l'ont apprivoisée, ou au moins l'acceptent : « *le corps qui est pris par cette force et que tu ne peux rien... pis le bébé qui sort... c'est ça qui est merveilleux.* » Les femmes reconnaissent dans cette force que le processus de l'accouchement est bien fait et qu'« *il faut se laisser aller* ». Cette notion de laisser-aller est comprise en opposition au contrôle. Elle implique une attitude à l'égard du physique et du psychologique : la liberté de mouvements, de positions et de l'expression des sentiments et des émotions comme la colère, la peine, le découragement, l'impuissance, mais aussi la déception, la joie, l'extase... Se laisser aller, c'est se permettre d'être soi-même, que l'on soit très réservée ou très expressive, mais surtout de laisser s'exprimer des parties de soi qu'on ne connaissait pas ou qu'on ne voulait pas montrer dans nos rapports sociaux ni même intimes parfois. C'est accepter l'expression de l'animalité de l'accouchement, les grognements et les cris qui viennent de loin. Cette acceptation du « *chaos* » du corps, paradoxalement permet aux femmes de se sentir en possession d'elles-mêmes et de leur vie.

La force de l'accouchement est aussi entendue comme une force physique que l'on doit déployer « *c'est comme déménager un frigidaire, mais toute seule.. on pense juste a le tenir pour monter la prochaine marche.* » Un accouchement ça se passe dans le corps.

Mais la force de l'accouchement n'est pas seulement la force « *qui* », mais c'est aussi la force « *de* », dans le sens de capacité, dans le sens de **pouvoir**. La capacité d'accoucher, de mettre au monde son enfant. C'est l'accouchement qui fait se sentir forte et capable. Les femmes ont ce pouvoir -qu'elles aient ou non des enfants-. Personne ne leur donne car il ne vient pas de l'extérieur, il est à l'intérieur. « *Après avoir accouché, j'ai senti que je pourrais faire n'importe quoi dans ma vie... je serais capable* ». Cette notion de pouvoir serait intéressante à comparer avec la notion de

pouvoir élaborée par Foucault et qui est intimement liée avec la notion de savoir. Les femmes ont un « **savoir** » et un « **pouvoir** » d'accoucher. Si le pouvoir se définit en acte, l'acte d'accoucher devrait constituer un immense pouvoir dans notre société. Mais « *la reproduction a toujours été considérée comme une sphère féminine menaçante que l'homme cherche soit à éviter en la marginalisant et en l'occultant, soit à maîtriser en lui imposant sa propre logique.* » (Oakley in Brière, 1987:104). La science masculine exerce un pouvoir sur (*power over*), tandis que les femmes ont le pouvoir de (*power from within*). C'est le pouvoir du dedans. Pour les sages-femmes, lorsqu'on peut faire l'expérience de ce pouvoir à l'intérieur de soi « *on peut grandir, guérir et passer à autre chose à travers nos relations* ». Mais bien plus, l'accouchement ce n'est pas seulement un pouvoir, mais c'est **le** pouvoir des femmes «... *qui leur appartient seulement à elles... il n'est jamais partagé... ce sont les femmes qui sont capables de donner la vie... c'est leur capacité la plus grande.* »

L'accouchement comme intérieur

L'accouchement est un processus qui se passe à l'intérieur, au-dedans, au fond de soi. C'est pour ça qu'il est si difficile à décrire. C'est comme essayer de décrire une émotion. Les femmes que j'ai rencontrées ont parlé de l'accouchement comme phénomène intérieur pour me faire comprendre que c'était très personnel. On vit un accouchement de la façon qu'on peut vivre les choses personnelles (physiques et psychiques) de notre vie : chacun à sa façon. « *Accoucher c'est tellement un truc personnel, qui te demande d'être toi que d'aller ailleurs...* ». L'accouchement est donc un événement intime, très privé. Il est difficile dans cette perspective d'envisager de le vivre dans un endroit considéré comme public ou du moins habité par des étrangers. C'est aussi un élément dont les femmes et les couples tiennent compte lorsqu'ils pensent à l'éventualité d'avoir d'autres personnes à l'accouchement (famille ou amis). Mais le fait d'inviter des personnes de la famille ou des amis à partager cette intimité, peut prendre un tout autre sens. « *J'avais besoin de témoins... pas pour me voir performer mais pour comprendre que j'existe... chacun me représentait d'une certaine façon. Un étranger ne peut jamais faire ça* ». Le partage de cette intimité contribue au resserrement des liens familiaux et sociaux : « *je sentais que je faisais partie d'une communauté* ». Les liens sociaux qui sont validés sont ceux qui sont tissés avec des gens que l'on connaît. L'espace domestique à ce moment inclut « *la société* ». Celle-ci n'est pas identifiée à l'espace public et mise en opposition à l'espace privé, donnant à l'accouchement à la maison, une image de fermeture ou de retrait du collectif. Pour ces femmes, c'est « *à l'hôpital (que) t'es coupée de la société* ».

L'accouchement comme instinct

L'accouchement est décrit comme instinct dans le sens opposé à un processus mental, rationnel. On n'a pas à se concentrer pour qu'un accouchement se passe. Dans une société où la rationalité, la volonté et le contrôle sont des valeurs-maîtres, la perspective d'un accouchement « *non contrôlé* » est déroutante et souvent crainte. D'ailleurs, l'utilisation de la technologie est considérée comme une bonne chose par les femmes qui la voit comme un outil de contrôle de leur expérience corporelle. Les femmes qui ont accouché à la maison parlent de l'instinct en faisant référence à la partie « *animale* » de la personne, partie qu'il faut respecter comme on respecte un animal qui est en train de mettre bas... on ne le dérange pas. « *Je me sens sauvageonne quand j'accouche, y a une partie de moi qui est animale...* ». C'est pour valoriser cet élément fondamental de l'accouchement chez l'être humain que

Michel Odent (1990), un médecin français parle de l'enfant comme le « *plus beau des mammifères* ». Il parle des conditions favorables aidant la femme qui accouche à se déculturer et à retrouver son instinct. Devenir une femelle en train de mettre au monde son petit.

L'accouchement comme passage

Un passage « *entre le moment où tu portes l'enfant et où l'enfant vient à la vie* ». La femme et son enfant vivent tous les deux un passage. L'enfant est dans le passage entre le monde du corps de sa mère et notre monde. Il passe dans le corps de sa mère : elle est elle-même un passage. Et la femme qui accouche est elle-même dans son passage : de l'état de fille à l'état de mère. Ce passage l'amène à réorganiser une nouvelle identité car elle a un nouveau statut social et un nouveau rôle à jouer. « *Ça crée une empreinte... pour moi et pour mon bébé.* » Mircea Eliade parle de passage initiatique. Davis-Floyd s'est inspirée des écrits de Van Gennep, Turner, Abrahams et Malinowski pour analyser l'accouchement en Amérique comme rite de passage technocratique. Pour elle,

Through hospital ritual procedure, obstetrics deconstructs birth, then reverses, inverts, and reconstructs it as a technological process. But unlike most transformations effected by ritual, birth does not depend upon the performance of ritual to make it happen. The physiological process of labor itself transport the birthing woman into a naturally liminal situation that carries its own affectivity. Hospital procedures take advantage of that affectivity to transmit the core values of American society to birthing women. From society's perspective, the birth process will not be successful unless the woman and child are properly socialized during the experience, transformed as much as by the physiology of birth.

(in Michaelson, 1988:171).

Les sages-femmes parlent de passage de vie que l'on voit « *comme on voit la vie* ». La femme vient de vivre quelque chose qui la change pour le restant de sa vie. Dans toutes les sociétés, les femmes sont entourées de rituels qui accompagnent le passage de la naissance, pour protéger la mère et l'enfant dans une situation de vulnérabilité, mettre de l'ordre dans le « *chaos* » du corps, et permettre l'intégration sociale de la nouvelle mère et du nouveau-né. Ce mouvement, entre deux états, deux situations, est chargé d'inconscient, d'espoirs et de craintes ; « *C'est un moment où une femme s'ouvre dans ce qu'elle a de plus fort et de plus tendre* ». Pour certaines femmes, l'accouchement est un passage qui se fait difficilement, physiquement et psychiquement. Symboliquement l'accouchement est comme un mur qu'il faut briser ou escalader. Sans l'aide de quelque force (Pitocin, épidurale), elle n'y arrivera pas. Pour les sages-femmes, une attitude non-duelle peut aider à faire le passage. Ça ne demande pas de force. C'est comme l'énergie de l'eau sur la pierre. De son côté, Rabuzzi a montré comment le passage de l'accouchement, moyen donné par la nature pour expérimenter une puissante transformation (mort et renaissance), a été repris dans différents rituels de passage des grandes religions sous la forme d'une mort à une ancienne vie puis d'une renaissance spirituelle :

Thus, paradoxically, patriarchal thought frequently makes childbearing metaphoric of « higher » ritualised rebirth from which women have been traditionally excluded, while simultaneously distancing itself from actual childbirth (1993:XX).

L'accouchement comme occasion

L'accouchement est perçu par les femmes comme une occasion de faire une démarche dans leur vie, « *de faire du ménage* », d'évoluer, d'être vraiment soi-même, de se sentir plus forte, plus compétente. Une sorte d'épreuve qui révèle à soi-même et qui nous en apprend un peu plus sur la vie : « *la vie va venir mais comment ?* ». Faire face à l'inconnu n'est pas une chose considérée comme facile dans une société qui présente le contrôle et les garanties comme nécessaire à la sécurité des personnes dans la vie. C'est aussi une occasion de se sentir en lien avec d'autres femmes qui ont eu des enfants : celles qui nous ont précédées, celles de sa famille et même les autres femmes sur la terre. Pour les sages-femmes, il y a une autre occasion :

il y a, dans le poids de la grossesse, la souffrance de l'accouchement, l'esclavage de l'allaitement, il y a un cadeau profondément humain et profondément féminin qui fait qu'on a accès à des choses auxquelles les hommes n'ont pas accès. Aux femmes qui choisissent ou qui n'ont pas d'enfant, on a à leur partager ce cadeau parce que ça nous fait toutes avancer : les femmes, les enfants, l'humanité. Si on se coupe de ça, on s'en trouve appauvri.

Pour elles, à travers la grossesse et l'accouchement, « il y a une connexion totale à la vie dans ce qu'elle a de vital, d'éternel ».

L'accouchement comme histoire

L'accouchement et la naissance sont une histoire..., « *on a tous une histoire* ». Non seulement l'accouchement contient son propre temps, sa propre durée mais il s'inscrit aussi dans le cours du temps. Il marque le temps. Pour Leboyer, (1983) « *la naissance est une intersection de la durée* ». Pour les sages-femmes, « *c'est le moment avec la mort, les plus marquants et les plus fondamentaux de l'expérience humaine. D'ailleurs, la façon de l'aborder, de l'expliquer, de l'observer est directement liée à la peur que l'être humain porte en lui, de la mort, du mystère* ». Il s'inscrit non seulement dans une histoire personnelle, mais aussi celle d'une famille, d'une continuité de générations et même celle de l'humanité. « *Après mon accouchement, j'ai pensé à ma mère, aux autres femmes qui accouchaient, qui avaient accouché. Je me sentais proche d'elles* ». Les femmes s'inscrivent dans la lignée des générations ; elles ont conscience de ce qu'il y a derrière elles et aussi devant : l'enfant arrive « *chez lui* », « *dans notre maison et je veux être capable de dire à chacun de mes enfants : toi t'est né ici, toi t'es né là... les traces... je voulais offrir ça à mes enfants.* » Notre propre temporalité et notre propre spatialité sont les composantes de notre propre histoire. L'accouchement n'a pas à être isolé dans le temps et l'espace. Pour celles qui ont accouché à la maison, il faut inscrire cette histoire dans le livre de famille et non pas dans les statistiques de l'hôpital.

Un accouchement s'inscrit aussi dans la suite des événements faisant partie de la vie sexuelle des femmes : « *Ici c'est la suite de la vie, mon bébé a été fait ici* ». La sage-femme fait référence à l'accouchement comme, dans le temps, « *le pendant du neuf mois plus tôt* ». L'intimité de la maison permet sans doute de vivre l'accouchement comme une fonction sexuelle normale de la femme. « *J'ai senti (aussi) que ça faisait plus partie de ma sexualité... à l'autre accouchement avant, c'était un arrêt de ma sexualité pis tu recommençais après...* ». Comme l'exprime très bien Rich :

Childbirth is (or may be) one aspect of the entire process of a woman's life, beginning with her own expulsion of her mother's body, her own sensual

suckling or being held by a woman, through her earliest sensations of clitoral eroticism, and of the vulva as a source of pleasure, her growing sense of her own body and its strengths, her masturbation, her menses, her physical relationship to nature and to other human beings, her first and subsequent orgasmic experiences with another's body, her conception, pregnancy, to the moment of first holding her child. (1976:179)

L'accouchement comme un tout

L'accouchement est enfin un « *tout* » dans le sens du tout qui est plus que la somme de ses parties et dans le sens du tout dont on ne peut pas séparer les éléments sans toucher à son identité-même. C'est un tout vivant, dont chaque élément contribue à l'ensemble et qui bouleverse l'ensemble lorsqu'il est lui-même touché, brisé ou carrément enlevé. C'est le principe d'un système écologique. C'est un événement total de la vie, dans son contenu et dans son contenant.

La femme enceinte et celle qui accouche fait l'expérience phénoménologique de la non-dualité, l'expérience du « **et** » : le corps **et** l'esprit, la tête **et** le coeur, la force **et** la fragilité, la douleur **et** la joie, l'intérieur **et** l'extérieur, le oui **et** le non, le profane **et** le sacré, la vie **et** la mort... Dans un éthos moderne de l'individualité et du narcissisme, dans un conditionnement culturel faisant ressentir le « moi » comme un centre isolé de conscience et de volonté à l'intérieur d'un sac de peau face à un monde extérieur étranger (Watts), la femme enceinte fait l'expérience d'être une « *enceinte* », une forteresse et en même temps, l'expérience de vivre un lien, une union « *mystique* » avec l'autre « en » elle. Dans le monde du positivisme et de la rationalité, elle fait l'expérience de mystère de la vie et de la « relationalité ». Nous vivons un conflit interne entre notre moi et notre corps, entre notre raison et notre instinct et nous croyons que c'est la condition essentielle d'une vie civilisée. Dans un monde de technologie et de production, la femme enceinte fait l'expérience de l'écologie d'un système et d'un processus de création. C'est précisément dans ce sens d'ailleurs, que la critique du système obstétrical considère que « *today childbirth and parenting may be the worst ecological disaster areas of all.* » (Arms 1994:170). Dans un monde profane, la femme fait l'expérience du sacré. Le profane est le monde de l'aisance et de la sécurité, en autant qu'il y a une sûre et prudente soumission à la règle ; tandis que le sacré est une forme d'énergie incompréhensible, difficilement maniable et éminemment efficace. Mais, ils « *sont tous deux nécessaires au développement de la vie ; l'un comme milieu où elle se déploie, l'autre comme source inépuisable qui la crée, qui la maintient, qui la renouvelle.* » (Caillois,1950:26). L'accouchement est un puissant révélateur. Alors comprendre la naissance, c'est aussi comprendre la vie comme un **tout** et comme un mystère.

Pour les sages-femmes, l'accouchement est une analogie complète avec la vie.

L'accouchement, C'EST LA VIE, dans les termes de conception, accouchement et postnatal... toute la vie est comme ça. L'accouchement c'est passer à l'action par rapport à quelque chose que l'on porte... c'est pas nécessairement vivant ; (parfois) il y a mort-né, parfois il y a besoin de ressuscitation, parfois il y a hémorragie... c'est global et c'est approprié... c'est un acte mystérieux et c'est correct comme ça... c'est une chance d'apprendre à grandir... c'est un processus et la vie est un processus comme celui-là... ce sont des cycles tout le temps... même un souper est un processus.

Nous pouvons prendre conscience à quel point le sens qu'à « *la maison* » pour les femmes, peut être riche en diversité autant qu'en profondeur, et révéler à quel

point la maison n'est pas un lieu comme un autre. Elle est un lieu d'identité et d'appropriation du temps et de l'espace. La maison est un milieu de vie et un territoire. Elle a des fonctions de protection, de cohésion, d'ancrage et d'intégration, et l'accouchement qui s'y déroule peut donc s'inscrire dans la logique de ses représentations. Car l'accouchement raconté dans leurs mots, par les femmes et les sages-femmes, révèle un autre rapport au monde que celui présenté dans les discours sérieux et scientifiques. Il n'exclut pas les représentations biophysiques et mécanistes de la mise au monde, ni ne s'y oppose ; mais il se situe nettement dans un espace « *autre* », un monde féminin, riche et rond... Pour les femmes et les sages-femmes, l'accouchement et la maison sont interreliés étroitement par des complémentarités de sens. Ils en viennent à faire partie des racines et de l'empreinte de la venue au monde de l'enfant : « *c'est ici que je suis né* ».

Mais la réalité de l'accouchement telle que construite culturellement, fait entre autre souvent référence à l'accouchement comme processus douloureux et tellement chargé de sens négatif que la douleur de l'accouchement est devenu un enjeu de plus en plus important dans nos sociétés occidentales modernes. Je vais donc explorer cet enjeu dans le prochain chapitre. Dans un premier temps, pour donner un aperçu des valeurs sociosymboliques entourant la douleur en général, puis la douleur de l'accouchement en particulier ; dans un deuxième temps, le sens et le regard qu'ont les femmes et les sages-femmes sur la douleur de la mise au monde. Et enfin les mettre en relief l'un par rapport à l'autre.

Chapitre 4

LA DOULEUR

Dans le contexte de la naissance au Québec, l'accouchement à la maison, bien que plutôt rare, a bouleversé les valeurs et les représentations dominantes au sujet de l'accouchement. Un des aspects soulevés dans les commentaires à son sujet est l'enjeu de la douleur car l'accouchement à la maison est un accouchement naturel, i.e. sans moyen analgésique ni anesthésique pour engourdir ou enlever la douleur. La femme qui accouche à la maison est dans un lieu où il n'y a rien contre la douleur. Elle accouche « *à froid* ». Le milieu hospitalier procure non seulement un élément de sécurité perçu par l'ensemble de la société et dont nous parlerons plus loin, mais il procure une sorte de filet de sécurité au cas où la douleur deviendrait insupportable tandis que celle qui accouche à la maison est sans filet... Cette douleur de l'accouchement mise à nu revient souvent dans les remarques et les préoccupations des femmes qui entendent parler ou envisagent d'accoucher à la maison. Même si je considère que cet enjeu n'est pas le premier, il est significatif. Il mérite d'être vu et analysé dans un contexte socioculturel où la douleur de l'accouchement a de moins en moins de sens.

Dans un premier temps je voudrais donc dégager les éléments de ce contexte général au sujet de la douleur, cette toile de fond sur laquelle nous évoluons, cet univers de référence dans lequel nous vivons tous (y compris les femmes des récits), entre autre en faisant référence à deux articles récents destinés au grand public et traitant de la douleur. Dans un deuxième temps, je voudrais analyser la conception et les représentations de la douleur de l'accouchement pour les femmes qui ont accouché à la maison ainsi que pour les sages-femmes. Les premières parce que même si elles ne sont pas les seules qui ont eu un accouchement naturel, elles ont quelque chose à partager à cause du contexte de leur accouchement et les secondes, parce qu'elles ont elles-mêmes accouché à la maison et parce qu'elles ont toutes une longue expérience d'accompagnement de la douleur de la mise au monde. Cette expérience ainsi que le fait de ne pas avoir eu ni de formation ni de pratique dans un milieu institutionnel leur ont permis de développer une conception, un discours et un accompagnement unique de la douleur d'enfantement.

1. La trame de fond

De la douleur

Dans la constitution d'un monde humain, c'est à dire un monde de signification et de valeurs accessibles à l'action de l'homme, la douleur est sans doute une donnée fondatrice... elle est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée, avec celle de la mort. (Le Breton, 1995:15).

La douleur n'est pas un fait physiologique, elle est un fait d'existence. Elle peut être la porte de l'angoisse et toutes les sociétés humaines intègrent la douleur dans leur vision du monde en lui conférant un sens, voire une valeur. Cette trame de sens est la matière première d'une culture ; elle fonctionne comme un bouclier protégeant de l'aspect brut et brutal du monde, et le tragique de l'existence. Alors dans chaque culture, les parents enseignent à l'enfant la façon de réagir à la douleur (Humbert 1989). On suscite certaines attitudes et on en sanctionne d'autres, créant ainsi une influence considérable sur le seuil de perception et les niveaux de tolérance à la douleur. « *The cultural significance attributes to pain, symbols of pain and situations associated with pain makes them acceptable or avoidable regardless of the actual intensity of the sensation* » (Zborowksy, 1969:28). Ainsi, il arrive souvent de constater que la douleur n'est pas en proportion de la gravité d'une lésion et comme une sage-femme le fait remarquer « *ce n'est pas parce qu'une femme a de grosses contractions qu'elle a nécessairement très mal* ».

L'homme ne réagit pas à une situation mais à l'opinion qu'il s'en fait et à la valeur qu'il lui donne car « *la douleur ne se laisse pas emprisonner dans la chair, elle implique un homme souffrant* » (Le Breton, 1995:56). Ce n'est pas le corps qui souffre, c'est l'individu dans son entier, et sa douleur est toujours prose dans l'épaisseur de sa singularité, de son histoire, de son appartenance sociale et culturelle. Car « *la physiologie de l'homme ne fonctionne jamais dans une sorte de pureté, de virginité biologique qui la tiendrait hors de l'histoire, hors de l'inconscient, hors du social...* » (Le Breton, 1995:111).

En ne la considérant que comme un régulateur des fonctions physiologiques, on arrive alors à étouffer l'interrogation qui lui est inhérente et lui enlever toute référence métaphysique car, « *dès que la douleur devient l'objet de manipulation, elle devient la matière d'un diagnostic puis d'un traitement extérieur plutôt qu'une occasion pour celui qui l'endure d'accepter sa culture, son anxiété et ses croyances* » (Spasz in Illich, 1975:139).

Du corps...

L'évolution des conceptions et des attitudes face à la douleur sont une suite logique de la constitution d'un savoir sur le corps. En Occident, le savoir officiel sur le corps est le savoir médical. Il s'est constitué historiquement en écartant le corps du sujet puis progressivement le détachant des forces de la nature pour l'assimiler finalement à des processus physico-chimiques (Gil, 1985), à l'intérieur d'une vision mécanique de ses fondements.

Alors la science analyse le corps comme une réalité en soi, coupée de toute référence extérieure. La médecine devient un savoir du corps malade et de ses processus, elle n'est pas un savoir sur l'homme et son rapport au monde. L'être humain moderne déstructuré et morcelé par les usages sociaux de la technologie (Illich 1975, Ellul 1977,

Quéniart 1988), se dissocie de son corps qu'il entretient comme une machine dont il faut prendre soin pour entretenir son capital santé. Le Breton (1985) parle d'un effet schizophrène. L'être humain cherche des recettes et des techniques même s'il doit bricoler sa vision personnelle de représentations multiples du corps, dont les emprunts peuvent être incompatibles entre eux parfois. En effet, une personne peut consulter à la fois un médecin, un acupuncteur et un homéopathe, thérapeutes qui traitent à partir de conceptions du corps et de la maladie très différentes. Si le corps joue le rôle de traducteur de codes (Gil), les représentations anatomo-physiologiques et autres qui sont proposées et qui peuvent être souvent contradictoires, révèlent la solitude et le désarroi de l'être humain de l'an 2000, narcissique et confus dans son rapport au monde.

Dans nos sociétés modernes, la socialisation des manifestations corporelles se fait sous les auspices du refoulement, de « *l'effacement ritualisé* » (Le Breton 1990), dans un mélange de silence, de retenue et de discrétion. Alors au moment où le corps des femmes enceintes est le plus apparent, au moment où il prend une signification sociale bouleversante, de façon paradoxale, il doit devenir transparent pour donner accès au nouvel être social : le bébé. Ainsi, par ses normes et son contrôle, le corps médical devient plus important que le corps des femmes. Celui-ci est devenu un corps-contenu qu'il faut ausculter, ponctionner (amniocentèse) et traverser (échographie) pour atteindre le fœtus, enjeu premier de la grossesse.

Comment insérer dans ce contexte, le cri du corps que constitue l'accouchement ? L'épidurale contribue à faire taire le corps et à le renvoyer à l'état de matière et de non signifiant. Elle confirme aussi la dualité et la coupure corps-esprit, la supériorité de la technologie et la conception sociale de la reproduction comme production.

La médecine conçoit la douleur comme un changement dans des structures matérielles et la décrit en termes de réaction à une lésion ou à une potentialité de lésion, en termes de nocirécepteurs, de propriorécepteurs, de stimuli et d'influx nerveux (Tortora, 1987). L'expérience de la douleur est alors réduite à un mécanisme *étiologique*.

Au Québec...

Le Québec partage face à la douleur la plupart des éléments qui caractérisent la façon nord-américaine de considérer la douleur. En Amérique du Nord, la douleur de l'accouchement est présentée et perçue comme une des pires. Elle est non seulement attendue comme dans toutes les cultures, mais ici, elle est socialement refusée. Aujourd'hui, les représentations antidoloristes prédominent et les femmes se demandent non seulement si elles vont être capables de supporter la douleur, elles mettent même de plus en plus en question son utilité en se demandant « *pourquoi* » elle devraient la supporter. Il faut dire que notre univers culturel a été pendant des siècles, profondément doloriste en ce qui a trait à la naissance, la douleur devant faire partie de l'enfantement et même de la destinée des femmes, dont les souffrances sont conçues comme « *un châtiment de Dieu* » (Revault d'Allones, 1976) et cette empreinte judéo-chrétienne a été très marquée au Québec.

Aujourd'hui, nous sommes dans l'ère du confort et de la facilité, favorisant un abaissement collectif du seuil de tolérance à la douleur. Culturellement, l'accouchement est défini comme un événement médical et présenté comme un mélange de douleur et de dangers. Les rituels qui l'entourent visent à contrôler le chaos du corps féminin, chargé de mystère et d'inconnu. Le contrôle de la nature à travers le corps fait partie du mythe médical et est renforcé par des valeurs sociales

de rationalité, de positivisme et aussi de contrôle. La douleur, comme signe de dysfonction, appelle sa médicalisation car non seulement elle est considérée comme un problème médical mais sa disparition permet au moins de retrouver l'harmonie extérieure. La douleur et l'accouchement sont présentés maintenant comme des entités non seulement séparées mais éventuellement antinomiques, la douleur faisant référence à la peur et à quelque chose de négatif et de terrible, alors que l'accouchement ne devrait être que positif et merveilleux puisque c'est l'arrivée d'un bébé.

A l'intérieur de ce contexte culturel, même avec le développement d'un mouvement pour l'humanisation des soins et la démedicalisation de l'accouchement depuis la fin des années '70, même quand les centres hospitaliers ont mis en place des structures et des pratiques pour diminuer les interventions médicales, il est fréquent que les intervenants eux-mêmes offrent une médication contre la douleur. Car c'est aussi faire preuve d'humanité que d'offrir quelque chose contre la douleur aux femmes qui souffrent.

A l'hôpital, le personnel médical est souvent celui qui va évaluer l'intensité de la douleur, par une lecture des comportements de la femme et certaines données technologiques (i.e. le tracé du moniteur), et c'est donc les intervenants qui vont proposer une intervention ou, au contraire, refuser celle qui était demandée, sans référence à l'évaluation faite par la femme de son vécu et de ses besoins. Le comportement de la femme n'est pas nécessairement considéré comme un critère valide par les infirmières, surtout si il y a une différence avec leur propre évaluation, démontrant ainsi qu'elles se considèrent comme les expertes de ce qu'il faut faire avec une femme qui ressent les douleurs de l'accouchement. Certaines femmes se font demander en arrivant à l'hôpital si elles veulent quelque chose pour la douleur, alléguant que « *ici, nous avons tout pour votre confort* », tandis que d'autres voient leur demande refusée parce que c'est trop tôt ou trop tard. Ainsi, ce sont des critères souvent extérieurs aux femmes qui vont entrer dans la balance pour savoir qui va recevoir une médication et quand. Ce moment dépend de la disponibilité du personnel, de celle de l'anesthésiste et de la perception de l'urgence d'agir. Alors lorsqu'une femme a besoin de beaucoup de support face à la douleur et qu'un manque de disponibilité du personnel survient, la péridurale, elle, offre un support constant et sûr.

En regardant l'évolution des types d'anesthésie pour les accouchements vaginaux dans la province, force est de constater que le pourcentage d'accouchements qui se sont déroulé sans **aucune** anesthésie (ni bloc honteux donnant une anesthésie vulvaire, ni épidurale donnant une anesthésie à partir de la taille) n'est que de 20 % de tous les accouchements vaginaux, et ces chiffres ne disent pas la proportion de ces femmes qui ont eu une forme d'analgésie (médicament contre la douleur) durant le travail. Il est donc clair que le nombre de femmes qui n'ont eu aucune médication contre la douleur est sûrement moindre.

Tableau 1. Accouchement vaginaux : évolution des types d'anesthésie
Données provinciales (Gouvernement du Québec)

Type d'anesthésie	1986-87	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95
	%	%	%	%	%
Aucune	18.9	18.4	17.8	18.5	19.0
Locale	60.7	56.4	53.0	51.0	48.7
Péridurale	19.1	23.1	27.1	28.6	30.7
Générale	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2
Non précisée	0.1	0.9	0.9	0.7	0.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Même si l'accouchement comporte moins d'interventions, comme la césarienne et les forceps, il faut comprendre que la technologie de la douleur prend de plus en plus de place. Ainsi, l'épidurale est une intervention en hausse constante dans le plupart des centres hospitaliers, témoignant de l'importance de l'enjeu de la douleur lors de l'accouchement. Autant il y a eu un mouvement pour normaliser la césarienne (De Koninck), il y a maintenant un mouvement vers la normalisation de l'épidurale (technique qui consiste à injecter un liquide analgésique dans la colonne vertébrale pour insensibiliser le corps à partir de la taille), i.e. qu'elle s'intègre à l'accouchement naturel « *ne s'en distinguant de façon ni valable ni significative* » (De Koninck in Vandelac et al. 1989:277). La grande question des femmes enceintes maintenant est de savoir si elles vont demander ou non l'épidurale ou si on va leur donner. L'accouchement est souvent devenu un espace physique et psychique habité par la peur et la douleur. Il faut le traverser comme on traverse une pièce dans la noirceur : vite...

Des médias...

Dans une société où le mythe de la science prédomine, le discours des experts a beaucoup de valeur et contribue donc à l'élaboration des significations reliées au corps et à la douleur. La raison scientifique, dans l'acquisition de son propre savoir, s'est non seulement placée en étrangère à toutes les significations dans l'imaginaire collectif, mais a fini par placer son savoir à son commencement. Et en plus, il se produit un phénomène relié à l'information scientifique transmise par les médias. Ainsi,

de la science à la diffusion ou à la vulgarisation il n'y a pas que la traduction de la connaissance acquise en procédures pédagogiques ; il se produit une transmutation du savoir par la vision de monde de ceux qui l'accueillent, au point où on a pu suggérer que ce qui est science, à l'origine, devient mythologie chez le consommateur. (Dumont, 1987:137)

Alors, en plus d'assister à une usure sans précédent des significations imaginaires sociales (Castoriadis), nous constatons que les médias contribuent à la mystification de la science médicale, en confirmant la perception de l'accouchement et de la douleur comme événements biomédicaux. Tout se passe comme s'il n'existait aucune représentation collective de la douleur, ni aucune fonction symbolique du groupe humain par rapport à la douleur comme signe.

Nous pouvons avoir un aperçu du discours médiatique québécois à partir de deux articles tirés de revues populaires (l'Actualité et Châtelaine) au sujet de la douleur, l'un parlant de la douleur en général et l'autre de la douleur de l'accouchement en particulier. Le premier article (L'Actualité, août 1996), énonce au moyen d'un titre sans ambiguïté, une utopie présentée comme un des rêves que la science médicale serait en voie de réaliser : **la fin de la douleur**. « *Depuis la nuit des temps, la souffrance est une malédiction. Mais la médecine dispose désormais de tout l'arsenal nécessaire pour la mettre en échec. Il n'existe pas de raison d'endurer !* » (p.16).

Ce discours énonce donc l'inutilité totale de la douleur, son non sens, et donc la nécessité et presque l'obligation de la refuser. En présentant la douleur comme un problème médical, l'existence de significations ou de représentations sociales, collectives ou culturelles est totalement occultée. En fait, celles qui prédominent sont plutôt antidoloristes, car il faut dire que nous sommes maintenant dans l'ère du confort et de la facilité. Le contrôle de la douleur est plutôt une guerre à finir et la médecine se fabrique tout un « arsenal » pour aller vers ce qui est présenté comme une victoire. On s'adresse au lecteur en lui demandant : « *Que faire si votre médecin trouve votre douleur normale sinon utile ?* » (p.17), induisant que tout bon médecin ne laisserait jamais quelqu'un avoir mal, et qu'il ne lui pourrait être d'aucune utilité dans une recherche de sens. En fait, la quête de sens est présentée comme aussi inutiles que l'expérience elle-même. La solution est la non-souffrance, présentée non seulement comme un objectif mais comme un droit : « *L'humanité souffrante devra-t-elle se battre encore longtemps pour faire valoir son droit à ne pas souffrir ?* » (p.17). Selon cet article, il se produit même un élargissement vers la sphère légale de la vie sociale par l'introduction d'un concept juridique nouveau : « *la non-assistance à une personne en souffrance* ».

Il est stupéfiant de constater que la douleur de l'accouchement soit considérée au même titre que toutes les autres douleurs, la plaçant au même niveau que celle du cancéreux ou du grand brûlé par exemple. Il est aussi intéressant de voir que le journaliste place l'expérience de l'accouchement avec celle d'aller chez le dentiste : « *... sans doute ne serait-il pas inutile de s'informer des us et coutumes antidouleur du médecin à qui on aura affaire avant d'être hospitalisé après tout, on le fait avant d'aller chez le dentiste ou en salle d'accouchement* » (p.17). Se faire arracher une dent ou sortir un bébé ne devrait pas être douloureux.

La même référence au dentiste a été utilisée dans un article, lui aussi récent (Châtelaine, avril 1995), par des femmes qui réclamaient le droit à la péridurale (technique faite par un anesthésiste, qui consiste à injecter un liquide analgésique dans la colonne vertébrale afin de ne pas sentir la douleur), ayant vécu des accouchements dans la souffrance, sans avoir reçu de réponse à leurs demandes et à leur plainte. « *Penserait-on à se faire arracher une dent sans anesthésie ?...* » (p.79). Elles demandent aux médecins de ne pas les laisser souffrir et trouvent qu'ils n'interviennent pas assez. Elles parlent de la « *glorieuse époque de l'accouchement à froid* », nouveau nom pour l'accouchement naturel. Elles racontent leur histoire :

Simplement des accouchements normaux. Pourtant, la plupart d'entre nous étions toujours marquées par la souffrance intense, l'incroyable complexité du moment (cette impression que tout peut arriver, y compris le pire), et surtout l'apparente désinvolture du personnel hospitalier (p.79).

Pour ces femmes, elles ont senti qu'il fallait faire ça *comme une grande*, i.e. « *savoir en baver, silencieusement, discrètement* ». Un médecin interviewé à ce sujet explique que alors que « *cette intervention comporte des risques comme il y en a... à*

marcher sur un trottoir ou à flâner dans un parc » (p.80), occultant complètement les effets secondaires négatifs (tels une augmentation d'interventions) reconnus par une littérature scientifique abondante.

Et en réponse à un article sur la douleur de l'accouchement écrit par une sage-femme dont le titre était « Ne touchez pas à ma douleur » (L'Une à l'Autre, hiver 1987), l'auteure réplique :

Comme si, pour mieux vivre l'accouchement, pour connaître le nirvana émotionnel, il fallait sentir dans sa chair toute la gamme de souffrances inhérentes à la mise au monde des enfants. Comme si l'énoncé biblique, « Tu enfanteras dans la douleur », était plus vrai que jamais et que pour faire un bon accouchement, un vrai, il fallait souffrir, ou du moins, contrôler soi-même son mal (p. 85).

Pour elle et les femmes au nom desquelles elle parle, l'humanisation passait par l'écoute de leur vécu et surtout par une réponse à leur demande et leur détresse.

Cet article fait résonance à une critique formulée à certaines sages-femmes par Desjardins, pointant du doigt leur façon de demander aux femmes ce qu'elle appelle une soumission à la Nature, en l'établissant comme nouvelle norme et se permettant d'être moralisatrices envers les femmes lorsque l'accouchement ne s'est pas bien déroulé, c'est à dire lorsqu'il y a eu transfert de la maison vers l'hôpital par exemple. Cette critique rejoint aussi celle de Arney au sujet de certaines sages-femmes qui n'ont fait que changer les normes auxquelles les femmes devraient maintenant souscrire : l'accouchement naturel, la position accroupie, l'allaitement exclusif... etc.

2. La douleur dans le monde de l'accouchement à la maison

Normalité

Pour les femmes qui accouchent à la maison, la douleur de l'accouchement se distingue des autres douleurs qu'une personne peut éprouver dans sa vie, celles qui peuvent signifier que quelque chose ne va pas, celle qui peut signifier une potentialité de lésion ou le début d'une pathologie, d'une maladie... « *Quand j'ai eu ma mastite ou quand t'es malade, là j'avais envie d'être soulagée, mais là c'est pas du tout la même chose. Quand tu accouches, c'est la vie qui prend forme la plus éloquente. Dans l'accouchement il y a de la douleur mais y a pas juste ça.* » La douleur s'intègre dans la gestalt de la mise au monde. Elle fait partie de la normalité et de la physiologie du processus même si elle ne se distingue pas toujours de la peur. «... *de ne pas avoir de douleur ça serait pour moi comme accoucher à l'hôpital, dans un monde stérile, où tu n'es pas maître de rien... c'est pas normal* ».

Signal

Elle n'est pas en soi un mauvais signe, car elle signifie que c'est le temps de la venue de l'enfant. Et dans ce sens, « *c'est une bonne douleur* ». Cette perception est aussi partagée par les sages-femmes pour qui la douleur de l'accouchement est une douleur normale, une douleur physiologique. « *Childbirth pain is normal, healthy pain.* » (Cohen,1983:267). Elle est un signe du travail de la mise au monde et dans ce sens, elle est utile. Elle fait alors appel à une prise de conscience du processus qui s'amorce et à des gestes précis qu'on attend pour les femmes de chaque culture. Ici au Québec, il faut aviser son conjoint, préparer sa valise pour aller à l'hôpital, appeler l'hôpital et attendre que quelqu'un nous dise que c'est le temps d'y aller. La douleur n'est pas un signal d'alarme, elle est un signal d'accouchement.

Toutes les cellules de notre corps contiennent les consignes génétiques qui lui disent dès la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde comment développer un embryon, assurer sa survie, son évolution, et donner naissance à un bébé neuf mois plus tard. Dans son infinie sagesse, la nature n'a pas fait les choses à moitié et chaque phase du travail est inscrite dans tout le corps. La douleur servira de signal, témoin de l'important travail en cours, annonçant l'imminence et le besoin d'intimité et de protection.

(Brabant 1991:213)

Les sages-femmes croient qu'il y a un sens à la douleur ; elles veulent en être les témoins et « *offrir aux femmes des pistes pour trouver quel est ce sens-là pour elles.* » L'effort de décodage du sens à travers un système de représentations donne une dimension symbolique au corps et favorise l'attention à l'expérience vécue car elle devient porteuse de transcendance.

Dans le tout de l'accouchement

Pour les femmes qui ont accouché à la maison, de vivre la douleur sans analgésie disponible n'est pas du masochisme ou du courage comme elles se sont fait dire souvent. Le sens de la douleur s'inscrit plutôt intimement avec le sens qu'elles donnent à leur accouchement. Elles parlent de la douleur comme elles parlent de

l'accouchement. L'accouchement leur appartient, sa douleur aussi. Elles veulent vivre l'intégralité de ce processus et ne pas le fragmenter. Il n'y a pas de condition à ça : on ne peut pas vouloir vivre un accouchement naturel, chez soi, seulement si ça ne fait pas trop mal. La douleur est acceptée parce qu'elle n'est pas une entité que l'on peut séparer de l'événement. Elle fait partie de l'accouchement comme **un tout**. « *Ça va avec la naissance... ça fait partie de l'événement, je peux pas m'en détacher. Agir sur la douleur, ça peut trafiquer toute l'affaire. Ça enlèverait tout le sens de l'expérience : c'est comme aller au cinéma et qu'on enlèverait le son ou aller dans un jardin et enlever l'odeur des fleurs.* » Accoucher sans douleur est dans ce sens perçu comme vivre avec un handicap sensoriel : ne pas entendre ou ne pas sentir alors qu'accoucher pour ces femmes est une expérience sensuelle intense. La douleur permet de vivre l'accouchement en tant qu'expérience riche et « *féconde* ». L'enlever c'est faire place à la passivité et au non sens. Un corps sans douleur n'a pas plus de sens que l'humain sans corps.

Cette façon de dire, de vivre et de se représenter la douleur pour ces femmes témoignent d'une conception du corps autre que celle qui est mise de l'avant par la science médicale. L'individu n'est pas séparé de son corps et la douleur n'est pas perçue comme séparée de l'événement. Elle est plutôt pour la femme une occasion de se connecter avec son corps car la douleur n'est pas quelque chose qui arrive et que je dois combattre comme si elle était détachée, c'est quelque chose qui m'arrive. Mon corps, c'est moi et ce qui arrive, m'arrive. Une sage-femme a déjà dit : « *dans la douleur de l'accouchement, tu ne peux pas débarquer du train parce que T'ES le train...* ». Dans la démarche de s'approprier l'accouchement comme un événement intime et personnel, la douleur est interprétée et vécue comme étant aussi intime et personnelle. La douleur n'est pas un objet. Vouloir la manipuler comme tel risque de perturber la quête d'harmonie et de complétude recherchés. L'accouchement à la maison est une occasion pour les femmes de sentir, de vivre, de confronter, d'éprouver, d'intégrer et de transcender la douleur, non seulement dans leur corps, mais dans leur vie, avec le sens qu'elles lui donnent car douleur, comme l'accouchement, sont des occasions d'apprendre sur soi et sur la vie. L'absence de sensation de la douleur sans s'y être mesurée ne fait pas seulement perdre le contact avec la douleur mais aussi avec une partie de soi-même (Rich, 1976). Pourtant, « *la douleur agit comme un professeur, implacable et aimant, qui nous rappelle encore et encore de repasser nos positions, d'investiguer plus profondément, de laisser l'instant présent être ce qu'il est et d'observer ce qui monte dans la plénitude du moment suivant.* » (Levine in Brabant, 1987:14).

Avec l'enfant

Le fait d'accepter la douleur comme une partie intégrante de l'accouchement semble aussi être une façon pour elles de protéger leur bébé contre des éléments perturbateurs extérieurs et potentiellement dommageables. « *Je passe toute ma grossesse à essayer de ne même pas prendre une aspirine et à la fin j'accepterais de me faire shooter des médicaments ? c'est pas logique.* » Si la douleur fait partie de la globalité de l'expérience, le bébé et sa mère font un tout. Vivre la douleur peut être une façon de vivre quelque chose d'intense avec leur bébé. « *Ça fait une complicité avec le bébé.* »

Laisser-aller

Le lieu même du domicile contribue à l'acceptation et l'appropriation de la douleur, donnant ainsi à l'espace même une efficacité symbolique. Le fait de ne pas

avoir à se déplacer pendant le travail ne perturbe pas l'effort d'intériorisation et de concentration nécessaires pour s'adapter. La grande liberté de positions et de déplacements sont perçus comme des moyens pour supporter la douleur, pour la dédramatiser, et faciliter le laisser-aller perçu comme nécessaire pour vivre l'accouchement. La notion de **laisser-aller** peut sembler paradoxale quand on sait que les femmes qui accouchent à la maison le font entre autres pour le contrôle qu'elles ont sur l'événement. Ce paradoxe ne semble pas créer de contradiction entre deux valeurs importantes pour elles. C'est chez soi que l'on contrôle sa vie mais l'accouchement ne doit pas être contrôlé. La notion de laisser-aller et de « *collaboration* » au processus est une attitude qui correspond à toutes mes informatrices. La douleur de l'accouchement n'est pas perçue comme devant être contrôlée, « *La douleur a touché de quoi. Je suis rentrée dedans.* »

Accomplissement

Accepter la douleur correspond à la prise en charge de l'accouchement perçue comme devant s'accomplir par la femme qui accouche : « *Dans la douleur, je suis toute seule. C'est mon travail et il faut que je le fasse... il faut que je monte mon frigidaire, marche par marche... j'ai une job à faire... personne ne peut la faire... personne ne peut m'aider* ». Un accouchement vécu dans un tel contexte de représentation est intégré comme un véritable accomplissement. « *Au deuxième, j'étais en travail chez moi, j'étais à la fenêtre et j'ai vu se lever le soleil, j'ai vu les gens qui se réveillaient... et moi je faisais ce que j'avais à faire.* »

Effort

Pour ces femmes la douleur de l'accouchement est une douleur d'effort comme on peut le constater lorsqu'on accomplit un dur travail ou lors d'événements sportifs. C'est un peu normal d'avoir mal quand on travaille fort, alors c'est normal d'avoir mal quand on accouche. On n'aime pas la douleur mais on n'a pas à en avoir peur quand elle est représentée comme une douleur d'effort. Une sage-femme comparait l'accouchement à un marathon, image d'un grand effort physique dans l'intensité et dans la durée. « *quand on a fini un marathon, on a plus rien dans la tête, rien dans le corps. On est allé jusqu'au bout* ».

Signe d'humanité

Cette douleur physique est non seulement normale dans la circonstance de la mise au monde mais elle est considérée comme un élément d'humanité. « *Il y a des maux qui sont absolument nécessaires pour savoir ce qui se passe exactement... On est plus capable de comprendre qu'il y a des souffrances utiles. On est des êtres humains, on est pas encore des clones...* ». La douleur a une utilité et « *en insensibilisant la souffrance, on insensibilise le jeu des sens, on suspend le rapport au monde* » (Le Breton, 1995:170). Les femmes essaient de nommer les fonctions de la douleur pour les intégrer dans leur vie. Dans un contexte culturel donnant une valeur négative, elles veulent que la douleur ait sa place dans l'accouchement comme dans leur vie. Le mouvement est inclusif, et contribue à la quête de sens. La douleur a un effet qu'on doit essayer de comprendre et non pas de gérer. « *La première fois la douleur m'écrasait alors que cette fois-ci la douleur m'a ouvert. Probablement parce que j'étais plus dans le moment présent alors que l'autre fois... j'attendais juste la fin* ». Cet effort de compréhension est une démarche personnelle, supportée par les sages-femmes, mais il ne s'inscrit pas dans une trame sociosymbolique globale comme il en existe dans d'autres sociétés. Ainsi, Goldsmith

(1990) remarque que chez les Hopi, les Hurons, les Aymara de Bolivie, l'accouchement qui se fait silencieusement est considéré comme un signe de courage pour la femme et la société de même que «... *in rural villages in Benin, in the West Coast Africa... the silent, stoic endurance of pain during labor is Bariba women's principal avenue to social prestige* » (Sargent in Jordan 1993:117). Enfin, la douleur chez les Mayas du Yucatan est intimement liée à l'arrivée du bébé ; c'est sa condition. Pour elles, le bébé naît « *en el centro del dolor* », au centre de la douleur (dolor : mot espagnol qui signifie à la fois douleur et contraction) (Jordan, 1993:38).

Intensité

La douleur est non seulement perçue comme est perçu le processus de l'accouchement : c'est intense et profond, mais elle est partie prenante de la définition même de l'accouchement. La douleur, « *c'est l'intensité de l'accouchement* ». Une des répondantes utilise l'analogie d'une pièce musicale pour expliquer le rôle de la douleur dans l'accouchement : «... *c'est une intensité... c'est comme une pièce musicale ; tu as toujours un crescendo à la fin... à la fin de la grossesse, quand tu accouches, c'est fort !* ».

Profondeur

La douleur de l'accouchement se situe où est l'accouchement : à l'intérieur, au fond. Dans l'intimité et la profondeur de l'accouchement, les sensations ne sont d'ailleurs pas toujours interprétées comme douloureuses.

C'est quelque chose de profond, d'intense. J'en revenais pas à mon premier, je disais : wow ! c'est fort !... le corps qui est pris par cette force et que tu ne peux rien... pis le bébé qui sort... c'est ça qui est merveilleux. Pour moi, c'est positif... la douleur m'a touchée quelque part... dans l'âme... c'était pas une douleur. C'est la douleur mais c'est le fait d'être très concentrée en moi... ça devient des vagues. T'enlèves le mot...

La douleur vécue dans la profondeur permet d'avoir accès à « *l'au-delà* » de ces sensations fortes. Chaque femme va peut-être un jour trouver la partie d'elle qui s'y trouvait et ainsi enrichir ce qu'elle est et ce qu'elle devient. L'absence de douleur n'empêche pas ce cheminement intérieur car toutes les circonstances de la vie peuvent être des occasions de prises de conscience. Mais l'accouchement est une occasion privilégiée de vivre un événement qui nous révèle à nous-mêmes.

Signe de création

Pour les sages-femmes, la douleur est reliée aux visions de l'accouchement comme processus de création, de transformation, de séparation, d'initiation. Elle en est le signe. La douleur de l'accouchement est inscrite dans l'accouchement comme processus de création, ontologiquement différent d'un processus de production, associé à une conception mécanique. « *Le processus de création est douloureux, les artistes le savent.* » La douleur physique et psychique sont ici considérées comme réelles et valables.

Signe de transformation

Les sages-femmes reconnaissent et nomment l'accouchement comme processus de transformation à plusieurs niveaux et dont la douleur signale l'avènement. Celui-ci est d'abord une transformation profonde du corps, aspect visible de l'invisible :

une transformation de la personne qui le vit, et dont la douleur est le son... Ce son est celui du changement, de la croissance, de ce qui est à jamais modifié, dans la perception même de son identité corporelle, psychique et sociale. La culture médicale ne considère que les changements que l'on peut « monitorer », ceux qui sont physiques, et même les femmes suivent cette façon de voir car « *historically, the pain we have been told we feel when we give birth has been constructed as anything but selftransformative.* » (Rabuzzi,1993:101). Pour celles qui accouchent à la maison, la douleur de l'accouchement comme signe de transformation ne peut être réduite à un simple élément à endurer.

Signe de passage

Le concept de l'accouchement comme passage est aussi utilisé par les sages-femmes. Les rites de passages sont en général désignés pour conduire un individu ou un groupe d'un état social à un autre, «... *transforming both society's perception of the individual and the individual's own perception of her- or himself* » (Davis-Floyd in Michaelson 1991:154). L'accouchement est un passage donné par la nature mais utilisé par chaque société pour confirmer et perpétuer le système de croyances de cette société. Davis-Floyd a ainsi très bien démontré comment en Amérique les interventions entourant la femme qui accouche servent à encapsuler l'accouchement à l'intérieur d'un modèle conceptuel mécanique et surtout technocratique, et occulter l'effet menaçant de l'accouchement naturel comme essentiellement féminin, puissant et créateur.

Valeur initiatique

Pour les sages-femmes la douleur de l'accouchement lui confère sa valeur initiatique. L'accouchement est alors une façon de se mesurer, de voir qui on est, d'agrandir la vision que l'on a de soi-même, d'expérimenter ses propres limites, de démontrer sa capacité à supporter les difficultés de l'existence et de faire l'expérience du sacré. Car l'accouchement est un changement de niveau de conscience (Leboyer 1983). La femme qui accouche, cesse d'être limitée dans son corps et dans son petit moi mental ; elle expérimente un fantastique élargissement de la conscience, en touchant les profondeurs d'elle-même, se noie, puis revient à la vie. L'acceptation de la douleur permet d'accepter cette dimension de l'angoisse et de la mort. L'accouchement peut alors contribuer à une démarche d'individuation (Jung), « *le but ultime de l'existence humaine* » (Eliade, 1959). Le fait d'avoir vécu le passage a un effet d'*empowerment* pour les femmes et les sages-femmes vont nommer ce qu'elles ont perçu comme des forces chez la femme qui a accouché pour qu'elle en devienne consciente.

Signe de séparation

La douleur est aussi considérée comme l'expression de l'accouchement comme processus de séparation de la mère et de son enfant, la rupture d'une relation biologique et symbiotique. Pour les sages-femmes, il y a une valeur à incarner dans le corps la réalité de cette séparation.

Il faut laisser cet enfant se détacher de soi car la poursuite de la cohabitation est IM-POS-SI-BLE. On a des idées sur ce que ça traverse de devenir mère, mais quand on a un bébé dans le vagin ça nous aide à voir ce qu'il faut qu'on lâche, qu'on abandonne, qu'on donne, qu'on sacrifie pour que cet enfant-là, dans son corps physique, s'incarne, voit le jour. L'absence totale du vécu physique enlève

énormément de prise à l'aspect symbolique, émotif et psychique de ce que c'est que de s'ouvrir pour qu'un enfant passe.

L'absence de sensation de la douleur ne fait pas seulement perdre le contact avec la douleur mais aussi avec une partie de soi-même.

Les douleurs

La douleur de l'accouchement a une réelle dimension physique mais les sages-femmes vont aussi nommer et reconnaître le sens moral du mot. Le mot douleur, dans la langue française contient une ambiguïté sémantique. Il peut signifier non seulement une souffrance physique mais aussi une souffrance psychologique. On lui reconnaît des synonymes comme : *mal, affliction, calvaire, chagrin, déchirement, souffrance, peine, désespoir, désolation, épreuve, misère, détresse, tourment, tristesse* (Grand Larousse de la langue française). C'est ainsi qu'on peut dire que la vie est douloureuse, être parent est douloureux, le processus de création est douloureux. Une sage-femme parle alors d'expériences antérieures physiques (le corps se souvient) ou autres réalités de la vie qui peuvent parfois et même souvent s'associer et s'additionner à la douleur corporelle ; « *une femme peut avoir mal à des abus sexuels antérieurs, à sa propre naissance, à sa grossesse qu'elle perd, à sa solitude, à son couple, à sa mère qu'elle voudrait près d'elle* ». Les peurs entrent dans l'expérience : ce sont les peurs élémentaires de l'inconnu, de changement, des transformations : « *peur de ce qui s'en vient et qu'on ne connaît pas, peur de devenir mère, peur de rencontrer le bébé, peur des complications, peur de mourir, peur de l'intensité des sensations, la partie animale, sauvage, peur de déchirer, de ne pas s'en sortir intacte...* ». Ces peurs sont souvent reliées aux sentiments de pertes, aux deuils « *normaux* » reliés à la maternité : perte de la vie et du corps d'avant, de la grossesse, de certains rôles sociaux, etc. Dans ce contexte de conception de la douleur, ou plutôt **des** douleurs, l'accompagnement fait par les sages-femmes peut parfois permettre aux femmes de conscientiser et de nommer les « *maux* » de leur vie et d'assumer la douleur de l'accouchement sans devenir « *souffrante* ». Dans un contexte (physique ou psychologique) normatif et axé sur la performance, des sentiments de solitude, d'angoisse, d'incompréhension peuvent être « *douloureux* » à vivre. Et la réponse à une douleur conçue seulement dans sa dimension physique va s'inscrire dans cette même dimension : pharmacologique et technologique. Mais lorsqu'on s'occupe seulement du symptôme, on risque de rester sourd à la plainte. Quand on fait taire le corps, il n'y a plus de place pour le cri.

L'excès

Pendant, les sages-femmes reconnaissent que la douleur peut parfois paraître excessive ou devenir une douleur non physiologique, soit qu'il y ait un facteur physique dystocique, ou que d'autres douleurs entrent en ligne de compte, transformant la douleur en « *souffrance* ». Lorsqu'une femme a besoin d'aide pour supporter sa douleur, la sage-femme va l'aider à cheminer après pour trouver le sens de l'événement, qu'elle le saisisse « *tout de suite, dans un mois ou dans dix ans* ». En général, même si les sages-femmes valorisent l'accouchement naturel avec la douleur qui l'accompagne, elles ne font pas de l'acceptation de la douleur une mystique à laquelle toutes les femmes doivent souscrire.

Le rôle des sages-femmes

Les sages-femmes disent qu'elles ont comme rôle entre autres de dédramatiser la douleur pour que la femme puisse la contenir dans son sens et dans son corps.

J'essaie de travailler dès le départ à ce qu'il n'y ait pas d'autres douleurs que la douleur strictement physiologique, et faire en sorte que la contraction ne fasse pas plus mal que le travail qu'elle est en train de faire... Ça fait mal d'accoucher... so what ? la vie aussi fait mal des fois. C'est pas grave.

Pour les sages-femmes, accepter la douleur c'est aussi accepter la vie. Elles accompagnent les femmes comme font une mère qui est à côté de son enfant qui vient de tomber et qui pleure. Il n'est pas nécessairement blessé dans le sens médical du terme mais il a mal... Alors elle le prend dans ses bras, l'écoute, le rassure, le réconforte, le console... et l'invite à poursuivre son activité.

A partir de l'exploration « *de l'intérieur* », nous pouvons donc constater que la douleur s'insère dans le tout de l'accouchement, faisant partie de la recherche de cohérence dans la trame de la vie. La douleur a non seulement un sens, elle en a plusieurs. Les visions ont émergé des histoires personnelles en même temps que de l'ouverture et l'attention à cette expérience intime de la mise au monde. Les femmes et les sages-femmes en sont les témoins privilégiés et ne semblent pas s'inscrire dans un rapport d'opposition avec le modèle dominant entourant l'accouchement dans notre société bien que le contraste soit frappant. Dans un contexte socioculturel où la douleur devient de plus en plus un élément détachable de la personne qui la vit et dont l'utilité même est mise en question, l'accouchement à la maison alors exprime plusieurs choses : si l'accouchement n'est pas une maladie, sa douleur ne l'est pas non plus. La douleur de l'accouchement est normale et elle fait partie du tout de l'accouchement et s'imprègne des sens que celle qui la vit lui donne. La démarche des femmes et des sages-femmes n'en n'est pas une de lutte mais ressemble bien plus à une quête : l'accouchement comme une occasion de révélation sur soi-même et sur la vie, en considérant la douleur comme faisant partie de l'humanité profonde et d'un tout, comme l'humain et l'univers. « *Nous disons « je suis venu au monde ». Pas du tout. Nous en sommes sortis de la même façon que les fruits sortent des arbres.* » (Watts,1972:128).

Les récits des femmes et des sages-femmes témoignent de la valeur sémiotique de la douleur et de la grande richesse de la conception et des représentations qui l'entourent. La vision développée par la culture médicale est très restrictive et ne peut constituer le tout de ce que peut représenter la douleur. Car la science n'est qu'une strate du savoir. Nous rejoignons ainsi Girard lorsqu'il énonce que « *le problème immédiat n'est pas l'arrogance du savoir occidental ou son « impérialisme », c'est son insuffisance* » (Girard, 1972:57).

Développer un savoir ou plutôt une co-naissance sur la douleur devrait tenir compte de l'homme souffrant et non seulement des bouleversements corporels. L'analyse anthropologique permet de donner la parole à ce qui est exclus du système conceptuel pour éventuellement ré-ouvrir les systèmes de connaissances sans avoir à en réduire ou même tarir la source : l'expérience subjective.

La douleur de l'accouchement est une réalité qui fait résonance à un autre enjeu autour de la mise au monde : le risque, véritable leitmotiv de la science obstétricale et principal argument utilisé pour présenter l'accouchement à la maison comme une prise de risque inutile et dangereuse. C'est ce thème que nous analyserons dans le prochain chapitre.

Chapitre 5

LE RISQUE

La question du risque est la principale objection concernant l'accouchement à la maison, autant de la part de la communauté médicale que de l'ensemble de la société elle-même. Un de mes buts était donc d'entendre les femmes et les sages-femmes à ce sujet afin de comprendre leur point de vue qui témoigne d'une relation au monde particulière. Avant de faire une analyse sémiologique des récits, je voudrais cependant élaborer sur la trame culturelle de cet enjeu autour de la naissance, en retracer la trajectoire historique et nommer quelques pôles de sens qui permettront d'en comprendre la dynamique globale. C'est bien la trame supranarrative, le fond sur lequel évoluent les femmes qui accouchent à la maison ainsi que les sages-femmes qui y pratiquent.

1. Le contexte

Histoire

En Occident, depuis les 18^e et 19^e siècles, les médecins ont pris une place de plus en plus grande dans le domaine de la naissance. Pour asseoir leur légitimité, ils ont défini la grossesse et l'accouchement comme des phénomènes potentiellement pathologiques. Cette conception de la potentialité de la pathologie reste encore aujourd'hui l'assise du rôle de la médecine auprès des femmes (Arms 1994, Scully 1980, Rothman 1982, Wertz & Wertz 1977). C'est la logique de « *on ne sait jamais ce qui peut arriver* » et on peut seulement dire que tout est normal qu'en rétrospective. En fait, la médecine a réussi à imposer un « *monopole de la violence symbolique légitime* » i.e. elle s'est imposée par son discours, sa vision de l'accouchement, du corps des femmes et même de la reproduction humaine (Bourdieu). Leur capital symbolique aidant, les médecins ont réussi à créer un nouvel habitus chez les femmes en Occident. Et les médias, fascinés, ont souvent servi de courroie de transmission de ce discours.

Selon Quéniart, il s'est effectué par la suite un premier glissement de la notion de pathologie à celle de « *risque* ». Celle-ci est devenue une véritable idéologie, présente d'ailleurs dans tous les domaines de la vie sociale. L'obsession de la sécurité témoigne de l'épistémè de notre époque (Foucault). Le risque ne résulte pas d'un danger précis, il est plutôt « *un effet de la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables* » (Castel in Quéniart 1988:50). Ainsi, dès le début de la grossesse, on procède au calcul des risques et on place les grossesses par catégories : à bas risque et à haut risque, et maintenant il y a même des risques croissants (Williams Obstetrics 1985). Et c'est plus tard qu'un deuxième glissement s'est effectué avec le déplacement du risque de la grossesse au fœtus lui-même (Quéniart 1988). Car c'est lui maintenant le patient le plus important en obstétrique. Selon Quéniart, l'idéologie du risque témoigne « *... d'un déplacement dans la façon qu'a la médecine de s'ingérer dans la vie des femmes : son emprise n'est plus directement appliquée à la grossesse mais s'adresse au fœtus qui, très tôt, appartient déjà à la société* » (p.56).

Ainsi, on déplace la responsabilité des structures et des pratiques vers les femmes elles-mêmes, les rendant responsables du développement du bébé sans tenir compte du contexte social et environnemental sur lequel elles ont peu d'emprise. Elles sont invitées fortement à modifier leurs habitudes de vie car c'est à elles que revient la responsabilité de produire un enfant en bonne santé. Dans ce paradigme, l'accouchement devient la simple production du bébé. Le ventre ne protège plus, il contient. On a constaté qu'il s'est opéré une scission conceptuelle considérant la mère et l'enfant comme deux personnes différentes, avec des intérêts différents et possiblement même opposés. Il existe maintenant un genre de logique selon laquelle le fœtus, de tout temps considéré comme étant protégé par la mère, est éventuellement considéré comme devant être protégé **de** la mère. Cette perception est non seulement induite par les experts mais elle est éventuellement admise par les femmes elles-mêmes.

Visibilité

Le corps des femmes devient de plus en plus visible pendant la grossesse mais de façon paradoxale, il devient aussi de plus en plus transparent pour en révéler le caché, le mystère : le fœtus. Le « corps médical » est plus important que le corps des femmes. L'œil humain est remplacé par la fibre optique ou les ondes échographiques pour percer à jour le mystère du corps humain. « *C'est ce panoptique du corps qui se profile à l'horizon : voir à l'intérieur du corps, assister en direct au fonctionnement de la machine humaine, visualiser l'inconnu.* » (Brohm 1985:27). L'être humain a peur du noir, de l'ombre ; alors une femme sans ombre permet de contrôler l'angoisse devant l'inconnu caché, et en même temps se donner le droit de vérifier pour soi et pour elle aussi si tout va bien.

Ce droit de regard sur le ventre de la mère (couveuse sous contrôle et « protégée » en même temps que son enfant, infantilisée parfois par des examens médicaux systématiquement prescrits sur la base de critères épidémiologiques standardisés) est au point de jonction des intérêts étatiques (sanitaires, sociaux et économiques) et médicaux (maîtrise et transparence résumant tout le projet scientifique occidental, et depuis plus d'un siècle, s'affirme l'attention des médecins pour la chose sociale). (Gavarini in De Vilaine, Gavarini et Le Coadic, 1986:191).

Le médecin moderne doit rendre le sujet visible et tout noter : c'est ce que Arney appelle le « *monitoring* ». Pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et dans l'intérêt de l'enfant à naître, dans notre société moderne, tout doit être mis au jour (Ellul, 1977) pour pouvoir être appréhendé et apprécié... « *subjects must be separated, individualized, subjected to constant and total visibility, and offered technologies of normalisation to guarantee an optimal experience...* » (Arney 1982:153).

Le médecin regarde le dossier et les résultats des tests, procède à quelques mesures qu'il note au dossier, peut donner des informations, mais la médiation technique omniprésente est souvent l'affirmation que rien de sera entendu qui ne soit objectivement constaté (Clavreul 1978). « *Il s'opère petit à petit un « passage de la présence » du regard et du toucher à un « stockage des données »* » (Quénariat 1988:189). Ainsi le médecin n'a plus à établir une relation concrète avec la personne qui le consulte. Cette constatation permet d'éclairer le sentiment croissant de solitude des gens dans un monde où pourtant, les communications sont généralisées.

Risques du lieu et lieu de risques

Dans les batailles pour parler contre l'accouchement à la maison, la médecine explique que l'accouchement est un événement rempli de risques, que tout peut arriver sans signe avant coureur et qu'il faut donc qu'il se déroule dans un lieu suffisamment équipé pour agir en cas d'urgence : l'hôpital. La maison n'est pas un lieu sécuritaire pour un accouchement ; il y a donc des risques liés à ce lieu d'accouchement, même si cette prise de position n'a jamais été prouvée scientifiquement : l'accouchement à la maison est un choix sécuritaire pour des femmes qui sont en santé et dont la grossesse s'est déroulée normalement.

Mais ce que la médecine ne dit pas en parlant des risques du lieu, c'est que la femme elle-même est considérée de plus en plus comme un **lieu de risque** pour le bébé. Le corps féminin n'est plus considéré comme apportant protection et nourriture à celui qui y séjourne. La médecine est obsédée par la prématurité, les bébés de petit

poids et les arrêts de croissance intra-utérins, justifiant un *monitoring* méticuleux et constant, non seulement des paramètres biomédicaux de la grossesse, mais d'aspects de plus en plus nombreux de la vie des femmes qu'elles doivent modifier « *pour avoir un beau bébé en santé* ». La situation impossible dans laquelle les femmes sont mises, c'est qu'elles ne sont plus représentées et ne se représentent plus elles-mêmes comme espace de sécurité et de protection pour leur bébé. Elles font elles-mêmes partie des risques pour l'enfant, surtout si elles fument, si elles boivent une bière, si elles travaillent trop, si elles prennent trop ou pas assez de poids, etc., dépendamment des normes établies pour l'époque.

La femme est considérée comme responsable de ce qui arrive à son bébé.

... les femmes sont socialisées à une perception d'elles-mêmes comme vulnérables et même possiblement menaçantes pour l'enfant qu'elles portent. Leur rôle en tant que reproductrice consiste à obéir aux normes et à accepter les interventions. Les experts sont pour leur part socialisés à leur légitimité en tant qu'intervenants dans l'accouchement.

(de Konink in Vandelac et al, 1989:281)

La pratique de l'obstétrique est basée sur la peur, ce à quoi les femmes sont très sensibles au nom de leur enfant ; mais sur un fond de risques omniprésents bien que virtuels, il s'est développé plutôt une idéologie sécuritaire. Ainsi la médecine définit ce qui lui apparaît comme sécuritaire, dont elle fait une norme, un genre de **périmètre de sécurité** à l'intérieur duquel il vaut mieux évoluer car en dehors, il y a les risques (qui sont toujours ceux que l'on nomme en prenant soin de laisser dans l'ombre la grande ombre : **la mort**) qui rôdent et qui peuvent apparaître n'importe quand. Dans ce périmètre de sécurité : le médecin gynécologue, l'échographie, de nombreux tests, la science, les normes, le contrôle, le moniteur, la technique, l'hôpital. Un écart dans le trop ou le pas assez des normes nous met en dehors du périmètre, à la merci des risques et de la peur. N'oublions pas que la médecine a développé un savoir sur la faille ontologique de l'humain, son ancrage mortel : le corps. Nous touchons du doigt ici un des éléments les plus profonds et les plus importants et surtout les plus cachés de notre organisation sociale : «... *il est évident que l'ultime vérité de la société occidentale contemporaine, c'est la fuite éperdue devant la mort...* » (Castoriadis 1996:66).

La technique

L'insécurité des femmes prend la forme de l'obsession de la normalité et d'une peur diffuse qui vient à désigner l'indéfini, l'incertain, l'inconnu, même en dehors de tout danger **réel**. Cette peur diffuse et l'obsession de la normalité les rendent perméables à la technologie. Celle-ci est essentiellement la réponse que les médecins donnent aux femmes pour répondre à leurs peurs. Si la technologie peut apporter une réponse à l'insécurité des femmes et même les reconforter elle « *est cependant sans mémoire, sans souvenir et sans projet : elle reste ponctuelle, elle ne peut embrasser la totalité ni la globalité du vécu des femmes...* » (Quénart 1988:198), d'où son caractère éphémère, fugace et partiel.

La technologisation de la vie moderne a été critiquée par plusieurs auteurs (Ellul 1977, Illich 1975) car nous vivons dans un contexte social global où la technique occupe de plus en plus de place dans la vie du domicile ou du travail, et dans ce sens, hommes et femmes sont transis de technique. D'autres auteurs, féministes, ont précisé l'emprise de la technologie et de la science comme maintien du pouvoir mâle dans les vies des femmes et des mères (Corea et al. 1985, de Vilaine et al 1986, Vandelac 1986, Arditti et al. 1984). Pour Tollenaere, la science et la technique ont

tendance à devenir une tumeur menaçant la santé de notre culture. L'effet pervers de la technique, comme l'explique Dufresne, c'est qu'elle « *est l'ennemie de la vie... nous assistons à une formidable entreprise de grignotage de notre humanité* » (L'Agora, 1997:10). Le contrôle par la surveillance est dans tous les espaces et à tous les niveaux. L'effet est répandu : «... *chacun semble vouloir réduire l'ampleur des oscillations de part et d'autre de la ligne droite qui représente la normalité, faisant ainsi de sa vie un encéphalogramme plat.* » (Dufresne, L'Agora 1997, vol. 4, no 3:13).

La technique n'a pas de sens, le sens c'est la technique. Pour les femmes enceintes la technique participe à ce que je veux appeler l'idéologie sécuritaire. Selon cette idéologie : sécurité = médecin = normes = technologie = hôpital. Si la technique est encore présentée comme un simple outil, totalement neutre et objectif, il est clair qu'elle a des effets qu'il est impérieux de nommer car elle ne donne pas seulement du pouvoir, elle a, en quelque sorte, du pouvoir. La technique n'est pas neutre, elle neutralise : la vibration humaine avec le moniteur, le son de l'accouchement avec l'épidurale, la couleur de l'accouchement avec le projecteur, l'odeur de l'accouchement avec le savon antiseptique, le temps de l'accouchement avec le pitocin (médicament pour donner des contractions et accélérer le travail). La technique n'est pas objective, elle objective : les lieux d'accouchement avec les statistiques. La technique ne montre pas les différents niveaux d'expérience, elle nivelle : l'asymétrie homme-femme avec les nouvelles techniques de la reproduction, l'expérience masculine et féminine avec l'épidurale, la Nature avec la culture de l'hôpital, le temps et l'espace avec l'informatique (Virillio).

Dans ce contexte, en utilisant le risque comme grille de surveillance, on médicalise maintenant toutes les naissances car le lien de probabilité utilisé pour calculer les risques est souvent perçu par ceux qui l'utilisent comme un lien de cause à effet. Pourtant, il n'y a que 5 à 10 % des naissances qui posent un problème d'ordre médical (Arms 1975, Rocheleau-Parent 1980). Le paradoxe est que, dans un contexte où la mortalité maternelle et périnatale est au plus bas et qu'il y a de plus en plus d'outils pour contrôler la morbidité, la grossesse soit perçue comme un phénomène de plus en plus risqué (Renaud in Saillant 1987:199). Cette traque du risque finit par nourrir la peur dont elle croyait avoir pour charge de l'effacer. Car la grille de la prévention et du risque ne fait plus voir que les dangers. L'idée n'est plus de détecter l'anormalité mais de déterminer le normal et les déviations quantitatives, justifiant dès lors d'autres mesures de contrôle ou d'action, « *pour être bien sûr que tout va bien* ». Durant les accouchements, il s'est produit un mouvement vers l'élimination de la division entre le normal et l'anormal, ouvrant alors la porte au monitoring de tous les accouchements. Cela permet aux médecins de mettre l'emphase sur l'aspect naturel de l'accouchement tout en gardant le droit d'intervenir.

Le risque ne peut servir à prédire de façon fiable la mortalité ou la morbidité, indices de prédilection de la médecine pour expliquer ses succès (Tew 1990). D'ailleurs, il est déjà critiqué par des épidémiologistes et même des médecins car « *the introduction of risk scoring into clinical practice carries the danger of replacing a potential risk of adverse outcome with the certain risk of dubious treatments and interventions* » (Enkin et al. 1989:30).

Humanisation

Dans notre système de santé québécois, l'**humanisation** a été le concept-clé utilisé pour amorcer de nombreux changements en périnatalité et il continue d'être une locomotive pour les politiques gouvernementales et pour plusieurs groupes de

femmes. Il est utilisé en général dans le sens de laisser la place et la parole aux êtres humains concernés par le processus de la naissance et de leur permettre de faire des choix à l'intérieur d'une pratique obstétricale plus nuancée.

Ainsi depuis les années '80, il s'est créé des chambres de naissance dans la plupart des hôpitaux et bien que très peu utilisées au début, elles le sont couramment aujourd'hui. De plus, les femmes peuvent maintenant faire des plans de naissance et faire respecter un peu plus leurs désirs. De leur côté, les médecins ont essayé et réussi à réduire le nombre d'interventions auprès des femmes.

**Tableau 2. Evolution du taux de quelques interventions obstétricales
Données provinciales (Gouvernement du Québec)**

Intervention	1986-87	91-92	92-93	93-94	94-95
	%	%	%	%	%
Césarienne /100 acc.	19.0	17.4	17.0	16.9	16.7
Anesth. gén. /100 cés.	59.8	41.9	37.4	32.1	27.0
AVAC	5.6	27.4	31.2	33.1	34.6
Episio. /100 acc. vag.	66.9	56.7	52.5	48.0	43.0
Forceps ou vent. /100 acc. vag.	17.8	16.9	16.5	16.0	16.0

Cependant, il faut dire qu'il s'est produit durant les dernières années une transformation de sens d'un terme couramment utilisé en périnatalité et qui était implicite dans les démarches pour l'humanisation : l'accouchement naturel. L'expression **accouchement naturel** signifie normalement un accouchement sans aucune intervention sauf celle de la nature, donc pas de soluté, médicament, épidurale, épisiotomie ou autre. Ce qui se passe en ce moment, c'est qu'il est de plus en plus utilisé pour décrire un accouchement vaginal, en opposition à un accouchement chirurgical : la césarienne. Ainsi, nous voyons des femmes qui ont eu des interventions technologiques diverses (soluté, pitocin, épisiotomie, épidurale) dire qu'elles ont eu un accouchement naturel parce que le bébé est sorti par les voies naturelles.

De plus, si au Québec, il n'y a que 20 % des accouchements vaginaux qui ont été faits sans aucune anesthésie (cf. tableau 1), et cela exclut l'analgésie durant le travail, il est clair en ce moment, malgré un discours qui affirme qu'accoucher c'est normal, que les pratiques indiquent plutôt que les accouchements « naturels » sont rares.

Humaniser vraiment les soins entourant l'accouchement serait donner du pouvoir aux acteurs pour se représenter l'événement de la naissance et se l'approprier. La véritable humanisation de l'accouchement devrait permettre aux personnes qui le vivent, c'est à dire les femmes, de s'approprier leurs propres représentations, leur ordre symbolique et de vivre l'accouchement dans **les espaces** qui font du sens pour elles. Sinon la médecine va simplement continuer à imposer la vision biomédicale de l'accouchement dans les faits même si les discours parlent d'humanisation. Son

biopouvoir va renforcer ses mécanismes d'assujettissement par la normalisation et consolider son pouvoir à l'intérieur d'un ordre technocratique.

Nous comprenons alors pourquoi les médecins ont toujours refusé de collaborer au fonctionnement des maisons de naissance : parce que pour eux, **tout** est à l'hôpital maintenant : la sécurité et l'humanisation. Selon Barel, l'hôpital permet en même temps de « convivialiser le contrôle » et de « contrôler la convivialité ». Alors les accouchements qui se passent à l'extérieur sont présentés comme non sécuritaires surtout parce qu'ils se produisent sans qu'ils les voient, donc en dehors de leur contrôle, surtout quand les sages-femmes elles-mêmes travaillent en dehors de leur champ de vision :

The freedom we do not have is the freedom of remaining unseen... The horror for modern obstetrics is... the unseen birth, the birth that occurs unmonitored and outside the existing system ; such a birth raises a « specter » over obstetrical work, as Dr. Young put it. We enjoy a special kind of freedom today, the freedom to have a fully monitored, well-managed, optimized birth with a guarantee that no specter shall appear to haunt the experience.

(Arney, 1982:241)

Le contrôle

Nous pouvons constater que même avec des modalités d'allure plus tolérantes, l'obstétrique « *vis*e toujours à la conformité sociale » (Dostie, 1988).

Obstetrics is not even confined by traditional notions of pregnancy and childbirth as phenomena which occupy only a delimited part of a woman's life. Every aspect of every woman's life is subject to the obstetrical gaze because every aspect of every individual is potentially pathological.

(Arney 1982:153).

Comme l'explique Foucault, le pouvoir est d'autant plus efficace qu'il parvient à masquer sa mécanique et bien que les discours parlent de prise en charge et d'autonomie, « *le caractère de l'époque, aussi bien au niveau de la vie quotidienne qu'à celui de la culture, n'est pas l'individualisme mais son opposé, le conformisme généralisé et le collage* » (Castoriadis 1995:134). On peut être souple mais il y a des limites. « *We don't believe in taking an added risk in order to satisfy an emotional need* » disait un médecin américain en parlant des centres de naissance. (Payer, 1989:151).

Les besoins émotifs ne pèsent pas très lourd face aux risques. La médecine est essentiellement scientifique et positiviste. Pour Bataille (1973), c'est l'ordre réel qui a préséance sur l'ordre intime car la science tend à éloigner l'homme de lui-même et à réduire la vie entière à l'ordre réel.

Même si l'accouchement peut se vivre maintenant avec une souplesse des règles qui le régissent, il existe quand même un élément fondamental qui n'est pas touché : il y a 99 % des accouchements au Québec qui se passent à l'hôpital, symbole par excellence du pouvoir médical et de l'accouchement comme événement médical. Dans le contexte hospitalier, c'est quand même le personnel (les experts) qui définit le progrès du travail et les événements de l'accouchement car il faut un minimum de surveillance et de contrôle, à cause des risques. L'obstétrique peut s'humaniser mais seulement « *à l'intérieur de l'hôpital* », à l'intérieur de ce qu'elle définit comme normes. Les maisons de naissance sont boycottées par les médecins parce que l'accouchement en dehors de l'hôpital est en dehors des normes. De **leurs** normes.

Les médecins disent que leur pratique s'est humanisée, mais ils offrent en même temps une opposition généralisée et systématique à l'accouchement en dehors des centres hospitaliers, et il va sans dire aux accouchements à la maison. Sous les discours d'humanisation, de plan de naissance et de choix éclairés, on veut viser l'autonomie de la personne mais il ne faut jamais oublier que « *l'épreuve de la liberté est indissociable de l'épreuve de la mortalité.. (car) un être - individu ou société - ne peut pas être autonome s'il n'a pas accepté sa mortalité.* » (Castoriadis 1996:65).

Ainsi, ce qui est en train de se développer au Québec, c'est un système obstétrical souple, avec différentes alternatives, dans lequel les femmes pourront vivre l'expérience de leur accouchement avec l'impression d'être en contrôle, en ayant comme toile de fond la sécurité et l'expertise obstétricale. La femme peut faire des choix, parmi les seuls choix proposés.

There may be no such thing as individual choice in a social structure, not in any absolute way... The question is not whether choices are constructed, but how they are constructed. Society, in its ultimate meaning, may be nothing more and nothing less than the structuring of choices.

(Rothman, 1986:14)

Les médecins ont proposé en janvier 1997 de réactiver la loi médicale pour permettre aux sages-femmes de travailler... dans les hôpitaux. Comme le dit le Dr Nam Schuurmans, présidente de la SOGC (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) :

les sages-femmes ont assurément une place à prendre en obstétrique... Mais comme notre première préoccupation demeure la santé et la sécurité de la mère et de l'enfant, nous ne pouvons être en accord avec les maisons de naissance tenues par des sages-femmes, où il n'y a que peu ou pas du tout de supervision médicale. Nous n'avons pas besoin d'un système parallèle et, de toute façon la société n'en a pas les moyens.

(L'Actualité médicale, 21 août 1996)

L'accouchement devrait demeurer sous contrôle médical avec l'obsession de la sécurité comme trame de fond.

Prise de risque

Le Breton a analysé un phénomène grandissant dans nos sociétés occidentales crispées sur une volonté de sécurité : le phénomène de prise de risque des sports extrêmes où l'individu met à l'épreuve ses limites physiques et ses ressources personnelles de force et de courage. Il affronte alors le « *signifiant maître : la mort* » pour retrouver une intensité renouvelée du fait de vivre. Car les valeurs essentielles à la vie sont « *davantage indicatrices de conduites à tenir que pourvoyeurs de sens* » (Le Breton 1991). Et quand le sens se retire de la relation au monde, il reste l'objectivité des choses, les chiffres, le monde presque brut.

Dans son livre, Le Breton parle d'expériences où l'individu a le sentiment que le monde entre en lui sans l'anéantir, que la chair du monde et celle du corps ne souffrent d'aucune séparation, expériences permettant l'accès à la transcendance. Il parle de la preuve par le corps de l'intensité de l'affrontement au monde, de l'importance de l'épreuve comme découverte intime d'un gisement de sens qui éclaire l'existence sous un jour nouveau. Pourtant toutes ces expériences sont celles de la grossesse et de l'accouchement, sans que personne n'y fasse référence. Dans notre société, la grossesse et l'accouchement sont présentés comme des drames

médicaux ou mythifiés pour leur romantisme doux mais ils ne sont jamais représentés comme des expériences fortes d'affrontement au monde, d'accès à la transcendance et au renouveau de la vie.

2. Le risque dans le monde de l'accouchement à la maison

Après avoir fait un certain survol du système sociosymbolique entourant l'enjeu du risque dans la société québécoise, nous pouvons nous rapprocher et essayer de saisir la « cosmologie » des femmes et des sages-femmes, sans les opposer mais en les mettant en perspective. Il est important de reconnaître que les personnes en cause viennent de cette société, qu'elles sont aussi entourées par la technologie, la médicalisation de la vie et l'idéologie de la sécurité. Leur façon de vivre l'accouchement à la maison dans ce contexte témoigne d'un autre rapport au monde et à la vie cependant.

Notion de risque

Pour les femmes qui accouchent à la maison, comme toutes les autres femmes enceintes d'ailleurs, la question du risque ou des risques est sans doute présente depuis les débuts de la grossesse. Tout le suivi de la grossesse consiste à faire un bilan de l'état de santé de la femme, et à partir de son histoire de famille, son histoire personnelle, puis à évaluer les risques d'une évolution négative possible pour la mère ou le bébé. Il est à noter d'ailleurs que les médecins et les sages-femmes utilisent à peu près les mêmes critères pour évaluer les risques d'une évolution négative possible pour la mère ou le bébé.

Pour les femmes, lorsqu'on pose la question du risque, elles commencent par replacer la grossesse dans son contexte plus global en la définissant comme « *un événement majeur... pas juste médical* », affirmant ainsi que l'aspect biomédical n'était pas prépondérant dans leur vision du phénomène. Ce qui contraste avec la vision et la définition de l'accouchement comme acte médical par la médecine officielle.

Pour les femmes, la notion de risque est importante mais quand la grossesse va bien, pour elles il n'y a pas lieu d'aller à l'hôpital « *sauf quand ça va mal* ». L'hôpital est un lieu qui a son utilité quand c'est nécessaire et les femmes acceptent d'y aller quand il y a une bonne raison. Mais il demeure un lieu de services alors que la maison est un milieu de vie. L'accouchement à la maison ne se fait pas nécessairement « *contre* » l'hôpital comme ce fut plus fréquent dans les années '80 où il n'y avait pas de maison de naissance. Les femmes veulent accoucher chez elles pour plusieurs raisons qui font du sens pour elles mais « *c'est sûr que quand il faut intervenir... y faut... je veux pas courir après une idéologie* ».

En fait, le lieu même semble un facteur de risque pour les femmes : « *moi j'aurais eu peur d'accoucher à l'hôpital, peur que ça se passe mal parce que j'ouvrirais pas* ». Accoucher ce n'est pas seulement avoir un beau bébé en santé, c'est s'ouvrir aussi. A l'hôpital, pour certaines femmes « *j'accoucherais... mais j'ouvrirais pas* ». Ainsi, pour ces femmes, c'est plus risqué d'accoucher à l'hôpital, parce que « *à l'hôpital, il y a beaucoup d'éléments inhibiteurs, il y aurait eu de la censure* », n'aidant pas à la capacité de se laisser aller, nécessaire pour elles à l'accouchement. La peur n'est pas reliée aux risques biomédicaux, elle vient de l'effet d'un milieu institutionnel « *ailleurs... artificiel... déplacé* ». Les conditions entourant l'accouchement, les rituels hospitaliers, même si il y a eu des améliorations en plusieurs endroits, ne sont pas considérées comme aidantes ni sécuritaires par les femmes. « *... les changements de shifts, ça n'a rien à voir avec la réalité d'un accouchement. Les*

infirmières qui sont placées là pendant huit heures, c'est pas ça la sécurité.» L'expérience de l'accouchement comme événement intérieur, intime, s'intègre mal dans un lieu où « *il y a trop de monde* » et où le temps est structuré, mesuré, normalisé. L'hôpital est le lieu de contrôle du temps et de l'espace et la protection offerte aux femmes est liée à la technologie et au contrôle. Mais pour les femmes qui accouchent à la maison « *le contrôle sur mon environnement, ça permet d'être plus sûre* ». A l'hôpital, les femmes ne sentent pas qu'elles sont importantes ni que leurs besoins réels sont validés car il sont soumis à des normes.

Les risques dont tout le monde parle, sont ceux qui font référence au bébé alors que les risques auxquels une femme peut faire référence sont aussi ceux qu'elle prend en allant accoucher en dehors de chez elle.

Elles se retrouvent au service de l'institution et non pas l'inverse. Quand aux autres peurs (que quelque chose n'aille pas bien, que le bébé ait quelque chose...), les femmes les qualifient de « *peurs normales* » montrant qu'elles existent quand même dans leur vie.

Car,

la protection des hommes contre la peur et la terreur n'implique pas la suppression du risque ; elle implique au contraire la présence permanente d'une certaine quantité de risque dans tous les aspects de la vie sociale ; car l'absence de risque affaiblit le courage au point de laisser l'âme, le cas échéant, sans la moindre protection intérieure contre la peur. (Simone Weil in Dufresne, 1985:1112)

La sécurité pour ces femmes, c'est un sentiment relié à une norme intérieure et non pas extérieure. Etre en sécurité et se sentir en sécurité, ce n'est pas la même chose. Ce sentiment s'inscrit dans la trame des représentations reliées à l'accouchement et au domicile comme on l'a vu précédemment. La maison est non seulement un endroit où l'on se sent en sécurité, mais elle permet d'avoir accès à d'autres choses importantes de la vie. Un accouchement n'est pas seulement associé à la satisfaction et au soulagement. «... *ici, ça permet la plénitude de la vie et de la joie...* »

De leur côté les sages-femmes considèrent aussi les risques biomédicaux dans le suivi de la grossesse et c'est généralement ces critères qui sont utilisés pour accepter un accouchement à la maison ou le refuser. Mais pour elles, il est d'abord important de reconnaître comment la Nature fait bien les choses. Ensuite seulement, elles reconnaissent son imperfection et celle de la condition humaine.

Pour les sages-femmes, le risque constitue une façon de voir les choses qu'elles placent parmi d'autres. Mais il n'est pas la réalité. « *Le risque c'est pas la réalité, c'est un calcul mathématique, c'est un calcul statistique. On ne peut pas tout calculer dans la vie. Le calcul, c'est une façon de voir les choses... il y en a d'autres.* »

Les risques ne se calculent pas, ils s'évaluent, ils se soupèsent. Le calcul n'est pas accepté comme la principale façon de tenir compte d'une situation car la réalité, pour les sages-femmes, c'est d'abord une personne ; « *l'essentiel, c'est la vie, c'est les personnes* ». Cette façon d'être en rapport avec les faits et les personnes correspond à une praxis qui se démarque clairement d'un système médical et social positiviste, réducteur, scientifique et technicien.

Ainsi,

La révolution... qui déferle sur nous dans la technique.. est capable de ligoter tellement l'homme, de l'ensorceler, de l'aveugler, de l'éblouir, que le calcul

risque d'être un jour la seule valeur qui reste et l'unique occupation de l'homme.

(Heidegger in Tollenaere, 1967:136).

Pour les femmes et les sages-femmes, c'est à travers une relation, et la création des liens que va se bâtir la confiance et la capacité de mobiliser ses forces. « *ce sont les liens qui créent les forces, pas la technologie* ». Celle-ci semble donc être un outil et non pas une garantie de sécurité. Les sages-femmes mettent en perspective la façon de voir la réalité en comparant leur façon de voir avec celle de la médecine : « *Par rapport à un accouchement, la médecine voit le verre à moitié vide et moi, je vois le verre à moitié plein... mais la réalité est la même.* »

Les sages-femmes considèrent que la sécurité de celle qui accouche à la maison, est à l'intérieur d'elle-même. «*... elle est en lien avec son bas-ventre, avec son enfant et sa capacité de se mettre accroupie, grogner et sortir son bébé* ».

Si l'on s'inscrit d'un point de vue méta-analytique et que l'on comprend la démarche de Deleuze, on peut voir que l'existence même de l'accouchement à la maison constitue en quelque sorte un discours dans la société québécoise.

L'accouchement à la maison, c'est une affirmation du fait que la vie comporte des risques. Ce qu'on fait dans la vie, c'est choisir les risques qu'on a envie de courir et quand on choisit, on choisit aussi le type de responsabilité qu'on a envie de prendre par rapport à ce risque là.

La confiance

Pour les femmes lorsqu'on parle des risques de l'accouchement, elles parlent de confiance « *en soi et dans la vie* ». Cette façon de vivre les réalités de la grossesse et de l'accouchement sont en ligne de sens synchrones avec le récit des sages-femmes qui voient le verre à moitié plein. C'est un regard qui n'exclut pas et qui ne réduit pas l'accouchement à un événement seulement heureux et pas si difficile. Avoir peur de la douleur ou qu'il arrive quelque chose n'empêche pas d'accoucher à la maison. L'accouchement à la maison n'est pas une idéologie, même si l'attitude de certaines sages-femmes a déjà été critiquée comme moralisante, normalisante et rigide (Desjardins 1993, Arney 1982).

La sage-femme parle aussi de la confiance : celle qu'elle a dans la femme mais celle que la femme doit avoir en elle-même et qui ne peut pas se donner ni se trouver dans les livres. Le choix des femmes est un cheminement personnel qui est différent pour chacune et il doit être respecté. La confiance en soi exclut le doute mais pas nécessairement les peurs. J'ai déjà aidé des femmes à la maison qui avaient très peur de la douleur de l'accouchement, mais qui considéraient d'autres valeurs comme importantes à la base de leur choix.

La confiance ne vient pas seulement lorsqu'on contrôle tout mais lorsqu'on se sent prête, comme être prêt pour partir en voyage. L'accouchement à la maison c'est comme un voyage-aventure avec sa part d'inattendu alors que l'accouchement à l'hôpital, avec le moniteur, l'épidurale, le pitocin, etc., c'est comme un voyage organisé, avec des organisateurs qui offrent un voyage « contrôlé ».

La confiance ne serait même pas un mot s'il n'y avait que des choses sûres. On ne peut pas avoir confiance que l'eau soit mouillée par exemple. La confiance ne peut être la négation du risque car elle n'existerait pas sans lui. Elle ne fait que le porter, doucement.

La médecine s'est imposée dans la vie sociale en se proposant comme l'objet de confiance : « *Faites-nous confiance !* ». Elle a proposé de faire confiance aux normes et à la technologie et au contrôle parce qu'en eux résidait la sécurité et que la sécurité c'était de ne pas prendre de risque. L'idéologie de la sécurité propose la tolérance zéro face aux risques. Mieux vaut ne pas prendre de chance, vérifier, accoucher à l'hôpital, avoir un moniteur, etc. Cette « sécurité » est à l'extérieur ; elle peut diminuer la peur mais elle ne renforce pas la personne car elle confirme la faiblesse intérieure. Si la sécurité enlevait la peur, l'hôpital, présenté comme un lieu à sécurité maximum, verrait circuler dans son espace des gens détendus, souriants et confiants car tout est là « *au-cas-où* ». Les femmes qui y viendraient seraient rassurées et pourraient donc accoucher de façon détendue, sachant que tout est là « *au-cas-où* ». Or, il n'en est rien. La tension est omniprésente et les femmes ne sont pas plus rassurées. Selon les sages-femmes, « *pour celle qui accouche à la maison la sécurité, c'est à l'intérieur d'elle, pas à l'extérieur* ».

Enfin, la confiance peut venir aussi d'une perspective : l'espèce humaine connaît un succès évolutif phénoménal. Alors, si le processus de reproduction était à ce point dangereux et mal fait, l'humanité n'en serait pas rendue là où elle est maintenant. Dans un contexte moderne avec des conditions de vie qui donnent une grande longévité, au moment où la mortalité maternelle et infantile est très basse, les femmes de l'an 2000 ont de plus en plus peur et se demandent maintenant si elles vont être capables d'accoucher. En fait, la profession médicale s'est assigné la tâche de définir la constitution physique et mentale des femmes depuis le XIX^e siècle, soutenant sa faiblesse ontologique, due à la présence de l'utérus (Ehrenreich et English, 1982). Et celui qui définit, celui qui nomme, contrôle. Ce qui se passe, c'est que les femmes ont fini par croire ce qu'on a dit d'elles : elles n'étaient pas assez fortes et elles n'étaient pas assez bonnes. Et la médecine, par déformation professionnelle, à force de travailler dans l'hôpital et de se donner comme mission d'éloigner la mort, a fini par perdre confiance, (et je ne suis pas sûre qu'elle l'a déjà eue...), dans les femmes, leur corps et dans l'accouchement.

Le pouvoir

A partir de l'idéologie sécuritaire, la médecine a continué à affirmer son pouvoir sur les femmes enceintes. Il faut reconnaître que ce pouvoir est intimement lié à leur savoir.

Dans les sociétés patriarcales, le pouvoir n'est pas seulement relié au savoir en ce qui concerne l'accouchement, car le savoir relié à la maternité vient d'abord de celles qui en ont eu l'expérience intime, les femmes. Leur savoir se constituait par l'expérience, le partage et la transmission par apprentissage, entre femmes, puisque l'accouchement se vivait dans « le féminin » du monde. Avec la montée du rationalisme, du positivisme, le recul progressif des traditions populaires locales, et surtout à partir du moment où l'expérience clinique est devenue anatomo-clinique grâce aux travaux de Vésale, la médecine a pu se constituer un savoir qu'elle a présenté comme le plus valable parce qu'il venait de la science. Le savoir et le pouvoir des femmes faisaient partie des savoirs de la culture populaire et ont été discrédités par la culture savante qui se basait sur la science (Dumont, 1987).

Dans notre monde que nous appelons post-moderne, il semble que la science n'en soit pas encore rendue à être post-moderne car un mythe reste tenace : ce que montre la science est vrai, absolument vrai et... « *cette vérité est si totale, si fondatrice d'espoir qu'elle en devient tabou, donc fortement chargée de MANA* » (Kieser, 1991:37). En fait, la science n'est pas du tout considérée comme une simple

strate du savoir ; elle est une perspective, une philosophie. Pour Bachelard, la science ne décrit pas le monde, elle en construit un autre qu'elle a construit aux dépens du monde, se référant à elle-même, aux procédés, aux signes et aux valeurs qu'elle a produits. Dans le même sens, Castoriadis (1996) va plus loin quand il parle de la mystification scientifique, plus puissante que jamais :

... et cela, paradoxalement, à un moment où la véritable science est plus que jamais aporétique quant à ses fondements et aux implications de ses résultats... On retrouve dans cette illusion de toute puissance la fuite devant la mort et sa dénégation... je suis peut-être faible et mortel mais la puissance existe quelque part, comme à l'hôpital... les labo de biotechnologie, etc. (p.71)

Les femmes qui accouchent à la maison reconnaissent aux sages-femmes un pouvoir, un « *pouvoir médical* » parce qu'« *elle en sait plus que moi* ». Ce qui est nouveau ici, c'est qu'elles ne sentent pas que ça diminue leur propre pouvoir, celui d'accoucher comme elles le veulent. Ce pouvoir est reconnu par les sages-femmes comme fondamental, en plus de valider le savoir que chaque femme a de son corps et de sa vie, inscrit dans une histoire, un contexte de représentations du monde et un sens de l'ipséité unique. Les sages-femmes n'ont pas seulement confiance dans le processus même de l'accouchement, elles font confiance aux femmes dans leur capacité de porter et de mettre au monde leurs enfants, de faire les choix qui sont les meilleurs pour elles. « *Mon travail c'est de les prendre où elles sont et de les aider à faire des choix réels. Leur choix ne m'appartient pas et ils n'ont pas à le faire pour moi.* »

La grossesse et l'accouchement sont interprétés comme faisant partie du voyage de la vie. Ils sont des occasions de prendre sa place dans ses lieux et son temps, dans la communauté et le monde. La vie et la mort sont un tout et les sages-femmes se rendant perméables à leur présence permettent à la naissance d'être porteuse d'enseignement. « *Les sages-femmes tentent de soulever le voile couvrant le jeu d'opposition vie/mort en permettant symboliquement à la mère de se transcender et à l'enfant de s'affirmer.* » (Tremblay 1983:98). Les sages-femmes ne se placent pas en face des femmes, dans un rapport hiérarchique. Elles sont « *avec elles* », elles voyagent avec elles.

La relation

La relation que les sages-femmes établissent avec la femme enceinte est un élément qu'elles considèrent comme fondamental et qui contribue sans doute au sentiment de confiance et de sécurité que les femmes ont. Cette relation se veut continue et privilégiée. A partir du récit des sages-femmes, j'ai voulu dégager quelques éléments qui caractérisent le rapport des femmes et des sages-femmes.

Premièrement, la sage-femme se place comme « *contenant* » par rapport à la femme. Elle a une fonction de protection dans une attitude de vigilance et de respect. « *I'm holding the space for people to do what they have to do... avec les femmes, je veille à ce qu'elles aient aussi un espace* ». Comme la femme enceinte est un contenant pour l'enfant qu'elle porte, la sage-femme veut tenir et contenir l'espace du processus qui transforme la femme. La sage-femme est alors une enceinte par rapport à la femme.

Deuxièmement, la sage-femme parle d'elle en utilisant l'analogie du jardin et de la terre. Elle est comme une jardinière. Elle peut semer et s'occuper du jardin. Elle croit aux transformations, à celles qui se produisent sous la terre.

Je me vois comme une semeuse... des informations, des idées, des questions des prises de conscience... si la terre est bonne, quelque chose va pousser, mais ce n'est pas moi qui est à l'origine de ça. Je suis là pour reconnaître les compétences des parents avant que ça soit vu, comme une fève qui germe toute seule avant qu'on voit la feuille. En prénatal, on crée l'espace pour que ça puisse s'éveiller. Après, on voit si il y a une feuille ou pas. C'est pas à moi à évaluer comment ça pousse. Je dois voir à ce que toutes les conditions soient là : une relation de confiance, de l'information, de l'espace intime, le non-jugement, un encadrement... je suis là pour l'empowering, c'est la base de ma pratique.

Et comme elle travaille avec le vivant, il y a un élément important à ne pas oublier : « *j'ai un rôle d'amour et de compassion pour chacune* ». Le travail de la sage-femme est une culture biologique, qui respecte les saisons et qui utilise l'écologie du milieu.

Troisièmement, la sage-femme est comme une mère, pas celle qui considère l'autre comme un enfant mais celle qui soutient la confiance. Elle est celle qui est une présence, celle qui accueille, celle qui conduit parfois, et celle qui nourrit : « *je suis là pour nourrir la confiance* ». Elle est aussi quelqu'un qui aide à saisir le sens des événements et qui y croit. Elle devient à ce moment un pôle de conscience, une mère spirituelle, capable de transcender la matérialité et la lourdeur. La grossesse et l'accouchement sont porteuses de transcendance et le processus peut être une véritable expérience spirituelle lorsque la femme arrive à porter les opposés et faire une sorte de synthèse en les dépassant.

Ces quelques considérations nous amènent à constater que dans les différents éléments du rapport entre les femmes et les sages-femmes, se retrouvent tout à fait les archétypes du Féminin et de la Mère. La notion de contenant comme symbole central de l'archétype, la notion de terre, porteuse de transformation « *the highest and most essential mysteries of the Feminine are symbolized by the earth and its transformation* » (Neuman, 1963:51), et finalement le Féminin, la Mère qui contient les opposés. « *... and the world actually lives because it combines earth and heaven, night and day, death and life* » (Neuman, 1963:45). Il apparaît alors que l'accouchement à la maison se situe vraiment dans le « Féminin » du monde car les femmes et les sages-femmes évoluent dans un ordre féminin.. Alors les hommes qui y participent acceptent de vivre ce côté du monde, occasion rare dans un monde patriarcal et masculin. On peut aussi comprendre que la pratique sage-femme, du moins celle des sages-femmes québécoises, est une pratique féministe, certainement pas dans le sens d'une guerre contre le « masculin » mais plutôt comme une **quête** du féminin dans le monde et du monde.

L'enjeu du risque est la base de l'organisation de l'obstétrique au Québec, fait partie du contexte socioculturel québécois et est utilisé dans la pratique même des sages-femmes.

Les femmes ne considèrent pas l'accouchement comme un événement médical, ne considèrent pas le risque comme l'unique grille d'évaluation de la grossesse et de l'accouchement et en même temps ne se situent pas en opposition avec l'hôpital, permettant ainsi un mouvement vers une action médicale lorsque cela devient nécessaire. La sécurité répond à une norme intérieure et non pas à des conditions extérieures. Les femmes ont confiance en elles et dans la vie, elles reconnaissent le

pouvoir des sages-femmes sans renoncer au leur dans la dynamique relationnelle. Finalement, dans une relation privilégiée entre les femmes et les sages-femmes, l'accouchement à la maison témoigne d'une autre vision de la vie et surtout d'un autre rapport au monde.

C'est une sage-femme qui résume ce que l'accouchement à la maison produit de plus fort comme énoncé par rapport au risque dans le contexte socioculturel où nous sommes : « *l'accouchement à la maison c'est l'affirmation du fait que la vie comporte des risques.* »

CONCLUSION

L'analyse émique de l'accouchement à la maison a permis d'élaborer, à partir du paysage de subjectivité des récits des femmes et des sages-femmes, les représentations autour de la maison, de l'accouchement de la douleur et du risque, dressant ainsi une sorte de carte que l'on peut voir.

Ainsi, « la maison en soi n'est pas un lieu comme les autres » (Piché in Saillant, 1988:334). Elle est un lieu d'identité, d'appropriation du temps et de l'espace. Elle a des fonctions de protection, de cohésion, d'ancrage et d'intégration. L'accouchement qui s'y déroule peut donc s'inscrire dans la logique de ses représentations et cela permet à celle qui le vit, d'insérer cet événement dans son histoire, dans la continuité et le tout de la vie, dans une quête de sens et de cohérence.

Et la douleur s'insère dans le tout de l'accouchement et s'y associe comme événement normal de la vie. Elle a non seulement en sens, mais elle en a plusieurs. Pour les femmes, elle est un signe d'humanité, d'effort et d'intensité de l'accouchement tandis que les sages-femmes voient en elle un signe de séparation, de transformation, de passage et lui reconnaissent une valeur initiatique.

Enfin, le risque ne constitue pas l'unique grille d'évaluation du processus de la mise au monde. Les femmes ont confiance en elles et dans la vie. Leur sentiment de sécurité répond à une norme intérieure et la relation avec les sages-femmes s'inscrit dans un pouvoir partagé, à l'intérieur d'un ordre féminin..

L'accouchement à la maison au Québec, bien que peu lourd de son poids quantitatif, a cependant un poids culturel et sociosymbolique **immense**. Si l'analyse sémiologique, à partir des voix du dedans, a permis d'en saisir la cosmologie, le contraste avec la trame de fond culturelle permettra de saisir l'événement comme métalangage, comme discours en actes car « on ne demandera donc pas quel est le sens de l'événement : l'événement, c'est le sens lui-même... il n'est pas ce qui arrive (accident), il est dans ce qui arrive le pur exprimé qui nous fait signe et nous attend » (Deleuze,1969:175).

Ainsi, dans un système sociosymbolique imprégné par la technique et la science, par la médicalisation et la normalisation de la vie, dans un contexte de praxis où 99 % des accouchements se passent à l'hôpital, l'accouchement à la maison est une réappropriation de la symbolique de l'accouchement et l'affirmation que l'accouchement ne se définit pas comme un événement médical.

Dans un système de périnatalité où l'humanisation est maintenant associée à la capacité de choisir, l'accouchement à la maison exprime que l'humanisation est aussi le pouvoir de nommer, de définir et de signifier ce qu'est accoucher, souffrir et vivre le risque. Son accomplissement est un hommage à la liberté, « présent humain à son maximum » (Danek, 1985:167).

Dans une société patriarcale dont le système médical est masculin, l'accouchement à la maison révèle une cosmogonie du « féminin » du monde, par son fond et par sa forme. Les sages-femmes qui évoluent dans cet ordre féminin ont une praxis féministe, vécu comme une quête et non comme une guerre.

Dans un contexte de séparation entre le corps et le sujet, entre l'accouchement et sa douleur, entre la vie et la mort, l'accouchement à la maison affirme que l'accouchement s'inscrit dans la vie comme un système et comme un tout. Il témoigne d'un autre rapport au monde.

Érigée en institution la maternité a été dérobée aux femmes en tant qu'expérience profonde, absolument unique, d'un rapport spirituel, charnel et existentiel à l'autre et à soi en même temps, ainsi qu'à l'existence et à la création.

(St-Jean, 1983:254)

Ainsi, accoucher à la maison s'inscrit dans les efforts pour rassembler une identité personnelle morcelée dans une société morcelante. C'est la réalisation en acte et non seulement en mots d'une recherche de cohérence et de vérité.

Dans un contexte sociosymbolique articulé autour de l'idéologie de la sécurité, qui occulte la mort et dont l'institution médicale accentue la prénance, l'accouchement à la maison est une affirmation que la vie comporte des risques et que les accepter est un grand signe d'humanité. La vie est comme un tout qui contient ce que l'on sépare et que l'on oppose : la vie et la mort, la douleur et le plaisir, le corps et l'esprit...

Dans un contexte où la médecine et la science ont un effet normalisateur et réducteur des conceptions du corps des femmes, du sens de l'accouchement et de la maternité, l'accouchement à la maison témoigne de la richesse des représentations autour de la naissance, confirme que la science n'est qu'une strate du savoir et que les femmes pensent autrement.

L'accouchement à la maison est l'expression d'un autre univers de référence et d'un autre rapport au monde. La mise au monde est perçue comme une occasion de croissance, de prise en main de sa vie et d'accès à la transcendance. Les femmes qui accouchent ainsi que les sages-femmes sentent qu'elles font partie du grand mouvement de la vie et elles veulent être à son écoute car « quand tu accouches c'est la vie qui prend sa forme la plus éloquente ! ».

La réalité de l'accouchement à la maison constitue donc une voix forte dans la culture québécoise de la naissance, sans doute prête à évoluer mais enfermée en même temps dans un contexte sociosymbolique dont la cohérence monolithique n'accepte pas facilement l'effet bouleversant d'une telle réalité. C'est que l'accouchement à la maison parle d'un moment fondateur de l'existence humaine : la naissance. C'est un fait qui ne laisse aucun groupe humain indifférent.

L'analyse anthropologique des voix du dedans éclaire sans aucun doute la réalité de l'accouchement à la maison mais elle contribue surtout à comprendre le sens de l'effet troublant de sa présence dans notre culture car « le plus profond, c'est la peau » (Paul Valéry in Deleuze, 1969:20).

EPILOGUE

Durant les derniers jours où je me penchais sur les éléments de la conclusion de ce mémoire, j'ai reçu par la poste un véritable cadeau de la vie. Une copie d'un document d'archives de la paroisse Sainte-Famille, la plus ancienne paroisse de la ville de Boucherville où je demeure.

Je veux prendre la peine d'en écrire le texte dont je laisse la copie de l'original en annexe.

Acte de serment de fidélité qu'a fait en ma présence Catherine Guertin sage-femme.

Aujourd'hui le douzième jour du mois de février de l'année mil sept cent treize, Catherine Guertin, femme de Denis Vérono de cette paroisse, âgée d'environ quarante six ans, a été élue dans l'assemblée des femmes de cette paroisse à la pluralité des suffrages, pour exercer l'office de sage-femme, et a fait serment entre mes mains, conformément à l'ordonnance de Monseigneur l'évêque de Québec,

en foi de quoi j'ai signé ce 12 février 1713.

C. Dauzat ptre

Ce présent constitue à mes yeux un lien qui s'est créé entre le sujet de mon mémoire et une mémoire collective oubliée : celle d'un temps et d'un espace où il existait une complicité de femmes autour de la naissance.

BIBLIOGRAPHIE

- Arditti Rita, Dvelli Klein, Renate & Minden Shelly (dir), **Test-tube women : What Future for Motherhood ?**, Pandora Press, Boston, 1984.
- Arms Suzanne, **Immaculate Deception II**, Celestial Arts, Berkely CA, 1994.
- Arney William Ray, **Power and the profession of obstetrics**, U. of Chicago Press, Chicago, 1982.
- Augé Marc, **Non-Lieux, Introduction à une anthropologie de la surmodernité**, Seuil, Paris, 1992.
- Bachelard Gaston, **La poétique de l'espace**, PUF, Paris, 1957.
- Bataille Georges, **Théorie de la religion**, Gallimard, Paris, 1973.
- Bateson Gregory, **La nature et la pensée**, Seuil, Paris, 1984.
- Bibeau Gilles, Perreault Marc, **Dérives montréalaises**, Boréal, Québec, 1995.
- Blais Marie-Josée, **Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960**, mémoire de maîtrise en histoire, Udm, 1995.
- Bourdieu Pierre, **Le sens pratique**, Les Editions de Minuit, Paris, 1980.
- Bourdieu Pierre, **Homo academicus**, Les Editions de Minuit, Paris, 1984.
- Brabant Isabelle, *Ne touchez pas à ma douleur !*, in **Revue L'une à l'autre**, vol. 4, no 1, hiver 1987, p.9-16.
- Brabant Isabelle, **Pour une naissance heureuse**, Saint - Martin, Montréal, 1991.
- Brohm Jean-Marie, *Le corps : un paradigme de la modernité ?*, in **Actions et recherches sociales**, « Corps et modernité », no 1 (nouvelle série vol. 18), mars 1985, p.15-38.
- Caillois Roger, **L'homme et le sacré**, Gallimard, Paris, 1950.
- Castoriadis Cornelius, **La montée de l'insignifiance**, Seuil, Paris, 1996.
- Clavreul Jean, **L'ordre médical**, Seuil, Paris, 1978.
- Cohen Nancy Wainer, Estner Lois, **Silent Knife : Cesarean Prevention and Vaginal Birth After Cesarean**, Bergin & Garvey, South Hadley, Mass. 1983.
- Cohen Nancy Wainer, **Open season**, Bergin & Garvey, New York, 1991.
- Corea Gena, **The hidden malpractice**, William Morrow, New York, 1977.
- Corea Gena, **The mother machine. Reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs**, Harper and Row, New York, 1985.
- Danek Jaromir, **Étoiles et horizon du domicile**, Les Presses de l'Université, Laval, 1985.
- Davis-Floyd Robbie E., **Birth as an american rite of passage**, Berkeley CA, University of California Press, 1992.
- Deleuze Gilles, **Logique du sens**, Minuit, Paris, 1969.
- Desjardins Sergine, **Médecins et sages-femmes**, Québec / Amérique, Montréal, 1993.
- De Tollenaere M., **Le corps et le monde**, Bellarmin, Montréal, 1967.
- De Vilaine Anne-Marie, Gavarini Laurence, Le Coadic Michèle, **Maternité en mouvement**, Presses Universitaires de Grenoble et Editions Saint-Martin, Montréal, 1986.
- Dostie Michel, **Les corps investis**, Saint-Martin, Montréal, 1988.
- Dreyfus Jacques, **La société du confort : quel enjeu, quelles illusions ?**, L'Harmattan, Paris, 1990.
- Dufresne Jacques, Dumont Fernand, Martin Yves (dir.), **Traité d'anthropologie médicale**, P.U. du Québec, Montréal, 1985.
- Dufresne Jacques, *Vivre et être humain, malgré la technique*, **L'Agora**, vol.4 no.3, p.10, 1997.
- Dumont Fernand, **Le sort de la culture**, L'Hexagone, Montréal, 1987.
- Dunham Carroll & al., **Mamatoto : a celebration of birth**, Virago, London, 1991.

- Eakins Pamela S., **The American way of birth**, Pamela S. Eakins, Temple University Press, Philadelphia, 1986.
- Ehrenreich Barbara et English Deirdre, **Des experts et des femmes**, Remue-ménage, Québec, 1982.
- Eliade Mircea, **Initiation, rites, sociétés secrètes**, Gallimard, Paris, 1959.
- Ellul Jacques, **Le système technicien**, PUF, Paris, 1977.
- Enkin Murray & al., **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**, Oxford University Press, Oxford, 1989.
- Foucault Michel, **Naissance de la clinique**, P.U.F., Paris, 1963.
- Foucault Michel, **Surveiller et punir**, Gallimard, Paris, 1975
- Foucault Michel, **Power/Knowledge**, The Harvester Press, Brighton, 1980.
- Gaskin Ina May, **Spiritual Midwifery**, The Book Publishing Company, USA, 1977
- Gil José, **Métamorphoses du corps**, La différence, Paris, 1985.
- Girard René, **La violence et le sacré**, Grasset, Paris, 1972.
- Goldsmith Judith, **Childbirth wisdom**, EastWest Health, Brookline Mass, 1990.
- Gouvernement du Québec, *Rapport d'investigation du Coroner, # A-72757*, 1992.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et de Services sociaux, *Service : développement d'indicateurs, Périnatalité, 1986 à 1995*.
- Guattari Félix, **Chaosmose**, Galilée, Paris, 1992.
- Guérard Francis, **Histoire de la santé au Québec**, Boréal, Montréal, 1996.
- Hainard Jacques, **Le Mal et la douleur**, textes réunis et édités par Jacques Hainard et Roland Kaehr, Musée d'ethnographie, Neuchâtel, 1986.
- Haire B. Doris, **The cultural warping of childbirth**, ICEA report, USA, 1971.
- Hall Edward T., **La danse de la vie**, Seuil, Paris, 1984.
- Humbert Nago, **La douleur : un cri du corps et de l'âme**, Victor Attinger, Neuchâtel, 1989.
- Illich Ivan, **Némésis médicale**, Seuil, coll. « Techno-critique », Paris 1975.
- Jordan Brigitte, **Birth in four cultures**, Waveland Press inc., Prospect Heights (Illinois), 1993.
- Katz Rothman Barbara, **In labor : Woman and Power in the Birthplace**, W.W Norton & Co, New York, 1982.
- Katz Rothman Barbara, **Recreating motherhood : ideology and technology in patriarchal society**, W.W Norton Company, New York, 1989.
- Keiser Alain, **La naissance accompagnée**, Lierre et Coudries, Paris, 1991.
- Kitzinger Sheila, **Women as mothers**, Random House, New York, 1978.
- Kitzinger Sheila, **Being born**, Grosset & Dunlap, New York, 1986.
- Laforce Hélène, **Histoire de la sage-femme dans la région de Québec**, Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture, 1983.
- Lang Raven, **Birth book**, Genesis Press, Felton, California, 1972
- Leboyer Frédérick, Entrée dans une autre dimension, **CoEvolution**, No 12, printemps 1983.
- Le Breton David (1990), **Anthropologie du corps et modernité**, PUF, Paris, 1990.
- Le Breton David (1991), **Passions du risque**, Le Metailié, Paris, 1991.
- Le Breton David (1995), **Anthropologie de la douleur**, Le Metailié, Paris, 1995.
- Limburg Astrid & Smulders Batrijs, **Women giving birth**, Celestial Arts, Berkeley, California, 1992.
- Martin Emily, **The woman in the body**, Beacon Press, Boston, 1989.
- Michaelson Karen, **Childbirth in America : anthropological perspectives**, Bergin & Growey, South Hadley, Mass, 1988.
- Morin F.Edmonde, **La rouge différence ou les rythmes de la femme**, Paris, Seuil, 1982.

- Neumann Erich, **The Great Mother, an Analysis of the Archetype**, Princeton University Press, Princeton, 1972.
- Oakley Ann, **The Captured Womb**, Basil Blackwelle, New York, 1984.
- O'Connor Marie, **Birth Tides**, Harper Collins Publishers, San Francisco, 1995.
- Odent Michel, **Genèse de l'homme écologique**, Épi, Paris, 1981.
- Odent Michel, **Votre bébé est le plus beau des mammifères**, Albin Michel, Paris, 1990.
- Quéniart Anne, **Le corps paradoxal**, Saint-Martin, Montréal, 1988.
- Payer Lynn, **Medecine and Culture : Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France**, Penguin Books, New York, 1989.
- Pritchard Jack A. and Mc Donald Paul C., **Williams Obstetrics**, Appleton-Century-Crafts, New York, 1985.
- Rabuzzi Kathryn Allen, **Mother with Child : Transformation through childbirth**, Indiana University Press, Indianapolis, 1993.
- Revault d'Allones Claude, **Le mal joli**, 10/18, Paris, 1976.
- Rich Adrienne, **Of Woman Born**, W.W Norton & Co, New York, 1976.
- Rocheleau-Parent Lucille et Coquatrix Nicole, « *Accoucher ou se faire accoucher* », in **Dossier d'information de l'Association pour la santé publique du Québec**, Editeur officiel du Québec, Montréal, 1981.
- Romalis Shelly, **Childbirth : Alternatives to Medical Control**, University of Texas, 1981.
- Saillant Francine et O'Neil Michel, **Accoucher autrement**, Saint-Martin, Montréal, 1987.
- Saillant Francine & al. **Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise**, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, 1986.
- Scully Diane, **Men who control Women's Health**, Routledge & Kegan Paul, Boston, 1980.
- St-Jean Armande, **Pour en finir avec le patriarcat**, Primeur-opinions, Montréal, 1983.
- Tew Marjorie, **Safer Childbirth ? A Critical History of Maternity**, Chapman & Hall, London, 1990.
- Tortora Gérard, **Principes d'anatomie et de physiologie**, CEC, Montréal, 1988.
- Tremblay Johanne, **Un savoir de sage-femme**, mémoire de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal, 1983.
- Turenne Martine, *Les médecins interviennent-ils assez ?* **Châtelaine**, avril 1995, p.79-85.
- Vandelac Louise et al., **Actes de la Section d'Études Féministes du congrès de l'ACFAS 1989**, UQUAM, 1990.
- Villedieu Yanick, *La fin de la douleur*, **L'Actualité**, août 1996, p.16-26.
- Watts Alan, **Matière à réflexion**, Denoël/Gonthier, Paris, 1972.
- Zborowsky Marle, **People in pain**, Jossey-Bassine, San-Francisco, 1969.