

Université de Montréal

**« Être là »: étude du phénomène
de la pratique sage-femme au Québec
dans les années 1970-1980**

par
Céline Lemay

Programme en Sciences Humaines Appliquées
Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Sciences Humaines Appliquées

mai 2007

©Céline Lemay, 2007

AC

20

U54

2007

V.011

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**« Être là »: étude du phénomène
de la pratique sage-femme au Québec
dans les années 1970-1980 :**

présentée par :
Céline Lemay



a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Andrée Bertrand, président-rapporteur
Maria De Koninck, directrice, Université Laval
Gilles Bibeau, co-directeur, Université de Montréal
Lourdes Rodriguez, membre du jury, Université de Montréal
Cynthia Martiny, examinatrice externe, Université du Québec à Montréal
[Taper le nom] , représentant du doyen de la FES

Résumé

Bien qu'ayant un statut légal depuis 1999, un constat récurrent est celui de l'incompréhension concernant la pratique sage-femme au Québec. La période des années 1980, celle de l'émergence de « nouvelles » sages-femmes, fut choisie pour aider à comprendre ce que signifie que de pratiquer comme sage-femme.

Pour explorer le monde des sages-femmes, une étude qualitative fut entreprise en utilisant la phénoménologie herméneutique de Heidegger et celle de Ricoeur comme approche philosophique, ainsi que la méthodologie de van Manen. Les données furent recueillies au moyen d'entrevues semi dirigées auprès de quinze sages-femmes ayant exercé au Québec avant la légalisation de la pratique. L'analyse de leur expérience vécue fut réalisée par l'écriture et la ré-écriture.

Les thèmes révélés par l'analyse sont comme des clairières qui permettent de « voir » les structures de sens de l'expérience vécue des sages-femmes. Voici les principaux thèmes qui furent dégagés: être appelée, être là pour l'accueil de l'enfant, être là pour chacune, aider en sachant ne rien faire, s'intégrer dans la vie de la maison, prendre le temps, prendre soin, être inscrite dans la famille, être en démarche, apprendre et comprendre ensemble, développer la complicité, pratiquer comme façon de vivre et bâtir une présence sage-femme au Québec. Le thème qui fut révélateur fut celui de « tenir l'espace », où les sages-femmes étaient « gardiennes des possibles », « gardiennes du mystère », « gardiennes du passage ». Finalement, nous pouvons comprendre que la structure essentielle de l'expérience de la pratique sage-femme : « être là ».

La phénoménologie herméneutique n'a pas la prétention de vouloir générer des théories, elle est essentiellement une philosophie pratique. Les connaissances mises de l'avant par cette recherche méritent que les sages-femmes actuelles et futures s'approprient du sens qui fut dégagé par elle, ce qui ne peut se faire sans tenir compte du contexte dans lequel les sages-femmes évoluent.

Dans un contexte de domination de la biomédecine, de la technoscience et de pratiques professionnelles basées sur des données probantes, cette recherche constitue une véritable invitation aux sages-femmes à continuer à « être en démarche ». Deux possibilités leur sont proposées pour garder un sens à leur pratique : premièrement il y a la *maïeutique*, démarche dialogique pour apprendre et comprendre ensemble. Deuxièmement, il y a une façon d'agir, la *phronesis* ou une sagesse pratique, à toute sa place. La *phronesis* est une prudence particulière qui implique une certaine délibération lorsqu'il faut chercher ce qu'il y a de mieux à faire pour une personne. La *phronesis* est capable de discernement et de médiation entre l'universel et le particulier. Il a été constaté, enfin, tout le potentiel émancipateur de ces « possibles ».

Mots-clés : Sage-femme, pratique, histoire, phénoménologie, herméneutique, accouchement, maternité, Québec, professionnalisation.

Abstract

This study explores the meaning of the phenomenon of midwifery practice in Québec. After legalization of midwifery in 1999, it was acknowledged that the midwifery practice was, in spite of available information, misunderstood. There was a need to explore the world of midwives to reveal its meanings and to understand what it is like to practice midwifery. The question that was asked was: How can we understand midwifery practice from the lived experience of midwives who were practicing before legalization in Quebec? A qualitative approach was chosen to fully answer the research question. Heidegger's hermeneutical phenomenology and Ricoeur's philosophy as well as the methodology of M. van Manen were used to explore the internal meaning structures within the world of midwives. The lived experience of 15 midwives, who practiced before the 1999 legalization of midwifery in Quebec, was collected through in-depth semi-structured interviews. The analysis was done through writing and re-writing.

Themes were like "clearings" so as to "see" the structures of meaning underlying the lived experience of practicing midwives. Some of the themes that were discovered were: being called, being there for each woman, taking time... and space, being there to welcome the newborn, knowing how to help by doing nothing, "be ready", learning and understanding together, develop complicity and building a midwife presence in Québec. A very important theme was: "holding the space", meaning that being a midwife is "being a guardian of the possibilities", "being a guardian of the mystery", and "being a guardian of the passage". Finally, the essential structure of the experience of midwifery practice was: "being there".

Hermeneutic does not pretend to generate theories but it is essentially a practical philosophy where knowledge is given a direction. In a context dominated by medical, technoscientific and evidence based practice, the findings of this study

were considered as an invitation to explore new possibilities for midwives. First, we will talk of *maieutic*, a dialogic approach to knowledge and understanding, will be discussed and then, *phronesis* or practical wisdom, hermeneutical enterprise which is a way to mediate between the universal and the particular, will be discussed. It involves deliberation and decision in relation to a singular situation, leading to ethical choices. In the conclusion, all the potential for emancipation for midwives will be presented.

Keywords: Midwifery, phenomenology, hermeneutic, practice, Quebec, childbirth, birth, maternity care, history, professionalization.

*A mon père, Guy Lemay
et à ma mère, Pauline Bonin*

Pour la danse du corps, du cœur, de la tête et de l'âme.

Remerciements

Je voudrais remercier les personnes qui ont été là pour moi et avec moi, tout au long de ce travail et surtout de ma démarche.

Maria De Koninck, ma directrice, qui a accepté de me guider et surtout de me soutenir dans une période où le ciel n'était pas clair. Tout en considérant sa rigueur, sa présence attentive et sa confiance dans les processus m'ont révélé un « être » sage-femme.

Gilles Bibeau, mon co-directeur, pour sa volonté à m'aider à relancer ma démarche doctorale. Son écoute et surtout son immense bienveillance furent des plus précieuses.

Mes enfants, qui ont changé ma vie et mon rapport au monde.

Émilie, pour les échanges sur l'incertitude, et la certitude de sa présence.

David, pour son totem, carcajou, i.e. celui qui ne lâche jamais.

Sara, celle qui crée son chemin tout en plaçant sa vie dans le cœur de Dieu.

Pour les rires, le dialogue, les réflexions, la confiance dans le chemin que je parcourais, bref, pour leur tendresse: Christiane Léonard, Catherine Chouinard, Catherine Gerbelli, Emmanuelle Hébert.

Loulou, mon amie, parce qu'elle est *mon* amie.

Surtout à « mon » Pierre, pour les mille et une façons de me soutenir et de m'aimer au quotidien : les cafés, les échanges sur l'herméneutique, la relecture et les feedback....

Présence et patience.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	ix
Prélude.....	12
Introduction	15
Chapitre 1. Pour - quoi? L'intérêt et la question	18
1.1 Intérêt pour le phénomène : Contexte sociohistorique.....	18
Repères éloignés.....	18
Repères récents.....	20
1.2 Intention et question	28
1.3 Présupposés et expérience personnelle.....	34
Chapitre 2. Tour d'horizon.....	38
2.1 Deux modèles de pratique autour de la santé et de la maternité	38
2.2 Questions de savoir	44
2.3 Questions de pouvoir.....	53
2.4 Des limites idéologiques	66
2.5 Questions de regard: le corps féminin et maternel.....	71
En somme.....	76
Chapitre 3. Outils méthodologiques et chemins empruntés	78
3.1 La phénoménologie	78
3.11 Contribution de Heidegger	82
3.12 Contribution de Ricoeur.....	86
3.2 Féminisme et phénoménologie : peuvent-ils aller ensemble?.....	91
3.21 Deux perspectives transdisciplinaires	91
3.22 Contrastes et critiques	92
3.23 Caractères communs	94

3.24 Des liens à proposer	94
3.3 Conduite de la recherche : méthodologie.....	95
3.31 Se tourner vers un phénomène qui nous intéresse sérieusement.....	96
3.32 Examiner l'expérience comme nous la vivons plutôt que comme nous la conceptualisons	99
3.33 Réfléchir sur les thèmes essentiels qui caractérisent le phénomène	105
3.34 Décrire le phénomène par l'art d'écrire et de réécrire.....	107
3.35 Maintenir une relation pédagogique forte et orientée par rapport au phénomène	108
3.36 Équilibrer le contexte de la recherche en considérant les parties et le tout.	109
Chapitre 4. Clairières.....	113
4.1 Être appelée	113
4.11 Mettre au monde un enfant.....	115
4.12 Être demandée pour aider à un accouchement	117
4.13 Être confirmée	119
4.14 Répondre à l'appel.....	121
4.2 Être là pour l'accueil de l'enfant	123
4.3 Être là pour chacune	128
4.31 Prendre le temps... et l'espace.....	129
4.32 Prendre soin.....	137
4.33 Aider en sachant ne rien faire.....	141
4.34 Être inscrite dans la famille.....	145
4.35 S'intégrer dans la vie de la maison	151
4.4 «Tenir l'espace».....	155
4.41 Être gardienne des possibles.....	157
4.42 Être gardienne du mystère.....	163
4.43 Être gardienne du passage	166
4.5 Être en démarche	169

4.51 « Sois prête ».....	170
4.52 Apprendre et comprendre ensemble.....	173
4.53 Développer la complicité	186
4.6 Pratiquer comme une façon de vivre.....	194
4.61 Partir la nuit.....	194
4.62 Travailler chez soi	196
4.63 En communauté.....	198
4.64 Nos enfants.....	199
4.65 Faire vivre le poids de l'illégalité à sa famille.	201
4.7 Bâtir une présence sage-femme.....	203
4.71 Se regrouper	203
4.72 Se structurer.....	205
4.73 Être visible.....	208
4.8 Structure essentielle de l'expérience : « Être là »	211
Chapitre 5. Compléter le cercle: limites, application et possibilités	215
5.1 Limites.....	215
5.2 Le temps de l'appropriation	216
Le temps de la continuité.....	218
5.3 Des « possibles » pour les sages-femmes.....	220
5.31 Contexte	220
5.32 Continuer à « être en démarche ».....	224
Conclusion.....	239
Annexe I Histoire des sages-femmes: originalité du Québec.....	I
Annexe II Histoire récente des sages-femmes du Québec	II
Annexe III Formulaire de consentement à la recherche.....	VI
Bibliographie.....	VII

Prélude

Porter et mettre au monde un enfant change une vie mais je n'avais jamais pensé que pratiquer comme sage-femme allait aussi le faire. Il y a un début, il y a un chemin... et puis, il y a toujours le chemin. J'ai longtemps dit que je n'avais pas décidé d'être sage-femme mais que j'avais plutôt accepté de le devenir.

En prenant le chemin qui me tenait au cœur de la naissance, je côtoyais des femmes et des hommes bouleversés à divers degrés par la venue d'un enfant. J'avais aussi le privilège d'« être là », au moment de la naissance. Puissance et fragilité. La pratique m'amenait à cheminer dans l'univers de la naissance, non pas uniquement celui de l'arrivée d'un enfant, mais celui de « ce qui est naissant ». J'étais au cœur de processus de transformations autant physiques que psychiques ou spirituelles.

Je prenais conscience, que ce soit de façon progressive ou fulgurante, de la diversité de l'expérience de la maternité, de son absolue singularité, de l'immensité des « possibles » qu'elle porte, de même que de sa profondeur abyssale. Ce qui était en présence dépassait infiniment ce qui était visible.

Mon désir de comprendre et de faire du sens m'amenait aussi à parcourir des ouvrages éclectiques, allant de maîtres spirituels à la science biomédicale, de la poésie aux sciences humaines et sociales.

Petit à petit, la volonté de trouver des mots sur l'expérience fabuleuse d'« être là » au cœur de la naissance, s'est précisée. Mon intérêt pour « l'autre » m'a amenée à suivre le parcours de l'anthropologie et m'a fait passer autant par les Pays Bas que par l'Afrique. Comment s'articule la culture de la naissance « ailleurs » et à d'autres époques? Que peut signifier le phénomène de l'accouchement à la maison dans notre culture de la naissance ?

J'ai récemment retrouvé un texte que j'avais écrit il y a une vingtaine d'années. En tant que sage-femme, j'étais complètement immergée dans l'univers de la naissance. Je cherchais les mots pour en exprimer le sens à partir de ce que j'avais vécu avec les femmes. J'avais pris la voix de la poésie pour exprimer comment

j'habitais ce « monde ». Vie et mort, puissance et fragilité, passage et incertitude, mystère et merveille, l'infini dans le fini. Voici ce texte.

Naissance

descente lente
bataille de taille
tunnel cruel
terreur d'une heure
rage sans partage
puissance impuissante
mort sans accord
blessure qui dure
souffrance d'espérance
efforts en accord
ouverture sans mesure
séparation après fusion
nuit qui finit
victoire sur le noir
aube de l'autre
cri de vie
pleurs de peur
regards sans égards
gestes indigestes
beauté négligée
folie du bruit
corps à corps
douceur de la chaleur
tendresse sans presse
beauté de la clarté
moment monument
écoute sans doute
silence par conscience
sourire à vivre
musique unique
espace de grâce

Vingt ans plus tard, la légalisation de la pratique sage-femme lui donne le statut de profession dans le système de santé québécois. Est venu le temps de transmettre les savoirs, de faire sa place dans un système de santé, et de relever le défi du développement de la profession.

Vingt ans plus tard, j'ai toujours ce désir de comprendre l'univers de la naissance et celui des sages-femmes. Je me situe donc dans la continuité et dans la cohérence. Cette recherche de sens, je la continue ici avec des outils transdisciplinaires, dans le cadre d'une démarche doctorale, ajoutant la raison et la réflexion au cœur et à l'intuition.

Introduction

Bien qu'une recherche a comme but d'arriver à un résultat, il faut convenir que ce n'est pas seulement lui qui compte. Dans une démarche scientifique le processus est aussi important que le résultat. Il s'agira donc ici non seulement de tenter d'apporter les résultats d'un cheminement guidé par un besoin, un manque, un intérêt, ou une question, mais de marquer chacun des pas sur ce chemin.

Nous avons organisé la présente thèse en cinq chapitres, chacun développant une partie essentielle de notre démarche.

Le premier chapitre vise d'abord à cerner l'objet de la recherche. Considérant le contexte sociohistorique éloigné puis le contexte récent de la pratique des sages-femmes au Québec nous pouvons esquisser son évolution : présence, originalité, intégration, élimination et ré-émergence. Les mouvements sociaux des années 1970-1980 ainsi que la notion de professionnalisation sont regardés plus particulièrement. L'intention de cette recherche en est une de compréhension. Parce que cela manque et qu'une partie des racines de la profession de sage-femme des années 2000 s'y trouve, nous voulons explorer l'univers de la pratique sage-femme qui s'est développée au Québec dans les années 1970-1980. L'expérience vécue de celles qui ont pratiqué durant cette période est donc ce qui sera étudié. Toute cette démarche ne sera pas complète sans que l'auteure puisse se situer comme chercheuse.

Le deuxième chapitre consiste en un tour d'horizon des écrits sur les sages-femmes et les sujets qui les touchent: la santé et la maternité. D'abord, le modèle médical et le modèle sage-femme sont esquissés. Ensuite, les concepts de savoir et de pouvoir servent de pistes et de structure pour saisir les enjeux de la pratique sage-femme dans la configuration de la maternité et de la santé. Le savoir biomédical, son épistémologie et ses implications dans la pratique obstétricale sont regardés dans une perspective transdisciplinaire. Nous voyons ensuite la constitution du savoir de

sage-femme ainsi que leurs rapports avec le savoir biomédical. Le concept de pouvoir, celui de l'institution médicale, celui des sages-femmes et celui des femmes, permettent aussi de saisir la configuration de la santé et de la maternité, de même que plusieurs les enjeux pour les sages-femmes et les femmes. Puis les concepts de Nature, de choix et de risque sont examinés dans leur contenus idéologiques car ils peuvent limiter l'action des sages-femmes auprès des femmes. L'enjeux majeur qui ressort finalement est celui du regard sur le corps féminin et maternel.

C'est au cours du troisième chapitre que sont élaborés les choix quant aux outils méthodologiques choisis pour répondre à notre question de recherche. Une étude qualitative, orientée par la phénoménologie et l'herméneutique de Heidegger et de Ricoeur sont nos guides d'exploration tandis que la méthode proposée par van Manen (1997) pour étudier l'expérience vécue est utilisée pour structurer notre démarche de recherche. Les données sont recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées auprès d'un groupe de quinze sages-femmes qui ont exercé comme sage-femme dans les années 1970-1980. Les données ainsi générées sont analysées par l'écriture et la ré-écriture.

Le quatrième chapitre est une immersion et une exploration de l'univers de ces sages-femmes qui ont exercé avant les démarches gouvernementales menant à la légalisation de la profession au Québec. En parcourant leur univers, chaque thème devient une « clairière » qui nous permet de « voir » le sens du phénomène. Nous pouvons ainsi mieux le comprendre. Chacun des thèmes est considéré par rapport à l'ensemble et l'ensemble est regardé par rapport aux thèmes. La démarche d'analyse se complète en découvrant la structure essentielle du phénomène.

Le dernier chapitre sert à compléter le cercle. Les limites de la recherche sont regardées et nous parlons du temps de l'appropriation plutôt que de celui de l'application. Des « possibles » sont proposés aux sages-femmes, compte tenu du contexte culturel et professionnel des années 2000. Pour continuer à être en

démarche, nous parlons de maïeutique et de *phronesis*, ou sagesse pratique. Finalement, nous évoquons leur potentiel émancipateur pour les sages-femmes.

Chapitre 1. Pour - quoi? L'intérêt et la question

La recherche que nous voulons entreprendre est essentiellement liée à notre intérêt pour la pratique sage-femme au Québec. Une partie significative de toute recherche est de bien camper ses « pourquoi » et son « quoi » avant d'entreprendre le « comment ». Le présent chapitre traitera d'abord du contexte sociohistorique de la pratique sage-femme au Québec. Il s'agira ensuite de cerner l'intention et la question de la recherche avant de nous situer comme chercheuse.

1.1 Intérêt pour le phénomène : Contexte sociohistorique

Légalisée depuis 1999, la profession de sage-femme semble « revenir » dans le paysage socioculturel du Québec. Bien que pratiquement invisibles pendant plusieurs décennies, il est nécessaire de rappeler ici que les sages-femmes ont été présentes sur le territoire québécois depuis les débuts de la colonie. Des repères sociohistoriques éloignés nous permettront d'esquisser les processus de développement puis d'élimination de leur présence sociale. D'autres repères plus récents nous permettront ensuite de situer le contexte de leur re-émergence.

Repères éloignés

1650-1760 : premiers pas et originalité

C'est de la France que vinrent les premières sages-femmes et Paris était alors considérée comme un haut lieu du savoir obstétrical (Piché in Goulet, 1997). La tradition de la pratique en est une d'entraide et le rôle des sages-femmes est autant social que médical. Ces dernières le jouent bien car les Québécoises ont eu plus d'enfants et en ont moins perdu que les Françaises pendant cette période. Après un siècle de colonisation, on peut voir l'originalité qui se dégage de la Nouvelle France: des sages-femmes québécoises sont choisies et élues par les femmes alors qu'en France elles sont choisies par les magistrats, les seigneurs ou les curés (Laforce in

Saillant et al., 1987)¹. De plus, les sages-femmes et les chirurgiens travaillent dans un respect mutuel : la demande de création d'une école a été acceptée par le ministère français mais le projet ne fut pas réalisé à cause de la conquête par les Anglais.

1760-1840 : présence et cohabitation

Les sages-femmes trouveront leur place dans le nouveau contexte de la présence des Anglais au Canada. Bien que l'Angleterre privilégiait l'intervention, il s'est dégagé un consensus entre les médecins issus de facultés universitaires et les sages-femmes d'élite à la fin du 18^e siècle pour ne pas trop utiliser les forceps. Les médecins Blake et Fisher « qui seront consultés lors de l'élaboration de la première loi médicale québécoise de 1788 se montreront favorables à la survie des sages-femmes dans la colonie » (Laforce in Saillant, 1987).

1840- 1970 : concurrence et élimination

A partir des années 1840, l'augmentation des effectifs médicaux et le besoin de conquérir de nouvelles clientèles ont créé une dynamique de concurrence par rapport aux sages-femmes. Elles devinrent un sujet de plaintes et l'un des thèmes favoris des revues médicales naissantes (Bernier, 1987). L'utilisation idéologique du caractère scientifique de la médecine (Bardy, 1988) et l'absence de moyens concrets qui auraient permis aux sages-femmes de se développer, ont été des facteurs menant à ce que Laforce (1983) a considéré comme l'élimination des sages-femmes au Québec. Au début du XX^e siècle, elles seront considérées comme des charlatans, au même titre que les guérisseurs et les homéopathes, tous décrits comme dangereux pour la population (Bernier, 1987). Le recensement de 1871 montre qu'on ne compte plus officiellement qu'une quarantaine de sages-femmes au Québec (Goulet, 1997). Toutefois, il est reconnu que plusieurs ont pratiqué, surtout dans les

¹ Nous pouvons voir à ce sujet un document révélateur à l'Annexe I.

campagnes, jusque dans les années 1960-1970. Enfin, de 1962 à 1972, s'est donnée à Québec une formation de sage-femme (1 an) pour des religieuses et des infirmières qui se préparaient à travailler dans le Grand Nord ou dans les pays en voie de développement. Elles avaient le droit de travailler comme sages-femmes seulement dans ces régions et lorsqu'elles revinrent au Québec, il leur fut impossible de travailler en tant que sage-femme dans le système de santé québécois.

Repères récents

1970-1999 : émergence de « nouvelles » sages-femmes

C'est au cours des années 1970 que s'amorce au Québec, comme dans toute l'Amérique du Nord, un mouvement de critique de l'obstétrique, de la médicalisation de l'accouchement et de la vie des femmes. Dans l'ethos féministe s'est formé un mouvement pour la santé des femmes, qui visait la démedicalisation et la réappropriation du corps. Les préoccupations majeures étaient l'humanisation des soins à l'accouchement, l'avortement et la contraception, la santé mentale et la violence faite aux femmes et aux enfants (Guérard, 1996). A ce moment, l'accouchement se vivait de façon passive, dû à l'usage important de l'anesthésie générale qui pouvait varier de 37% à 89% selon les régions (Savard in Saillant, 1987). Pour les militantes du mouvement pour la santé des femmes, le retour de la sage-femme était considéré comme une solution permettant la démedicalisation de la naissance (Bolduc, 1995).

En 1980, l'Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ) organisait dans onze régions du Québec des colloques ayant pour thème : « *Accoucher ou se faire accoucher* ». Ces colloques « ont mobilisé environ 10,000 personnes et ont démontré l'ampleur du mouvement de l'humanisation des soins en périnatalité » (Savard in Saillant, 1987 p.282). Deux des recommandations finales visaient la légalisation des sages-femmes et la mise sur pied de Maisons de naissance

(Rocheleau-Parent, 1981). Cependant l'élément primordial à l'origine de l'émergence de « nouvelles » sages-femmes s'est élaboré autour d'une prise de pouvoir radicale: l'accouchement à la maison. Parce que des femmes et des couples ont décidé d'accoucher à la maison, quelques femmes ont commencé à les aider. Tremblay (1983) relate d'ailleurs la trajectoire et les modes de connaissance de deux de ces sages-femmes. Bien que son poids quantitatif était peu significatif, ce phénomène a cependant eu un poids culturel et sociosymbolique considérable (Lemay, 1998): il est mis à l'ordre du jour politique du gouvernement et suscite de nombreuses transformations des lieux et des pratiques autour de la mise au monde (Saillant, 1987)².

Par ailleurs, ces changements ne peuvent occulter la réalité des sages-femmes qui sont intégrées dans un système où les soins concernant la maternité ont été organisés sans elles depuis plusieurs décennies et où la médecine « est devenue un mécanisme de contrôle social beaucoup plus important que la religion et le droit » (Renaud in Desjardins, 1993 p.16). Il n'y a qu'à constater que malgré 20 années d'intenses critiques, la médicalisation de la maternité et de la vie des femmes n'a cessé d'augmenter (Clarke, 1999).

Il semble important de comprendre au sujet de l'émergence des « nouvelles » sages-femmes au Québec qu'elle n'est pas reliée à l'évolution d'une profession (médecine ou nursing) mais bien à un mouvement social majeur, associé au féminisme et à une démarche de réappropriation du corps, de l'enfantement et de la santé.

Le contexte des pratiques auprès des femmes accouchantes dans les années 1980 était celui d'une pratique médicale et d'un lieu d'accouchement quasi unique :

² D'autres événements relatifs à cette période plus récente de l'histoire sont évoqués de manière plus détaillée à l'Annexe II

l'hôpital (Eakins, 1986). Une sage-femme qui allait à des accouchements à la maison dans un tel contexte était complètement dans la marge. Malgré le caractère illégal de cette pratique, dont on aura compris la clandestinité, les sages-femmes qui ont exercé durant ces années ont quand même eu une visibilité publique, politique et médiatique (MSSS, 1989; Saillant, 1987). Elles ont été soutenues par de nombreux groupes sociaux et ont été l'une des raisons des démarches gouvernementales qui ont abouti à la légalisation de la profession. Nous considérons que parler des sages-femmes du Québec, c'est parler d'un processus de professionnalisation et d'un contexte sociohistorique habités autant par des mouvements sociaux comme le féminisme et le mouvement pour la santé des femmes, que par une domination médicale discursive et institutionnelle.

Professionnalisation

Doray & al (2004) considèrent que la légalisation des sages-femmes au Québec est un processus de professionnalisation réussi, mais l'histoire canadienne retiendra les questionnements et les avis divergents quant à sa nécessité, autant pour les sages-femmes, pour les femmes que pour la société dans son ensemble (Shroff, 1997). En lien avec les recommandations de coroners de l'Ontario et de la Colombie Britannique, James considère par ailleurs que le processus de professionnalisation était quand même inévitable (in \Shroff, 1997). Cela n'a pas empêché certaines sages-femmes et des groupes de femmes d'exprimer leurs peurs :

" (...) worry of midwives 'co-optation' by medicine, bureaucratization of reproductive services, emergence of a professional ideology of practice separating the midwife from those she serves, and loss of continuity of care" (Benoît in \Shroff, 1997 p.94).

Bardy (1988) nous rappelle que ces craintes sont fondées :

« L'expérience a prouvé - et le cas de l'ostéopathie en Californie est là pour le confirmer - que les professions de santé « alternatives » qui ont réussi à s'élever dans l'échelle du prestige social jusqu'à une quasi-parité avec la profession médicale ont dû payer cette ascension sociale d'un renoncement pratiquement complet aux principes qui assuraient leur spécificité. Les sages-femmes françaises ont un rang de « profession médicale » mais elles l'ont atteint au prix de leur subordination professionnelle aux médecins, de leur intégration dans un système de médicalisation quasi-totale de l'accouchement et de leur mise en tutelle réglementaire par la profession médicale. (...) les sages-femmes québécoises légalisées risquent de préférer, au nom du réalisme, la sécurité du conformisme à la mise en pratique intégrale des principes qu'elles prônent » (p.186).

Dans les pays où la profession de sage-femme est implantée et intégrée au système de santé depuis fort longtemps, il a été constaté qu'elle a perdu l'étendue de son champ de pratique, de son autonomie, en plus de se rapprocher du modèle médical de la naissance³. En de nombreux endroits, les sages-femmes ne sont pas satisfaites du contexte de leur travail et vivent de profonds conflits entre l'idéologie de l'institution et celle de leur profession⁴. Le paradigme professionnel est même remis en question pour sa pauvreté en ce qui concerne les femmes et les sages-femmes (Wilkins in Kirkham, 2000). La situation du Canada est présentée par les chercheuses comme une façon de réaliser une pratique sage-femme « authentique » (Bourgeault, 2004) malgré les enjeux de la légalisation (Paterson, 2004).

Bien que les enjeux de la professionnalisation des sages-femmes soient importants et préoccupants, nous devons quand même retenir que la présence

³ Connor, 1994; Donnison, 1988; Ehrenreich et al., 1982; Jordan, 1993; Kitzinger, 1997; Marland et al., 1997a, 1997b; Michaelson, 1988; Murphey-Lawless, 1998; Powell Kennedy, 2000; Relyea, 1992; Rothman, 1989; Tew, 1990; Turkel, 1995; Wertz et al., 1977

⁴ Bluff et al., 1994; Coyle et al., 2001; Frazer, 1999; Halldorsdottir et al., 1996a, 1996b; Lavender et al., 1999; Lundgren et al., 1996; Tinkler et al., 1998; Walker et al., 1995; Walsh, 1999

publique des sages-femmes dans le système de santé québécois fut réclamée au cœur d'un contexte habité par des mouvements sociaux.

Mouvements sociaux

Pour Boudon-Bourricaud (2000) « les mouvements sociaux se caractérisent à la fois par rapport aux *normes* qu'ils contribuent à changer et par rapport aux *valeurs* dont ils sont porteurs. Mais ces deux dimensions de tout mouvement social sont liées » (2000 p.412). C'est ainsi que nous pouvons concevoir un mouvement social comme la construction d'un rapport de force et de sens (Neveu, 1996). Si l'action collective veut modifier une situation sociale perçue comme insatisfaisante (Lemieux, 1995), nous pouvons alors considérer les mouvements sociaux comme des praxis émotives (Maguire, 2002).

Durant les années 1970-1980 se sont développés ce qui est appelé « nouveaux mouvements sociaux » comme le féminisme, l'écologisme, la contre culture, etc., où les acteurs formaient des « réseaux de sens » et testaient de nouvelles façons de vivre dans le quotidien (Carroll, 1997). Nous pouvons dire que les principaux mouvements qui réclamèrent l'avènement des sages-femmes sont le féminisme et un de ses volets, le mouvement pour la santé des femmes.

Le féminisme

Le féminisme est un mouvement social majeur qui remet en question les rapports sociaux de sexes structurés par le patriarcat et soutenus par le capitalisme. Tantôt au nom de l'égalité, tantôt au nom de la différence, sous les formes libérale, radicale, marxiste ou socialiste, ce mouvement collectif des femmes leur a permis de se mobiliser autour d'enjeux comme l'équité salariale, la légalisation de l'avortement, l'humanisation de l'accouchement et la démedicalisation de la maternité, la violence conjugale et le partage du travail domestique (Lemieux, 1995). Comme le propose Lamoureux (1986; 1998), je crois qu'il est important de

distinguer le féminisme (mouvement politique) du mouvement pour la santé des femmes car parfois ils cohabitent alors que d'autres fois, ils se dissocient. L'expérience des sages-femmes par rapport aux mouvements sociaux pourra être ainsi éclairée de façon plus nuancée.

Plusieurs auteures ont élaboré des typologies de la pensée féministe⁵. Cependant, nous avons retenu celle de Descarries et Corbeil (1994) concernant les courants de la pensée féministe sur la maternité et les différences au sein du mouvement des femmes depuis les années 1970. **La pensée égalitariste** qui revendique, au nom de l'égalité, l'accession aux privilèges de la sphère publique au même titre que les hommes. **La pensée radicale** considère que la maternité est le lieu principal de l'aliénation et de l'oppression des femmes et que l'institution maternelle, entretenue par le patriarcat et le capitalisme, est synonyme d'enfermement. Les auteures situent de façon surprenante le mouvement pour les sages-femmes dans l'éclairage de cette pensée. Enfin il y a le **féminisme de la différence** ou de la réconciliation de féminin et du maternel, comme voie de libération. Ces féministes postulent que les femmes sont porteuses d'une autre culture et d'une autre éthique⁶. Elles ont le projet d'une écriture du langage du corps car la maternité est un lieu de pouvoir et de savoir : « dire le maternel (...) devient langage de libération et action de redéfinition identitaire » (Descarries, 2002).

Mouvement pour la santé des femmes

Dans ce mouvement l'aliénation femmes est considérée particulièrement évidente au niveau de la santé : sexualité, reproduction, accouchement, santé mentale. On y dénonce la désappropriation des gestes et des savoirs reliés au corps des femmes et à la reproduction dans son ensemble (Dufresne, 1985; Rothman,

⁵ Abbey, 2004; Flemming, 1998; Matthews, 2006; Mander, 2002; Scott et al., 2006

⁶ Hunter, 2004, 2005; Thompson, 2003

1989). Cette centralité du corps est d'ailleurs un des deux thèmes de ralliement que reconnaît Melucci (1991) dans ses théories sur les mouvements sociaux contemporains, notamment le mouvement pour la santé des femmes.

Le mouvement s'est dirigé vers une approche déprofessionnalisée de la santé (auto-santé, Centres de femmes). Les femmes voulaient explorer de nouveaux modes de connaissance du corps, de la sexualité et de la santé qui leur seraient propres (Boston Women's Health Collective, 1977). Leur stratégie de prise de pouvoir fut la prise de parole et l'utilisation de savoirs disqualifiés par la médecine. Elles réclamaient un privilège épistémique. Elles favorisaient la mise en circulation de l'information autant alternative que médicale, le développement de mécanismes autonomes d'intervention par les femmes et la participation aux décisions qui les concernent, que ce soit l'accès à l'avortement libre et gratuit ou l'humanisation de l'accouchement⁷.

Le mouvement a proposé aux femmes de s'affranchir de la tutelle des experts. En effet, selon Oakley nous vivons dans une époque où "(...) the power of professionals to shape people's lives has increasingly escalated to become one central mark of life in the twentieth century" (1986 p.292). L'expertise est venue à être « le masque du pouvoir » (Friedson, 1972 p.337). Si l'accompagnement de la femme enceinte relève bien plus d'une herméneutique que d'une gestion, Quéniart (1989), il serait intéressant de saisir les relations et les enjeux de pouvoir entre les nouvelles professionnelles que sont les sages-femmes et les femmes.

Les soins en maternité ont été organisés autour de l'hôpital et de la médecine (Benoit, 1998) depuis des décennies mais c'est l'organisation de groupes de consommateurs qui a mené les gouvernements à développer des politiques en faveur des sages-femmes (Bourgeault, 2005) en plus d'une réorganisation des soins de

⁷; Jaggar et al., 1993; Lamoureux, 1992 ; McFadden, 1984; Tong, 1989; Toupin, 1997

maternité (Bourgeault, 2001). Pour les militantes du mouvement pour la santé, le retour de la sage-femme est alors considéré comme la solution permettant la démedicalisation de la naissance (Bolduc, 1995).

L'appui au retour des sages-femmes s'est retrouvé quand même au cœur de l'ambivalence du féminisme par rapport à la maternité car l'accouchement à la maison pouvait être représenté autant comme une réappropriation par les femmes de leur pouvoir qu'en même temps un retour au rôle traditionnel des femmes, celui que l'on peut articuler autour du maternage intensif (Hays, 1996).

La question de l'interprétation féministe de la maternité et de son ambivalence prend ici tout son sens :

« ...doit-on interpréter la maternité comme lieu de l'aliénation des femmes ou, au contraire, comme lieu privilégié d'expression de leur identité, de leur culture et de leur éthique et la source de leur pouvoir? » (Descarries, 1994 p.72).

Plusieurs auteures ont parlé de la maternité⁸. Les débats et les différentes perspectives n'empêchent pas la plupart d'entre elles de partager une conviction : "mothering must now be defined and controled by women" (Treblicot, 1984 p.4).

Selon les femmes que Descarries et Corbeil (2002) ont rencontrées, la maternité est « une expérience essentielle». Alors, il faut « laisser les mères se dire » (p.534}. Cette invitation concerne toutes les femmes car, « the writing of the maternal (...) is indeed important to overcome the repudiation of the feminine » (Cornell, 1991p.22; Glenn, 1994). Ce féminin a été barré de ce passage identitaire qu'est l'accouchement (Rossi, 1999) et les femmes sont mises en déroute d'elles-mêmes (Vandelac in \Descarries, 2002). Tout en questionnant un certain

⁸ Gilligan, 1986; Irigaray, 1981; Oakley, 1993; Ruddick, 1999

essentialisme, la philosophe Walker (1998) va tout à fait dans le même sens en affirmant que le corps maternel *est* ce qui mène au silence radical des femmes.

Selon Vandelac, il est essentiel de pousser encore plus loin l'horizon des recherches :

« (...) si les travaux féministes des dernières décennies nous ont appris à quel point le langage, le droit, la technoscience ont largement contribué à dominer, marginaliser ou exclure les femmes, l'histoire plus fine des tentatives répétées des sociétés androcentristes pour mettre les femmes en déroute d'elles-mêmes, dans l'intimité charnelle du féminin maternel, reste encore largement à faire. » (in \Descarries, 2002 p.139).

Nous comprenons mieux comment le contexte sociohistorique des années 1970-1980 ait pu contribuer à l'émergence des sages-femmes et à ses particularités. Nous devons ensuite approfondir notre intention par rapport à notre recherche et préciser la question qui sera en son centre.

1.2 Intention et question

Plusieurs études ont été menées au Québec au sujet des sages-femmes : l'histoire des sages-femmes (Laforce, 1983), l'élaboration d'un savoir (Tremblay, 1983), l'opposition sages-femmes/médecins comme débat qui n'en finit plus (Desjardins, 1993), des choix éducationnels (Hatem, 1997), les enjeux de la légalisation (Cornellier, 1993), le discours de la réappropriation (Saillant, 1987), le pouvoir médical autour de la légalisation (Bolduc, 1995), le portrait de la clientèle des « nouvelles sages-femmes » (Saillant, 1987), l'analyse de la situation sociopolitique des sages-femmes (Bardy, 1988). Les récits québécois par lesquels les connaissances pratiques des sages-femmes sont transmises sont de plus en plus rares (Desaulniers, 2003). Pour Legault (2003), il est temps de reconnaître l'importance de la transmission du savoir de ces sages-femmes qui ont été formées dans la

communauté. Selon lui, il y a urgence de faire des recherches sur l'état de ce savoir traditionnel car sans transmission minimale, ce serait « la fin d'une filiation fondamentale », une sorte de « reniement de leur source identitaire » (p.149).

En dehors du Québec, les études sur les sages-femmes ont été historiques, anthropologiques, sociologiques⁹, allant de la mesure des résultats de la pratique à l'ébauche d'une théorisation. D'autres travaux ont regardé l'expérience vécue des femmes aidées par une sage-femme¹⁰ mais très peu se sont penchés sur la compréhension du vécu des sages-femmes « de l'intérieur ».

Au Québec, une vaste étude fut entreprise pour évaluer la pratique sage-femme dans le cadre de projets pilotes (Blais et al, 1997). Elle visait à évaluer la sécurité, l'humanisation et l'efficacité de la pratique sage-femme afin de se prononcer sur la pertinence de légaliser la profession pour le Québec. A la lumière des résultats obtenus, le Gouvernement du Québec décida qu'il allait légaliser la profession de sage-femme. Dans cette étude, les auteurs ont parlé de décalage, d'incompréhension, de « pratique marginale » et même de « valeurs irréconciliables » entre les sages-femmes et les autres professionnels de la santé. Il semble que bien au-delà de l'information recueillie sur la pratique des sages-femmes, ce soit un problème de compréhension dont il a été question ici. C'est ce qui donnera l'élan à notre recherche.

La meilleure façon de comprendre une réalité est de la comprendre « de l'intérieur » car les acteurs sociaux participent activement à la construction de leur réalité (Berger, 1992) et ils sont les mieux placés pour communiquer le sens de leurs actions (Denzin, 1994, 2003). Ce qui se passe au sujet des sages-femmes en 2006 est en lien direct avec une série d'événements récents, quelques années où des femmes

⁹ Saillant in \Dufresne, 1985; Lupton, 1995

¹⁰ Mentionnons: Di Quinzio, 1999; Glenn et al., 1994; Knibiehler, 1997, 2000; Maushart, 1999; Ragoné et al., 2000; Umansky, 1996

sont « devenues » sages-femmes auprès des femmes d'ici. La formation structurée par l'institution universitaire est désormais représentée comme la « vraie » formation car elle est la norme reconnue pour devenir sage-femme. En considérant le moment de la légalisation comme le véritable début de la profession, la pratique sage-femme des années 1980 risque d'être perçue comme un événement transitoire, associé à une « vague » ou un « style » de pratique qui ne dura que quelques années et désormais dissocié de la période « professionnelle » des sages-femmes.

Dans les années 1980, un petit groupe de femmes a défié deux monopoles qui caractérisent le progrès dans les pratiques occidentales entourant la naissance: le médecin au moment de l'accouchement et l'hôpital comme lieu d'accouchement. Cette transgression s'est concrétisée par un acte fort: aider une femme à accoucher... à la maison. C'est le lieu de l'émergence des sages-femmes québécoises. Il est important aussi de distinguer ici la pratique sage-femme assumant les responsabilités cliniques et décisionnelles lors d'accouchement à la maison, de la pratique d'« accompagnante » à l'hôpital, exempte des responsabilités de décisions entourant l'accouchement.

Ces femmes ont développé une véritable culture de soins de maternité et ont généré quelque chose de significatif pour l'avenir de la profession. Leur pratique a inspiré la vision de la sage-femme qui fut mise de l'avant par les comités gouvernementaux qui se sont penchés sur la question, de même que l'élaboration d'un programme de formation universitaire. Peut-être qu'en comprenant ce qu'ont vécu les sages-femmes qui ont exercé avant la légalisation, nous comprendrons mieux le sens et l'élan qui ont été donnés à cette profession au Québec. Ces sages-femmes ont non seulement développé un savoir qu'il faudrait recueillir, formaliser et théoriser, mais une partie importante de leur héritage est le sens même de leur pratique. Certes, une entité sage-femme est « née » au Québec depuis la légalisation de la profession, mais la recherche proposée ici veut rendre compte de qui était cet « être » pendant sa gestation sociale et culturelle. Sans une affirmation et une prise

de parole de ces femmes, ainsi qu'une reconnaissance, par le présent travail, du sens de leur «être» collectif *déjà* dans le monde, les pressions discursives et structurelles des institutions et la dominance du système médical risquent de taire aux futures générations de sages-femmes une partie importante du sens de leur présence dans notre société. Cela constitue un enjeu non négligeable pour l'avenir de la spécificité des sages-femmes au Québec (Martin, 2002). Celle-ci semble reliée essentiellement à leur conception de la grossesse, à celle de l'accouchement, et à celle de leur relation avec les femmes (Blais, 1997).

Si la profession s'est construite par le sens qu'ont donné des « pionnières » à leur pratique, il nous semble essentiel de faire un travail pour laisser émerger ce sens. Ces sages-femmes ont attesté de ce qu'elles étaient par leur pratique. Avant d'avoir un statut professionnel légal, ces sages-femmes ont « professé » une façon d'être au monde en tant que sage-femme. L'avenir n'est pas coupé du passé et sans le potentiel de croissance de l'un, l'autre risque de ne pas avoir de direction. L'évolution de la profession ne pourra être cohérente qu'en assumant cette partie de son histoire qui est en son centre, pour ne pas dire en son cœur. En examinant l'expérience vécue des sages-femmes qui ont exercé durant ces années, nous espérons contribuer à une compréhension du sens de la profession, bien au-delà des actes qui la définissent. Nous espérons aussi saisir en quoi tout cela pourrait faire signe aux sages-femmes qui vont les suivre.

Nous pouvons envisager qu'un élément constitutif important de l'histoire des sages-femmes manque. Cette composante correspond à l'émergence d'une pratique qui se distingue autant de la pratique dite « traditionnelle », que de celle qui se construit maintenant dans un cadre universitaire et institutionnel. Ce groupe de sages-femmes est riche d'une expérience exceptionnelle: celle d'avoir créé une pratique dans la communauté à partir d'un vécu partagé avec les femmes et avec d'autres sages-femmes. Ces sages-femmes ont agi dans la sphère privée, communautaire, publique et politique.

La pratique des sages-femmes a laissé une empreinte sociale (Desjardins, 1993; Blais, 1997) d'une différence dans le paysage culturel des années 1980. Nous voulons interroger cette «différence» exprimée et vécue par celles qui ont accompagné les femmes «autrement». Si la différence est « un cri », il est temps de rendre audible ce cri, « que les langages dominants tendent à éliminer par soucis de transparence » (Corin, 1998). Que peut vouloir dire cette différence? Quel monde ces sages-femmes ont-elles construit par leur expérience? Il nous semble important d'entreprendre cette étude maintenant, étant donné que la majorité d'entre elles exerce encore. L'occasion de les entendre se raconter et de nous faire entrer dans leur univers est unique car « l'expérience (...) demande à être dite. La porter au langage, ce n'est pas la changer en autre chose, mais, en l'articulant et en la développant, la faire devenir elle-même » (Ricœur, 1986 p.62). Il s'agit d'interroger le vécu pour le signifier. Il s'agit d'entendre le sens existentiel de leur histoire.

La période que nous voulons couvrir pour notre étude débute dans les années 1970, lorsque quelques femmes ont commencé à aider des femmes lors d'accouchements à la maison. Elle se termine en 1990, au moment où le gouvernement du Québec a adopté la Loi 4 pour expérimenter la pratique des sages-femmes. C'est après l'adoption de cette loi qu'une démarche rigoureuse de sélection des sages-femmes fut entreprise afin de reconnaître celles étant aptes à pratiquer dans les projets pilotes. Il s'agissait d'une série d'examens théoriques et cliniques pour évaluer les connaissances et les habiletés des personnes désirant être reconnues comme sages-femmes. Les premiers examens eurent lieu en 1992. La pratique s'apprêtait à être scrutée à la loupe par une équipe de chercheurs mandatée par le gouvernement du Québec. L'intention de ce travail et sa pertinence nous mènent à poser la question de recherche :

Comment comprendre la pratique sage-femme au Québec, à partir de l'expérience vécue de celles qui ont exercé avant la légalisation ?

Cette question globale peut se déployer en plusieurs autres que nous regrouperions sous quelques thèmes :

La pratique des sages-femmes avant sa légalisation et sa professionnalisation :

- Dans un contexte d'illégalité, quelle fut leur expérience de la marginalité?
- Comment ont-elles articulé leur vie de famille et leur pratique de sage-femme?
- Comment ont-elles débuté une pratique de sage-femme?

Les savoirs qui constituent les pratiques entourant la naissance :

- Comment ces sages-femmes ont-elles développé leur savoir? Quels étaient leurs modes de connaissance?
- Quelle était la place du savoir des femmes dans leur savoir de sage-femme?
- Comment se modulait le savoir biomédical et le savoir des femmes dans leur pratique quotidienne?
- Quels sont les liens faits par elles entre le lieu de l'accouchement et leur conception de la mise au monde?

Pratique singulière, pratique collective et émergence du mouvement associatif :

- Comment les sages-femmes se sont-elles regroupées?
- Quels ont été les leurs raisons d'être ensemble?

Décalages et rencontres avec le monde biomédical :

- Les sages-femmes se sont opposées au paradigme médical entourant la maternité et le corps féminin mais en ont-elles construit un autre?
- Quelle était leur relation avec le monde médical?

1.3 Présupposés et expérience personnelle

Le sujet de cette recherche n'est pas un sujet pris au hasard car mon intérêt pour la question est profondément ancré dans ma vie de femme et ma vie de sage-femme. Mon itinéraire et mon contexte sociohistorique font partie de tout le processus de cette thèse et nous pouvons dire que mon expérience n'est pas tant celle d'avoir choisi un sujet que celle d'avoir été choisie par le sujet.

Mes intérêts pour la biologie, mon émerveillement devant la beauté et l'incroyable capacité du corps humain ainsi que le désir d'aider, m'ont d'abord amenée à travailler comme infirmière auprès de prématurés et d'enfants malades. Cependant, mon expérience de la grossesse et d'un premier accouchement a non seulement bouleversé ma vie de femme mais elle fut en même temps le départ d'un profond questionnement du savoir scientifique, des modes de connaissance et de notre culture de la naissance, ce que je poursuis depuis. Ce que je croyais vrai sur le corps humain me venait de mes connaissances scientifiques mais ma propre expérience de femme enceinte, de femme qui accouche et qui allaite, m'amena à questionner radicalement autant le contexte institutionnel entourant la mise au monde que la construction médicale de la maternité et du corps féminin. Étant profondément convaincue que la grossesse et l'accouchement sont des événements de santé, je me suis rendu compte que tout ce qui était mis en place autour de moi semblait dire le contraire. Mon engagement dans une démarche féministe et d'auto santé, ainsi qu'une rencontre publique au sujet de l'accouchement à la maison aboutirent à une décision ferme d'accoucher à la maison dès le début de ma deuxième grossesse. C'est ce projet qui m'amena à m'impliquer dans un centre d'auto santé des femmes et, de fil en aiguille, à être « invitée » à des accouchements à la maison, par des femmes et des couples qui avaient décidé d'accoucher chez eux, que j'y sois présente ou non. L'accouchement appartenait à la femme et à son milieu de vie, et j'ai accepté de commencer à aider des femmes à accoucher à la maison. La

réponse à des besoins exprimés et une complicité dans le féminin de la maternité furent la source de ma « naissance » comme sage-femme. Mon expérience ne fut donc pas celle d'avoir décidé d'être sage-femme mais bien celle d'avoir accepté de le devenir.

Les années qui ont suivi furent intenses. Une vie de mère de famille de trois enfants, une pratique de sage-femme, une implication sociale en lien avec la santé des femmes et une présence active dans l'organisation d'une association de sages-femmes. Ce fut pour moi une véritable quête de sens et de cohérence entre l'action et une vision du monde qui se déployait et s'enrichissait au fil des relations avec les femmes et les sages-femmes. J'étais intensément dans l'action et en même temps constamment à l'affût de publications sur les thèmes reliés aux sages-femmes, à la médecine, à la naissance, etc.

Les niveaux de mon engagement étaient non seulement multiples mais ils étaient explorés tous en même temps. Impossible de séparer le personnel du politique, le matériel du spirituel.

En même temps qu'une pratique de sage-femme, mes réflexions se sont poursuivies dans le cadre d'une démarche académique structurée: une maîtrise en anthropologie en prenant comme sujet l'accouchement à la maison au Québec comme phénomène culturel. Cette démarche m'a mise en contact avec d'innombrables ouvrages de nombreuses disciplines sur la naissance, la médicalisation, les sages-femmes, la santé des femmes. Elle m'a permis de mieux comprendre l'univers de l'accouchement à la maison au Québec ainsi que la signification sociale de ce phénomène.

La légalisation de la pratique des sages-femmes fut liée à la mise sur pied d'un programme de formation professionnelle. C'est le sentiment d'en être arrivée à

un rôle de transmission qui m'a menée à vouloir m'impliquer en tant que professeure au baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Septembre 1999. Je me retrouve au premier cours donné de façon légale, à la première cohorte du Baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières. 16 étudiantes assises en rond et moi parmi elles, professeure, sage-femme de plus de 20 années d'expérience. Une émotion intense règne dans la pièce. La conscience de vivre un moment historique et pour moi, sage-femme qui avait connu la pratique illégale et le militantisme pour la légalisation, le moment était venu d'entrer dans une structure qui, je l'espérais, non seulement préparerait ces femmes à pratiquer comme sages-femmes, mais permettrait la transmission d'un art et de savoirs qui avaient été construits pendant des années.

Je voulais porter le « feu » et aussi la partie « sagesse » de la profession de sage-femme. Bougie allumée, une longue liste de femmes qui ont été sages-femmes dans différentes régions du Québec jusqu'en 1970. Une urne qui contenait encore des cendres d'une sage-femme, Aurore Bégin, qui avait travaillé pendant de nombreuses années en Abitibi. Elle avait été le lien entre une pratique traditionnelle et les « nouvelles » sages-femmes qui l'avaient connue. Enfin, plusieurs objets symboliques de la naissance, de l'accueil et du féminin.

J'étais le chaînon de transition entre une époque et une autre. J'avais des informations sur l'époque plus reculée de la vie des sages-femmes, mais ce que j'avais de plus important sur l'époque actuelle c'était moi-même, ainsi que la connaissance de quelques autres qui avions vécu une période importante de l'histoire récente des sages-femmes du Québec: celle qui avait précédé la légalisation.

En travaillant dans le système de santé, il me venait parfois l'impression que je vivais dans un autre monde où plein de détails au quotidien faisaient ressortir la différence. Ce qui s'était passé dans les années 1980 semblait porter le secret de cette

différence. Il y avait malheureusement très peu de traces écrites de ces années; que des témoignages, que des histoires racontées à des personnes intéressées. En tant que professeure, j'étais préoccupée par le devoir de transmission. En tant que sage-femme des années 1980, j'avais un devoir de mémoire. J'étais consciente que le savoir pratique des sages-femmes d'avant la légalisation n'avait pas été recueilli, ni structuré, ni théorisé. Surtout, je me rendais compte qu'il y avait, dans cette pratique développée dans un contexte d'illégalité, quelque chose d'important à saisir pour l'avenir de la profession. La formation s'occupait de la forme. Je cherchais à saisir le fond. Je crois que c'est au cœur de ce questionnement qu'a germé en moi la volonté de faire une démarche doctorale pour tenter d'y répondre. Le fruit de cette démarche est présenté dans ce travail.

Avant d'entreprendre l'exploration de l'univers des sages-femmes, il m'apparaît important de commencer par faire un tour d'horizon des écrits à leur sujet, ainsi que sur les thèmes que touche leur pratique. Il m'apparaît tout aussi important de saisir les différents enjeux soulevés par leur présence auprès des femmes autour de la naissance.

Chapitre 2. Tour d'horizon

Comme la pratique sage-femme s'articule autour du marqueur culturel fondateur qu'est la naissance, parler des sages-femmes implique de parler du corps féminin/maternel, de la grossesse et l'accouchement et de la maternité en général. Parler du travail des sages-femmes équivaut aussi à parler autant de leur savoir et de leur mode de connaissance que de parler des relations avec les femmes et avec la biomédecine. Parler des sages-femmes c'est finalement comprendre qu'elles se trouvent au cœur d'enjeux importants pour elles, pour les femmes, autant que pour la société dans laquelle elles évoluent.

Enjeux de la pratique sage-femme

Pour saisir les enjeux de la pratique sage-femme nous ferons un cheminement en quelques étapes. D'abord, il s'agira d'esquisser un tableau de deux modèles de pratique autour de la santé et de la maternité, chacun étant traversé par des croyances et paradigmes différents: le modèle sage-femme et le modèle biomédical. Ensuite, les concepts de savoir et de pouvoir serviront à élaborer sur la mouvance des liens entre la biomédecine, les sages-femmes et les femmes ainsi que les enjeux qui la traversent. Des contenus idéologiques révélés dans de nombreux travaux seront aussi examinés afin de saisir comment ils peuvent limiter l'action des sages-femmes auprès des femmes. Enfin, le thème du regard sur le corps féminin et maternel s'est imposé comme enjeu pour les femmes et les sages-femmes.

2.1 Deux modèles de pratique autour de la santé et de la maternité

Les rôles des professionnels qui interviennent auprès des femmes enceintes et de celles qui accouchent peuvent se ressembler beaucoup. Cependant, il semble qu'il existe de nettes différences quant aux principes qui organisent ces pratiques. Certaines auteures parlent de philosophie (Rooks, 1997), de paradigmes (Desjardins, 1993) ou d'approches (Quéniart, 1988; Tremblay, 1983), mais le terme de

« modèle » semble le plus souvent utilisé¹¹, chacun impliquant des différences quant à la vision du corps, de la maternité et de la relation entre les femmes et les professionnels. Dans le cadre de notre démarche actuelle, nous avons choisi d'utiliser ce qu'on appelle le modèle sage-femme et le modèle biomédical pour comprendre deux façons de penser la maternité et la santé, sans aller jusqu'à prétendre qu'il s'agit de deux façons de voir le monde comme l'affirment Jordan (1993), Rothman (1989) et Martin (1992).

2.11 Le modèle biomédical

Ce qu'on appelle le modèle biomédical signifie la préséance de la biologie par rapport à la santé et la maternité, (De Koninck, 1992, 1995; Hamilton, 1990) ainsi que la considération essentielle de la grossesse et de l'accouchement dans leur potentiel pathologique. Ce concept de risque est le pivot des pratiques de surveillance et du regard sur les femmes, leur corps et leur santé (Rooks, 1997). Comme l'accouchement normal ne se confirme qu'en rétrospective, le potentiel de pathologie a justifié l'utilisation de certaines interventions pour toutes les femmes alors qu'à l'origine elles n'étaient destinées qu'à celles qui avaient des problèmes (Duden, 1993) Plusieurs auteures ont démontré que pour vraiment bien comprendre le modèle médical, nous devons reconnaître que la pratique de l'obstétrique a souvent peu à faire avec la réalité physiologique de l'accouchement¹². Le corps féminin est perçu comme une machine imparfaite sous l'emprise d'un désordre hormonal qui demande donc un contrôle et des traitements. Dans la relation avec la femme comme patiente, le médecin se considère comme un expert qui a l'autorité de décider selon ce qu'il considère comme étant le meilleur pour elle. C'est un modèle de relation paternaliste encore très utilisé dans les systèmes de santé (Legault, 2003; M. Stewart, 2004). Durant la grossesse la mère et le fœtus sont représentés comme

¹¹ Ratcliff, 2002; Rooks, 1997; Turkel, 1995

¹² R. Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd, 1994; Jordan, 1993; E. Martin, 1992; Oakley, 1984

deux entités qui ont des intérêts différents et même potentiellement contradictoires. Selon Quéniart (1988, 1989), le fœtus est maintenant devenu le principal patient de l'obstétrique. Cela aurait comme effet de mettre la naissance sociale et la naissance biologique en discontinuité (Morgan, 1996). En effet, bien avant sa naissance biologique le fœtus est considéré comme une personne, un être social tant par le médecin que par les parents : il a déjà sa « photo » et il a souvent un nom. Des efforts ont été faits pour faire émerger un modèle psychosocial dans les systèmes de santé, mais la profession médicale a plutôt absorbé l'agenda holistique et même coopté le féminisme dans ses discours, sans modifier de façon significative ses façons de faire (Clarke et al. 1999; Findlay, 1993).

Dans les sociétés occidentales, c'est le modèle biomédical de la santé et de la maternité qui est hégémonique. Pour Ruzek & al. (1997), vouloir proposer des changements pour le transformer devient passablement difficile parce cela demanderait de changer aussi les institutions et les politiques. Le consensus qui se dégage, par contre, de la grande majorité des travaux est que les analyses de la santé des femmes soient décentrées de leur longue contention dans la biomédecine (Clarke et al. 1999).

Il suffit pourtant de sortir de la grille biologique pour constater à quel point l'expérience de l'enfantement porte en elle une mise en abîme. Écllosion du matriciel et passage identitaire¹³, transformation et création (E. Martin, 1992; Rothman, 1989), acte de « mise en sens » et de naissance à soi-même (Vandelac, 1998) et même comme sentiment océanique (Khan, 1995), sont autant de conceptions de l'enfantement, qui ne font pas surface dans la culture obstétricale de la naissance. Pour d'autres, la conception et l'accouchement comme rite de passage mène à considérer ce processus au niveau d'une urgence spirituelle (Hall & Taylor in Downe et al. 2004). Enfin, alors que l'expérience de l'accouchement et de la naissance est

¹³ Cosslett, 1994; Joël, 2002; Johnson, 1997; McMahon, 1995; Rossi, 1999

plutôt occultée comme expérience de transformation, elle est largement utilisée comme paradigme de mort et de renaissance spirituelle dans la plupart des rituels religieux et initiations dominés par les hommes (Rabuzzi, 1994).

2.12 Le modèle sage-femme

Le savoir, les habiletés et la formation des sages-femmes sont construits autour de la conception de la grossesse et de l'accouchement comme événements normaux et physiologiques de la vie des femmes¹⁴. La maternité est définie comme expérience singulière, marquante pour une femme et riche de significations pour elle et ceux qui lui sont proches (Rooks, 1997; Thompson, 2004). Les sages-femmes considèrent la maternité comme une expérience de transformation, de création (Rabuzzi, 1994) et de transition vers l'inconnu (Lundgren et al. 1996).

La pratique de la sage-femme est centrée sur la femme dans une perspective d'unité, la mère et le fœtus étant inséparables et interdépendants (Rooks, 1997). La notion de « être avec » est devenue centrale pour les sages-femmes (L. Hunter, 2002), de même que les notions de choix, d'autonomie, de continuité et de confiance (Page, 2003; M. Stewart, 2004). Les soins sont donnés dans une perspective d'« *empowerment* » (Ratcliff, 2002) et de vigilance, organisés à partir d'un principe féminin (Thompson, 2004). La relation qui s'établit entre la femme et la sage-femme s'inscrit dans une perspective égalitaire, non autoritaire¹⁵ dans laquelle se développent non seulement la réciprocité, la présence et l'attention (Flemming, 1998), mais aussi la confiance et le soutien de la femme dans ses propres termes (Lundgren et al., 1996).

¹⁴ Bryar, 1995; Downe et al., 2004; Turkel, 1995

¹⁵ Kirkham, 2000; Page, 2003; Rooks, 1997; Walsh, 2006 a

La continuité de la relation est un des concepts récemment les plus étudiés de la pratique sage-femme¹⁶. Il s'agit d'une continuité tout au long de la grossesse, durant l'accouchement et pendant la période postnatale. Un autre élément qui fut mis de l'avant est que, pour une sage-femme, l'expérience et le processus sont aussi importants que le résultat (H. Powell Kennedy et al. 2004).

Nous pouvons relier l'approche de la pratique sage-femme aux cadres théoriques des modèles holistique et parfois humaniste (R. Davis-Floyd, 1992; Desjardins, 1993), social ou écologique (Findlay, 1993). D'autres concepts sont aussi amenés pour rendre compte de la spécificité des sages-femmes¹⁷: l'unique normalité, l'environnement comme une partie du soin, la sage-femme comme « instrument » de soin, la compétence affective, et même le paradoxal « The less we do, the more we give » de N. Leap (in Kirkham, 2000). Il en va de même de la dimension spirituelle si souvent « oubliée » (J. Hall, 2006).

Rothman (1989) pour sa part conçoit la pratique sage-femme comme une « praxis » féministe, d'abord parce qu'au sens étymologique le mot sage-femme signifie « avec la femme » mais surtout parce que pour elle, c'est bien plus qu'une simple proximité physique. C'est une déclaration idéologique et politique, une prise de position sur l'importance de la femme dans le cadre d'une relation professionnelle. Cette perspective est reprise comme dans d'autres recherches sur les sages-femmes, comme celle de Surtees (2003)

En fait, la praxis permet de lier la théorie et la pratique sans les opposer. Si la praxis est un substantif dérivant du verbe grec *prattein* qui signifie achever, accomplir¹⁸, nous pouvons alors comprendre la proposition de Ricoeur (1986)

¹⁶ Green et al. 1998; Kirkham, 2000; McCourt et al., 2006; Page, 2003

¹⁷ Downe et al., 2004; L. Hunter, 2002; Page, 2003; H. Powell Kennedy et al., 2003, 2004; M. Stewart et al., 2004

¹⁸ http://fr.encyclopedia.vahoo.com/articles/ni/ni_833_p0.html

d'utiliser toute l'amplitude de sens du concept de praxis car, pour lui, l'agir humain est à la fois une action et une puissance d'être (*conatus*). Considérer l'action des sages-femmes comme une praxis permettrait de révéler la partie de théorie qu'elle incarne et en même temps la « puissance d'être » qu'elle porte.

Au Québec, les parents qui ont été suivis par des sages-femmes apprécient différentes dimensions de ce qu'ils appellent « l'approche » des sages-femmes (Bouffard et al., 1998) : l'implication de la famille, le fait que la sage-femme considère la femme au-delà de sa fonction de mère et que chacune est unique, le développement d'un attachement et d'une confiance mutuelle entre la femme et la sage-femme, sa disponibilité, ses qualités humaines indissociables de sa compétence, l'aide de la sage-femme pour que la femme entre en contact avec son propre corps et celui de son bébé et enfin, l'encouragement à l'implication du père.

Il y a cependant quelques remarques à faire en ce qui concerne les deux modèles présentés ici. Les paradigmes qui sous tendent chacun des deux modèles de pratique sont souvent présentés en lien avec une seule profession, comme s'il était possible de faire équivaloir une profession avec une vision. Cela nous apparaît très peu réaliste quant à l'homogénéité des professions et surtout oublieux de leur contexte socioculturel commun. Le fait d'être un médecin n'est pas suffisant pour conditionner à adopter une pensée dualiste, une vision mécaniste du corps et faire agir en « expert » avec les patientes, tout comme le seul fait d'être une sage-femme soit automatiquement lié à une vision holistique, des soins centrés sur les besoins des femmes, sans rapport hiérarchique avec elles. Il serait probablement plus vrai de situer ces pratiques professionnelles dans un contexte sociétal et culturel beaucoup plus large (comme l'ont fait Rothman, (1993) et Mitchinson, (1999), ce qui permet d'éviter des positions dichotomiques, des globalisations simplistes, voire des visions manichéennes médecin/sage-femme.

Le modèle sage-femme semble soutenir les démarches d'autonomie pour les femmes mais il faut quand même se demander si le seul fait d'être avec une sage-femme suffit pour qu'une femme puisse reconfigurer ses rapports avec sa santé et sa maternité. Le travail de la sage-femme devrait en être un d' « *empowerment* ». Si ce n'est pas ce qui se passe, il faudra conclure que le modèle paternaliste de relation avec un médecin aura simplement été remplacé par un modèle maternaliste avec une sage-femme, ce qui reviendra alors à n'apporter que très peu de véritable changement pour les femmes.

Au-delà des modèles de pratique, ce sont les concepts de savoir et de pouvoir qui pourront nous mener à repérer certains enjeux pour les sages-femmes, autant dans leur rapport avec les femmes que leur place dans notre culture de la naissance.

2.2 Questions de savoir

L'acquisition et l'utilisation du savoir est au cœur des pratiques professionnelles. Nous croyons qu'en faisant un tour d'horizon des écrits sur le savoir biomédical ainsi que celui des sages-femmes, nous serons à même de comprendre certains enjeux de la pratique sage-femme.

2.21 Le savoir de la science biomédicale

Le savoir biomédical constitue un enjeu pour la configuration de la santé et la maternité pour deux raisons: son épistémologie et ses implications pratiques.

Son épistémologie

Dans l'univers du savoir, un mode particulier de savoir a connu au cours des deux derniers siècles une inflation sans précédent: la méthode scientifique, présentée maintenant comme la seule matrice cognitive valable en Occident. Les recherches féministes ont critiqué la science et surtout la biologie pour ses biais

androcentriques, en plus de sa prétention à l'objectivité et à la neutralité¹⁹. Face à cette prétention, Clarke & Olesen (1999) ont déclaré : « no knowledge is innocent, irrespective of the producers and their context, locus or standpoint » (p.356). Au fond de cette dénonciation s'est ajoutée une analyse de la science qui révélait les conséquences plus profondes de son ancrage socioculturel. Il fallait se rendre compte à quel point:

“... the ways in which the modern mechanistic notion of science has come to represent a masculine approach to the world whereby men are given the authority to dominate and control both women and nature” (Rothman, 1994 p.51).

Au moment de l'élaboration du savoir biomédical, la vision cartésienne du monde était déjà ancrée dans l'épistémè occidental (Findlay, 1993; Oakley, 1993). L'esprit des Lumières et sa volonté de contrôler la nature ont pénétré aussi l'éthos biomédical, entraînant sa volonté de contrôler le corps féminin lié à la nature depuis des temps immémoriaux. La science valorisait la visibilité pour valider le réel (Findlay, 1993) et la médecine a aussi adopté le regard (Foucault, 1972) dans la construction des connaissances sur lesquelles elle allait désormais fonder sa pratique.

L'épistémologie positiviste a permis l'élaboration du savoir anatomo-physiologique sur le corps. Il fut réduit d'abord à sa seule étendue, puis à un ensemble d'organes et de systèmes soumis à la puissante métaphore mécaniste (Le Breton, 1990; Murphey-Lawless, 1998). Il est d'ailleurs surprenant que ce modèle soit encore dominant en biologie alors qu'il a été complètement réfuté par la physique contemporaine. La physiologie semble fonctionner dans une sorte de pureté, de virginité biologique qui la maintient hors de l'histoire, de la parole, du

¹⁹ Birke, 1999; Bleier, 1984; Callaway, 1993; Chrysanthou, 2002; Fox Keller et al., 1996; Hubbard, 1990; Johnson, 1997; Law, 2000; Morgan, 1996; Murphey -Lawless, 1998; Rosser, 1994

sens et du social, incapable de signifier le corps humain. De plus, l'anatomie et la physiologie féminines ont été « construites » à partir des croyances et des préjugés de l'époque sur les femmes. Ces constructions ont ensuite été présentées comme des « faits ». L'aura de la science aurait ainsi servi à cautionner ces préjugés et à présenter la « preuve » de l'infériorité « naturelle » et sociale des femmes (Murphey-Lawless, 1998).

En fait, la construction du savoir médical à partir de l'insistance sur les probabilités de pathologie dans tout accouchement a permis à la médecine de définir, ou plutôt de redéfinir la grossesse et l'accouchement en abolissant toute idée de leur normalité fondamentale (Murphey-Lawless, 1998). Au nom de son savoir scientifique, l'obstétrique a prétendu être en mesure de prédire puis d'éviter la mort. Elle tenait non seulement une justification, un argument de poids pour légitimer toutes les interventions, mais fondait son autorité à définir l'accouchement, le normal, le risque et le corps féminin. Le « Williams Obstetrics » (2001), livre de base et véritable bible de la discipline obstétricale, est celui qui véhicule le mieux cette vision essentiellement mécaniste et biologique de l'accouchement. Un des points de départ de cette spécialité médicale est sa définition de l'accouchement: "Birth can be defined as the complete expulsion, or extraction from the mother of a fetus, irrespective of whether the umbilical cord has been cut or the placenta is attached" (Pritchard et al., 2001 p.5). A la lumière de cet exemple, nous pouvons comprendre à ce moment-ci, comment une définition est un point d'arrivée historique et culturel par rapport à la connaissance et aux représentations de la réalité. Quel contraste lorsque l'on compare cette définition purement mécanique de l'accouchement avec celle de « jalon » dans la construction de l'identité féminine (Johnson, 1997), ou celle de transformation et de création (E. Martin, 1992; Rothman, 1989). C'est en considérant les femmes comme sujets de leur recherche

que les travaux féministes ont révélé à quel point la maternité peut être unique et importante pour celles-ci²⁰.

L'épistémologie du savoir biomédical est aujourd'hui considérée comme la plus valable et la plus « vraie », disqualifiant les autres modes de connaissance provenant des sciences sociales et des sciences humaines. A la fin du XXe siècle, le standard le plus célébré des recherches biomédicales est celui des études cliniques contrôlées par randomisation à double aveugle (Randomised Controlled Trial), axées sur des résultats en termes épidémiologiques de mortalité/morbidité. La simple application sur un individu de résultats obtenus par moyenne statistique finit par avoir des effets iatrogéniques (Chrysanthou, 2002) et cette épistémologie doit être sévèrement critiquée car "the pursuit of medical knowledge in the form of RCT's may be the last thing of the scientist paradigm, the death struggles of a doomed and inappropriate world view" (Oakley, 1986 p.146).

Ce qui semble se dégager ici est que l'épistémologie n'est pas seulement un mode d'accès à la connaissance. Les propositions théoriques implicites utilisées pour étudier un problème colorent les énoncés de la question, les analyses et les résultats, jusqu'à leur application dans la pratique clinique.

Les implications du savoir biomédical

En devenant « scientifique », la médecine a non seulement « observé » des faits dans un lieu qui conditionne les comportements, l'hôpital, mais elle les a aussi en quelque sorte « produits » (E. Martin, 1992; Murphey-Lawless, 1998). Il est important de comprendre à quel point "(...) a definition is a meaning that has become official and thereby appears to tell us how things are in the real world." (Treichler, 1990 p.123). Une définition ne fait pas que décrire : elle inscrit

²⁰ Descarries et al., 2002; Johnson, 1997; McMahon, 1995; Rabuzzi, 1994; Rich, 1977

l'événement dans un réseau de significations (Jacobus et al. 1990). Il suffit d'observer, par exemple, comment les métaphores utilisées dans le discours médical configurent la reproduction sous un mode de production et renforcent une vision mécanique des processus corporels sous l'homologie d'une chaîne de montage (E. Martin, 1992). Dans cette logique "the bodies are just the space in which genetic material matures into babies" (Rothman, 1994 p.51).

Les définitions de la maternité et de l'accouchement influencent la perception que les femmes ont d'elles-mêmes et les amènent à accepter un système de croyances qui les dénigrent de façon inhérente (R. Davis-Floyd, 1992). Ces définitions influencent aussi l'articulation des pratiques sous l'hégémonie normalisatrice du discours médical (Descarries et al. 1994; Khan, 1995). Pour Davis-Floyd (1992), une formation médicale très scientifique et une vision mécaniste amènent une pratique mécanisée, l'être humain étant considéré dans son universalité organique et non plus dans sa singularité existentielle.

L'expropriation des aspects émotifs et symboliques de la maternité ne fait que désigner les femmes comme réceptacles de la fonction maternelle et les réduit au silence. Leur expérience de la maternité est vécue sous le mode de l'effacement et de la solitude à cause des normes et de l'ethos de la surveillance, toujours au nom du fœtus²¹. Non seulement cela les aliène de leur expérience de maternité (Rich, 1977) mais cela réduit le sens même de la maternité (Young, 1990) car bien au-delà de sa biologie, l'enfantement est considéré plutôt comme un acte culturel (Jordan, 1993). Quand la médecine demeure organiciste, elle manque alors d'instruments conceptuels qui lui permettraient de prendre en compte les dimensions psychiques et symboliques essentielles par lesquelles se déploie l'existence humaine.

²¹ Balsamo, 1999; Morgan, 1996; Murphey-Lawless, 1998; Quéniart, 1988; Rothman, 1989

Un des enjeux majeurs n'est pas tant le savoir lui-même mais plutôt le fait qu'il mène à une logique obstétricale qui s'impose comme le point de référence des soins en maternité du XXe siècle (Murphey-Lawless, 1998). La problématique est que le savoir biomédical est devenu le « modèle biomédical » car le savoir est aussi un système de croyances façonné à travers des relations politiques et sociales (Lupton, 1995). Le problème est aussi que le savoir biomédical a instauré une hiérarchie des savoirs, « authoritative knowledge » (Davis-Floyd et al., 1997) en se posant comme norme. Le savoir des femmes et même celui des sages-femmes sont disqualifiés et les approches humanistes, critiques et interprétatives (Lupton, 1997) sont sous-évaluées. Autrement, il incorpore ces approches à son discours sans changer les pratiques de surveillance de plus en plus élaborées sous une véritable mystique technocratique (Findlay, 1993). Des travaux révisionnistes ont pourtant questionné des « croyances » bien ancrées en Occident: les liens entre la médicalisation et la diminution de la mortalité maternelle et infantile (Tew, 1990), la plus grande sécurité de l'accouchement à l'hôpital (Ratcliff, 2002; Rooks, 1997), de même que la validité scientifique de l'interventionnisme pratiqué depuis des décennies en Occident (Enkin et al. 2000).

La tentation du scientisme perdure cependant en médecine, ce qui mène l'obstétrique à réclamer, au nom d'une vérité scientifique, la légitimité d'intervenir dans les états normaux de la vie. De plus, en se posant comme norme, la médecine obstétricale structure alors le contexte et les limites des pratiques autour de l'enfantement, y compris la pratique sage-femme. Le problème n'est pas que le discours médical ait porté l'espoir des « Lumières » mais qu'il porte encore son « hubris » de la prétention à la vérité.

Le savoir biomédical est celui sur lequel se base l'exercice de la médecine et c'est aussi un savoir très utilisé par les sages-femmes. Comme il porte en lui une logique obstétricale, son utilisation amène la possibilité d'intérioriser aussi le modèle biomédical, ce que plusieurs sages-femmes font par ailleurs (Woodward, 2000). La

capacité des sages-femmes à construire et à valoriser leur propre savoir, à utiliser celui des femmes et ceux des autres disciplines, pourrait leur permettre de dépasser et d'enrichir les conceptions de la santé et de la maternité issues du savoir biomédical car selon nous, le véritable problème n'est pas celui de son impérialisme mais plutôt celui de son insuffisance.

Si la maternité est « un fait social total » (Mauss in Quéniart, 1988), les savoirs des sciences sociales sont nécessaires pour l'évolution de la pratique des sages-femmes car elles ne sont pas en dehors de systèmes culturels et d'organisations sociales qui structurent la maternité et la santé des femmes. Ces savoirs permettent aussi aux sages-femmes de reconnaître la capacité d'action (*agency*) des femmes (Guyon, 1990), d'utiliser la leur et de considérer les enjeux idéologiques et sociaux de leur pratique et de leur discours.

Nous croyons enfin que l'interdisciplinarité offre une réelle possibilité de réouvrir les discours biomédicaux fermés sur le risque et la mort. Elle sera plus que jamais nécessaire non seulement pour l'exercice, mais aussi pour la formation des professionnels de la santé, dans un monde où il faut repenser le vivant et, paradoxalement, tenter d'y inclure l'humain.

2.22 Le savoir des sages-femmes

D'une part, les sages-femmes travaillent dans une société où le savoir scientifique et biomédical est celui qui fait autorité (*authoritative knowledge*), c'est-à-dire que c'est celui « qui compte »²², disqualifiant les autres formes de savoir. D'autre part, la pratique et le discours des sages-femmes supposent un appui sur d'autres savoirs. Tout ceci nous amène à examiner la constitution de leur savoir et leur rapport avec le savoir biomédical.

²² Dan, 1994; R. Davis-Floyd, 1992; Jordan, 1993

Constitution du savoir sage-femme

Si le savoir biomédical est fondé sur l'idéologie de l'objectivité et de la négation du sujet, il en est tout autrement pour celui des sages-femmes. Leur démarche d'accès à la connaissance est essentiellement située ("situated knowledge" de Harraway, 1989) i.e. intersubjective, rendant le savoir sage-femme indissociable du savoir des femmes elles-mêmes.

Loin de la pensée réductionniste ou de la logique épidémiologique (Thompson, 2004), le savoir sage-femme semble se construire autour d'une normalité propre à l'expérience de chaque femme, en ayant comme pivot la salutogénèse (Antonovsky, 1988) bien plus que la pathogénèse (Downe et al., 2004).

Le corps maternel n'est pas objectif; il est un corps vécu, un corps vivant, conçu comme mémoire. C'est pourquoi « la désappropriation du corps est en l'occurrence une désappropriation des connaissances » (Tremblay, 1983 p.26).

Le savoir des sages-femmes s'élabore donc au fil de l'expérience et de la réflexivité. Il devient une véritable praxis où l'utilisation de la raison n'exclut pas l'intuition comme accès à la connaissance (Rothman, 1989), libérant alors des risques d'une croyance exclusive dans la rationalité (Clarke et al. 1999). Les sages-femmes réclament des modes de connaissance féminins (Belenky et al. 1997), utilisent l'intuition et la sagesse du corps (Wickham in M. Stewart, 2004). Tout cela ressemble à la conception de la démarche épistémologique de Feng Qi pour qui le savoir se développe en deux bonds: de l'ignorance à la connaissance et de la connaissance à la sagesse (in Guogong, 2002).

Pour les sages-femmes la grossesse et l'accouchement sont une expérience singulière de transformation et de création impliquant la totalité de l'être, et qui peut être « porteuse d'enseignement, de transcendance et d'affirmation » (Tremblay, 1983 p.79). La maternité est conçue comme manifestation biologique, sexuelle, familiale,

sociale et spirituelle, et la femme est perçue comme un être en relation, impliquée dans la totalité de son être.

La rencontre avec la femme enceinte ne relève pas tant d'une gestion que d'une herméneutique. Cela nous amène à considérer que le seul fait de maintenir un espace intersubjectif ouvert est une reconfiguration du rapport à la santé et la maternité. Contrairement au savoir biomédical construit à partir d'une visibilité mesurable, celui des sages-femmes serait lié à leur capacité à s'immerger dans l'événement (Winter, 2000). Downe (2004) poursuit même l'idée de Martin (1992) d'utiliser les théories de la complexité et du chaos et contribuer à l'avancement des connaissances sur la naissance.

Rapport avec le savoir biomédical?

Est-ce que le savoir des sages-femmes est alternatif? Non, dans la mesure où elles utilisent largement le savoir biomédical et oui, parce que ce savoir n'est pas celui qui détermine leur pratique. L'affirmation de Murphey-Lawless (1998) selon laquelle les sages-femmes lisent différemment la science, aurait avantage à être approfondie surtout si l'on considère que leur relation avec la science biomédicale peut être un enjeu significatif.

Les sages-femmes ont des connaissances biomédicales, ce qui signifie qu'elles sont aussi aux prises avec la pensée qui les habite. Cependant, dans leur pratique, le savoir médical est maîtrisé en étant inclus dans des savoirs pluridisciplinaires. Ceux-ci se mêlent au mouvement de construction de sens au fil des expériences vécues par la femme et la sage-femme (Downe et al. 2004)

Selon Rothman (1989), les sages-femmes ont le potentiel pour développer un savoir alternatif sur la procréation. Il ne s'agit pas ici de créer un autre savoir qui ferait autorité mais plutôt de rester conscient que les savoirs ne peuvent être que partiels et qu'aucun ne peut être innocent (Clarke et al. 1999). Il sera probablement

important de valoriser l'apprentissage comme mode de formation sur le terrain, surtout quand le cadre institutionnel académique valorise l'apprentissage et l'application de la théorie dans une formation professionnelle. Reste aussi à voir si le lien avec le féminisme ne va finalement être porté que par quelques-unes (De Koninck, 1992) car le rapport à la connaissance n'est pas le même s'il est porteur d'une analyse féministe de la réalité des femmes.

Si le savoir et le pouvoir sont toujours inter reliés (Foucault et al., 1980), ils doivent donc être examinés tous les deux pour bien comprendre les enjeux de la pratique sage-femme par rapport à la maternité. Après avoir considéré les questions de savoir, il nous faut donc envisager celles du pouvoir. Selon Turkel (1995), c'est là que se retrouvent les véritables enjeux.

2.3 Questions de pouvoir

Les questions de pouvoir, celui des institutions, celui des sages-femmes et celui des femmes, sont au cœur de la configuration de la santé et de la maternité. Pour Foucault (1980), le pouvoir n'est pas une théorie, mais une pratique. Il ne plane pas au-dessus de la société mais se love en son sein par mille pratiques du quotidien qui touchent le corps et l'espace. C'est en examinant ces pratiques que nous comprendrons certains enjeux importants pour les sages-femmes, autant dans leur rapport aux institutions que dans celui avec les femmes.

Le pouvoir des institutions

La notion de pouvoir doit beaucoup à Michel Foucault et a servi de nombreux discours militants, principalement des groupes de femmes, pour dénoncer les abus du système médical et réclamer la réappropriation du pouvoir des femmes sur leur corps.

Depuis les débuts du XXe siècle, il y a eu une montée des « experts » dans la vie des femmes (Ehrenreich et al. 1982) et le médecin est considéré comme l'expert-type. L'institution médicale fait partie de l'épistémè (Foucault, 1972) des sociétés occidentales et elle contrôle maintenant autant les corps masculins que féminins, sous la redoutable efficacité des symboles lourds et médiatisés de la sécurité et de la santé.

En fait, nous sommes devant ou plutôt dans un véritable système, où chaque élément peut à la fois soutenir et être soutenu par les autres: la biomédecine, de grandes idéologies comme le patriarcat, la technocratie et le capitalisme (Rothman, 1994), une organisation sociale basée sur des hiérarchies/inégalités (Ratcliff, 2002) et des structures institutionnelles et politiques qui soutiennent la biomédecine²³. Pour Rich (1977), c'est un tel ensemble qui a fait de la maternité une institution et la clé de voûte de l'autorité masculine sur les pouvoirs de reproduction des femmes, faussant ainsi la maternité comme expérience. Sans la séparation entre l'expérience et l'institution, il ne sera pas possible selon elle, de permettre aux femmes de retrouver leur corps et leur histoire.

La biomédecine

La biomédecine s'associe étroitement aux sciences et aux technologies et son véritable pouvoir est essentiellement celui-ci: déterminer toute déviation par rapport à ce qu'elle a d'abord défini comme « normal », discuter des problèmes dans des termes médicaux pour enfin ne considérer que les solutions médicales. Ce biopouvoir (primat de la biologie, de la science et de la technologie) est donc celui qui crée à la fois le problème et la solution. Nous constatons que c'est exactement ce qui est en train de se passer avec la « génétisation » de la santé (M. Lock et al. 1998).

²³ Jordan, 1993; Ruzek et al., 1997; Turkel, 1995

L'effet du biopouvoir, c'est lorsque 99% des femmes accouchent à l'hôpital. Loin d'être un choix personnel nous pouvons parler ici plutôt d'un choix culturel, véritable illustration du biopouvoir «...shaping the ways we think about and live our bodies » (Lupton, 1997 p.106). Même un concept comme l'autonomie, lorsqu'il est sous le contrôle de professionnels de la santé, peut servir à enseigner aux personnes à suivre plus efficacement les dogmes médicaux qui prévalent (Oakley, 1986), comme ceux de l'impératif de la santé (Lupton, 1997). Un système de santé encourage certaines formes de prise en charge et d'autonomie (le virage ambulatoire au Québec) mais décourage d'autres formes d'autonomie, comme l'accouchement à la maison, perçu à ce moment comme une véritable transgression des dogmes et des croyances de la biomédecine. L'effet du biopouvoir se constate aussi lorsqu'on parle d'accouchement naturel comme alternative à la technique et à la médecine et non pas du contraire. Il est maintenant difficile de penser et de décrire la santé ou la maternité en d'autres termes que dans des termes médicaux. Il faut bien se rendre compte que, malgré l'intense critique formulée à l'égard de la médicalisation de la santé des femmes et de la maternité, celle-ci n'a cessé d'augmenter.

Si c'est dans le langage que reposent les relations de pouvoir, le langage médical est le grand porteur de deux des plus puissantes idéologies du XXe siècle, la normalité et le risque, gardant les femmes dans l'enceinte du biopouvoir et soutenant des pratiques de surveillance. Si le pouvoir ultime est surtout celui de définir, les sages-femmes ne sont pas menaçantes pour la médecine car à ses yeux, elles ne sont pas qualifiées pour définir (Treichler, 1990).

...et les sages-femmes.

Au Québec, les institutions et les pratiques concernant la santé et la maternité sont organisées autour de la profession médicale et de l'hôpital. Les associations médicales ont d'abord questionné la pertinence des sages-femmes comme nouvelle profession puis ont remis en question la sécurité de leur pratique jusqu'à ce qu'elle

soit démontrée à partir d'une expérimentation dans un cadre de projets-pilotes (Blais et al., 1997). Dans le monde des professions, les sages-femmes deviennent les concurrentes des infirmières et se trouvent au cœur de luttes entre les omnipraticiens qui pratiquent l'obstétrique, et les obstétriciens-gynécologues, les premiers cherchant à regagner un terrain perdu aux mains des spécialistes de plus en plus nombreux et puissants (Blais et al. 1997). Dans leur rapport, les auteurs de cette étude remarquent « la persistance de décalages entre le monde des sages-femmes et le système de périnatalité, décalages qui nuisent au développement des collaborations » (Blais et al. 1997 p.243). Une intégration des sages-femmes pourrait viser à niveler ces décalages/ différences et inciter les sages-femmes à pratiquer dans l'institution hospitalière. L'enjeu n'est pas banal, sachant déjà que les sages-femmes peuvent intérioriser le paradigme médical par leur formation ou en pratiquant en milieu hospitalier (Woodward, 2000), diminuant d'autant leur pouvoir de demeurer une véritable alternative.

En Amérique, même l'instauration d'alternatives aux structures traditionnelles hospitalières pour humaniser l'accouchement (comme des chambres de naissance) n'ont souvent été que des changements de décor, sans remettre en cause l'essentiel du pouvoir médical (Oakley, 1993). Sous le biopouvoir, la vraie question n'est pas le changement mais surtout éviter la perte de contrôle, stratégie que Barel exprime joliment par « convivialiser le contrôle » ou de « contrôler la convivialité » (in Quéniart, 1988 p.208). Des chambres de naissance où se vivent des accouchements très médicalisés en sont un exemple. Peut-être que des sages-femmes sur un département d'obstétrique en seraient un autre. L'espoir de l'humanisation portait en lui celui de la démedicalisation de la naissance. Il a été constaté que finalement, nous avons plutôt humanisé la médicalisation de la maternité.

Quéniart a proposé l'équilibre entre humanisation et médicalisation (Quéniart, 1991) et la légalisation des sages-femmes est perçue au Québec comme un moyen d' « humaniser » le système de soins de maternité « médicalisé ». Sans

perdre leurs qualités « humaines », nous croyons que les sages-femmes auront bien plus à approfondir leur spécificité et l'exprimer si l'on veut arriver à penser la maternité « autrement ».

Selon Annandale (1998), les alternatives à la médicalisation ne sont pas bien théorisées parce que leur signification est toujours construite en référence. Les oppositions, en fait, finissent par renforcer l'oppression mais sans amener l'émancipation. C'est ainsi que l'on peut entendre que l'accouchement « n'est pas une maladie », renforçant justement la référence à la maladie et la pathologie. Un des enjeux pour les sages-femmes sera sans doute de ne pas seulement s'opposer à la définition médicale de l'accouchement en proposant l'accouchement naturel car ils se définissent l'un l'autre (Cosslett, 1994).

Bien qu'il existe un contrôle masculin sur les pratiques professionnelles, du moins en Amérique du Nord (Rosser, 1994), les dynamiques professionnelles vont continuer à être en action et influencer réciproquement l'évolution de chacune d'elles (Rooks, 1997), ce qui sera intéressant à suivre. Walsh considère néanmoins que les sages-femmes se comportent comme un groupe d'opprimées: elles adoptent les points de repères et les valeurs du groupe dominant, le corps médical, plutôt que les points de repère et les valeurs de leur propre groupe (M. Stewart, 2004).

Le pouvoir des sages-femmes

Parce que la pratique sage-femme a été expérimentée en dehors de l'hôpital (Blais et al. 1997), sa professionnalisation se trouve à briser deux monopoles solidement installés depuis plusieurs décennies au Québec et symboles puissants du biopouvoir: la présence d'un médecin pour accoucher et l'hôpital comme seul lieu d'accouchement. Cette situation est d'autant plus intéressante que les sages-femmes évoluent sur un territoire social et institutionnel où la domination, voire l'impérialisme professionnel de la médecine est portée par le charisme de la

technocratie, l'idéologie de la science et un capital symbolique (Bourdieu, 1998) immense. A l'intérieur d'un système de santé caractérisé par l'hospitalocentrisme (Woodward, 2000), la Loi sur les sages-femmes les situe en première ligne, les reliant alors au volet social communautaire, préventif et de première ligne du système de santé plutôt qu'à son volet hospitalier, médical et curatif. Le fait d'exercer en dehors de l'hôpital et d'être en contrôle d'un lieu de naissance favorise d'une part l'autonomie de leur pratique, et d'autre part le potentiel de développer un savoir alternatif sur l'enfantement. En effet, pour Rothman (1989), ce n'est pas le savoir qui détermine la gestion de l'accouchement mais bien la gestion qui a déterminé ce que nous en savons.

Cependant, il ne faut pas oublier que les sages-femmes évoluent aussi dans un contexte social où le consumérisme les fait entrer dans l'instrumentalisation des professions. La sage-femme n'est-elle pas un « nouveau service »? Si le pouvoir n'est pas une propriété (Defert et al. 1994), mais bien une stratégie dont les effets de domination sont attribués à des fonctionnements, nous considérons que les enjeux de pouvoir se situent autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la pratique sage-femme. Les notions d'autonomie et de hiérarchie nous permettront d'explorer ces enjeux.

Autonomie: le pouvoir de...

Pour Desjardins (1993), la venue des sages-femmes s'inscrit dans l'émergence d'un nouveau paradigme en santé, déjà porté par les praticiens de « médecine douce », paradigme autour de la reconnaissance du pouvoir et du savoir des femmes, d'une vision holistique de la réalité, de l'importance de l'autonomie et de la compassion, une alliance entre science et sagesse (p.19). Sans tomber dans une sorte de manichéisme qui place tous les médecins dans le paradigme médical négatif et toutes les sages-femmes dans un nouveau paradigme positif de la santé, on peut quand même dire que les sages-femmes apportent du nouveau dans le réseau de la santé. Il y a cependant lieu de questionner leur pouvoir d'agir et d'apporter ce

qu'elles sont dans un système. La capacité d'action des sages-femmes et le maintien de leur spécificité seront un enjeu de pouvoir car elles évoluent dans un système culturel et institutionnel articulé autour de la médecine et de l'institution hospitalière (Rooks, 1997).

Si les sages-femmes sont des professionnelles autonomes, elles conservent leur autonomie par le maintien des leviers qui sous-tendent leur profession: la formation et la pratique professionnelle. Même en voulant contrôler son savoir par une formation spécifique il faut reconnaître que le savoir biomédical est hégémonique dans l'acquisition des connaissances en sciences de la santé. En ne valorisant que ce savoir, cela pourrait contribuer à ce que les étudiantes internalisent la logique obstétricale, ce qui est souvent constaté ailleurs (Woodward, 2000).

L'autre privilège d'une profession est l'auto-régulation de la pratique. Tout comme le lieu a un effet sur l'expérience d'enfanter, il est aussi reconnu qu'il a aussi un effet sur l'expérience de la pratique des sages-femmes. Les conflits entre l'idéologie de l'institution hospitalière et celle de leur profession provoquent chez les sages-femmes des tensions émotives et éthiques qui les minent²⁴. L'évolution de nos cultures technologiques crée aussi des contradictions et une situation paradoxale pour les sages-femmes quant à leur rôle de promotion de l'accouchement normal²⁵. Pour Walsh (2006b) cependant c'est le travail en maison de naissance qui permet de contrer l'effet « ligne d'assemblage » de l'hôpital car l'environnement de travail a un effet sur l'*empowerment* des sages-femmes²⁶. Il y a une recherche de la capacité à tenir ensemble la compétence technique avec *l'aide qui vient du cœur* (El-Nemer et al. 2006) et de comprendre la difficulté d'actualiser la continuité de la relation dans

²⁴ B. Hunter, 2004; 2005; Thompson, 2003, 2004

²⁵ Abbey et al., 2004; Kornelsen, 2005; H. Powell Kennedy et al., 2004

²⁶ L. R. Lock et al. 2003; Matthews et al., 2006

les contextes de pratique actuels des sages-femmes où les organisations institutionnelles ne reconnaissent pas l'importance fondamentale d'un soin relationnel²⁷. Il ne s'agit pas de changer les systèmes structurés et structurants mais bien de reconnaître et de relever les défis réels et quotidiens de l'affirmation de la différence. Il sera intéressant d'évaluer par la recherche comment les sages-femmes vont affirmer et même revendiquer leur spécificité par leur pratique.

L'intégration des sages-femmes dans les institutions du réseau de la santé résonnera sans doute sur les autres professions, mais surtout sur les sages-femmes elles-mêmes car elles sont minoritaires et marginales au Québec. Le potentiel de reconfiguration de la santé et de la maternité risquera de diminuer au fur et à mesure des pressions discursives et structurelles pour que les différences se nivellent (par assimilation ou cooptation). Elles pourraient adopter le modèle médical par recherche de légitimité ou simplement à cause de son omniprésence.

Enfin, leur institutionnalisation, une tendance vers la routine et la non réflexivité pourraient faire le reste (Bardy, 1988). Elles risquent alors d'être simplement des professionnelles de plus dans la pratique obstétricale actuelle, sans qu'il y ait des changements plus profonds en bout de ligne. Comme l'autonomie ne peut se développer qu'en réciprocité (Malherbe, 2003), des sages-femmes non autonomes ne pourraient soutenir l'autonomie des femmes car "disempowered midwives disempower women" (Jamieson in Kirkham et al. 1997 p.232). En internalisant des valeurs oppressives, elles finissent par les agir auprès des femmes (Stapleton, 1997). Enfin, le cadre biomédical est tellement prégnant que les sages-femmes ne peuvent pas être perçues et représentées en dehors de ses limites:

²⁷ Kirkham, 2000; McCourt et al. 2006; Page, 2003

“it is very difficult, in this society at this time, to even think of pregnancy, and especially childbirth, in non medical terms, to imagine that midwives are doing anything other than being "nicer" "kinder," or more "sensitive" than obstetricians” (Rothman, 1989 p.170).

La hiérarchie: le pouvoir sur...

Selon Oakley, nous vivons dans une époque "in which the power of professionals to shape people's lives has increasingly escalated to become one central mark of life in the twentieth century" (Oakley, 1984 p.292). Cela nous amène à situer certains enjeux de pouvoir posés par le nouveau statut de « professionnelles » des sages-femmes. En ayant un nouveau statut, les sages-femmes sont devenues en quelque sorte, de nouvelles « expertes ». Elles font partie de ceux qui « savent » au sujet de la maternité et de la santé des femmes. Il est reconnu déjà que ce savoir produit un effet de pouvoir sur les femmes qu'elles aident (Cronk in Kirkham, 2000). Leur travail d'« empowerment » risque de perdre la place significative qu'il a pris il y a plus de 20 ans, dans un mouvement de rupture avec la culture institutionnelle dominante. L'éloignement des racines féministes risque de renforcer l'ethos médical, en plus d'occulter l'importance des dimensions collectives des difficultés individuelles des femmes (De Koninck, 1992), tout en prescrivant un impératif de la santé (Lupton, 1995). La sage-femme pourrait alors facilement devenir un nouvel agent de contrôle dans la vie des femmes, laissant la perspective féministe comme choix personnel seulement (De Koninck, 1992).

Si le langage utilisé indique toujours où est le poids du pouvoir dans une relation, celui des sages-femmes révèle déjà qu'elles ont souvent adopté le langage biomédical et ses métaphores (Halldorsdottir et al. 1996a; Machin et al. 1997), et que l'expérience des femmes en est marquée (Frazer, 1999).

Il nous semble que ce n'est plus en entretenant la dialectique entre la médecine et la « nature » que les sages-femmes pourront reconfigurer la maternité et

la santé. Dans une société de plus en plus médicalisée même après vingt ans d'intenses critiques, il va devenir essentiel que les sages-femmes maintiennent leurs liens avec les femmes et questionnent leurs rapports avec la logique médicale et la technoscience. Cela nous semble d'autant plus nécessaire que la montée fulgurante de la médecine fœtale et de la génomique est souvent dans un éthos scientifique et technologique dont les enjeux éthiques ne sont pas du tout maîtrisés.

Le pouvoir des femmes

Au Québec, il a fallu deux grandes enquêtes sur la santé des femmes (Guyon, 1990) pour démontrer que l'appartenance à un sexe est la deuxième catégorie discriminante après le groupe d'âge, lorsque l'on examine les plus grandes variations de la santé des populations (mortalité, morbidité ou incapacité). Cela justifie la nécessité d'approfondir l'analyse de la médicalisation chez les femmes (Guyon, 1996). De nombreuses auteures ont aussi expliqué comment le pouvoir le plus subtil que la société des hommes a exercé sur les femmes a été celui exercé au nom de la science. Les médecins ont été le principal relais de ce pouvoir, colonisant le corps des femmes (Rich, 1977; Romito, 1992) et confirmant la reproduction comme lieu-clé de la gestion biomédicale de la vie des femmes (Marshall et al. 2000).

D'un autre côté, il a été démontré que les femmes ne sont ni passives ni victimes du pouvoir médical pas plus d'ailleurs que la médecine ne soit une entreprise monolithique de pouvoir²⁸. Il n'y a que Shorter (1984) cependant pour présenter la médecine en tant que libératrice des femmes.

Les femmes sont complexes: elles ne sont jamais entièrement autonomes ni entièrement esclaves, ni génératrices de discours ou déterminées par ceux-ci (Sawicki in M. Lock et al. 1998). Bien qu'objet de l'institution médicale, les femmes

²⁸ Blum, 1999; De Konink, 1995; Lewis, 1990; Lupton, 1997; Renaud, 1995

demandent, refusent, résistent sélectivement, négocient, s'accomodent ou sont parfois indifférentes²⁹. Leurs expériences sont vécues très différemment:

“It appears then, that the absence of medical intervention during childbirth does not always produce a sense of efficacy; nor does medical intervention necessarily engender alienation” (Fox et al., 1999 p.33).

La « mystique » de l'accouchement n'est peut-être même pas si importante dans l'expérience de la féminité (Romito, 1992).

Non seulement les femmes sont ambivalentes (Parker, 1997; Tew, 1990) mais leurs besoins et leurs intérêts sont très différents³⁰ et bien moins « universels » que ne l'avait présenté Oakley car ils sont toujours liés à des références historiques, culturelles, de race ou de classe (Fox et al. 1999; Ruzek et al. 1997). Historiquement les femmes ont utilisé les savoirs et les pratiques médicales pour gérer leur fécondité mais cela s'est fait au prix d'une gestion biomédicale de leur corps (De Koninck, 1995).

Il y a de quoi se demander « Quelle autonomie les femmes ont-elles gagnée au cours des dernières années? » (De Koninck, 1990 p.122). Les femmes ont-elles acquis du pouvoir? D'une certaine façon nous pouvons dire oui parce que grâce à leurs pressions, de nombreux changements ont été apportés dans les espaces et les pratiques autour de la naissance. Cela a sûrement de l'importance car « l'appropriation de l'espace étant le miroir de l'appropriation des événements qui y prennent place, pour changer la vie, il faut aussi changer les lieux » (Piché in Saillant et al. 1987 p.337).

²⁹ R. Davis-Floyd, 1992; De Koninck, 1995; M. Lock et al., 1998; Thurer, 1994

³⁰ Clarke et al., 1999; Featherstone, 1997; Guyon, 1990; McMahan, 1995

Par ailleurs, force est de constater que les femmes sont conditionnées à se conformer à la médicalisation de leur vie (Romito, 1992). Laurendeau avait déjà constaté la force de cette tendance dès les années 1980 :

« ...à l'heure actuelle, rien ne vient troubler la montée de la médicalisation de l'accouchement. Les mouvements de contestation se sont apaisés. Seuls quelques groupes continuent de plaider pour que l'on aille au-delà de l'accouchement humanisé, vers l'accouchement contrôlé par celles qui en ont l'expérience intime » (in Saillant et al., 1987 p.152)

Selon Knibiehler (2000 p.117), il serait inutile de la remettre en question car « la reproduction est désormais l'affaire des sciences et des techniques ». Les tentatives écologiques « de retour à la nature » seront définitivement englouties par le souci de sécurité et les convenances des personnes impliquées.

Ces quelques éléments soulèvent plusieurs réflexions:

Premièrement, dans notre ère du biopouvoir (Foucault et al. 1980), est-ce que le fait d'élaborer une pratique « centrée sur la femme » va redonner le pouvoir aux femmes? Marshall & Woollett (2000) n'y croient pas car le fait de parler de choix part d'une conception des femmes en tant que consommatrices et en même temps, le système les rend responsables de l'issue de leur grossesse et de leur état de santé. Le fait de parler des risques contribue en bout de ligne à accentuer leur insécurité et leur solitude (Quéniart, 1989). Avoir un pouvoir de choisir et d'être entendue est une chose mais en ne choisissant que parmi les choix possibles, cela donne souvent plus de pouvoir à l'institution ou au professionnel qui propose les choix à faire. Les contenus idéologiques reliés au choix seront traités plus loin.

Deuxièmement, même avec des changements dans les milieux hospitaliers, un élément important n'a pourtant pas changé: la définition biomédicale de la spécificité des femmes. Les femmes ne contribuent pas à redéfinir la reproduction, la santé et la maternité alors qu'elles ont des conceptions très riches de la santé (F.

Woods et al., 1988; Lapointe, 1998). La parole et le point de vue ne semblent pas compter dans l'organisation des soins car "she is an object, not a subject" (Thurer, 1994 p.299). Nous sommes bien loin d'un temps où la femme enceinte et celle qui accouche seraient considérées comme incarnant une forme exceptionnelle de pouvoir.

Troisièmement, nous sommes encore dans l'ère des experts malgré l'opinion de Ehrenreich (1982), et là où il y a des experts, il y a du pouvoir. Lorsqu'on constate que « l'omniprésence des femmes dans la production de la santé est inversement proportionnelle au pouvoir qu'elles détiennent » (Saillant et al. 1994 p.123), il y a lieu de se demander ce qui pourrait être fait. Selon Piché, un élément important de prise de pouvoir n'est pas dans la théorie ni le langage mais bien dans l'action (in Saillant et al. 1987 p.337) Il n'y a qu'à voir l'impact social immense qu'ont eu non seulement des femmes et des couples qui ont décidé d'accoucher à la maison, mais celui des femmes qui les ont aidés depuis les années 1970-1980 au Québec. Malgré ce fait, il semble que la question de l'action collective et sociétale demeure entière.

Il faut enfin se rappeler que les mouvements sociaux qui ont réclamé la réappropriation de l'accouchement et de la santé ne semblent plus s'inspirer du féminisme mais plutôt de l'esprit libéral et consumériste, ce qui ne remet pas du tout en question le fond même d'un système dominé par la biomédecine. Il sera intéressant de se demander comment vont évoluer les sages-femmes qui sont maintenant partie intégrante de ce système. Le questionnement est d'autant plus intéressant que leur émergence professionnelle vient de la critique et même d'une rupture avec ce système, d'une prise de position comme femme auprès des femmes et enfin d'une revendication d'un pouvoir féminin sur la maternité et la santé. Les sages-femmes auront à s'ajuster enfin à une clientèle différente de leur groupe socioculturel, réagir par rapport à des femmes qui résistent refusent ou négocient, ou même qui s'attendent à ce qu'elles agissent comme « expertes ».

2.4 Des limites idéologiques

Il semble que la pratique des sages-femmes au Québec offre une possibilité de reconfiguration du rapport des femmes à leur santé et leur maternité. Cependant, à la santé et à la maternité sont liés certains thèmes dont le contenu idéologique doit être étudié afin de cerner les enjeux qui pourraient sérieusement limiter la portée de l'action des sages-femmes auprès des femmes. Nous considérerons globalement trois thèmes dans le cadre du présent travail: La « Nature », le risque et le choix.

2.4.1 La "Nature"

En Amérique, la critique de la médicalisation de l'accouchement est passée par la revalorisation de l'accouchement naturel comme moyen pour les femmes d'avoir le contrôle sur leur pouvoir créateur (Callaway, 1993). Cependant, pour Cosslett (1994) ainsi que pour Descarries & Corbeil (1994), l'accouchement naturel porte en lui le mythe de la femme primitive, la femme-nature qui fait confiance à ses instincts et qui semble toujours en dehors de toute culture et de toute histoire. Parler d'instinct peut alors autant dénigrer que célébrer les femmes. Ce serait, à la limite, une forme d'essentialisme presque dangereux (Klassen, 2001).

Certaines sages-femmes du Québec ont d'ailleurs été critiquées par Desjardins (1993) pour avoir une tendance à encourager les femmes à se soumettre à une nature « idéale » et moraliser certains comportements considérés comme de nouveaux idéaux. Ceux-ci s'ajoutent alors à un autre mythe, celui de la « bonne mère » (Bobel, 2001; Thurer, 1994) ou celui de la mère naturelle (P. Hall, 1998) celle qui pratique depuis 150 ans ce que Hall (1998) appelle le maternage intensif i.e. le fait que la mère demeure à la maison avec ses jeunes enfants. Sous un discours scientifique, la psychologie a contribué à cette construction (Phoenix, 1991) qui, bien que critiquée, fonctionne encore très bien. Pourtant, constate Thurer (1994):

" if an intense, one-on-one, exclusive mother relationship were, in fact, essential, we would have to conclude that except for a brief period in the fifties, most cultures, past and present, in its absence, produced damaged people " (p.291).

Est-ce que la maternité sera sacralisée aux dépens de la subjectivité des femmes se demande Klassen (2001)? Les sages-femmes pourraient bien, elles aussi, nourrir le mythe de la « bonne mère », celle qui accouche naturellement, si possible en dehors de l'hôpital et qui allaite exclusivement.

L'allaitement semble parfois être associé à une « nature » (essence) féminine (Carter, 1995). En fait, en tant que pratique culturelle (Law, 2000), il s'intègre maintenant au mythe de la « bonne mère » car en effet, "...in the current era, breastfeeding has become " the measure of the mother" (Maclean in Blum, 1999 p.3). Au-delà de la valorisation de l'autonomie et de la santé de l'enfant, les discours sur l'allaitement ont souvent une tendance prescriptive (Stearns, 1999 ; Wall, 2001) et persuadent plutôt de l'obligation morale d'allaiter c'est-à-dire, en fait, donner à l'enfant un « produit » supérieur (Blum, 1999). D'une part, le corps de la mère allaitante est valorisé mais d'autre part, subtilement, le sein devient aussi un objet au service de l'enfant (Bobel, 2001) et peut même s'effacer derrière une machine pour tirer le lait maternel (Blum, 1999). Le soutien à l'allaitement prend souvent l'allure d'une pratique de surveillance tandis que la promotion de l'allaitement est teintée d'une vision maternaliste du retour des mères au foyer, fréquemment au nom du *bonding* d'ailleurs.

Très en vogue depuis les années 1970, cette théorie qui explique l'importance des effets à long terme de la création de l'attachement de la mère à son enfant, serait une construction scientifique douteuse (Wall, 2001) et probablement beaucoup plus l'extension d'une idéologie qu'une découverte (Eyer, 1992). L'interprétation littérale de ce concept a surtout mené à des procédures rituelles et normatives et à la culpabilisation des femmes (Crouch et al. 1995), en partie parce que le *bonding* fait

abstraction des circonstances sociales et économiques de la maternité et du développement de l'enfant. Il y a un oubli, (est-ce un oubli?) que “ ideas of motherhood and infancy have shifted in content from culture to culture and in our own society from century to century, even decade to decade” (Eyer, 1992 p.99). Il est d'ailleurs paradoxal d'entendre parler de l'échographie comme moyen pour que la mère s'attache au fœtus alors qu'elle sert en même temps au dépistage d'anomalies qui peuvent la mener à se questionner sur la poursuite de sa grossesse.

En fait, au nom de la science, l'allaitement et le *bonding* sont des occasions pour surveiller et contrôler les femmes, de renforcer l'idée du déterminisme biologique des comportements tout en perpétuant la liaison entre femme-mère-nature. Une pratique sage-femme non réflexive et non consciente de ces contenus idéologiques ne ferait que renforcer la maternité comme institution; car bien qu'étant une expérience complexe, ambivalente et paradoxale, la maternité devrait être définie et contrôlée par les femmes et non par les experts ou les institutions (Treblicot, 1984). Proposer des reconfigurations qui se transforment en nouvelles normes sous de nouvelles idéologies, tout comme s'opposer à un impérialisme en en créant un autre, apportera sans doute du nouveau mais ne changera rien au système, surtout pour les femmes.

2.42 Le risque

Au Québec comme dans tout l'Occident, l'organisation de l'obstétrique est fortement imprégnée par ce que Quéniart (1988) décrit comme «l'idéologie du risque». Au nom du fœtus, les professionnels demandent aux femmes de changer leur vie, d'accepter la gestion de leur corps et tendent à les rendre seules responsables du développement du bébé. Dans l'idéologie du risque, les femmes sont soupçonnées d'être maintenant un risque pour l'enfant qu'elles portent (Clarke et al. 1999; Rothman, 1994). L'idéologie du risque ou « tout peut arriver » est non seulement dominante mais elle est terriblement efficace: personne ne peut dire le

contraire. Pour Quéniart (1988, 1989), c'est là que les femmes sont piégées. Depuis la « découverte » du fœtus (Duden, 1993), les discours sur le risque cherchent à persuader les femmes que les technologies médicales sont la seule réponse à l'incertitude ou la peur, en ayant leur bébé comme enjeu. Pourtant, « ... au nom du risque, on médicalise toutes les naissances, alors que seules 5 à 10% d'entre elles posent un problème d'ordre médical » (Duden, 1993). Même si l'utilisation de grilles de facteurs de risque pour le suivi de grossesse mérite de nombreuses réserves sur son efficacité (Enkin et al. 2000), la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets pilotes ainsi que la Loi sur les sages-femmes (1999) leur demandent de travailler avec ces outils et donc dans cette culture du risque (Blais et al. 1997; Clarke et al. 1999), les poussant en même temps vers une pratique de surveillance des femmes.

Les sages-femmes devraient se questionner quant au poids et au sens de l'utilisation du concept de risque dans leur pratique, ainsi que son influence sur le regard qu'elles portent sur les femmes et sur la maternité. L'enfantement est-il un risque ou une occasion? Est-ce que la technique est une réponse ou une fuite en avant? Au delà de ces questions se situe un enjeu beaucoup plus fondamental: celui du rapport des sages-femmes avec l'incertitude, l'imperfection et la finitude, conditions de toute vie humaine mais occultées dans notre monde occidental. Nous sommes en effet dans un monde qui peut se permettre la négation technologique de la mort ou bien simplement faire miroiter la possibilité d'arriver à un risque zéro, sous l'illusion persuasive de la technoscience.

2.43 Le choix

Le féminisme et la pratique sage-femme ont voulu réaffirmer le pouvoir des femmes en réclamant leur capacité à décider et faire des choix par rapport à leur santé et leur maternité (Saillant et al. 1987). Cependant, bien que source d'« *empowerment* » et signe d'autonomie, le fait de choisir ne permet pas

nécessairement d'éviter des jeux de pouvoir et de contrôle car le contexte dans lequel s'exerce le choix est important: « the « menu » of particular options from which to chose is in itself influenced by politics and power » (Gregg, 1995 p.16).

Inscrit dans une philosophie utilitariste, rationaliste et un ethos consumériste, le « choix éclairé » implique souvent une conception particulière du sujet et de la relation soignant-soigné. Premièrement, le sujet qui décide est conçu comme entièrement autonome, responsable, rationnel et unifié, ce que Martin (1989) dénonce. Ensuite, cette vision volontariste de la prise de décision est plutôt masculine (Candib, 1994), en plus d'occulter une autre façon plus relationnelle de comprendre l'autonomie (Everingham, 1994).

Enfin, dans la perspective que l'information donne du pouvoir (Gregg, 1995), le rôle du professionnel, expert et neutre, se conçoit comme étant celui de donner à la femme l'information la plus complète (i.e. la plus scientifique) possible et de la laisser faire son choix. Cette conception du choix instrumentalise le professionnel, l'amène vers une déresponsabilisation (Stapleton, 1997) et l'aliène autant que la femme qu'il se trouve à laisser seule devant des choix qu'elle doit faire (Quéniart, 1989). Sous une telle façon de voir, la sage-femme risque de s'éloigner du dialogue et de la parole pour ne rester que dans une éthique de la communication d'information.

Aucun choix n'est neutre ou égal, et les choix « normaux » sont souvent ceux qui sont en accord avec le paradigme dominant. Un système n'offre souvent que ce qu'il peut accepter et la rhétorique du « choix » devient alors le masque du contrôle. C'est le biopouvoir de Foucault (1976). Pour Gregg (1995), il n'y a pas beaucoup de solutions: “for real choice to exist, women must determine the menu, as well as the context, of choices.” (p.18). Une véritable autonomie des femmes et des sages-femmes ne pourra pas se développer sans mutualité (Candib, 1994) et pour sa part, Stapleton (1997) fait appel à la libération de la voix du « féminin » chez les sages-

femmes, celle qui n'a pas peur de ne pas être en accord avec l'« establishment ». Nous devons ainsi comprendre que le manque de conscience des idéologies en jeu et le manque de courage pourraient faire du « choix » un simple instrument du maintien du statu quo. Dans un contexte de domination discursive professionnelle et institutionnelle, les pratiques « émancipatoires » des sages-femmes des années 1980 risquent d'être absorbées par le discours dominant de l'individualisme libéral qui au fond, ne s'attend finalement qu'à des « corps dociles » (Foucault et al., 1980). Les sages-femmes vont alors simplement exercer une forme de néocolonialisme sur le corps et la vie des femmes. Au nom du « choix », elles laisseraient les femmes seules dans une époque où le développement des techniques de diagnostic prénatal et en fait, la génétisation de la maternité (M. Lock et al. 1998) vont amener des questionnements éthiques majeurs par rapport au « choix » (Quéniart, 1991) En effet, nous sommes déjà tous devant la question: « who should inhabit the world? » (Hubbard, 1990).

2.5 Questions de regard: le corps féminin et maternel

Pourquoi parler du corps? Parce qu'il est non seulement impossible de parler de la santé ou de la maternité sans parler du corps mais aussi parce que c'est ce qui est au cœur même de leur configuration. Le corps est difficile à étudier parce que, d'une part, il est à la fois le point central à partir duquel on organise le monde (Bordeleau in Bordeleau, 1999) et en même temps, le résultat d'un façonnement social (Garnier, 1991; Le Breton, 1990). Il ne peut pas simplement faire partie de la nature car il est le véhicule de notre « être-au-monde » de notre *Dasein* (Heidegger) et le connaître implique plus qu'une contribution à l'avancement des connaissances car, « penser le corps c'est une autre manière de penser le monde et le social » (Le Breton, 2001 p.169). Comment se sont construites nos représentations du corps contemporain? Pour Le Breton (1990),

« ...nos conceptions actuelles du corps sont liées à la montée de l'individualisme en tant que structure sociale, à l'émergence d'une pensée rationnelle positive et laïque sur la nature, au recul progressif des traditions populaires locales, liées aussi l'histoire de la médecine qui incarne dans nos sociétés un savoir en quelque sorte officiel sur le corps. » (p.8).

En fait, depuis Descartes non seulement le corps mais l'univers lui-même est soumis à la puissante métaphore mécanique où le vivant s'est épuisé. La technique et la science s'inscrivent dans une quête qui ne s'est jamais démentie: corriger le corps, ce «... vestige multimillénaire de l'origine non technicienne de l'homme » (Le Breton in Szfef 2001 p.160), imparfait et brouillon, pour en faire un objet fiable. Pour Chrysanthou (2002), cela a contribué à la construction de l'utopie post-moderne d'un corps transparent, cartographié, normalisé, objectivé.

Nos sociétés fonctionnent sous le paradoxe des corps visibles et normalisés et en même temps elles se caractérisent par l'effacement ritualisé du corps à tel point que Le Breton (1990) parle maintenant de l'ère de la fin du corps. Cette perception pourrait prendre tout son sens lorsqu'on réalise la possibilité scientifique et technique d'évincer les femmes de la reproduction par l'ectogénèse, c'est-à-dire le processus entier de la conception et de la croissance fœtale en dehors du corps féminin.

Le savoir biomédical est en quelque sorte le savoir officiel sur de corps, mais il existe une trop grande tendance à croire qu'il fait l'unanimité alors que pour Le Breton, « chacun « bricole » sa vision personnelle du corps » (1990 p.89), devenu un alter ego, en agençant des emprunts et sans se soucier des contradictions. Ainsi un médecin, un guérisseur, un acupuncteur et un homéopathe peuvent être consultés, chacun fonctionnant pourtant avec une vision du corps particulière, sans que l'individu n'ait une image incohérente de son corps.

Depuis qu'elle est devenue scientifique, c'est-à-dire objectiviste, la médecine met hors jeu le corps subjectif pour ne s'occuper que de ce qui est visible en lui. Elle a privilégié le regard qui soumet plutôt que soumis à ce qu'il voit, ce qui a transformé la relation avec le patient en contact objectivant (Quéniart, 1988). Le corps comme facteur d'individuation n'est pas considéré comme nécessaire (Guyon, 1990).

Et le corps maternel dans tout ça? Il n'est regardé que sous son angle biologique, un corps contenant, un émetteur de symptômes que le médecin interprète plutôt en ne tenant compte que du ventre et en ne retenant que ce qui est quantifiable et mesurable. Le ventre des femmes est en effet, l'intermédiaire nécessaire (du moins jusqu'à ce jour), pour atteindre l'utérus et surtout le principal client en obstétrique: le fœtus (Quéniart, 1991). Par ses normes et son contrôle le corps médical devient plus important que le corps des femmes. Si le corps est une « merveilleuse machine », la grossesse et l'accouchement seraient un « merveilleux processus », ce qui, de toute évidence n'existe pas dans les livres d'obstétrique.

L'instrumentalisation du corps a été critiquée (Petchesky, 1995) ainsi que l'effet aliénant de la médecine obstétricale. Paradoxalement, la matérialité du corps a du être réaffirmée dans plusieurs travaux féministes³¹, en réaction à la tendance à rejeter le corps biologique dans le mouvement de dénonciation du biologisme. Il a fallu reconnaître que cette matérialité du corps féminin " (...) often produces a sense of power, solidity and validity "(Young, 1990 p.279).

Plusieurs moyens de sortir le corps de la façon cartésienne de voir le monde ont été proposées: l'établir en tant que possibilité d'ouverture à la subjectivité (Probyn, 1991), en parler comme un organisme et garder sa relationalité (Birke, 1999), ou finalement utiliser la théorie du chaos, de la complexité ou des

³¹ Bigwood, 1991; Birke, 1999; Grosz, 1992; Kirby, 1991; Stoppard et al., 2000

dynamiques non linéaires pour démontrer sa flexibilité (Oakley, 1984). Young (1990) et Bergum (1997), se sont servies de la phénoménologie, véritable défi à l'esprit cartésien, pour décrire l'expérience maternelle du corps enceint vécu (lived pregnant body). Ainsi, la femme enceinte et celle qui accouche *est* un processus mouvant comprenant le dedans et le dehors, la coexistence du soi et de l'autre, la transformation et l'être transformé. Merleau Ponty (1945) a parlé de la chair, du corps vivant, un corps que l'on est, « puissance de monde » (p.173). Kahn propose quant à elle, une relation maïalogique entre la mère et l'enfant pendant l'accouchement et l'allaitement, le corps de la mère devenant une matrice sociale et spirituelle, une façon de lire le monde qui instruit autant l'enfant que la mère. L'accouchement devient " an activity between the subjectivities of mother and child grounded in the body" (Khan, 1995 p.93).

La pratique sage-femme semble rendre possible ces démarches d'intégration corps/esprit. Si la conceptualisation du corps traduit une façon de penser la santé et la maternité (Clarke et al. 1999), le savoir de la pratique sage-femme pourrait sans doute grandement contribuer à un effort de reconceptualisation.

Les sages-femmes et le corps féminin/ maternel

Les sages-femmes ont-elles un regard différent sur le corps féminin et maternel? Lorsqu'on parle du modèle sage-femme, force est de constater que oui. De la femme enceinte et de son enfant à naître, les sages-femmes affirment: leur interdépendance et leur inséparabilité, la capacité des femmes à porter et mettre au monde leur enfant, la puissance et la beauté du corps maternel en croissance et la force magnifique rassemblée durant le travail d'accouchement, la grossesse et l'accouchement comme mystères essentiels et enfin la possibilité d'apprendre d'un processus qui nous dépasse et que nous ne pouvons pas contrôler (R. Davis-Floyd, 1992; Rooks, 1997). Une porte est ouverte à la valeur épistémologique du corps maternel.

Pour une sage-femme le corps n'existe pas sans un sujet. Pour elle, un accouchement sans femme n'existe pas plus que la danse sans danseur. Cette conception du corps qui justement n'est jamais « un » corps mais « mon » corps ou « son » corps. Cela permet non seulement d'échapper à la primauté du regard objectivant mais d'introduire dans la relation la parole et l'intersubjectivité dans un tout autre registre que la mécanique officielle. Bien que traversée par l'ambivalence inévitable (Parker, 1997), la grossesse peut alors devenir une ouverture à une multiplicité de significations, une expérience singulière de transformation et de création, une démarche personnelle d'inscription dans une histoire et une culture. Le changement corporel vécu de la grossesse, reconnu par un autre sujet (la sage-femme ou tout autre praticien), peut être interprété avec une plus grande cohérence par la femme.

Il est évident qu'une autre grille de lecture du corps ne serait pas nécessairement plus « vraie » (Lupton, 1997), mais l'approche matérialiste et réductionniste a contribué à aliéner l'humain du monde qu'il habite. Aucun savoir biologique ne peut résoudre le mystère du corps car ses composantes physico-chimiques n'indiquent jamais en quoi celui-ci est humain. En fait, la dissociation qui a dû être faite intellectuellement pour construire un savoir anatomo-physiologique sur le corps a fini par créer une violence anthropologique faite à la notion unifiante de personne.

Le Breton (1990) a raison lorsqu'il affirme que les enjeux de la transformation de la médecine se détermineront autour de la symbolique et du corps, car un corps ne devient humain que lorsqu'il est inscrit dans l'ordre symbolique. Probyn (p.40) semble aller plus loin lorsqu'elle affirme: « quand nous parlons du corps, nous sommes forcément confrontés au sublime » (1992).

Selon Le Breton (1990), « ...un trouble introduit dans la configuration du corps est un trouble introduit dans la cohérence du monde » (p.169). Comme un

corps morcelable conceptuellement finit par être traité de façon morcelée, nos conceptions modernes du corps révèlent une trame sociale où l'homme est coupé du cosmos, coupé des autres et coupé de lui-même. Quel paradoxe intéressant et en même temps inquiétant par rapport aux discours de mondialisation et de globalisation et de l'imaginaire de l'Internet. Il semble bien que dans nos sociétés le paradigme de la séparation, au nom de la raison, continue de se déployer. Le corps est-il morcelé parce que nos sociétés sont morcelantes ou nos sociétés sont morcelantes parce que le corps a été morcelé? Au fond, comme l'affirme Le Breton, « Dans l'enceinte du corps ce sont symboliquement des enjeux sociaux et culturels qui se déploient » (1990 p.87).

Le regard des sages-femmes sur le corps féminin et maternel propose une ouverture à des reconfigurations multiples de la santé et de la maternité. Leur pratique au quotidien auprès des femmes est déjà un discours sur d'autres significations du corps féminin et maternel. Dans un nouveau contexte où elles sont maintenant des professionnelles de la santé faisant partie des « experts », il sera intéressant de voir comment va évoluer à la fois leur discours et la spécificité de leur pratique.

En somme

Ce tour d'horizon des écrits nous a permis d'enrichir et d'approfondir la compréhension de la réalité que nous voulons étudier ici: la pratique sage-femme. Elle a permis surtout de saisir à quel point la pratique sage-femme est au cœur de nombreux enjeux sociétaux. Enfin, le choix de l'interdisciplinarité et de l'inclusion des perspectives féministes fut essentiel pour permettre de soulever ces enjeux.

La synthèse des travaux parcourus indique aussi plusieurs défis pour les analyses et leur effets potentiels des résultats sur les pratiques: décentrer les analyses de leur contention dans le biomédical, sortir de la binarité et des oppositions, porter

les tensions et la complexité et pourquoi pas, tendre vers la création d'un langage, véritable mouvement où la pensée entre dans le monde.

Nous pourrions ensuite considérer d'autres pistes : analyser et approfondir les rapports des sages-femmes avec l'incertitude, l'imperfection et la finitude, théoriser la pratique sage-femme bien plus finement que la proposition d'un modèle sage-femme et poursuivre le travail de Martin (1992) avec son utilisation de la théorie du chaos pour repenser le corps féminin/maternel.

A partir du questionnement qui a donné l'élan à notre démarche il faudra, pour la suite, indiquer comment nous nous sommes prise pour y répondre. Il sera donc question de méthodologie, de nos outils de recherche: l'orientation qui a servi à éclairer notre cheminement, le territoire et les chemins empruntés ainsi que les procédés qui ont mené à ce que nous cherchions à découvrir.

Chapitre 3. Outils méthodologiques et chemins empruntés

Le but de cette recherche était de comprendre le phénomène de la pratique des sages-femmes à partir de l'expérience vécue de celles qui ont exercé au Québec avant sa légalisation. Nous visons à comprendre un univers composé d'actions individuelles autant que l'univers d'un groupe d'individues qui ont partagé un même type d'action de même qu'une position collective par rapport à cette action. Nous voulions élucider le sens de l'expérience d'être sage-femme et proposer une interprétation renouvelée de ce phénomène. Nous considérons qu'une orientation de recherche qualitative permettrait d'atteindre notre but car « elle tente de se rapprocher au plus du monde intérieur » (Van der Maren, 1996 p.103). C'est ce type de recherche qu'il nous faut adopter lorsque nous voulons comprendre un phénomène dans toutes ses complexités (Strauss et al. 1998). Pour Mucchielli (1996), la recherche qualitative privilégie la description des processus, la profondeur des analyses et la richesse des données et son aspect inductif, visant la découverte, fait en sorte que la compréhension du phénomène étudié se dégage progressivement. Le chercheur se met dans un état d'immersion « dans la complexité du phénomène appréhendé » (Paillé et al. 2003 p.197).

3.1 La phénoménologie

L'approche méthodologique qui permet de traiter de la question de recherche dépend de l'orientation philosophique de son auteur (Lincoln et al. 1985; Maykut et al. 1994). C'est en réfléchissant sur la compréhension, que nous avons opté pour l'orientation philosophique qui permettait de mieux répondre à notre questionnement, soit la phénoménologie.

Comprendre ce n'est pas vouloir résoudre un problème, vouloir prouver quelque chose, produire des résultats vérifiables et encore moins penser qu'un phénomène vécu peut se livrer « sous le mode de savoir généralisé » (Deschamps,

1993) Comprendre, c'est d'abord être pris par une interrogation. Comprendre devient alors une réponse à un appel et à une recherche de sens. Nous ne nous retrouvons pas en face d'un sens mais nous sommes bien plus saisi et habité par lui. Heidegger parle d'une sorte de « savoir s'y prendre », une capacité de l'existence à s'orienter dans le monde. De son côté Meyor (2005a) parle d'un chemin tandis que pour Gadamer (1976) la compréhension n'est ni un procédé ni une méthode mais « la forme d'accomplissement de la vie elle-même » (p.280).

La compréhension est le cœur de la phénoménologie. Elle « commence lorsque, non contents de « vivre » ou de « revivre », nous interrompons le vécu pour le signifier » (Ricœur, 1986 p.64). Cet effort de compréhension de l'être humain par lui-même est une démarche qui permet à une expérience complexe d'être comprise et d'offrir une œuvre ouverte « adressée à une suite indéfinie de « lecteurs » possibles » (Ricœur, 1986 p.195). En fait, l'enjeu d'une recherche phénoménologique « est moins de rendre compte de faits que de rendre intelligible la manière d'être au monde des être humains » (Lamarre, 2004 p.23). Pour van Manen (1997) ce type de recherche permet en quelque sorte, de découvrir des possibilités d'être et de devenir, ce qui confirme l'importance de la découverte dans l'utilisation de cette perspective.

En phénoménologie, il ne s'agit pas de théoriser ni de chercher des concepts car « le monde est non pas ce que je pense mais ce que je vis » (Merleau Ponty in Kelkel, 2002 p.271). L'action n'est jamais un fait brut (Dosse, 1995) et une description pure ne peut exister (Laplantine et al. 1996).

C'est ce que Husserl a proposé: une description du monde de la vie (*Lebenswelt*) pour effectuer à partir de celle-ci, un retour à *la chose même*, c'est-à-dire à l'expérience vécue telle que rapportée par la personne concernée (in Lyotard, 1999).

Pour Merleau Ponty (1945) il ne s'agit pas de parler du monde mais de laisser le monde parler. L'expérience est inscrite dans un monde mais en même temps, elle est aussi une façon de construire le monde. Janicaud (1998) pour sa part, parle joliment de *l'accueil* des phénomènes. C'est exactement ce qui caractérise la phénoménologie. Elle tente d'amener les significations telles qu'elles sont vécues au quotidien dans le monde de la vie, se distinguant ainsi de d'autres démarches de recherche.

“It does not aim to explicate meanings specific to particular cultures (ethnography), to certain social groups (sociology), to historical periods (history), to mental types (psychology), or to an individual's personal life history (biography)” (van Manen, 1997 p.11).

C'est la dimension herméneutique de la démarche phénoménologique qui permet de mieux éclairer la visée de compréhension et d'élucider le sens d'un phénomène et de le rendre reconnaissable (van Manen, 1997). Une compréhension plus profonde prolonge la phénoménologie en mettant en solidarité le regard, le sens et le langage, cette « maison de l'être » pour Heidegger (1958). Comme le disent Denzin & Lincoln (1994), « building on what has been described and inscribed, interpretation creates the conditions for authentic, or deep, emotional understanding » (p.325) car le monde n'est pas un problème mais plutôt un mystère (Ricoeur, 1975).

Certains auteurs parlent de la recherche des « essences ». Il ne faut pas trop mystifier ce mot car « essence » ne réfère pas à une sorte de mystérieuse entité ou découverte. Pour Giorgi l'essence est «...l'articulation, fondée sur l'intuition, d'un sens fondamental sans lequel un phénomène ne pourrait se présenter tel qu'il est » (in Giorgi, 1997 p.351) tandis que pour Haar (1985), « L'essence n'est pas d'abord ce que nous saisissons, mais ce qui nous saisit » (p.181). En fait, trouver les « essences » n'est pas tant le but de la phénoménologie qu'un « moyen afin de comprendre notre engagement effectif dans le monde » (Kelkel, 2002 p.270). Nous

comprenons à quel point la phénoménologie « a pour tâche de révéler le mystère du monde » (Merleau-Ponty, 1945 p.xvi).

Le chercheur et la subjectivité

La phénoménologie consiste à montrer la subjectivité dans les actes qui sont les siens, à montrer de façon rigoureuse et fine et avec sensibilité le phénomène du vécu humain. Dans la perspective herméneutique, il y a une reconnaissance de la dimension historique de la compréhension car ce qui se produit au passé, au présent ou au futur influence la nature de notre compréhension à n'importe quel moment (M. Heidegger, 1958). Selon cette approche, l'expérience personnelle du chercheur n'est pas considérée comme un obstacle à sa capacité à comprendre. Ce dernier doit situer le lecteur en précisant ses antécédents, ses valeurs, ses préjugés et son expérience en rapport avec le sujet de la recherche. Le chercheur n'a pas le monde devant lui. Il est de la même étoffe que lui. Il est inclus à toutes les étapes de la recherche. En effet, il serait contradictoire de faire une recherche en sciences humaines en regardant les sujets de la recherche comme des « objets » d'étude, séparés du chercheur et de leur contexte de vie.

Contrairement à Husserl, Gadamer (1982) et Heidegger (1962) ne croient pas que nos pré-jugés et notre propre compréhension du monde peuvent et doivent être mis entre parenthèses pour chercher à comprendre un phénomène. A leurs yeux, il faut plutôt utiliser nos préjugés et nos pré-conceptions dans le travail de compréhension. Ricoeur (1986) se situe dans une position similaire car pour lui : « La solution n'est pas de nier le rôle de l'engagement personnel dans la compréhension des phénomènes humains mais de le préciser » (p.236). A ses yeux, la notion de l'engagement personnel n'élimine pas le cercle herméneutique mais plutôt « l'empêche de devenir un cercle vicieux » (1986 p.236).

Plusieurs auteurs contemporains ont traité de phénoménologie, mais ce sont les perspectives de Heidegger et de Ricoeur qui m'ont permis de mieux éclairer non seulement ma question de recherche mais aussi ma démarche entière de quête de sens. Les écrits de ces auteurs me sont apparus complémentaires pour m'aider à comprendre mon sujet d'étude qui portait d'une part sur la pratique de quelques sages-femmes et d'autre part, sur l'agir d'un groupe.

3.11 Contribution de Heidegger

Heidegger fut le disciple et l'assistant de Husserl mais très tôt, dès le début des années 1920, il y a eu entre les deux hommes des points de divergence fondamentaux. Il modifia la position épistémologique de la phénoménologie pour adopter une position ontologique. Avec Heidegger, la compréhension n'est plus seulement une méthode au service d'une théorie de la connaissance (Courtine, 1990). Dans *Sein und Zeit* (1927) la compréhension (*Verstehen*) et l'interprétation sont considérées comme des modes d'être, des caractéristiques fondamentales de notre être-au-monde, le mode d'accomplissement de l'existence humaine elle-même. Selon la phénoménologie herméneutique, il s'agit de s'éveiller à son être, donnant alors à l'herméneutique une visée existentielle. Cette position de la phénoménologie comme voie d'accès à l'ontologie, l'*être*, est fondamentale dans la pensée de Heidegger car la question principale n'est pas celle du savoir mais bien celle de l'*être*. Selon Heidegger, l'expérience de l'*être* est vécue « comme surgissement (*physis*), présence (*anwesenheit*), éclosion (*aletheia*) et pur advenir (*Ereignis*) » (Grondin in Grondin, 2004 p.63).

La phénoménologie de *Sein und Zeit*³² est existentielle. Non seulement toute question est déjà une réponse, mais il y a dans son énoncé même, une adresse à

³² « Être et temps » M. Heidegger, 1986

l'être. Merleau-Ponty s'inscrit dans la même ligne de pensée lorsqu'il affirme que « nulle question ne va à l'être, mais bien plutôt en revient » (in Dastur, 2004 p.80).

Cette question de *l'être* n'est pas évidente à intégrer en recherche car elle touche à la fois ce qui n'est pas visible et ce qui ne peut être nommé. Pour Heidegger, la phénoménologie doit prioritairement faire voir ce qui ne se montre pas; « ... ce qui reste le plus souvent *verborgen* (caché, dissimulé, recouvert), n'en est pas moins essentiel à tout ce qui se montre « en lui procurant sens et fondement (SZ 35) » (Courtine, 1994 p.11). Une recherche phénoménologique sera d'abord exigeante pour le chercheur qui veut approcher « l'être-au -monde » du phénomène qu'il explore car «... Si l'homme doit un jour parvenir à la proximité de l'être, il lui faut d'abord apprendre à exister dans ce qui n'a pas de nom » (M. Heidegger, 1964 p.43).

Nous comprenons ici la position critique de Heidegger par rapport au positivisme et à la raison instrumentale en science. Pour lui, la fixation de la vérité et de la pensée comme pensée calculante ferait sortir l'homme de son essence car il n'y aurait plus de rapport à l'ouverture. Le possible devient identique au réel et l'intelligence technique se coupe de tout lien à un ordre supérieur, ce qui nous met alors en résonance avec ce que Gauchet (1985) appelle le « désenchantement du monde ». La science moderne mesure le réel mais oublie « la situation latente », ce qui n'attire pas l'attention, l'inapparent de la situation. Une fois rendue attentive à la situation latente,

« nous nous trouvons orientés dans une direction qui conduit devant « ce qui mérite qu'on interroge » et « le voyage vers « ce qui mérite qu'on interroge » n'est pas une aventure, mais un retour au pays natal » (M. Heidegger, 1958 p.76).

C'est en s'abandonnant à « ce qui mérite qu'on interroge » qu'on entre dans le sens.

Dasein

Heidegger a rejeté la dualité cartésienne, c'est-à-dire autant l'objectivisme que le subjectivisme. Avec lui, il n'est pas question d'objets du monde mais exclusivement du *Dasein* (Seron, 2005). En effet, la manière d'exister, le « lieu » où l'être se laisse découvrir est appelé le *Dasein*, c'est-à-dire, littéralement « être-là ». Selon la phénoménologie de Heidegger, l'être-au-monde précède toutes nos pensées sur le monde et l'être humain comme « être-là » (*Dasein*), devrait être le point de départ de toutes les questions de l'être.

Peu importe sa situation historique, culturelle et sociale, l'être humain vit par les « existentiels » suivant: la spacialité (l'espace vécu), la corporéité (le corps vécu), la temporalité (le temps vécu), la relationalité (les relations avec les autres). Ce sont des dimensions qui sont distinctes mais qui ne peuvent être séparées car ce n'est qu'en étant ensemble qu'elles forment la structure de l'être-au-monde. Ces existentiels représentent des points de repère d'ordre général nous aidant à comprendre, voire à interpréter les phénomènes humains. Nous sommes nous-mêmes tant et aussi longtemps que nous ne perdons pas de vue notre coexistence avec autrui, car c'est par et dans nos relations avec les autres et avec le monde que nous apprenons à nous connaître. On ne peut donc pas comprendre l'être humain sans considérer sa relation indissociable avec le monde car la personne et son environnement sont la même chose.

Exister ne désigne pas le fait d'être mais bien la « manière » d'être dans le monde. Les principes qui ont composé la méditation de Heidegger pour définir la manière d'exister de l'être humain sont les suivants : « Tout homme utilise des outils, éprouve de la peur, a un monde pour horizon, les autres êtres humains pour compagnons, sent le poids de la vieillesse et celui de la mort » (Resweber in Lamarre, 2004 p.24).

La situation du *Dasein* est donc d'« être jeté » dans le monde et d'« être-pour-la-mort », sa possibilité *la plus propre*. Sa nature est d'être une conscience et son essence réside dans son existence c'est-à-dire que son mode d'être est déterminé par le possible, le pouvoir-être. Le *Dasein* est donc sujet à une incertitude systématique et radicale, et en même temps, investi d'une possibilité d'éveil. Grâce au comprendre, le *Dasein* sait « où il en est », saisit ce qu'il est.

La thèse de « Être et temps » est que l'« être » est pensé en tant que présence et que ceci est permis grâce au temps (Gruber, 2004). Ses deux modes d'être fondamentaux que sont la *préoccupation* et la *sollicitude* ne peuvent aussi se comprendre que par la temporalité (Seron, 2005). Lorsque Heidegger affirme que le *Dasein* est essentiellement temporel cela ne fait aucunement référence au temps habituellement mesuré dans les sciences de la nature. Il s'agit du temps vécu. La temporalité, le sens ontologique du *Dasein*, est l'unité du futur, du passé et du présent. Elle est un mouvement comme espace et condition de possibilité de tout ce qui existe. Le *Dasein* n'est pas *dans* le temps mais il est tout entier tissé par le temps. Il *est* temps (M. Heidegger, 1986).

Cercle

Dès l'introduction de « Être et Temps » (M. Heidegger, 1986), Heidegger confère une structure circulaire à la compréhension de l'être : dans la question du sens, nous sommes guidés par cela même qui est cherché, faisant de cette démarche une quête ontologique. L'interprète ne se tient pas en dehors du cercle et n'analyse pas l'existence d'une perspective objective, externe. C'est plutôt du fait même de participer aux structures de l'« être » que l'interprète peut le comprendre.

Heidegger enseigne la fécondité du cercle herméneutique en tant que façon d'articuler et d'interpréter un discours. Cette façon de comprendre suppose un dialogue et un mouvement entre le tout des textes et les parties des textes ainsi que

le partage de l'interprétation (Conroy, 2003). Pour Heidegger, nous sommes partie prenante de ce qui est à comprendre. Cette compréhension ne se présente pas comme un discours mais commence d'abord par se taire et « écouter les bruissements de l'être » (Deramaix, 1997).

Chemin

En parlant de la réflexion phénoménologique, Heidegger utilise souvent l'image de la marche dans un sentier menant à une clairière où quelque chose peut être montré, révélé ou dont la nature essentielle peut être clarifiée (Conroy, 2003). L'expérience d'une compréhension renouvelée du monde ressemble alors à celle d'arriver dans une clairière. Cette métaphore fut plus qu'une figure de style dans le courant de la démarche de cette recherche. Ce fut une expérience vécue plusieurs fois lorsque j'ai soudainement compris le sens d'un thème. Que de choses s'éclairaient soudainement! Une sensation physique de détente et une grande joie.

En fait, l'œuvre toute entière de Heidegger est placée *sous le signe du chemin*, qu'il ne faut pas confondre avec une quelconque route. Il n'y a que celui qui est en chemin qui habite le monde et pour Heidegger, c'est la poésie qui est la puissance fondamentale de l'habitation humaine (M. Heidegger, 1958 p.244). Le meilleur moyen d'acquérir de nouvelles connaissances sur l'univers des sages-femmes serait de marcher leur chemin, d'être en démarche.

3.12 Contribution de Ricoeur

Pour Ricoeur, la science a oublié de *Lebenswelt*, le monde de la vie, aveuglée par son naturalisme et son objectivisme. C'est pourquoi la phénoménologie est importante. Pour lui « l'expérience demande à être dite. La porter au langage, ce n'est pas la changer en autre chose, mais, en l'articulant et en la développant, la faire devenir elle-même » (Ricoeur, 1986 p.62).

Ricoeur plaide pour une phénoménologie herméneutique car pour lui la phénoménologie a un destin herméneutique. L'herméneutique nous concerne tous car lorsqu'un être est dépossédé et si l'ontologie est brisée, c'est en interprétant ses actes, ses objets et ses œuvres que le sujet devient capable de se réapproprier son être « perdu ». L'herméneutique a comme travail de tenter de réapprendre à voir le monde et d'en révéler le mystère (Ricoeur, 1969 p.31). Pour Ricoeur cependant la pire aliénation n'est pas de devenir étranger à soi-même mais de devenir étranger au monde, de perdre sa place dans le monde par lequel nous sommes en relation avec autrui. Il est clair cependant que les réflexions peuvent devenir solipsistes et a-historiques. Ricoeur suggère alors de diriger son attention non pas vers la conscience individuelle mais vers les objets culturels qui donnent une évidence sociale et historique de l'existence.

Ce qui est nouveau dans le cas de Ricoeur, c'est qu'il propose une philosophie de l'agir. Pour lui, l'action sensée peut être considérée comme un texte que l'on peut interpréter (Ricoeur, 1986 p.205-236). Il propose la notion de texte comme « paradigme » pour l'action humaine. Mongin (1998) a saisi la pensée de Ricoeur sur l'action.

« ...l'action humaine...est extériorisée d'une manière comparable à la fixation caractéristique de l'écriture. En se détachant de son agent l'action acquiert une autonomie semblable à l'autonomie d'un texte; elle laisse une trace, une marque; elle s'inscrit dans le cours des choses et devient archive et document. » (p.138).

La démarche herméneutique est alors une « recherche de l'être-au-monde montrée par le texte » (Ricoeur, 1986 p.58). Une telle démarche est réussie lorsque arrivons à rendre les significations de l'action reconnaissables. Pour trouver le plein sens de l'action, il faut reconnaître qu'il n'est pas entièrement déterminé par les acteurs et leur audience immédiate (Dauenhauer, 2002). « La « chose » du texte n'est pas ce qu'une lecture naïve du texte révèle. Comprendre un texte, c'est le

comprendre « à partir de la « chose » qui en lui parle (Ricoeur, 1986 p.406). Cette « chose », c'est « la sorte de monde que l'œuvre déploie en quelque sorte en avant du texte » (1986 p.168). Si nous considérons l'action des sages-femmes comme une œuvre, bien plus que le reflet de son temps, c'est le monde qui fut porté par elle, auquel nous souhaitons accéder. Car,

« La compréhension a moins que jamais affaire avec l'auteur et sa situation. Elle se porte vers les mondes proposés qu'ouvrent les références du texte. Comprendre un texte, c'est suivre son mouvement du sens vers la référence, de ce qu'il dit à ce sur quoi il parle » (Ricoeur, 1986 p.233).

En fait, l'action sensée « est une action dont *l'importance* dépasse la *pertinence* quant à sa situation initiale » (Ricoeur, 1986 p.219). La compréhension de la pratique sage-femme comme action sensée permettrait d'en faire ressortir l'importance et d'en offrir le sens aux actions présentes et futures car, selon Ricoeur, chaque action a son sens et est reliée à d'autres actions. Pour lui, en considérant nos actions comme une sorte de réponse à celles qui sont passées, tout en anticipant des réponses futures, revient à prendre sa place dans le temps historique.

Selon Ricoeur, l'herméneutique de l'agir humain rend visible le *conatus* ou la puissance d'être de toute chose. Ce *conatus* de Spinoza, repris par Ricoeur, est ce qui exprime l'effort pour persévérer dans l'« être » (Mongin, 1998) car l'unité de l'agir humain, c'est l'*être* comme acte et comme puissance. Par l'effort de compréhension de l'agir sage-femme, nous souhaitons rendre visible le *conatus* qu'il a porté.

En regardant l'expérience de la pratique sage-femme et l'action des sages-femmes, il faut sans cesse revenir à cette démarche: ce n'est pas tant ce qu'elles ont dit et fait qu'il nous faut découvrir mais bien ce sur quoi cela parle. L'expérience vécue ne peut jamais être transférée à une autre personne mais le sens de cette

expérience, oui (Ricoeur, 1986). L'herméneutique n'est pas un cercle vicieux mais un cercle vivant.

« La tâche de l'herméneutique est de reconstruire l'ensemble des opérations par lesquelles une œuvre s'enlève sur le fond opaque du vivre, de l'agir et du souffrir, pour être donnée par un auteur à un lecteur qui la reçoit et ainsi change son agir » (Ricoeur, 1983 p.106).

L'herméneutique devient une compréhension de soi comme agie par le texte car « en s'exposant au texte le lecteur s'expose alors à recevoir de lui un soi plus vaste et de projeter un de ses possibles les plus propres dans le monde proposé qu'il pourra habiter » (Ricoeur, 1986 p.106). C'est la confrontation au texte qui modifie notre présence au monde présent et nous modifie par là comme être-au-monde. L'être humain, pour Ricoeur (1990), ne se connaît pas comme on connaît une terre inexplorée. Nous ne sommes pas un fait objectif à nommer mais plutôt un *être* à devenir, à s'accomplir. Cette position de Ricoeur est devenue un moteur pour remplir la tâche qui est proposée dans cette recherche.

L'action, le temps et le récit

Pour Ricoeur, l'expérience humaine a un caractère fondamentalement temporel et le temps « devient temps humain dans la mesure où il est articulé sur un mode narratif » (1983 p.105). La contribution unique de Ricoeur à la théorie interprétative est dans sa compréhension de la *mimèsis* pour construire la médiation entre temps et récit dans toute œuvre narrative. C'est un concept qui vient du grec ancien selon lequel le récit est une imitation des expériences passées pour que les autres puissent expérimenter l'événement. Cette imitation se fait souvent par des moyens artistiques, incluant les récits. En séparant la *mimèsis* en trois moments, nous pouvons clarifier la nature holistique et non linéaire du processus d'interprétation. La mimèsis I (la préfiguration ou le temps vécu, pré narratif), la mimèsis II (la configuration ou le temps du récit, celui de la mise en intrigue) et la

mimèsis III (la reconfiguration ou le temps de la reconstruction). Elles sont la nature circulaire et réflexive de la compréhension. La thèse de Ricoeur est que: mimèsis tire son intelligibilité de sa fonction de médiation, qui est de conduire de l'amont du texte à l'aval du texte par son pouvoir de refiguration » (1983 p.94).

La **mimèsis I** décrit la façon dont l'action humaine est déjà préfigurée par le sens commun que nous avons du monde c'est-à-dire que les gens agissent d'abord à partir des croyances et de réseau conceptuel et symbolique partagés. Ce réseau symbolique, qu'il soit explicite ou implicite est « ce qui confère à l'action une première *lisibilité* » (1983 p.115). L'exploration de ces croyances implicites ou préfigurées peut apporter des « insights » ontologiques sur les motivations derrière les actions des êtres humains. La mimèsis I est la condition la plus fondamentale du cercle herméneutique.

La **mimèsis II** réfère au temps configuré, ce que Ricoeur appelle « mise en intrigue ». Cette configuration nous amène au royaume du « comme si » (1983 p.125). Le récit n'est pas une fiction mais l'auteur croit que les événements relatés se sont passés réellement comme il s'en souvient. La séquence d'événements est transformée en une totalité significative temporelle. Les événements deviennent « parlant », sinon ils seraient muets. Ils sont modelés par les préfigurations de la personne. La mimèsis de l'action n'est pas une copie. Elle est une imitation poétique de l'action et la médiation entre l'événement et l'histoire.

La **mimèsis III** est la reconfiguration ou la composition qui est complétée par le lecteur. C'est le temps de l'action, lorsque le monde du texte rencontre le monde du lecteur, son horizon, et influence inévitablement sa vie, son être-au-monde. Elle l'amène autant vers une nouvelle compréhension de lui-même que vers l'action, accomplissant ainsi sa destinée. C'est la puissance de transformation du récit, la refiguration. En faisant mien ce qui m'était inconnu, la compréhension devient « appropriation » du monde proposé par le texte (Ricoeur, 1975).

L'herméneutique « vise moins à restituer l'intention de l'auteur en arrière du texte qu'à expliciter le mouvement par lequel un texte déploie un monde en quelque sorte en avant de lui-même » (1983 p.152).

Le récit de la pratique des sages-femmes donnera une forme à ce qui est informe et la circularité de l'analyse serait plutôt une spirale sans fin « qui fait passer la méditation plusieurs fois par le même point, mais à une attitude différente » (1983 p.162). Ricoeur espère que la réflexion philosophique sur le temps et la narrativité pourra aider « à penser ensemble l'éternité et la mort » (1983 p.138).

3.2 Féminisme et phénoménologie : peuvent-ils aller ensemble?

La présente recherche concerne une expérience de femme. J'ai choisi la perspective phénoménologique herméneutique pour éclairer et répondre à la question de recherche. En tant que féministe, il me fallait faire une brève réflexion sur la possibilité de concordance entre une perspective féministe et la phénoménologie herméneutique. Une question devait être posée: est-ce qu'une chercheuse féministe peut utiliser la phénoménologie herméneutique? Est-ce qu'il peut y avoir une phénoménologie féministe?

3.21 Deux perspectives transdisciplinaires

D'une part, la perspective féministe en recherche part du point de vue que la production d'un savoir impartial, neutre et désintéressé n'existe pas (Clarke et al., 1999). Il est toujours historiquement socialement et culturellement situé (Alcoff et al. 1993; Harding, 1991). La prétention à la neutralité, à l'objectivité et à l'universalité s'applique et profite de façon disproportionnée au genre, à la classe, à la race et à la culture dominante (Harding, 1991). En fait, en tant que production sociale androcentrique, elle reproduit souvent les problèmes au lieu de les résoudre. Harding reprend les mots du philosophe R. Bhaskar: “positivism still represents the

unreflective consciousness of science” (in Harding, 1991 p.79). La biologie est une discipline qui a été particulièrement visée par la critique féministe. En effet,

“How could one describe and explain female biology of women’s lives within conceptual schemes and research models that so systematically distorted such subjects matters?” (Harding, 1991 p.105).

Cette critique de l'épistémologie positiviste a mené à une quantité considérable de recherches en considérant les femmes comme « sujets » de leur recherche, et non pas comme « objets »³³. La recherche féministe est engagée pour faire ressortir la diversité des expériences des femmes, individuelles et collectives, ce qui contraste fortement avec la plupart des paradigmes positivistes et empiristes qui encouragent l'idée d'une réalité universelle provenant de vérités atteintes par une objectivité rigoureuse (Code, 1991).

D'autre part, la phénoménologie est devenue une façon de chercher les manques dans les disciplines, particulièrement dans les zones qui n'avaient pas été considérées comme importantes à explorer. La phénoménologie herméneutique veut s'occuper du monde de la vie ou de l'expérience vécue de l'être humain. En éclairant ce qui semble des détails ou des aspects triviaux de nos vies, nous pourrions arriver à créer une meilleure compréhension du monde et de ce que nous sommes (Laverty, 2003).

3.22 Contrastes et critiques

La plupart des féministes ont cru que les projets du féminisme et ceux de la phénoménologie ont des bases fondamentalement différentes et des objectifs

³³ Cosslett, 1994; Flemming, 1998; Kirby, 1991; Klassen, 2001; Quéniart, 1988; Rabuzzi, 1994; Richardson, 1990

différents, les rendant pratiquement incompatibles. Selon elles, la phénoménologie serait, au fond, une doctrine essentialiste.

Des arguments ont été développés du côté des féministes et des phénoménologues pour affirmer qu'une phénoménologie féministe ne peut pas exister (Flax, 1990). Pour les unes, la phénoménologie est liée de près à une vision du monde transcendantale ou existentialiste, occultant les facteurs culturels et sociaux si importants que sont les relations de genre, de classe et de race (Harraway, 1989; Hartsock, 1998). Il n'y a pas, en phénoménologie, d'analyse du genre et de la différence sexuelle et il y a un manque de reconnaissance de la spécificité de l'expérience des femmes (Fisher et al. 2000). L'approche interprétative ou herméneutique finit par ressembler à la voix d'un « expert » qui parle pour les autres. Certaines féministes empiricistes ont critiqué la phénoménologie, ainsi que d'autres méthodes qualitatives, comme étant non systématiques et donc non scientifiques (Jayaratne et al. 1991). On a aussi reproché à la phénoménologie de ne pas aller au-delà de l'interprétation, n'ayant pas une vision émancipatrice ni même une dimension politique, la recherche devant pouvoir offrir plus que la compréhension de l'expérience humaine. Enfin, il y a l'argument selon lequel, avec la perspective phénoménologique, il est très difficile d'envisager de faire des généralisations, des recommandations et de tirer des conclusions qui pourraient être utilisées pour l'action politique (van Manen, 1997).

De leur côté les phénoménologues considéraient que la recherche qui part déjà d'une perspective (standpoint) est inappropriée. Il n'y a pas à supposer l'oppression ou la marginalité d'une expérience avant d'en examiner le vécu et d'en illustrer la réalité.

3.23 Caractères communs

Voici ce que nous pourrions considérer comme intéressant pour les deux perspectives: la critique de la séparation corps/esprit, du scientisme, de la séparation du chercheur d'avec son « objet » de recherche et la considération de l'être humain comme « objet » de recherche. Il s'agit de thèmes et de méthodes récurrentes pour les deux perspectives.

Il en est de même de l'intérêt pour l'expérience vécue au quotidien et pour l'écoute des voix de ceux qui ont vécu cette expérience, pour situer le phénomène qui nous intéresse, développer d'étroites relations avec les sujets de la recherche, valider les interprétations de l'expérience et mettre les résultats finaux sous une forme écrite évocatrice (van Manen, 1997). Le savoir féministe est un savoir « situé » et le fait d'être féministe ferait partie de la situation du chercheur phénoménologue quant aux postulats et aux pré-jugés dont il doit être conscient.

3.24 Des liens à proposer

Levesque-Lopman (in Fisher et al. 2000) a questionné les liens possibles mais à première vue non évidents, entre la phénoménologie et le féminisme qui a un projet émancipatoire. Elle en a conclu que ces deux approches avaient non seulement le potentiel mais la nécessité de se supporter mutuellement. Les deux approches ne sont pas incompatibles et seraient même complémentaires. Certaines chercheuses féministes comme Iris Marion Young (1990) et Carol Bigwood (1991), ont d'ailleurs déjà utilisé la phénoménologie pour décrire les expériences des femmes.

Pour les recherches féministes, la perspective herméneutique aide le sujet ou le groupe marginalisé à se comprendre, à s'orienter dans l'action et permet ainsi d'imaginer une société meilleure (Code, 2000). La position de Gadamer sur

l'herméneutique renforce les liens avec la visée émancipatrice des travaux féministes. Selon l'auteur,

« L'herméneutique ne vise pas seulement au dévoilement d'une vérité occultée par l'apparence des faits. Elle vise tout autant à l'application de ce savoir nouveau, application qui dépend étroitement des enjeux (sociaux, économiques, politiques) du savoir historique: c'est en vue de guider l'action présente, nécessairement orientée vers le futur, que l'Histoire se constitue comme science. » (in Deramaix, 1997).

La visibilité du chercheur dans la recherche, en tant que sujet intéressé et « situé », plutôt qu'en tant qu'observateur détaché et impartial est aussi tout à fait cohérente avec les perspectives féministes et la phénoménologie herméneutique. C'est le refus de la séparation sujet/objet. Fisher et Embree (2000) parleront alors autant d'un féminisme phénoménologique que d'une phénoménologie féministe. Une telle relation,

“ is not only a feasible development, but more importantly, a potentially fruitful and significant one, promising to enhance and extend both feminism and phenomenology in important new directions.” (p.9).

Le groupe de sages-femmes que nous avons étudié, est un groupe de femmes qui était marginalisé dans une pratique illégale. La phénoménologie herméneutique semblait la meilleure approche pour répondre à notre question de recherche et relancer l'action à la lumière de l'éclaircissement que cette recherche devait apporter. La perspective féministe était aussi tout à fait cohérente avec notre démarche.

3.3 Conduite de la recherche : méthodologie

A la lumière de l'intérêt pour le phénomène de la pratique sage-femme et à partir de la philosophie phénoménologique herméneutique, la méthode de recherche qui a été choisie est celle proposée par van Manen (1997) lorsqu'il s'agit d'explorer une expérience vécue. Cette méthode consiste en six activités de recherche. Elles ne

sont pas utilisées de façon linéaire ou séquentielle, mais plutôt dans un mouvement continu de va et vient. Voici ces activités:

- se tourner vers un phénomène qui nous intéresse sérieusement et dans lequel nous nous engageons
- examiner l'expérience telle qu'elle est vécue et non pas telle qu'elle est conceptualisée
- réfléchir aux thèmes essentiels qui caractérisent le phénomène
- décrire le phénomène en exerçant l'art d'écrire et de réécrire
- maintenir envers le phénomène une relation pédagogique forte et orientée
- regarder la partie relation avec le tout et le tout en relation avec la partie.

3.31 Se tourner vers un phénomène qui nous intéresse sérieusement

Pour van Manen (1997) une recherche phénoménologique est toujours la recherche de quelqu'un: « a real person who in the context of a particular individual, social and historical life circumstances, sets out to make sense of a certain aspect of human existence » (p.31). Le phénomène, l'aspect de l'existence auquel j'étais intéressée était celui de la pratique sage-femme. Mon expérience personnelle et mon orientation par rapport à ce phénomène, mes croyances et ma vision furent tous des éléments essentiels qui ont affecté non seulement les questions que je me suis posées, mais la formulation même de ma question de recherche. Je pratique moi-même comme sage-femme, j'ai accouché avec des sages-femmes et je suis chercheuse. Je suis par ailleurs consciente qu'une description est toujours une seule interprétation de l'expérience humaine et qu'il pourra toujours y en avoir une éventuellement plus riche ou plus profonde.

Expérience personnelle: pré-jugés et pré-conception

Pour Gadamer (1982), nos expériences antérieures façonnent nos pré-jugés, nos jugements et notre interprétation des événements. La rigueur et la scientificité d'une recherche phénoménologique ne s'acquièrent pas en les niant mais en les précisant.

Mon intérêt et mon engagement envers le phénomène étudié sont basés sur ma propre situation dans ma culture et ma société: sage-femme qui a exercé pendant 25 ans au Québec, mère depuis 30 ans, femme et chercheuse.

Mon expérience de sage-femme est directement en lien avec mon expérience de femme qui a porté et mis au monde trois enfants. Elle est aussi en lien avec ma démarche de femme par rapport à ma santé et par rapport à la cause des femmes. Un travail en tant qu'infirmière auprès d'enfants prématurés et d'enfants malades m'a donné des connaissances mais je n'ai pas travaillé en obstétrique ni en postpartum. J'ai toujours considéré ce fait un élément très positif de ma pratique sage-femme car c'était, pour moi, des « morceaux » de croyances et d'habitudes de moins à enlever pour apprendre à être sage-femme. Mon premier accouchement s'est déroulé à l'hôpital selon le paradigme médical de l'époque: rasage complet, lavement, soluté, une injection de calmants, accouchement en salle d'opération avec jambes et poignets attachés etc. L'accouchement fut normal pour les circonstances mais c'était la première fois de ma vie que j'étais hospitalisée. L'expérience de porter et de mettre au monde un enfant a changé ma vie, mon rapport au monde, ma conception du savoir, du corps humain et surtout de mon propre corps. Ce fut le début d'une longue démarche que je poursuis toujours, pour comprendre la naissance, revendiquer mon pouvoir de femme sur ma santé et l'autonomie dans ma vie. Le deuxième accouchement fut l'occasion d'être cohérente avec ma croyance au sujet de la capacité des femmes à porter et à mettre au monde leur enfant: j'ai décidé, avec l'appui de mon conjoint, d'accoucher à la maison. Durant ma grossesse, j'ai rencontré

d'autres femmes qui avaient le même projet que moi et qui m'ont invitée à aller les aider au moment de leur accouchement. Celles-ci avaient le projet d'accoucher à la maison que je sois présente ou non. Ce fut l'origine d'une démarche de sage-femme et d'une démarche féministe qui n'ont cessé de s'approfondir et de s'enrichir depuis. L'expérience que j'ai vécue ne fut donc pas celle de décider d'être sage-femme mais bien celle d'avoir accepté de le devenir.

Mon travail auprès des femmes et des familles s'est toujours fait en même temps que j'œuvrais dans des groupes communautaires, en plus de participer à l'organisation d'une association de sages-femmes. La naissance appartenait aux femmes mais était aussi un enjeu sociétal. Je voulais contribuer à changer le monde et mon engagement auprès de chaque femme enceinte était une partie de cette contribution. Cette quête se poursuivait autant dans une démarche personnelle de connaissance de soi et de lectures nombreuses, ouvrages scientifiques de différentes disciplines, poésie, essais, philosophie etc. J'étais consciente de me tenir près de choses essentielles : la vie, l'amour, la mort, et c'est mon travail de sage-femme qui fut l'axe moteur de profondes réflexions, de ma quête, et l'inspiration de ma vie au quotidien. Je constate constamment la domination de la vision biomédicale de la maternité et de la naissance. Je constate aussi, qu'à travers la démarche scientifique se glisse un doute fondamental et même un discrédit sur la capacité des femmes à porter et à mettre au monde un enfant, doute et discrédit qui s'étendent maintenant à tout les processus physiologiques du corps féminin. Je constate au quotidien de ma pratique de sage-femme, la prégnance du scientisme, de la technologie et de la raison instrumentale dans les pratiques autour de la naissance. Selon moi, notre collectivité se trouve dans un état de pauvreté symbolique profonde en ce qui concerne le moment fondateur de l'existence humaine: la naissance.

Journal de bord

Dès le début de mon terrain de recherche, et puis régulièrement durant le processus de ma démarche, j'ai tenu un journal personnel où j'ai noté mes impressions, mes questionnements, mes réflexions et mes prises de conscience. Il fut très utile pour l'analyse, pour refléter mon cheminement de pensée et de cœur. Le journal fut témoin de ma transformation graduelle en phénoménologue, car ce n'est qu'en parcourant le chemin que l'on peut comprendre et arriver à son but. L'écriture devenait un mode de connaissance et de découverte, une façon de prendre conscience de mon niveau de confiance dans mes mots et mes pensées. Il ne constituait pas spécifiquement un instrument de collecte de données. Dans le sens de Denzin & Lincoln (2003), il était un instrument privilégié d'expression de ma propre subjectivité.

3.32 Examiner l'expérience comme nous la vivons plutôt que comme nous la conceptualisons

La phénoménologie cherche à établir un contact renouvelé avec l'expérience originale. C'est une façon de réapprendre à regarder le monde en éveillant l'expérience *basique* du monde. Selon van Manen (1997), c'est à cette étape de la recherche que se fait la collecte des données. Afin d'amorcer l'examen du phénomène de la pratique sage-femme, cette recherche devait débiter par le récit de l'expérience vécue de l'auteur en tant que sage-femme. L'enregistrement ne fut pas exactement le premier qui fut fait mais il fut tout de même exécuté au cours de la période où ont eu lieu les premières entrevues. Voici comment nous avons procédé pour la collecte de données ainsi que nos réflexions au cours de cette phase.

Collecte des données

Population à l'étude et stratégie d'échantillonnage

La population qui fut appelée à participer à cette recherche est un groupe restreint de femmes qui ont aidé des femmes à accoucher au Québec entre la fin des années 1970 et le début des années 1990 que nous considérons comme le début des démarches gouvernementales pour évaluer la pertinence de la légalisation de la profession.³⁴

La totalité du groupe pouvait aller jusqu'à trente cinq personnes. Cependant, une perspective phénoménologique herméneutique ne mise pas sur le nombre mais bien sur la profondeur de la description et de l'interprétation. C'est la notion qu'avec moins, nous pouvons faire plus. C'est un nombre limité de participantes qui rend possible l'élaboration de la structure essentielle du phénomène à partir d'un nombre raisonnable de structures spécifiques (Giorgi, 1997).

J'ai ensuite considéré quels pourraient être les éléments de sélection qui me permettraient de couvrir une variété d'expériences me permettant de comprendre le phénomène de la pratique sage-femme de la façon la plus riche possible.

Voici les éléments dont chacun aurait pu avoir une influence sur la pratique de la sage-femme et donc sur son expérience vécue : avoir continué à pratiquer durant toutes ces années ou avoir cessé d'exercer, une pratique urbaine ou rurale, une formation de type « médicale » ou non, avoir acquis un diplôme de sage-femme, avoir des enfants ou non, avoir été en couple ou non, avoir été « apprentie » ou non, avoir été apprentie avec une sage-femme ou une autre personne, avoir une pratique

³⁴ Plus précisément, 1992, l'année où des examens théoriques et cliniques ont été exigés par le Gouvernement du Québec, pour celles qui voulaient obtenir un permis de pratique afin d'exercer comme sage-femme dans le cadre d'une expérimentation en projet pilote.

en solitaire ou avec d'autres sages-femmes, avoir pratiqué avant la constitution d'une association de sage-femme ou après.

La catégorie de l'âge n'a pas été retenue, mais nous savons que les sages-femmes de mon groupe avaient entre 45 et 60 ans au moment des entrevues. En tenant compte de ces catégories, j'ai donc fait un choix de quinze sages-femmes qui ont constitué le groupe des sujets de ma recherche.

Après avoir complété cette démarche, il m'a fallu réfléchir aux enjeux soulevés par le fait de mener des entrevues auprès de sujets que je connais et qui me connaissent. En effet, non seulement je connaissais toutes les sages-femmes composant mon échantillon mais je les connaissais depuis plus de vingt ans, certaines beaucoup moins alors que d'autres étaient encore des collègues de travail au moment de ma recherche. Voici ce que j'ai identifié comme avantages et inconvénients d'une telle situation.

Avantages de rencontrer des personnes connues

L'entrevue peut être plus détendue, ce qui aide la personne rencontrée à entrer plus facilement dans le sujet. Il y a des choses que l'on n'a pas à expliquer si les deux font ou ont fait le même travail ou eu le même type d'activité. L'interviewée risque de moins utiliser un discours pour convaincre, comme elle pourrait le faire avec quelqu'un qui ne connaît pas la pratique. Elle peut exprimer sa réalité plus librement avec quelqu'un de connu. Une pratique sage-femme est souvent décrite en utilisant des termes biomédicaux qui n'auront pas à être expliqués pour que la chercheuse comprenne ce à quoi ils font référence.

Inconvénients des rencontres avec des personnes connues

Le fait de partager une pratique peut faire que le sujet décrit son expérience vécue de façon moins détaillée, croyant partager une évidence. Il peut faire croire à

l'une comme à l'autre, qu'elle sait un peu ce que l'autre pense ou ce qu'elle a vécu; ce qui n'est pas nécessairement le cas. Le fait d'avoir partagé une pratique au cours d'une même période peut aussi faire croire que les représentations sont aussi partagées, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Le fait de se connaître peut faire que la chercheuse ne pense pas à poser certaines questions, croyant que le sujet est une évidence partagée, ou croyant connaître les réponses. La personne interrogée pourrait aussi « cacher » certains détails ou certains faits de son expérience si elle croit qu'ils ne correspondent pas à « l'idéologie » du groupe de pratique partagée.

Source des données

Les données de ma recherche viennent donc essentiellement d'entrevues semi-dirigées qui pourraient être considérées comme des conversations avec une intention. Ce type d'entrevue est considéré comme un outil approprié en recherche qualitative (Denzin et al. 2003). Un document présentant brièvement la recherche a été fourni à chaque participante et à celles qui voulaient en savoir plus avant d'accepter ou non d'accorder une entrevue.

Éthique

Une recherche portant sur les être humains doit s'assurer que les droits fondamentaux des personnes soient respectés. Il a donc fallu que les règles du comité d'éthique de l'Université de Montréal soient respectées. J'ai ainsi élaboré un formulaire de consentement à la recherche³⁵ que chaque sage-femme rencontrée devait lire et ensuite signer librement, sachant qu'elle pouvait se retirer de la recherche à n'importe quel moment par la suite. Ce formulaire comprenant les éléments nécessaires à inclure pour informer correctement les participantes, fut accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. L'item

³⁵ Voir l'Annexe III

de la confidentialité était délicat, les sages-femmes étant un groupe très restreint et se connaissant toutes. J'ai procédé à un changement de prénom pour les sages-femmes que j'ai rencontrées, ne voulant pas utiliser des numéros et sachant qu'il était possible que quelques sages-femmes soient quand même identifiées. Les récits des sages-femmes comprenaient aussi des histoires d'accouchement dont les noms furent changés lorsqu'ils étaient inclus dans l'analyse interprétative. Il est arrivé aussi que des sages-femmes s'expriment en anglais en cours d'entrevue. Afin d'éviter qu'elles ne soient trop facilement identifiées à partir de la langue qui fut utilisée, j'ai traduit les passages que je voulais utiliser dans ma recherche.

Entrevues

Les entrevues se sont déroulées dans les lieux qui convenaient le mieux aux participantes: le domicile, un restaurant, le milieu de travail. Elles ont eu une durée de une heure et quinze minutes à deux heures, et elles ont été enregistrées au moyen d'un magnétophone. Après chaque entrevue, j'ai aussi enregistré mes commentaires, mes émotions et mes réflexions.

Je me suis rendue aux entrevues un peu comme j'allais à des accouchements. Voyagements, des milliers d'idées et de préoccupations en même temps, défi d'être totalement présente dès l'arrivée, joie de la rencontre et la curiosité d'entendre leur histoire. En effet, bien que je connaissais la plupart des participantes, je ne connaissais *pas* l'expérience vécue d'un grand nombre d'entre elles.

Je voulais laisser les sages-femmes raconter leur expérience mais je voulais bien plus laisser les sages-femmes *se* dire. Les inviter à parler ne pouvait avoir de sens sans que je ne sois disposée à les écouter et, bien plus, à les entendre. Comme l'écrit Heidegger (1958),

« Dire, c'est l'acte recueilli qui rassemble et qui laisse les choses étendues les unes près des autres. S'il en est ainsi du parler dans son être, qu'est alors l'entendre? Entendre est avant tout se recueillir et écouter. Nous avons entendu, quand nous *faisons partie* de ce qui nous est dit » (p.258)

Bien que l'entrevue d'une recherche phénoménologique doive surtout permettre que la personne partage le mieux possible son expérience vécue sans être interrompue par des questions, j'avais quand même quelques repères en tête au moment de l'entrevue et que j'ai parfois évoqués pour relancer le récit des sages-femmes. Le but des entrevues était d'avoir l'histoire et le vécu de la pratique de sage-femme. Voici quelques-uns des repères qui m'ont guidée dans mes entrevues : l'expérience d'être devenue sage-femme; la pratique sage-femme au quotidien, soient les rencontres avec les femmes enceintes, les accouchements, le post natal; les modes de connaissance; avoir été apprentie et/ou avoir eu des apprenties; le vécu par rapport à sa famille; le rapport avec les médecins; le rapport avec d'autres sages-femmes; les rapports avec l'association des sages-femmes; la conception de son rôle de sage-femme aux accouchements; les accouchements à la maison et à l'hôpital.

J'ai transcrit intégralement le contenu de chaque entrevue. Ce fut une façon de m'approprier le matériel et le laisser m'interpeller. Chaque ligne fut numérotée et le texte placé de telle sorte qu'une marge me permettait de noter les éléments significatifs qui devaient me mener vers les thèmes compris comme les structures de l'expérience.

A l'origine de mon projet, j'avais prévu une deuxième entrevue possible avec les sages-femmes, question d'approfondir certains éléments de la première rencontre car certains récits avaient été plus riches que d'autres. Cependant, je me suis rendue compte que ces sages-femmes m'avaient confié leur expérience vécue, à leur façon, que cela constituait déjà une énorme quantité de matériel et que c'était ÇA, leur expérience. A moi de m'immerger dans ces récits et de cueillir tout ce qui m'avait été

offert. J'ai donc décidé que l'ensemble de mon matériel d'analyse serait celui de ces premières entrevues. Ce qu'il y avait de précieux était là, et c'était à moi de le découvrir. J'ai appelé ce matériel: mon trésor.

3.33 Réfléchir sur les thèmes essentiels qui caractérisent le phénomène

Analyse

Le but de la réflexion phénoménologique est d'essayer de saisir la signification profonde de quelque chose. Dans une telle démarche, l'analyse débute effectivement au moment même des entrevues alors que nous commençons à saisir le sens de ce qui est raconté. Après la transcription des entrevues, la lecture et la relecture sont souvent décrites comme « s'immerger dans les données » (Fisher et al. 2000). Cela permet à la fois de dégager le sens global de l'entrevue et en même temps, mener à l'émergence de thèmes (van Manen, 1997).

Il est important ici de comprendre qu'un thème ne peut pas être une généralisation ou une abstraction conceptuelle car " no conceptual formulation or single statement can possibly capture the full mystery of this experience" (van Manen, 1997 p.92). Selon Heidegger (1958), une phrase thématique nous fait découvrir un des aspects qui font qu'un phénomène est ce qu'il est et sans ce thème, il perdrait pour nous son sens fondamental. Par ailleurs, il faut savoir aussi que cette phrase ne sert qu'à indiquer ou qu'à faire allusion à un aspect du phénomène. Elle ne rend jamais justice à la plénitude de la vie d'un phénomène. L'intérêt des thèmes ne serait pas épistémologique ou méthodologique mais plutôt pédagogique.

La composition des thèmes ne se fait pas sous la forme d'une procédure mécanique en comptant la fréquence de certains mots ou en cherchant des catégories ou des formulations conceptuelles. C'est plutôt un processus créatif où le sens est créé par le chercheur. Ce dernier est impliqué non seulement dans l'écriture mais

dans une démarche réflexive. De façon poétique, van Manen (1997) explique que les thèmes sont comme des étoiles qui fabriquent les univers de sens dans lesquels nous vivons. Grâce à la lumière de ces thèmes, nous pouvons naviguer et explorer ces univers. En fait, la phénoménologie est comparable à la poésie parce qu'elle est attentive au silence autour des mots avec lesquels nous essayons de révéler le sens du monde.

A la découverte des thèmes

Au cours de la lecture, ou plutôt des lectures de mes entrevues, j'ai d'abord surligné les mots, les phrases ou même des passages entiers, indiquant dans la marge les notions sous forme intransitive, qui pouvaient constituer un thème, c'est-à-dire un aspect de l'expérience vécue qui éclaire le sens de cette expérience. J'ai ainsi parcouru chaque entrevue plusieurs fois, trouvant parfois de nouvelles unités de sens, réécrivant les thèmes, les intégrant avec d'autres, me questionnant sans cesse non sur ce qui a été fait et dit par la sage-femme, mais sur ce que cela pouvait signifier. Le réflexe de simplement regrouper les actions et les paroles par ressemblance vient très facilement. Je cherchais ce qui ne se voyait pas dans ce que je voyais. Alors que me revenait constamment l'image de ma démarche comme celle d'une procédure ou d'une recette à suivre, je devais faire confiance à ma capacité créative à suivre un véritable processus herméneutique et à utiliser la méthode de variation imaginative. Je devais aussi faire confiance à l'activité poétique qu'est une recherche phénoménologique, non dans le sens qu'elle devient un type de poème, mais que la pensée sur l'expérience originale puisse être dite dans un sens plus primordial. Il s'agissait aussi constamment de demeurer disponible à entendre et à « voir » *l'être-au-monde* des sages-femmes plutôt que de les considérer comme les objets de ma recherche et de vouloir trouver des concepts qui mèneraient à une théorisation.

Il fallait constamment que je me tienne près des récits des sages-femmes pour comprendre leur monde, me laissant toucher par les anecdotes comme illustrations et exemples de thèmes. Cette capacité à « voir » le sens de l'expérience venait en même temps par le recul et la réflexion. C'est vraiment en faisant un travail en phénoménologie que je devenais phénoménologue. C'est essentiellement par l'écriture et la réécriture que se faisait la recherche. L'écriture donne une apparence à la pensée. Elle nous distance de l'expérience vécue et en même temps, elle nous permet de découvrir les structures existentielles de cette expérience et de concrétiser notre compréhension du monde.

Deux préoccupations sont revenues de façon récurrente. Premièrement, est-ce que chaque thème est essentiel pour comprendre le phénomène ou est-il plutôt relatif à un contexte historique ou culturel? Est-ce que le phénomène étudié serait le même si je changeais ou si j'éliminais ce thème? Deuxièmement, est-ce que j'utilise vraiment *toutes* mes données? Qu'est-ce que je laisse de côté dans ce récit, et pourquoi? Ces questions me demandaient un engagement profond par rapport à mon projet de recherche et à ma propre démarche. Je pourrais dire que ce travail relevait d'une démarche consciencieuse autant qu'une démarche « en conscience ». Comme le dit van Manen (1997): "Writing is a reflective activity that involves the totality of our physical and mental being. To write means to write myself, not in a narcissic sense but in a deep collective sense." (p.132).

3.34 Décrire le phénomène par l'art d'écrire et de réécrire

L'écriture est l'essence même de la phénoménologie (Cohen et al. 2000). C'est une action pratique car le texte répond à notre habilité à « voir » autant qu'à faire voir. Écrire signifie créer des relations significatives inscrites dans un tout qui est au service de l'engagement fondamental envers la question de recherche. Pour y arriver, il faut non seulement pouvoir parler de façon authentique, mais il faut avoir écouté de façon authentique pour entendre la façon dont les choses du monde nous

parlent. Le monde n'est pas un ensemble d'objets à décrire dans un langage des sciences de la physique. « The world is our home, our habitat, the materialization of our subjectivity » (van Manen, 1997 p.112).

L'écriture utilise l'anecdote, l'histoire, pour décrire et faire comprendre le phénomène et à quel point l'être humain est en relation, avec le monde mais aussi à quel point il *est* cette relation. Selon van Manen (1997), les anecdotes ont plusieurs caractéristiques: contrecarrer la pensée abstraite, nous forcer à chercher la relation entre vivre et penser, entre la situation et la réflexion, rendre compte de certains enseignements qui n'ont jamais été écrits, être des démonstrations concrètes de sagesse, « d'insight » et de vérité, et enfin, devenir une référence.

En fait, l'écriture est une fusion étroite entre l'activité de la recherche et de la réflexion elle-même. « To write is to measure the depth of things, as well to come to a sense of one's own depth » (van Manen, 1997 p.127). Enfin, van Manen nous rappelle qu'écrire, c'est réécrire. La patience et surtout la persistance dans l'orientation de ma recherche furent les moteurs de mon activité d'écriture.

3.35 Maintenir une relation pédagogique forte et orientée par rapport au phénomène

Le but de la recherche phénoménologique est essentiellement pédagogique. C'est un concept ineffable pour van Manen et pour lui, cela revient à la théorie de l'unique. « theory of the unique starts with and from the single case, searches for the universal qualities, and returns to the single case » (van Manen, 1997 p.150). Il y a quatre conditions pour qu'un texte et qu'une recherche aient un certain pouvoir et une certaine validité: premièrement, il doit être **orienté**. Il s'agit ici d'être conscient de la relation entre le contenu et le contenant, entre la parole et l'action. Un chercheur « orienté » ne sépare pas la théorie de la vie, le public du privé. Il faut dire ici que j'étais consciente de la prégnance de ma fréquentation de travaux proposant des modèles conceptuels et théoriques sur les sages-femmes. Ma méthode de

recherche me demandait de croire au monde de la vie pour faire comprendre le monde des sages-femmes. Deuxièmement, le texte a besoin d'être **fort**. L'orientation pédagogique des interprétations doit l'être de façon exclusive à tous les autres intérêts. Il a fallu me tenir consciente et revenir constamment sur cette orientation durant l'écriture et surtout au cours de l'analyse de mes données. Troisièmement, le texte a besoin d'être **riche**. Le sens d'une expérience vécue n'est pas exhaustif dans l'expérience immédiate. L'utilisation d'anecdotes et d'histoires aide à retrouver ce qui est unique et irremplaçable. Cela donne une qualité pédagogique parce que cela nous implique et demande une réponse de nous. Quatrièmement, le texte a besoin d'être **profond**. Il ne faut pas confondre la profondeur avec l'étrangeté ou l'inusité. C'est ici que l'herméneutique prend sa place ainsi que toute l'ouverture nécessaire pour trouver le sens d'un phénomène. G. Marcel nous donne une explication claire de ce que l'on peut entendre par profondeur

“I would say that a thought is felt to be deep, or a notion to be profound, if it debouches into a region beyond itself, whose whole vastness is more than the eye can grasp” (in van Manen, 1997 p.153).

Un texte réflexif ne peut pas être résumé mais sa lecture nous montre ce qu'il veut enseigner. C'est un souci dont il a fallu constamment tenir compte au cours de cette recherche. C'est par la profondeur de la réflexion herméneutique que la phénoménologie herméneutique pourra être véritablement une philosophie de l'action. Une réflexion profonde radicalise la pensée et ultimement mène à s'exprimer plus clairement ou à agir de façon décisive et engagée dans l'espace social.

3.36 Équilibrer le contexte de la recherche en considérant les parties et le tout.

Le cercle herméneutique est une métaphore qui guide le processus de la recherche à plusieurs niveaux. L'analyse commence quand les parties du texte sont

comprises en relation avec l'ensemble du texte. Ensuite, chaque texte individuel est compris en relation avec tous les textes et vice et versa. Ce mouvement de va et vient entre les parties et l'ensemble d'un texte, et la considération continue de chaque texte en rapport avec tous les autres furent essentiels. La plus petite partie prend sens en rapport au tout et le tout prend sens en rapport aux parties. Les mots et les phrases d'une entrevue étaient considérés en rapport avec l'entrevue en entier, mais chaque entrevue était aussi considérée en rapport avec l'ensemble des autres. Durant la recherche, il arrivait qu'un simple mot ou une expression éclaire tout un texte et même l'ensemble des textes. Par ailleurs, le contexte général servait à valider l'ensemble des thèmes comme ensemble cohérent. Un détail donne le sens à l'ensemble parfois et une autre fois, c'est l'ensemble qui permet à un élément d'être significatif.

Rigueur

Il s'agit ici de tenir compte des critères de scientificité dans notre démarche. Il est nécessaire de faire une démarche rigoureuse sans glisser dans le relativisme ou une quelconque subjectivité facile. Comment faire une démarche rationnelle et rigoureuse lorsque l'on n'utilise pas les standards habituels des sciences de la nature ou même ceux souvent reconnus dans les sciences humaines et sociales?

Il semble important à cette étape-ci, de faire une courte réflexion sur la subjectivité avant de considérer la rigueur dans une recherche herméneutique phénoménologique. Selon Gadamer (1976), il ne s'agit pas de mettre la subjectivité de côté, mais il s'agit plutôt de la reconnaître et, comme le dit Ricoeur (1986) de la préciser. Il est toujours mieux d'être conscient de la présence de ce que nous connaissons déjà, ainsi que de nos pré-jugés tout au long de notre démarche.

L'expression de la signification fondamentale d'un texte est un jugement personnel et des lecteurs différents auraient trouvé des formulations différentes. Est-

ce que cela signifie qu'une recherche phénoménologique est une œuvre arbitraire subjective? Pour van Manen (1997), l'objectivité est de demeurer « vrai » à l'objet de la démarche et d'être le gardien de la nature profonde de la démarche. La subjectivité ne serait pas à combattre mais à utiliser. Bien plus,

“Personal experience provides data, ideas for theories, contacts for research subjects, it shapes the methodology, conduct of fieldwork and data analysis, and can be an important part of the research report” (Ezzy, 2002 p.154).

J'ai d'abord pris la peine d'enregistrer ma propre histoire vécue de mes années de pratique de sage-femme. Ensuite, j'ai enregistré mes pensées, mes commentaires et mes réflexions après chacune de mes entrevues; et enfin, j'ai écrit un journal tout au long de ma démarche pour maximiser mes niveaux de conscience et mon travail imaginatif. J'ai finalement partagé les thèmes qui étaient ressortis de mon analyse avec quelques sages-femmes dont certaines ne m'avaient pas accordé d'entrevue. Leurs réactions m'ont servi à confirmer ou questionner plus en profondeur les thèmes qui éclairaient la compréhension de la pratique sage-femme.

Dans le cadre d'une recherche qualitative, la rigueur “is less about adherence to the letter of rules and procedures than it is about fidelity to the spirit of the qualitative work” (Sandelowski, 1993 p.2). Lincoln et Guba (1985) ont valorisé une démarche rigoureuse par l'adhésion stricte à des critères de validité et fiabilité; mais van Manen (1997) croit pour sa part que tout cela pourrait avoir pour effet de restreindre le potentiel de l'approche phénoménologique herméneutique qui est orientée vers la découverte. En effet, l'idée de la distanciation est souvent identifiée à la validité, à partir du postulat que le manque de distance contribue à troubler la pureté des résultats. Ricoeur (1990) dénonce une illusion: « La naïveté épistémologique du faux-semblant de la non implication de l'auteur dans son dire est devenue impossible » (p.330). En fait, la conscience de la structure de sa propre

expérience du phénomène peut aider le chercheur dans beaucoup d'autres étapes de sa recherche (van Manen, 1997).

Van Manen (1997) suggère d'utiliser une approche plus esthétique de la rigueur. Les critères qu'il suggère sont : un texte orienté et fort, la richesse dans la description du phénomène étudié et la profondeur dans l'exploitation des données. Pour Ricoeur enfin,

«l'herméneutique contemporaine comme la phénoménologie ne seront en mesure de préserver leur crédibilité qu'à la condition qu'elles surmontent la tentation permanente pour l'une de la revendication universaliste et pour l'autre de l'incantation idéaliste » (in Kelkel, 2002 p.300).

Je crois que ma position de militante, de professionnelle et mes fortes convictions m'ont demandé régulièrement de surmonter cette tentation. Je crois aussi que ces efforts tout au long des chemins empruntés pour explorer mon objet de recherche, permettront d'en renforcer la valeur comme la portée. Les récits de l'expérience vécue de la pratique sage-femme dans les années 1980 nous ont permis de cheminer dans l'univers des sages-femmes.

Après avoir élaboré sur le « pourquoi » de la présente démarche ainsi que son « comment », voici les résultats de cette démarche inductive. Voici surtout les thèmes qui nous permettent de mieux comprendre le phénomène de la pratique sage-femme et que nous sommes invités à parcourir.

Chapitre 4. Clairières

Selon van Manen (1997), les thèmes répondent à un désir profond de faire du sens. En fait, nous pouvons les considérer comme une façon de « voir » le sens de l'expérience et de donner une forme à ce qui n'en n'a pas. En parlant des thèmes comme des étoiles qui éclairent l'univers de sens dans lequel nous vivons, van Manen rejoint en quelque sorte Heidegger (1958) lorsqu'il décrit l'expérience de comprendre comme étant celle d'arriver dans une clairière lorsque l'on marche sur un sentier dans la forêt. Nous sommes alors saisis par une compréhension de la nature essentielle de quelque chose. Cette référence à la lumière et à la compréhension comme un éclaircissement m'ont été des plus précieuses tout au long de ma démarche. En tant que marcheuse en forêt et chercheuse j'ai donc considéré que le sens et la cohérence de ma démarche m'amenaient tout simplement à appeler mes thèmes : clairières.

Ces thèmes ont émergé au fil des lectures et des relectures des récits des sages-femmes. Ils ont été longuement réfléchis, retournés, transformés et confrontés avec l'ensemble des entrevues. Les mêmes questions m'ont servi de repère : est-ce que l'expérience serait la même sans le thème? Est-ce que ce thème me permet de mieux « voir » le phénomène?

Voici donc les aspects de l'expérience vécue des sages-femmes, qui éclairent le sens de leur pratique. Chacun des aspects nous fait entrer dans l'univers des sages-femmes et nous permet de le comprendre.

4.1 Être appelée

Comment des femmes en sont venues à pratiquer comme sage-femme dans un contexte où le mot « sage-femme » était pratiquement invisible dans le langage de la collectivité et celui du discours public. Comment ont-elles amorcé un métier de sage-femme alors que cette pratique était considérée comme « illégale » ? Comment ont-elles vécu ces débuts ?

Parfois, rien ne semblait les mener à se retrouver à aider des femmes à accoucher. Pourtant, elles en sont arrivées là. Chemins différents, singuliers mais même impression, même interprétation de certains événements ou ensembles d'événements de leur vie. Sans en être conscientes au moment même, au fil des années, en rétrospective, elles ont la même conviction : celle d'avoir été appelées.

L'appel vient du mot latin « vocare » et est à l'origine du mot « vocation ». Avoir une vocation, c'est être appelé à remplir une mission, à accomplir une tâche particulière. C'est une expérience individuelle et elle n'arrive pas à tout le monde. Certains n'entendent pas ou plutôt ne comprennent pas que c'est un appel. D'autres n'y répondent tout simplement pas. Pour celles que j'ai rencontrées, elles se sont senties appelées et elles ont répondu à l'appel.

Elles étaient artisane, infirmière, éducatrice spécialisée ou secrétaire. Pour chacune, il s'est passé un événement marquant, relié à la naissance et à l'enfantement, qui l'a éveillée à s'engager auprès des femmes accouchantes, à voyager avec elles dans cet univers de la transformation et de l'émergence.

Nous sommes dans un tout autre univers que celui d'une carrière. Ces femmes, qui sont devenues sage-femme, n'ont pas vraiment « décidé » de l'être. Elles ont « accepté » de le devenir parce qu'elles se sont senties appelées et qu'elles ont répondu à l'appel. Pour Estelle, l'appel est *la* façon dont on est introduit sur le chemin qui nous fait entrer dans cet univers : « c'est le même chemin depuis le début de l'humanité qui se poursuit ».

Il est important de comprendre ici que la pratique sage-femme s'est construite essentiellement autour de l'expérience de l'accouchement à la maison, qu'elle ait été vécue personnellement par celles qui sont devenues sages-femmes ou non. Ce fut, en quelque sorte, l'expérience fondatrice des « nouvelles » sages-

femmes de la fin du XXe siècle et le terreau grâce auquel s'est déployée leur façon d'être au monde comme sage-femme.

Qu'elles sont les « voix » de l'appel ?

L'appel à œuvrer dans le monde de la naissance en tant que sage-femme a pris différentes « voix » pour ces femmes.

4.11 Mettre au monde un enfant

L'expérience de mettre au monde un enfant est un événement marquant dans la vie d'une femme. Passage identitaire majeur et parfois beaucoup plus: une expérience fondamentale, au sens littéral du terme, c'est-à-dire qui fonde une nouvelle expérience du monde. Une expérience physique, psychique et spirituelle intense, transformatrice, une sorte de naissance. Rich (1977) n'avait-elle pas dit : "I am a woman giving birth to myself"? (p.181). Après la trace douloureuse laissée par son premier accouchement, Estelle a vécu un accouchement à la maison qui a transformé son rapport au monde.

« A la naissance de mon premier enfant on m'a endormie, et quand j'me suis réveillée : où était mon bébé ? On me disait que c'est merveilleux un bébé. Et ça a été la grande question : est-ce que c'est mon bébé ? (...) Je tombais dans un univers où je trouvais ça profondément un mensonge organisé. J'en ai gardé comme une grande douleur. (...). Quinze ans après, j'ai mis au monde ce bébé là dans la conscience. Ça m'a transformée. Je ne voyais plus ma vie de femme, je voyais plus la vie tout court, de la même façon. » (Estelle)

Non seulement le fait d'accoucher est interprété comme un appel à œuvrer auprès des femmes « accouchantes » mais certains éléments de l'expérience vécue de l'accouchement deviendront importants dans la pratique future. Pour Elizabeth, la force qu'elle a sentie en accouchant l'a menée à travailler pour que les femmes sachent et sentent aussi la force qu'elles avaient en elles.

« Pendant mes contractions, j'ai pensé à : quand y disent une femme qui a un enfant écrasé par l'auto, elle est capable de lever l'auto. Moi j'me suis dit : une auto ? Y a rien là. J'srais capable de lever un bloc-appartement ! J'ai touché une force en moi là, que je savais pas du tout que ça existait. Je savais pas que j'avais ça en moi, je savais pas du tout, et ça m'a changé la vie. Ça, ça m'a changé la vie, complètement. Là, j'étais capable de reprendre mon pouvoir de dire : j'ai quelque chose au fond de moi. C'était un point tournant dans ma vie. Là, je me suis dit : les femmes ont besoin de savoir que ça existe. » (Elizabeth)

Accoucher à la maison est quelques fois lié à des expériences antérieures. Après avoir accouché à la maison, Jeanne en a été « ébahie » et ce fut là qu'elle a pris l'engagement d'aider d'autres femmes qui auraient voulu vivre quelque chose de semblable.

« C'est là qu'a germé la sage-femme parce que moi j'ai dit : moi j'bouge pas pour accoucher. Pas jamais, pas jamais. C'est plus dangereux de bouger que de pas bouger. C'est rentré dans ma tête comme un coup de massue. Alors on ne m'aurait jamais fait bouger pour ma troisième fille que j'ai eue dans les Laurentides, à une heure et demi de l'hôpital. J'étais vraiment ébahie, sur un nuage pendant plusieurs jours après l'accouchement. J'avais découvert quelque chose, pis c'est passé dans ma tête à ce moment là. Ça a passé dans ma tête : si d'autres femmes veulent faire ça, j'vais les aider... oui. C'est toujours à cet engagement là que je revenais. » (Jeanne)

Après avoir accouché seule avec son conjoint dans la forêt, Anne a réfléchi à son accouchement et a pris conscience d'un aspect de l'expérience qui allait devenir un élément significatif de son rôle et de sa présence auprès des femmes plus tard.

« C'est l'expérience la plus puissante que j'ai jamais eue, et une de celles qui m'a donné le plus confiance dans la vie. Cela m'a ouvert, ça a touché quelque chose au fond de mon être, qui m'a fait réaliser que je ne pourrai jamais plus retourner en arrière. Je ne pourrai jamais plus être la même. Le fait que des gens vivaient cette expérience et n'avaient pas le sens de ça ne faisait pas de sens pour moi. (...)Après ça, j'ai pensé : c'est peut être une bonne idée d'avoir quelqu'un, juste

pour tenir l'espace, par pour m'aider nécessairement. Juste pour être là, pour protéger l'espace. » (Anne)

Hélène avait déjà un diplôme de sage-femme et avait travaillé ailleurs dans le monde, mais c'est en ayant elle-même des enfants qu'elle a pris conscience des effets négatifs de la culture occidentale de la naissance. C'est à ce moment-là qu'elle a décidé de s'impliquer pour faire changer les choses.

«...après mes propres expériences d'avoir des enfants, j'me suis dit : y a quelque chose qui va pas. J'ai fait le parallèle avec ce que j'avais vu pis moi la façon dont ça c'était passé, pis là j'me suis dit : ça ce peut pas, notre culture nous nuit plus qu'autre chose.» (Hélène)

C'est en accouchant à la maison seule que Renée a pris conscience de la capacité des femmes à accoucher. Ce fut une « révélation » qui a transformé son désir d'être sage-femme en décision de s'engager sur cette voie.

« Donc, j'ai accouché toute seule à la maison avec des amis. Fait que ça a été une révélation pour moi. Ça a été une occasion de la vie qui m'a ouvert à ça. (...).C'était clair que : on n'a pas besoin de savoir comment faire ça. (...).Ça a été ma révélation. J'ai toujours dit que cet accouchement-là m'a beaucoup beaucoup confirmée. C'est là que s'est prise la décision d'être sage-femme.» (Renée)

Ces femmes n'en sont pas restées à leur expérience personnelle. Celle-ci fut un déclencheur, un appel à s'investir et à s'engager auprès des autres femmes dans l'univers de l'enfantement.

4.12 Être demandée pour aider à un accouchement

Pour quelques unes, c'est une demande d'aide pour un accouchement à la maison qui fut interprétée comme un appel. Parfois l'expérience d'avoir soi-même accouché à la maison est considérée comme le gage d'un savoir et d'une sorte d'expertise que les autres n'ont pas. Le mot circule et des demandes se produisent. Il faut dire ici que très souvent la décision d'accoucher à la maison avait déjà été prise

et que de nombreux couples étaient prêts à accoucher sans « aide ». Alice avait fait des démarches personnelles pour accoucher chez elle. Ce fut le gage d'un « plus », suffisant pour qu'amies et connaissances lui demandent de venir les aider.

« J'ai accouché à la maison, mais par la suite, j'ai été demandée, par amies, des connaissances qui habitaient mon coin, pour venir les aider à accoucher à la maison puisque moi, j'avais fait cette démarche et que je l'avais concrétisée en accouchant à la maison du 2^e bébé. Mes connaissances étaient plus que sommaires. » (Alice)

Maryse avait accouché deux fois à l'hôpital mais la demande est venue quand même, une demande pour une présence bien plus que celle d'une aide professionnelle.

« Les femmes m'ont dit : j'aimerais ça que tu sois là à mon accouchement.

- Mais moi, j'ai pas rien.

- Ça fait rien. Je veux juste que tu sois là. »

Camille n'avait pas du tout l'intention d'évoluer comme sage-femme mais une femme a insisté tellement pour qu'elle vienne l'aider à la maison qu'elle y a été. Ce fut l'occasion d'une prise de conscience importante d'une dignité et d'un pouvoir féminin à défendre.

« Cette femme là (...), c'est elle qui a fait l'appel. (...) Alors, on est allé à l'hôpital avec le placenta, pour se faire engueuler comme du poisson pourri. Et ça prenait juste ça pour moi, pour me mettre de leur bord. Pis quand la gynécologue nous a engueulées, j'me suis dit : toi là, guettes moi ben. Tu vas me r'voir pis moi, j'va les défendre les femmes. Tu veux être chienne avec eux autres ? Moi, j'va aller contre toi. Et là, Sophie venait de me faire découvrir ma vocation.»

La décision d'aller à un accouchement à la maison se fait sans une longue réflexion préalable. Ce que Nicole en dit est probablement ce qui a été vécu par la plupart des

autres : « La première fois qu'on décide d'aller à cet accouchement là, c'est le début de quelque chose qu'on ne connaît pas ». (Nicole)

4.13 Être confirmée

Les circonstances peuvent faire que l'on se retrouve toute seule avec une femme qui accouche. Parfois, c'est parce que la sage-femme n'a pas eu le temps de se rendre mais d'autres fois, c'est le fait de se retrouver à un accouchement d'une personne qu'on ne connaît pas mais chez laquelle on se rend. Une femme est en travail. Quelqu'un vous appelle pour vous demander d'y aller. On n'y pense pas, on y va. C'est ce qui est arrivée à Nicole et c'est là que quelqu'un l'a *appelée* « sage-femme ».

« Il y a toujours un accouchement qui nous appelle (...) C'est un accouchement où je suis allée et je ne connaissais pas la personne. J'étais là comme responsable alors que j'connais à peu près rien. J'avais un foetoscope pour écouter le cœur. Mais moi, ce qui m'intéressait c'était la santé et je m'intéressais aux femmes enceintes parce qu'elles étaient en santé. Alors je pars, je vais à cet accouchement-là et le mon oncle en question qui avait téléphoné, y me dit: « Félicitations, vous êtes devenue sage-femme aujourd'hui ». Je ne savais pas si c'était par là que j'allais, mais c'était assez fort pour que j'y aille. » (Nicole)

Maryse s'est retrouvée seule à un accouchement parce que la sage-femme n'était pas arrivée. Son expérience fut un signe de confirmation du chemin sur lequel elle se trouvait déjà comme apprentie.

« Pis c'est une femme qui nous appelait de sa maison. C'était son 3 ou 4^e bébé. Elizabeth est assez loin, pis là a me dit : vas-y (...) Finalement a l'a pas eu le temps. Et puis là, je suis à l'accouchement et, tout simplement, mes mains étaient là. Même si je l'avais vu quelques fois, sans plus, on dirait dit que mes mains savaient quoi faire. (...). Là ça commençait comme ça. Je l'avais- tu ma réponse ? C'était clair. Ça m'a confirmée. » (Maryse)

Sans vraiment vouloir s'engager sur le chemin de la pratique sage-femme Line a été mise à contribution pour aider une sage-femme qui allait à un accouchement dans son village. Les circonstances ont fait qu'elle s'est retrouvée seule pour aider au moment de l'accouchement. Au lieu d'avoir eu peur ou de décider d'éviter une situation semblable à l'avenir, elle s'est sentie « comblée de bonheur » et ce fut une sorte de confirmation de sa « voie ».

« Un jour, y a une femme qui voulait accoucher à domicile. La sage-femme a dit : oui j'vais y aller si A. veut venir avec moi. Alors là, la dame me rappelle en me disant ça. « J'suis bien honorée, j'peux y aller, je vais vous faire la bouffe, faire le lavage après mais écoutes, moi les accouchements, j'connais pas ça. ». La sage-femme a fait le suivi de grossesse avec la dame et j'suis allée quelques fois. Elle a accouché, finalement toute seule avec moi. Elle a accouché trop vite. C'était comme : ben, a va arriver, pis on voyait les cheveux pis j'me disais : ben voyons, a va arriver. Là, la tête a sortie. J'me disais : comment ça se fait qu'a l'arrive pas t'sais. Ben là, la mère a l'a pris son bébé elle-même. J'ai rien fais moi là là. J'étais comblée de bonheur. C'est quand même beau. (...). Pis là, de fil en aiguille, ben, j'ai commencé à aller à d'autres accouchements pis à me r'trouver tout seule parce que la sage-femme que j'aidais restait loin finalement. » (Line)

Personne ne connaît les détours de la vie. Maryse s'était impliquée dans des groupes qui militaient pour la santé des femmes et l'humanisation de l'accouchement. En accueillant sur sa terre une amie qui ne voulait pas accoucher à l'hôpital, elle vécu une expérience forte qui fut pour elle celle d'entrer « dans un courant » qui la menée vers une pratique de sage-femme.

« J'ai choisi, mais au départ j'ai pas choisi. C'était une amie à moi qui voulait accoucher à la maison. A cherchait une place en campagne pour accoucher parce qu'a restait à Québec, pis a voulait être en campagne. J'avais une terre, pis a savait que j'étais impliquée dans les Colloques Accoucher ou se faire accoucher. C'était juste une fille qui est venue accoucher chez nous. Je me cherchais pas une job. (...). Fait que là, a me dit : ça se passe partout au Québec ; les communautés choisissent des femmes, pis c'est probablement des

femmes qui ont de l'ouverture. Alors a m'a dit : tu vas faire ça toute ta vie. T'sais, c'est pas pour prendre ça pour du cash, mais là j'embarquais dans un courant ». (Gisèle)

De son côté Maryse avait aussi fait une démarche de réflexion dans sa région, autour des colloques « Accoucher ou se faire accoucher ». C'est parce que certaines lui ont dit qu'elle serait sage-femme et que la demande pour qu'elle aille à des accouchements à la maison s'est concrétisée qu'elle a entrepris une démarche d'apprentissage.

« C'était comme toute une recherche qui est venu éveiller plein de choses, pis le désir de vouloir accompagner des femmes, à se prendre en main, à comprendre le processus, accompagner leur bébé, tout ça. (...). Cette femme était là. A m'a dit : tu vas faire une bonne sage-femme. A m'a dit ça. Ça m'a touchée (larmes...). Comment a m'a dit ça à moi ? (...) J'avais jamais pensé devenir sage-femme. Mais c'était une recherche de comprendre, une recherche pour m'impliquer (...). Fait que c'est comme si la vie m'a poussée vers là (...). Moi je suis devenue sage-femme de par un besoin des femmes. C'est les femmes qui m'ont demandé de les accompagner. » (Maryse)

Plusieurs événements auraient pu être vécus comme un « accident de parcours », un inconvénient dont on veut éviter la répétition, une orientation ou un univers dans lequel on ne veut pas se retrouver. Or, de toute évidence, ils ont plutôt été interprétés comme des déclencheurs, des signes qu'il fallait suivre une direction, un thème, un monde. Peu de réflexion avant l'action. Un « oui » à la direction proposée, un « oui » à l'action proposée, un « oui » à une présence dans un nouvel univers.

4.14 Répondre à l'appel

L'appel se fait entendre. Il est vécu comme quelque chose de fort. Il est rarement subtil. La réponse ne l'est pas non plus. Les sages-femmes ont répondu à l'appel pour certaines comme Rachel, c'était tellement fort qu'il n'était pas question de dire non.

« Y sont venues me voir. J'étais pas capable de dire non. C'était ben trop fort. Sophie a dit : « ah, tu vas perdre ta licence d'infirmière ». Et pis çï, et pis ça. Mais c'était tellement fort que j'pouvais pas passer à côté de ça. Fait que finalement j'y suis allée (...). J'me sentais bien là, j'me sentais à la bonne place. J'pouvais pas dire non. C'était comme une histoire d'amour : tu peux pas dire non à ça (...). Tantôt, quand j'te disais une mission, ben pour moi c'est ça là : quand t'as ça en dedans, ben c'est ça : si tu l'fais pas, ben tu te défigures. » (Rachel)

Elizabeth s'est sentie appelée à devenir sage-femme, et c'est par son désir de contribuer à rendre le monde meilleur qu'elle a senti qu'elle ne pouvait pas dire « non » à cet appel à s'impliquer auprès des femmes et des familles. C'est par chaque femme et chaque famille que l'on peut changer le monde et le rendre meilleur.

« Faut que j'entende cet appel. Faut que j'entende vraiment ce désir d'enfanter. Moi, à cause de mon background là, tout ce qui pouvait donner une autre chance à l'enfant là, moi je pouvais pas dire non à ça. (...) C'est possible de trouver du support, des lieux, des occasions de vivre ça parce que ç'est pas rien ! C'est la qualité de notre vie, c'est nos choix, c'est nos croyances, nos attitudes. Une chance de les prouver, de les mettre en œuvre vraiment là. Oser, oser de nouveau dans la vie là, vraiment là. C'est pas rien de p'tit là, c'est grandiose. Je vois la société comme plein plein plein de cellules. Chaque famille, c'est une cellule. Chaque famille qui n'a pas un bon fonctionnement, c'est comme une cellule cancéreuse. Donc, si on veut des cellules saines, faut partir avec le bébé : grossesse saine, accouchement sain, post natal sain. Si on a ça là, dès le début (...) Quand c'est parti dans l'amour, dans la sincérité, dans le désir d'offrir le meilleur à cet enfant là, moi j'étais pas capable de dire non. Ça, ça m'a appelé du fond de mes cellules. Je voulais un meilleur monde pour les enfants, rien de moins là. Moi j'étais « drivée » au bout. (...) C'était fort fort fort fort fort fort (sic). » (Elizabeth)

Pour Estelle, l'invitation d'une sage-femme qu'elle connaissait à participer à un accouchement fut une incroyable occasion d'être avec une femme accouchante. Cette expérience fut pour elle un appel très fort à « aider les femmes ».

« Un an plus tard, Rachel m'appelle et elle me dit : j'suis à un accouchement en quelque part dans l'Ouest. Est-ce que tu viendrais m'aider ? Pis j'fais : oooooooooiiii. (...) et là je pars. Et je n'oublierai jamais cette première naissance, où j'ai les yeux dans les yeux avec cette femme qui accouche. Rachel qui fait ce qu'il y a à faire comme sage-femme, et moi qui l'accompagne et qui lui donne de la glace, et, et ce lien avec cette femme là pour lui dire : oui ça va, confiance, confiance. Et on se maintient du regard, et c'est à ce moment-là : j'ai un appel, si fort, que je dis: je veux aider les femmes » (Estelle)

En accouchant, Anne avait touché à « quelque chose de puissant et ce sacré ». Elle a pris conscience que d'autres femmes pourraient aussi avoir cette possibilité. Le nom de « sage-femme » n'était pas le plus important à ce moment là. Elle voulait contribuer à rendre le monde meilleur et sa présence auprès de femmes qui accouchent lui est apparue comme une voie privilégiée.

« J'avais touché quelque chose pas mal puissant quand j'avais accouché. Si il y a d'autres personnes qui veulent avoir cette expérience, ça va créer un autre monde. (...) C'était pas très clair à ce moment là mais c'était clair qu'il y avait quelque chose de puissant, de sacré. Toutes sortes de mots qu'on ne peut pas dire. » (Anne)

Après avoir accepté d'aider une femme, le mot se passe chez les femmes et les demandes commencent. Il est intéressant de constater, avec les participantes, que sans se consulter ou encore moins se connaître, dans différentes régions du Québec, la même chose se produisait.

4.2 Être là pour l'accueil de l'enfant

« Si on rêve de changer le monde, il faut déjà commencer par changer l'accueil au monde. » Dominique Frappat-Libois

Le thème de l'accueil est l'un des éléments qui éclaire le sens de l'expérience vécue de la pratique des sages-femmes. L'accueil est bien plus qu'une idée, une bonne intention ou un discours. L'accueil est inséparable des signes d'accueil: des

gestes, des paroles, un regard car pour accueillir, il faut d'abord avoir la conscience que l'on accueille une personne et ensuite considérer que cette personne vaille la peine d'être accueillie. L'accueil est l'exercice du sens de l'hospitalité pour que la personne qui se présente à la porte, se sente accueillie.

Le fait de prendre conscience que le bébé est une personne ne vient pas d'un apprentissage cognitif, mais plutôt essentiellement d'une expérience vécue. Cela peut être à l'occasion de sa propre expérience d'accouchement, à l'occasion d'une participation à un accouchement ou une autre expérience vécue. Ce qui était clair pour les sages-femmes, c'était non seulement que l'enfantement était une expérience profonde, corporelle, émotive et spirituelle, mais qu'elle était une expérience de vie majeure pour deux personnes : la femme qui accouche et l'enfant qui naît. Un nouveau-né n'est pas seulement un « boule de chair » trois kilos (Maryse). C'est un « être » humain. C'est un « naissant » (Tourné, 1996). Lorsqu'il se présente à la porte du monde des humains, les sages-femmes sont là pour l'accueillir.

Il faut dire ici que les années 1970 furent traversées par les écrits de Frédéric Leboyer, obstétricien français dont le livre « Pour une naissance sans violence » (1974) parlait de la naissance du point de vue du bébé et réclamait en son nom : douceur, pénombre et temps au moment de la naissance. Leboyer proposait d'immerger aussi l'enfant dans un bain, afin de lui apporter douceur et accueil après l'événement « violent » de sa naissance. Ce livre ébranla les milieux cliniques car des femmes et des couples commencèrent à demander que leur enfant nouveau-né puisse avoir ce qui fut appelé à l'époque : le « bain Leboyer ». Certains médecins ont décidé de changer leur pratique, mais ont aussi été considérés par leurs collègues comme des romantiques, des idéalistes ou bien simplement des irréalistes. En effet, l'impératif d'efficacité et de sécurité, de même qu'une organisation du travail institutionnel valorisant la routine, rendirent bien mitigés les effets de cette approche de la naissance.

La prise de conscience que le bébé est une personne fut une expérience très forte pour Gisèle. Quelques instants après la naissance d'un enfant, elle a fait spontanément quelque chose de totalement inusité : elle s'est mise à la place de l'enfant pour considérer ce qu'il pouvait percevoir. C'est là qu'elle a réalisé à quel point un nouveau-né est dans un état de réceptivité, de présence au monde, de vigilance tranquille et d'incroyable disposition à la rencontre. Cette expérience fut d'une telle intensité qu'elle va marquer toute sa pratique de sage-femme pour les années qui vont suivre. Au questionnement sur l'accueil de la mère s'est profondément intégré celui sur l'accueil de l'enfant au moment de sa naissance.

« C'est comme si je sentais la complicité de toute la nature qui attendait ce bébé-là. Tu sais, c'était la méthode Leboyer à l'époque, fait que là avec le gros soleil dans la face, j'étais là : on peut pas fermer la lumière sur le pommier (rires). Gros soleil, pis là, a l'avait le bébé sur elle, alors j'me suis dit : j'vas rgarder comment le bébé y va. Fait que j'vais voir le visage du bébé. Y était là comme ça (imite l'expression d'une moue). (...) Y était là pis y regardait où c'est qu'y arrivait. J'ai eu la chair de poule pendant qu'y me r'gardait. Y m'enlignait là. (...) Fait que là, j'me suis mis la face au niveau de sa face, pis là je regardais dans la direction qu'y voyait, en sachant qu'y voyait pas toute la rivière quand même. Le noir du ciel, le vert des collines, les taches blanches des moutons, le jardin. Pour moi c'était : qu'est-ce qu'on voit, qu'est-ce qu'on sent quand on naît ? L'expérience du bébé. Fait que moi ma réflexion s'est beaucoup faite sur l'accueil qu'on fait à quelqu'un qui arrive. On accueille une mère aussi mais pour moi, ça a surtout été : mais qu'est-ce qu'on a fait avec la naissance ? » (Gisèle)

Ce sont les accouchements à la maison qui ont été l'occasion de vivre des prises de conscience pour les sages-femmes au sujet des « naissants ». Maryse était certaine : « les bébés, c'est déjà des personnes. C'est déjà des êtres différents ». La naissance était déjà l'expression de la singularité des personnes et de la profondeur de la vie. Elle a assisté à une naissance où les gestes de l'enfant furent interprétés comme un langage. A ses yeux, cela confirmait l'importance de considérer le nouveau-né comme une personne et la naissance comme « un moment sacré ».

«C'était une adolescente-mère qui a vécu une grossesse seule, pauvrement et seule et puis à la naissance, a trouvé ça difficile. A un moment donné, a s'est choquée. A s'est mise à sacrer pis à taper un peu dans le mur, pis pas longtemps après ça, la poussée a commencée, pis a l'a poussé son bébé. Ça a bien été mais après, quand la p'tite est née, on l'a prise pour la donner à sa mère pis la p'tite a mis ses deux mains ensemble, est allé à son front comme ça. On est resté bouche bée. (...) Moi ce que ça m'a dit c'était « merci maman, de m'avoir donné la vie ». Tu sais, c'est des moments comme ça qui disent : Un enfant c'est pas juste une boule de chair qui comprend rien, qui sait rien, pis qui vient au monde. C'est un être qui est déjà imprégné, qui est déjà quelqu'un. La naissance, c'est pas n'importe quoi. C'est un moment sacré. » (Maryse)

Accueillir, c'est faire appel à toute la délicatesse de la présence à l'Autre afin qu'il se sente bien. Pour Renée, « être là » pour l'accueil de l'enfant signifiait surtout qu'elle aidait les parents à accueillir leur enfant. Elle mobilisait ce qu'elle était et sa conscience de l'importance de l'accueil, pour ne pas toucher à l'enfant naissant. Le geste d'accueil passait par les mains des parents et le moins possible par les siennes.

« Moi, mon accueil, c'était que les parents accueillent leur bébé. (...)Je touchais pas, j'voulais presque pas y toucher. J'me disais : c'est pas à moi ce moment-là. Ça ne m'appartient pas. C'était ma façon à moi d'accueillir le bébé. (...) » (Renée)

Un enfant a besoin d'être accueilli peu importe les circonstances de sa naissance. Elles sont parfois très loin de ce dont les parents avaient rêvé pour lui. Alice ne laissait pas les circonstances et le contexte empêcher ou affaiblir l'accueil et les liens. Elle prend la parole et propose aux parents d'aller dans l'invisible des liens et de l'accueil. C'est sa conscience de l'importance de l'accueil qui lui fait proposer la présence au niveau du cœur.

« Quand j'suis avec quelqu'un qui va devoir accoucher à l'hôpital parce x, y, que c'est le bordel de voir huit personnes dans la chambre et tout, je peux me permettre de lui dire : sais-tu quoi ? ton bébé ne va pas naître dans cette chambre-là. Y va pas naître dans ce bruit et cet énervement. Il va naître dans l'espace d'amour que vous avez créé à

vous deux. Dans cet espace là, y va naître dans vos bras, votre conscience à vous. Et c'est de ça dont y va être conscient. Y s'en vient là-dedans. Quelqu'un va s'occuper de ses p'tits poumons ou bien de tout le reste. (...) Vous avez choisi cette place là, cet hôpital-là parce qu'ils ont ce qu'il faut pour s'en occuper. Il arrive, il vient à votre rencontre, comme personne, et donc y va falloir alimenter cet espace là, pis le garder vivant. Nous sommes dans le non visible. Et même si ils partent avec le bébé pis y est à la pouponnière, c'est pas grave. Y a un p'tit fil qui va jusqu'à lui et qui dit : ta maison, ce n'est pas cette pouponnière, c'est pas notre adresse non plus. Tu viens dans notre vie, dans notre conscience de parents, dans notre désir de t'accepter, de t'aimer, de te donner ce qu'il faut pour que tu grandisses, pis que tu t'accomplisses. Tu vois des gens qui vont vivre la naissance dans des circonstances qui sont plus favorables. (...) mais les gens qui sont dans le désarroi parce qu'y vont être perdus dans un accouchement qui devra être hypertechnologique, ou qui le sera même si y pourrait l'être moins à ce moment-là, y ont besoin d'un fil après quoi on se raccroche.» (Alice)

Les difficultés et parfois même l'urgence qui s'installent autour de la naissance de l'enfant peuvent donner à « l'accueil » une importance bien secondaire par rapport aux gestes techniques à poser. Sans négliger ces gestes qui peuvent sauver la vie, c'est pourtant précisément dans ces moments difficiles que Renée considérait à quel point l'accueil le l'enfant devenait important. Elle parle de « l'appel » : celui qu'elle faisait elle-même et celui qu'elle invitait les parents à faire.

« Ben, c'est ça qui a été le leitmotiv, beaucoup plus que d'aider les femmes. Ce qui a été me chercher au plus profond de moi-même, ça a été l'accueil, l'accueil du bébé. Pour moi, c'était impensable comment les bébés naissaient. (...). Pour moi c'était un être, un être important un bébé. (...) J'ai toujours dit, c'est pour le bébé que j'ai fait ce métier-là, pour l'accueil du bébé. (...) J'aidais les parents à entretenir ces liens-là avec un enfant, (...) de l'accueillir dans la totalité de qui il était, dans le respect. (...) C'était toujours présent, même dans une urgence. (...) Pour moi, le bébé était dans une urgence aussi. Il avait besoin d'accueil sinon plus encore plus. On agissait mais _pauv' ti prout-là_ y vient de vivre quelque chose de heavy là. C'est pas facile. Protéger son corps, pis l'appel au bébé. J'le fais depuis toujours. Demander aux parents d'appeler leur enfant. Toujours quand l'enfant a des difficultés. » (Renée)

L'accueil ne se fait pas seulement dans les minutes qui suivent la sortie du bébé du ventre de sa mère. C'est aussi une façon d'agir dans les premières heures après la naissance. L'accueil se fait en prenant le temps, celui d'être attentive à ce que l'on peut sentir chez un enfant et pas nécessairement chez un autre. Si l'enfant est une personne, chacun est unique et chaque expression d'accueil est différente. Pour Renée, la hâte de faire les gestes nécessaires et la routine peuvent finir par faire perdre le sens de l'accueil et de la singularité de son expression.

« Pourquoi y faut que j'le mesure tout de suite ? Moi j'aimais mieux le garder, qu'y soit en p'tite boule sur sa mère. (...) J'aimais mieux pas y toucher. (...) Y a des bébés qui sont comme ça, pis des fois, on dirait qu'y en a d'autres, on dirait qui aiment ça se faire toucher. Pas de problème, j'va y aller ben ben ben respectueusement. Mais y a des bébés que j'sens qu'y veulent pas se faire toucher là. Le moins possible. (...) M'a faire des p'tites choses, mais j'vais dire aux parents : r'garde ben, on va le faire demain. Y va avoir eu son 24 heures pour arriver. Arriver, prendre le temps d'arriver. »

L'expérience d'accoucher change une vie. Accueillir la personne qui vient d'ailleurs n'est pas seulement un geste qui a un effet sur le « naissant » lui-même. Pour Anne, « être là » pour l'accueil de l'enfant était aussi une façon de changer le monde.

« Pour moi, l'essentiel dans ça c'était: peut-être que l'on pourrait apporter un peu plus de bonté dans le monde. Ça avait rapport avec une façon d'accueillir des êtres qui viennent et une façon de partager ça qui est plus communautaire » (Anne)

4.3 Être là pour chacune

Les sages-femmes avaient la conviction profonde que les femmes étaient capables de porter et mettre au monde leur enfant. L'accouchement est un acte féminin qui appartient aux femmes, car bien que nous soyons tous nés, il n'y a que

les femmes qui accouchent. Pour Alice, c'était une évidence exprimée de façon très éloquente.

« Un accouchement est un acte qui m'appartient totalement. La preuve, c'est que je pourrais accoucher dans le bois, par moi-même. Mais toi, docteur, si t'es tout seul dans le bois, y va arriver ben des affaires mais pas un accouchement » (Alice)

S'il était important d'affirmer que l'accouchement appartient aux femmes, celui de l'absolue singularité du processus et de l'expérience l'était aussi. Une femme, ce n'est pas « les » femmes, mais c'est « cette femme-là ». Elle a un nom : c'est Marie ou Julie. Chaque femme est unique et chacune compte. Pratiquer comme sage-femme fut donc non seulement une expérience de présence à une femme qui accouche mais ce fut surtout l'expérience d' « être là pour chacune ». Il y a plusieurs aspects de cette présence qui nous mènent à une compréhension plus profonde et plus claire du sens de la pratique sage-femme. « Être là pour chacune » signifiait d'abord prendre le temps et l'espace, puis « prendre soin », « aider en sachant de rien faire », « être inscrite dans la famille » et enfin, « s'intégrer dans la vie de la maison ». C'est le déploiement de ces significations auquel nous sommes conviés.

4.31 Prendre le temps... et l'espace

Dans les années 1970-1980, les soins obstétricaux en maternité étaient structurés par l'axe d'un espace spécifique: l'hôpital. Ce dernier relevait de la mentalité de l'ère industrielle et le temps de l'enfantement était encadré par la vision médicale et les besoins de l'institution. La femme qui accouchait se trouvait donc à vivre un processus hautement, personnel dans un espace et un temps qui ne lui appartenaient pas et qui n'avaient pas été pensés pour elle. Les sages-femmes des années 1980 ont entendu et répondu à un besoin, autour d'un projet et d'une demande à laquelle elles se sont engagées à répondre. « Y a des gens qui venaient pis tu sais : ben moi j'veux accoucher à la maison » (Maryse)

Le travail de la sage-femme s'est donc essentiellement organisé autour de projets d'accouchement à la maison. Son temps était alors intimement lié à celui de celle qui accouchait, car elle avait à être présente auprès d'elle QUAND les signes du travail devenaient évidents.

Le fait de voir une femme enceinte plusieurs fois durant la grossesse et de « prendre le temps » pour la rencontre était une occasion d'établir une relation de confiance. Le plus souvent ces rencontres se passaient dans un espace « bureau », chez la sage-femme ou ailleurs et les sages-femmes faisaient aussi une visite au domicile de la femme enceinte durant la grossesse. Pour Nicole, le temps qui était pris pour cette rencontre permettait non seulement une connaissance plus fine et plus riche de la femme mais permettait surtout de créer le sens d'une connexion :

« (Chez elle), je trouve que c'est privilégié comme rencontre. C'est moi rentrée chez eux. Chez elle, dans ses affaires. Voir ce qui est important pour elle, voir ce qu'elle aime le plus. C'est me permettre de la connaître un peu, pis comme ça après, c'est plus facile d'être avec eux autres. Être avec elle pis l'aider, c'est plus facile si tu la connais, si tu l'as connue dans son chez eux. Tu sais, la musique qu'a l'écoute, sa tisane, le journal qu'a lit, le livre qu'a lit, ce qu'elle a sur sa table de cuisine. C'est important. Cette connexion là, ça ne peut pas se faire juste dans un bureau. Là, tu la rencontres à la surface. A dévoile c'qu'a veut bien mais c'est pas toute elle, là. A l'accouchement, va falloir qu'a soit elle toute là, pis qu'a nous le montre en plus, qu'a se permettre d'être vraiment elle. En allant chez elle (...) des fois y nous en disent plus quand y sont chez eux. Des fois, on rencontre le partenaire aussi. Y vont être différents aussi. Dans le bureau y sont souvent figés sur leur place. (...) mais chez eux, ben y sont dans leurs affaires; fait que (...) y peuvent se permettre d'être comme y veulent, pis elle aussi. » (Nicole)

Parce que la sage-femme connaît cette femme, elle veut être là pour elle au moment de l'accouchement. Cependant, nul ne sait quand va commencer le processus de la mise au monde. Les textes médicaux considèrent que la grossesse est dite « à terme » entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. Concrètement, cela signifiait

que la sage-femme devait être joignable par la femme durant une période de cinq semaines.

Les sages-femmes prenaient alors le temps de la disponibilité. Cette disponibilité s'actualisait dans le fait d'être « de garde » pour chacune. Renée se souvient: « On était de garde beaucoup. Dans ce temps-là, en fait, c'était tout le temps. (...) Pis j'me rappelle d'une fois, j'm'étais dit : ah mon dieu, ça fait comme un an j'ai pas pris une semaine. »

Être disponible, c'est être prête pour l'action. Pour une sage-femme, être disponible pour aider la femme qu'elle avait vue durant sa grossesse lorsque viendrait le temps de l'accouchement était quelque chose qui allait de soi. L'idée de vacances ne pouvait se concrétiser qu'avec celle de ne pas avoir de clientes pendant un certain temps. L'usage d'un téléavertisseur permettait d'être joignable en tout temps et ce n'était pas suffisant parfois. Simone raconte l'expérience qui l'a menée à se procurer un téléphone cellulaire pour garder le contact avec la femme qui est en travail. Rester en contact était essentiel. Cette exigence et cette fabuleuse disponibilité avaient quand même quelque chose de « grandiose ».

« Ça exigeait au niveau disponibilité familiale. Écoute, c'était grandiose, y faut le dire. Moi j'étais la seule sage-femme dans ma région. Je travaillais 365 jours par année, sur appel 24 heures sur 24 avec toujours une pagette ouverte. J'ai été une des premières à avoir un cellulaire parce que je faisais de la route comme une malade mentale dans les rangs de campagne et y avait pas de téléphone. D'ailleurs, la journée où j'ai décidé d'avoir un téléphone cellulaire j'm'en allais à un accouchement d'une femme à Lachute, pis c'était, de l'autoroute (...). Y a pas de stop, y a pas de magasin, y a pas de dépanneur, y a pas rien pour à peu près une demi heure, 40 minutes. A m'a beepée entre temps. J'chu r'venue sur mes pas sur l'autoroute pour téléphoner, pis j'entendais le bébé pleurer quand j'ai téléphoné. Pis là, ça a fait : r'garde, pus jamais dans ma vie. Ça fait que j'ai acheté un cellulaire qui était une grosse boîte carrée pis qui pesait à peu près 5 livres et quart, mais y était toujours dans l'auto. »
(Simone)

Cette disponibilité était organisée durant la grossesse et aussi après l'accouchement. Pour Rachel, être là pour chacune est inconditionnel. « Si tu veux me voir ben tu m'appelles. N'importe quand : jour, soir nuit. Je suis toujours là pour toi. Ça c'est trop important. »

Les sages-femmes ne se demandaient pas si elles avaient le temps. Elles le prenaient. En fait, le temps et aussi l'espace de leur pratique n'étaient pas reliés ou déterminés par des normes ou des mesures extérieures. Peu question de territoire géographique au-delà duquel il était impossible d'aller. Peu question aussi de période durant laquelle il n'était pas possible pour une femme d'avoir une sage-femme. Parce que c'était important d'être là pour chacune, les sages-femmes ont pris le temps et ont pris l'espace d'aller aider OÙ et QUAND chacune en avait besoin au moment de l'accouchement. Le temps et l'espace de la pratique sage-femme étaient liés essentiellement à une personne: la femme enceinte. Elle, Liette, Julie, Colette etc. Chacune comptait et pour cela, les sages-femmes étaient disponibles tout le temps, se rendaient partout sur le territoire du Québec, le temps d'aller « chez elle ». Hélène a « couru la province au complet » et Rachel a « pas mal toutes faites » les régions. Les conditions pour se rendre n'étaient pas toujours évidentes mais les sages-femmes revenaient au sens de leur engagement auprès des femmes : « être là pour chacune ».

« L'hiver. Glisser dans le fossé, se perdre, caler jusqu'en haut des g'noux, pas d'électricité des fois. Une tempête. Plein d'histoires comme ça. Je me rends compte que ces femmes-là avaient autant le droit que toutes les autres d'accoucher à la maison. T'sais, la distance pour moi n'a pas été un facteur.» (Irène)

Comment savoir si c'est le bon temps pour se rendre à un accouchement ? Quand partir ? C'est à l'intérieur de la relation entre la femme et la sage-femme que peut se construire l'entente mutuelle et presque tacite qui permettra à la sage-femme

d'arriver à temps pour la naissance. Pour Nicole, c'est une danse qui se danse à deux et une sorte d'interdépendance réciproque.

« En Mauricie, une fille qui accouche d'habitude en vingt minutes. Pis moi j'suis à Montréal. A m'a dit : le sixième, j'veux qu'tu sois là. Ben j'ai dit : j'voudrais bien moi aussi. J'espère que tu vas avoir des bons signes de prémonition parce qu'au dernier, j'suis arrivée pour le placenta. Fait que ce matin là : Nicole, j'ai une p'tite teinte rose sur mon papier de toilette. J'ai dit : je monte. Là, a dit : ben là j'veux pas t'énerver. A dit : j'ai rien rien rien. J'ai dit : j'm'en viens. A dit : j'ai rien encore Nicole. J'ai dit : justement j'ai le temps de m'en venir. Alors, j'arrive chez eux, y a pas personne. C'est silencieux. J'me suis dit : a l'a accouché. Son fils sort de la salle de bain. J'ai dit : où elle est Suzanne ? Y dit : est partie faire du ski de fond, pis tout le monde s'en vient. Bon, c'est beau. Alors a revient, a allume son poêle. A dit : j'ai des tartes à faire. A l'allume son poêle, a sort sa pâte à tarte, a s'en va aux toilettes. Là, ses enfants ont commencé à arriver pis sa sœur est arrivée. A sort de la toilette, a monte en haut. On arrête toute nous autres, pis on monte toute en haut. Une heure après a l'avait son bébé, un gros bébé de dix livres. C'est ça les accouchements de campagne. (...) C'est un arrangement, comme un peu tacite avec les gens t'sais. J'va me rendre. Tu m'appelles. J'va me rendre mais faut que tu ailles un signe, faut que tu veuilles que ça marche. T'as besoin de moi et j'ai besoin de toi. » (Nicole)

Être là pour chacune demande aussi de suivre son intuition et non pas des consignes uniformes pour toutes les femmes. Ce qui fait qu'une sage-femme reste chez la famille ou retourne chez elle, ne dépend pas toujours des signes cliniques du travail.

« Un jour, j'suis allée chez quelqu'un qui attendait son deuxième. A voulait accoucher au premier à la maison mais a l'avait été transférée pour avoir passé 42 semaines je pense. J'suis allée la voir en prénatal chez eux parce que ça m'adonnait. Les chemins étaient glacés. Y sont toujours glacés dans le temps des accouchements. (...) Pis là, j'me souviens pas si elle était à deux cm mais a l'avait eu beaucoup de contractions la veille. Pis là, a l'avait rien. A l'avait rien pis dans la journée, on a pris une marche, pis on a décidé de faire comme si a l'avait accouché la veille, fait que son chum a dit : j'vais lui cuisiner le repas que j'avais préparé pour quand a va accoucher. On va boire le vin qu'on avait préparé pour après. Alors moi j'ai dit : moi j'vas

coucher ici juste parce que c'est pas mal glacé. Je m'en irai demain matin. On mange, on boit un peu, pis on se couche. Pis là, je l'entendais marmonner en haut pis marcher, pis descendre en bas. Pis là, a m'appelle. A dit : Nicole j'pense que c'est ça, fait que moi j'me lave les mains, j'ouvre le robinet. J'veux aussi allumer le poêle parce c'est un poêle à bois. A dit : Nicole, j'pense que ça pousse. Pogne le ! J'mets mes mains et je reçois son bébé, qui est un p'tit bébé roux, complètement roux, avec la p'tite tête en feu. Liris, née presque su'l plancher de la cuisine, en avant du poêle que j'étais en train de partir, le papier dedans. Le robinet qui coule parce que j'm'étais passée les mains à l'eau. C'était ça tu vois. C'était : j'vas rester au cas où. Demain matin je r'partirai. Tu restes au cas où, pis tu sais pas quand tu r'viens. » (Nicole)

Le temps de la naissance

Quand le temps de la naissance est arrivé, la sage-femme est auprès de la femme en travail et elle prend le temps d'être là pour le processus de l'enfantement. Pour celle qui accouche, le temps c'est « son » temps. Parce que chacune compte, la sage-femme modèle son temps et son espace à celui de chaque femme. Ce temps de la pratique sage-femme était un temps singulier. « Être là pour chacune », c'est donc être là pendant le temps nécessaire pour la mise au monde qui, d'une certaine façon, « n'est pas quelque chose qui se calcule en temps ». Il y a une personne (en fait, il y en a plusieurs : le père et les autres enfants) à accompagner dans son processus de vie, corps et esprit. Les femmes voulaient accoucher à la maison, entre autres, pour se réapproprier le temps de l'enfantement. Avoir son temps pour accoucher et permettre à l'enfant de naître « en son temps ».

L'enfantement est un fait mesurable dans nos mesures du temps : un jour, une heure, une minute. En même temps, c'est un processus relié au déploiement d'une existence, vécu de façon singulière, à chaque fois. C'est le temps du déploiement de l'être.

Pour Heidegger, le temps est une possibilité d'être. Car ce que nous sommes au présent est surtout ce que nous devenons. Dans ce sens, l'accouchement n'est pas un événement. C'est un avènement (*ereignis*)³⁶, un temps d'émergence, toujours inconnu, toujours unique. Estelle raconte une expérience vécue de ce que « prendre le temps » de la naissance peut vouloir dire.

« Quand j'entre dans une maison, j'ai besoin de sentir ce qui se passe : comment est la mère, si le père est là, comment est le père, c'est quoi ses besoins, où ils en sont, est-ce que les enfants sont bien là-dedans si il y a des enfants. J'prends le temps juste de voir où elle en est (...), juste voir ce qu'elle est en train de vivre. (...). Une fois que on a regardé les besoins, hé bien, on reprend la vie. (...) Et il y a toutes sortes de situations. Une maman par exemple, qui est à son troisième bébé, pis qui a environ 23 ans. Il y a un arrêt de travail, pis j'lui demande : qu'est-ce qui se passe ? C'est mon dernier bébé. Pis alors, elle parle de ce dernier bébé parce qu'à 23 ans, dire un dernier bébé, c'est jeune. Alors j'lui dis : veux-tu, on va aller prendre une marche ? Y fait beau. On est allé marcher dehors, pis là, elle en parle, pis elle en pleure, pis en même temps on rit, pis on a chanté. Pis voilà. Le travail : y a pas de contractions encore. Pis j'lui dis : est-ce que tu veux qu'on aille pelleter un peu pour débayer l'entrée ? Et puis on sort les pelles et puis on pellete. Et pis voilà. Les contractions recommencent, et puis ce bébé- là est né tout doucement, simplement. » (Estelle)

Aider une femme à prendre « son » temps n'est pas seulement important pour celle qui accouche. Elle peut aussi aider le nouveau-né à prendre le sien. Un aspect important de la pratique de Renée était de reconnaître à chaque nouveau-né un droit à avoir « le temps d'arriver. »

Pour Ricoeur (2004), il y a toujours deux lectures du temps : « un temps du monde et un temps de l'âme ». Le temps cosmique et le temps de nos vies. Dans ce temps vécu, certains moments sont plus significatifs que d'autres. A l'échelle

³⁶ *Ereignis* est un mot utilisé par Heidegger. Il signifie : ce qui advient. Pour Heidegger l'*Ereignis* laisse venir à la présence.

cosmique, le temps d'une vie est insignifiant et pourtant, c'est dans cette brève période que surgissent toutes les questions de sens. Lorsque c'est le temps d'un accouchement, la sage-femme est en interface entre le temps du monde et le temps de l'âme. Elle doit être capable de lire le temps du monde et être là pour honorer le temps de l'âme. Pour Maryse, le temps vécu lors d'un accouchement n'est pas le même que le temps « du monde ».

« C'est tellement des moments sacrés, les naissances. Tu vis pas le temps de la même manière, tu vis pas la relation de la même manière. (...). Y a comme un autre espace/temps. Le temps passe, t'as l'impression que c'est dix minutes, ça peut faire deux heures, des fois c'est 5 minutes. C'est vraiment bien différent. T'es en contact avec l'état pur de la vie. »

C'est en parcourant les travaux de Irit Slomka-Saguy (2001) sur la langue hébraïque que j'ai pu mieux comprendre la signification de l'expression « prendre » le temps. Prendre quelque chose vient de la racine La QaH לקח en hébreu, qui signifie «accepter de l'accueillir », de la faire sienne. De plus, la permutation de cette racine, HaLaQ הלך donne une racine du verbe partager, rendant « partager » et « prendre » complémentaires. Enfin, une autre permutation de la même racine donne QaLaH קלה, faire jaillir. Prendre et partager créent ainsi une certaine abondance. Nous pourrions ainsi dire que pour la sage-femme, prendre le temps c'est accepter de l'accueillir, de le faire sien et de le partager. Cela crée alors le sentiment d'une certaine abondance. Pour Rachel, il est évident que le temps partagé et le temps « pris » pour la naissance ont été vécus comme une source et non pas une lourdeur. « On a fait un beau marathon de quarante quelques heures là. Ça a été extraordinaire. Extraordinaire. »

4.32 Prendre soin

Dans la pratique sage-femme, « être là pour chacune » veut dire aussi en prendre soin. Au-delà des soins cliniques proprement dits, de la surveillance de la grossesse et de la progression de l'accouchement, la sage-femme est préoccupée par le bien-être de la femme et non seulement par son confort. Nous sommes dans une autre perspective que celle de l'expert-client ou de l'intervenant et du receveur de soin. Nous sommes aussi dans une autre dimension que celle de « donner des soins ». Nous parlons de l'attention bienveillante, de gestes et de paroles. Nous sommes dans la dimension du cœur.

La femme qui attend un bébé vit une période importante de sa vie, et les sages-femmes étaient préoccupées par l'adaptation de la femme à cette transformation de son corps et de sa vie. Une partie de la préparation à l'accouchement se faisait en groupe et pour Estelle, prendre soin d'une femme enceinte a pris la forme de l'entraide, c'est-à-dire prendre soin les unes des autres. Des années plus tard, les femmes se souviennent encore de ces attentions données et reçues.

« Je me souviens, avant que ça soit la date de la naissance du bébé, les moments où on se rencontrait. On faisait un rituel d'accompagnement à l'accouchement. On enregistrait ça et tout le monde faisait des vœux. (...) Les mères qui venaient apprenaient à s'entraider. Tout le monde était des fées autour de cette maman-là qui allait accoucher. Et ces femmes là apportaient cette cassette-là durant leur travail. (...) Chacune, se donnait ça les unes les autres, et ça ça a été très fort. Y en a qui me disent encore : « tu sais, je l'ai gardé la cassette ». (Estelle)

Prendre soin de quelqu'un n'est pas l'équivalent de lui donner des soins. Durant la grossesse, les sages-femmes donnaient certes des conseils sanitaires aux femmes mais il pouvait aussi se passer souvent bien autre chose : des échanges de

femme à femme, de mère à mère. Nicole a « osé » parler à une femme enceinte comme elle l'aurait fait pour une amie. Ce fut sa façon à elle d'en prendre soin.

« J'me souviens d'un couple : (...) Elle avait un enfant qui avait à peu près 6 ans, pis là, elle attendait un autre enfant. Elle avait eu beaucoup beaucoup de fausses couches, pis là, a se plaignait. Une belle journée de printemps. A restait juste en face du parc Lafontaine. Là, pis elle était en jaquette, pis était démoralisée. Pis là, j'lui avais dit : de quoi tu t'plains ? T'as juste à sortir t'sais. Mettre les mains sur l'écorce des arbres, tu peux les sentir, le soleil... T'sais, t'as la bedaine pleine, t'es à la veille d'accoucher. De quoi tu t'plains, tu sais ? C'était la première fois que j'osais dire à une femme, carré : ben voyons. Lui dire à elle, sans la juger. Juste dire : ben voyons... Comme un peu tu vas voir une amie pis tu dis : ben voyons, r'prends toi un p'tit peu là. Fais un effort. Veux-tu qu'on sorte ? Avant, j'osais pas. » (Nicole)

En tant qu'apprentie sage-femme, Renée a d'abord appris à prendre soin des femmes, bien avant d'acquérir des habiletés cliniques. Les milliers de détails pratiques qui font que la femme en travail et toute la maisonnée, se sentent mieux. Pour elle, c'était un cadeau et elle sentait à quel point ce qu'elle faisait était important.

« C'était un cadeau pour moi. Aux accouchements, je faisais chauffer les sacs magiques, les guenilles chaudes, je faisais à manger, je lavais le linge. C'est tout ce que j'ai fait pendant un an. J'me sentais hyper utile, hyper utile. » (Renée)

Lorsqu'on prend soin de quelqu'un, c'est à la fois parce que l'on a pensé à ce dont elle peut avoir besoin et même, à ce dont elle pourra avoir besoin. Parfois un simple geste ou une parole suffisent et d'autres fois, il y a tout un processus qui prend le temps d'être mis en place pour celle qui vient de donner la vie. Le « prendre soin » a le cœur à sa source et « l'autre » comme horizon. Gisèle avait un sens aigu du « prendre soin » qui s'exprimait dans le souci de « nourrir » dans tous les sens du terme. En s'occupant des « affaires de base », c'était une façon de prendre soin de celle qui vivait un processus intérieur en tant que mère « nouvelle-née » après avoir

mis son enfant au monde. Le récit de Gisèle, ce souci de l'autre, dans le temps et dans l'espace, est un véritable poème.

« Il a fallu qu'y transfère à l'hôpital parce que là, ça aboutissait nulle part (...) Fait que moi j'ai dit : j'vais aller faire de la bouffe parce qu'elle a dit : j'm'en va accoucher mais je reviens. Fait qu'y avait un petit traversier et pis j'prends le bateau. J'me suis dit : j'vais faire du yogourt, j'vais faire un plat de légumineuses, j'vas faire de quoi de bon. Fait que j'va chez mon voisin qui vendait son lait en pot. Mais là, y avait pas de lait. Y est parti dans le champ avec son petit banc pis sa chaudière pour tirer Marguerite. Fait que là, j'avais du lait chaud, frais tiré pour faire mon yogourt. J'ai repris le bateau, le temps que j'arrive toute avec mon set up de bouffe, eux autres sont revenus. Fait que pour moi, c'est ça aussi, entourer l'accouchement d'une femme là. C'est toute : qu'est-ce qu'a va manger après ? C'est comme ça que j'ai évolué aussi. (...) C'est beaucoup ça. Comment on accueille quelqu'un qui arrive, pis comment on accueille celle qui porte c't'enfant-là. Celle qui vient au monde. (...) T'sais, quand j'fais à manger, j'pense à la personne pour qui je le fais. Tout mon amour pour cette personne-là est dedans. Fait que c'est ça aussi quand je faisais le yogourt. Je l'sais que c'est pour nourrir cette personne-là. Moi, ça a été ça. Dans les petits détails du quotidien, très physiques : manger, l'odeur des couvertes. T'sais, moi j'aime ça mettre les draps sur la corde. Tout ça comptait. On dirait que ça donnait la place pour la personne, pour qu'a vive ce qu'elle a à vivre à un autre niveau. Tu sais quand tu te soucie pas d'un paquet d'affaires de base, ben là tu peux....Wow ! Là, tu stresses, tu ouvres la bouche, t'as une bouchée. T'sais, t'as à manger. » (Gisèle)

Une femme qui vient d'accoucher a « donné » la vie et la sage-femme qui l'a aidée ne veut pas seulement lui « donner » des soins. Plusieurs tâches cliniques sont faites auprès de celle qui vient d'accoucher : évaluation et contrôle des saignements, prise des signes vitaux, évaluation et réparation des déchirures etc. Pour Rachel, s'occuper du « bain » de la femme qui vient d'accoucher est une façon que la sage-femme a de reconnaître tout ce que la femme qui a accouché a accompli et en même temps, ce bain devient une sorte de cadeau qu'elle lui offre. Cette façon de prendre soin d'elle s'inscrit dans une dynamique du donner et du recevoir.

« L'eau est importante, pour le bain aussi après. Je trouve que le bain de la femme qui vient d'accoucher est, pour moi, c'est quelque chose d'essentiel. Aujourd'hui les femmes sont tellement autonomes. Y disent : j'm'en vais dans douche. Il me semble que c'est plus que ça quand tu dis : je vais te laver. (...) Je trouve que c'est un cadeau que la sage-femme fait à celle qui accouche (...) A vient de donner énormément. A doit recevoir aussi, en même temps qu'a vient de donner. C'est dans le recevoir. » (Rachel)

Prendre soin d'une femme au moment de l'accouchement n'est pas seulement prendre soin d'un individu. Cela peut aussi se faire en s'occupant de son contexte de vie, de sa maison, de sa famille. C'est une chose que Gisèle savait faire et aimait faire.

« Ce qui m'est resté de ces accouchements-là, c'est sortir après un accouchement, pis la famille est toute bien. On mettait le linge à tremper, on leur faisait une petite assiette de bouffe. Moi, j'aimais ça. J'aimais ça que la maison soit en ordre quand on partait. » (Gisèle)

Le sens de « prendre soin » ne se concrétise pas seulement durant la grossesse ou à l'accouchement. Pour Elizabeth, écouter une femme après son accouchement était une façon d'en prendre soin. Elle trouvait important de valoriser son expérience d'accouchement et l'aider à faire du sens. Elle était là pour l'aider à reconnaître que « c'est en dedans que ça se passe ». Dans un contexte culturel et social où il faut performer, où l'on se mesure à l'aune de ce que l'on a fait, la sage-femme prenait soin des femmes en soulignant avec chacune tout ce qu'elle avait accompli.

« C'est mon rôle en post natal d'amener à la femme dans tout ce qu'elle a le droit de se reconnaître, peu importe ce qui s'est passé. (...) Pis pas qu'elle se juge selon la société : j'ai un transfert, j'ai des forceps, j'ai une épidurale, donc j'ai raté mon affaire. (...) Devenir mère, y a quelque chose de noble dans ça là, pis ça, c'est en dedans que ça se passe. (...) C'est toi qui l'a faite la démarche. » (Elizabeth)

4.33 Aider en sachant ne rien faire

Pour une sage-femme, aider une femme à accoucher est surtout un art. Pour les sages-femmes qui ont pratiqué dans les années 1980, il semble qu'un élément essentiel de leur art était d'aider en sachant ne rien faire.

Pour les sages-femmes, « savoir ne rien faire » est un type d'action, car il n'y a aucune confusion possible entre « ne rien faire » et la passivité. Il n'y a pas de confusion possible non plus entre « ne rien faire » et « ne pas savoir quoi faire ».

Savoir ne rien faire est ce que Line a appris de plus précieux avec un médecin avec qui elle a été à plusieurs accouchements à la maison. Savoir ne rien faire n'est pas un absolu. Ce n'est pas ce qu'il *faut* faire. C'est ce qu'il faut *savoir* faire. L'art d'aider, c'est souvent l'art d'attendre.

« Avec lui, j'ai appris à rien faire, à attendre, à laisser les femmes exprimer leurs choses, laisser aller les affaires, à pas anticiper les complications, pis les ci pis les ça. Ça fait sept heures qu'est à quatre centimètres, et puis ? Elle est en forme. Le cœur du bébé va bien. Y est où le problème ? A saigne pas, est pas rompue. Y en a pas de problème. Y a un problème à partir du moment où elle est pu bien là-dedans. (...) Fait que j'ai appris beaucoup beaucoup dans cette dynamique-à. » (Line)

La sage-femme qui aide une femme à accoucher reconnaît que la naissance appartient d'abord à la famille. Le soutien consiste alors à favoriser l'expérience du couple dans sa dynamique singulière. Pour Line, il n'est pas nécessaire d'être là constamment pour savoir comment ça va. La sage-femme veille. Elle ne sur-veille pas.

« Moi, j'ai toujours essayé d'avoir le rôle de dernier plan. C'est en couple que ça devrait se faire pour moi l'accouchement, fait que j'ai toujours essayé de beaucoup favoriser ça. (...) J'ai pas le nez collé sur mes clientes à l'accouchement. Si y n'ont pas besoin, c'est clair que j'suis pas dans la pièce. J'ai pas d'affaire là moi. Y a des choses qui

faut que j'fasse : écouter le cœur et tout, ça va là. J'y vais. J'fais ça. Je r'garde la dynamique. C'est ça, pis t'sais, là j'm'éclipse. A partir du moment où j'sens qu'y faut que j'reste plus longtemps, j'va rester plus longtemps. Mais j'vais pas passer des douzaines de contractions avec eux autres pour m'assurer que ça va là. J'le sais quand ça va. »
(Line)

En sachant ne rien faire, la sage-femme affirme clairement que c'est d'abord la femme qui fait le vrai travail et que l'enfantement appartient aux femmes. Pour Jeanne, c'était très clair. « Écoute, moi j'trouve que le plus important dans le rôle de la sage-femme traditionnelle, c'est de savoir ne rien faire. C'est la femme qui travaille. »

Savoir ne rien faire est aussi une façon de donner à la femme toute la possibilité d'être celle qui accueille son enfant à sa naissance. Dans une société axée sur l'action et dans un système légal où les professions sont définies en termes d'actes, la pratique sage-femme donne un tout autre sens à l'agir professionnel. Avoir su ne rien faire rendait Renée heureuse, non pour elle-même, mais pour les bébés et leur mère.

« J'étais fière moi quand j'sortais d'un accouchement pis que j'avais rien fait. J'étais fière que les bébés étaient nés avec leur mère qui les accueillait. » (Renée)

Cette capacité d'aider en sachant ne rien faire n'est pas innée. Elle ne s'apprend pas toute seule et ne s'apprend pas dans les livres. Pour Renée, ce sont les femmes qui lui ont appris deux choses importantes de sa pratique de sage-femme. Elle a mis tout son « être » pour servir à « ça ». « D'être à l'écoute d'elle pis de pas faire grand-chose, y m'ont appris ça ces femmes-là. Pis ce que j'étais a servi à ça. »

Savoir ne rien faire n'est pas seulement une « habileté » à acquérir et à développer. Ce n'est pas ce qu'une sage-femme « a ». Pour Rachel, c'est la définition même de la sage-femme, son « être-là ». Elle exprime le sens même de

son existence de sage-femme par l'image d'une « lampe allumée », celle du « respect absolu ». Il ne s'agit pas nécessairement de parler mais de laisser cette présence « parler d'elle-même ». « La définition d'une sage-femme, pour moi c'est ça : c'est être là, avec l'autre, là. Pour moi c'est ça. Rien d'autre. » (Rachel)

La présence dont parlent les sages-femmes est une présence physique, bien sûr, mais aussi et surtout une qualité d'*être*. Pour Camille, ne rien faire mais être là, « à portée de voix » est ce qui peut même libérer les couples de la peur. Pas de parole. De la présence. Une présence attentive. Une vigilance tranquille.

« Les couples deviennent fonctionnels quand y sont pus dans la peur. Y savent qu'on veille sur eux. On n'a pas besoin d'être debout pour être des paratonnerres, mais on est là, à portée de voix et c'est ça qui libère. » (Camille)

Pour elle, la qualité de la présence est celle d'une présence aimante. C'est la présence de quelqu'un qui est contente d'être là, et contente d'aimer ceux qui sont là.

« T'as rien d'autre à faire que d'être chez eux, pis t'es contente d'être chez eux. C'est simple de même. (...) Je te dirais que le rôle c'est d'être là pis d'aimer. » (Camille)

Savoir ne rien faire est une façon d'aider car l'action n'est pas toujours « aidante ». Pour Simone, même la parole peut être dérangeante. Elle a cultivé sa capacité d'écoute, de vigilance et surtout celle de faire confiance au couple. Pour être un bon guide, il faut d'abord savoir être discrète. Elle nous amène dans le « monde » d'un accouchement où le couple souhaitait qu'elle soit présente tout en ne l'étant pas.

« Y avait tout l'aspect de guider mais en même temps, y avait l'aspect de : être présente pis être pas présente. Être dérangeante, j'voulais pas ça, donc, c'était d'être là, d'être un guide, d'écouter, de vigilance. (...) C'était d'être discrète, pas dans la chambre, pas toujours en train

de déranger, pas toujours en train de parler. Je parlais pas beaucoup. J'étais dans leur cuisine en train de regarder les livres de recettes. J'avais pas dérangé. J'avais que la femme fasse ça avec son conjoint. Y a même des conjoints un moment donné, qui nous ont demandé : on veut pas que vous soyez dans chambre. Moi j'va le recevoir tout seul le bébé, pis si y a quelque chose, on vous appellera. Pis ça avait été correct. (...) Écoute, j'avais même mon bébé dans les bras dans la pièce à côté. J'amenais ma fille à l'époque. (...) A dormait à côté. Le bébé est né. On est allé voir après. On a pesé le bébé. On a fait l'examen, pis on est reparti. Écoute. C'est tout un monde hein ? » (Simone)

L'aide à une femme *accouchante* peut être à la fois aussi minime et aussi puissante qu'un simple regard. Pour Simone, « le bon regard » et « la bonne énergie » peuvent être suffisants pour qu'une femme se sente capable de continuer.

« Juste être là. Souvent les femmes y m'ont dit: c'est quand tu m'as regardée que là, j'ai été capable de continuer. Pis là je me disais: r'garde, c'était rien de plus que d'être au bon moment, à la bonne place, avec le bon regard, la bonne énergie. » (Simone)

En fait, aider en sachant ne rien faire est plutôt le fait de nuances infinies dans l'art d'« être là » comme sage-femme. En exprimant une qualité essentielle de la pratique sage-femme, Maryse et d'autres sages-femmes ont affirmé que dans le fond, il s'agissait « juste » d'être là. Je comprend cette expression comme ce qui apparaît « juste » de faire et que cette « justesse » n'était pas décidée d'avance comme une recette à appliquer. Pour elle, il s'agissait à chaque fois d'une *danse* entre l'agir et l'être dans l'univers de la présence à l'autre.

« Y s'agit juste d'être là. Des fois un p'tit massage, t'sais dans l'dos. Respirer. Un petit mot d'encouragement : t'es pas juste en train d'avoir mal, t'es en train d'accoucher. C'est ton bébé qui s'en vient. (...) Des fois, c'était juste de m'asseoir, être là. Des fois de manger, faire quelque chose. C'était juste la présence. En même temps, y a pu de temps quand t'es à un accouchement hein ? (...) C'est un travail autant spirituel que pratique. » (Maryse)

Cet art et cette *danse* ne se déploient pas exclusivement dans le faire, mais cette capacité vient d'abord avec le cœur et l'intuition. Irène considère que c'est la partie la plus importante de son travail de sage-femme. « J'te dirais que 80% de mon travail, c'est dans le senti. C'est dans l'intuition. C'est pas dans le faire. » (Irène)

Comment ne pas se référer ici à la physique quantique qui constate que 95% de la matière de l'Univers n'est pas visible (Thuan, 1998)? Comment ne pas aussi comprendre qu'en prenant conscience que la sage-femme aide en sachant de rien faire, c'est probablement parce qu'une grande partie de la pratique sage-femme n'est pas visible? Comment tenir ce paradoxe dans un système légal où une profession est définie par un ensemble d'actes ?

4.34 Être inscrite dans la famille

Cheminer avec une femme durant sa grossesse, l'aider à accoucher et les suivre, elle et son bébé pendant plusieurs semaines, créent des liens particuliers entre la femme et la sage-femme. Cela crée aussi des liens particuliers avec cette famille-là. L'expérience de la pratique sage-femme des années 1980 n'en est pas une où tout est terminé après le suivi. Le fait d'accompagner plus d'une fois la même femme est un élément de plus qui permet une plus grande proximité et une plus grande familiarité avec gens. Il était clair pour Line que « être là pour chacune », c'était aussi « être là » pour chaque famille.

« Quand tu travailles comme sage-femme, il y a des liens qui se créent dans cette famille-là. Tu te sens comme une personne importante pour cette famille-là. Y sont contents de te voir. Pis quand ça fait deux, trois, quatre fois que tu les aides, tu connais tous les enfants. C'est le fun. Tu cognes. Ils viennent ouvrir la porte : ah, allo Line. Ah ! Ils sont tout contents.» (Line)

Le simple fait de bien connaître la femme et d'aller à un accouchement à la maison donne le sentiment de faire partie de la famille. Pour Rachel, être chez eux, c'est un peu être aussi chez soi.

« Ben moi, à la maison, d'abord je me sentais chez nous. J'sentais que j'faisais partie de la famille. Pour moi, un accouchement à la maison c'est : je fais partie de la famille. J'me sens pas une étrangère qui est là, pour attendre un bébé. Pas du tout. » (Rachel)

Aider la même femme plusieurs fois peut inscrire à jamais la sage-femme dans la famille. Cela peut même créer chez la sage-femme l'impression que cette femme-là fait aussi un peu partie de sa famille.

« Tu fais des connections un peu plus grandes. Ces choses-là qu'on peut pas expliquer, qu'est-ce que c'est exactement ? (...) Des clientes qui nous ont marquée, des clientes que tu dis : ça fait un peu partie de la famille, cette personne-là. Elle est venue te demander six fois pour l'aider à accoucher. Tu l'as vue dans six moments de sa vie. Tu l'as vue vieillir j'dirais. Tu sais, Aaahhhh. T'as l'impression d'être un peu sa tante là (long silence) ». (Nicole)

Les liens avec certaines femmes peuvent demeurer altérés par le temps. Ils sont ressentis avec intensité et joie, même des années après l'accouchement.

« On s'est sauté dans les bras, 20 ans après. Y s'était passé quelque chose lors de ses accouchements. Elle avait eu la polio, pis a boitait. Pis a l'a accouché à la maison avec nous autres, comme ça. Ça, c'était un miracle ça. A voulait, on y croyait. Pis elle-là, pour elle-là, c'est extra-ordinaire. A en parle encore. C'est toujours là. C'est c'te lien-là, le lien pour l'éternité, avec les femmes. Y est là, hein ? Pis on embarquait dans ce lien-là. » (Maryse)

Connaître et reconnaître les enfants que l'on a vu naître.

Les liens qui sont créés entre la sage-femme et les parents ne concernent pas seulement des adultes. Parfois la sage-femme est devenue importante pour celui qui est né et d'autres fois, c'est la sage-femme qui en prend conscience. Dans les deux cas, il ne s'agit pas de souvenirs précis mais plutôt d'une conscience de s'être déjà rencontrés. La sage-femme se souvient d'un grand nombre de naissances mais pas de toutes, ni avec la même intensité, ni avec les mêmes détails. Il est impossible de reconnaître l'enfant que l'on a vu naître il y a parfois plusieurs années, mais lorsqu'on a été à la naissance d'un enfant, on peut quand même dire qu'on l'a connu.

« Mais, c'est ça qui m'touche aussi. De voir que dans mes années de campagne, j'allais à des party, à des solstices d'été. Tous les enfants, de 11 - 12 enfants qui étaient là, je les avais vu naître. » (Nicole)

Pour qu'une sage-femme raconte qu'elle a revu un des enfants qu'elle a vu naître et ce, de nombreuses années après sa naissance, il faut qu'il se soit passé quelque chose.

« C'est un grand gaillard. Y mesure six pieds et quatre maintenant. Je l'ai revu ça doit faire deux ans. Pis là, je lui ai raconté l'anecdote au moment de sa naissance. C'était super drôle. » (Camille)

Les parents ont souvent une empreinte de la présence de la personne qui a aidé à la naissance de leur enfant. La sage-femme est inscrite dans l'histoire de la famille et pour certaines familles, elle va être liée aussi aux événements qui marquent le temps de l'enfant : anniversaires, fêtes religieuses etc. Camille se souvient avoir été invitée très souvent.

« Pis j'étais invitée au premier anniversaire de ce bébé-là. (...) Un moment donné (...) j'me trouvais dans la région où j'avais aidé tellement de couples, toute la région. (...). T'es pas loin, viens don souper chez nous. C'est la fête de not' p'tit qui a un an, qui a deux ans. Y fait sa première communion. Ça s'rait le fun que tu sois là.

Aye, j'étais invitée tout le temps partout (...) C'est incroyable, mais c'était cet espèce d'échange. C'est que la sage-femme dans le temps était inscrite dans la vie d'une famille, et c'est tout ça que moi j'ai aimé. » (Camille)

La sage-femme a une place particulière dans la vie des femmes mais elle en a aussi dans la vie des enfants qu'elle a vu naître. Maryse se souvenait de cette naissance, mais elle ne s'attendait pas à être appelée par cet « ancien » bébé lorsqu'il a eu 21 ans. Les liens de la naissance ne sont pas toujours ceux du sang, mais ils rapprochent ceux et celles qui étaient présents. Les sages-femmes étaient là pour l'accueil de l'enfant. Les enfants se souviennent-ils d'avoir été accueillis ?

« Une fois, y a eu un bébé que j'ai succionné justement un des premiers, y avait un peu de méconium, pis y avait un petit peu de misère à respirer, fait que là, je l'avais succionné pis ça avait très bien été. (...) Fait que, pis c'te p'tit-là, que j'ai accompagné, y vient d'avoir 21 ans la semaine passée. Y m'a appelée. Y m'avait pas revue. En fait, on s'était revus une fois à 7 ans mais là y a voulu que j'aille à sa fête. Pis là j'suis arrivée là, pis y a fait arrêter tout le monde de parler, pis y m'a présentée. Pis là y a dit : j'voudrais une minute de silence, y dit : pour elle qui était à ma naissance. (...) pis là moi j'ai dit : je vais te rappeler un moment de bonheur (...) fait que là, j'ai raconté sa naissance. T'es le premier bébé que j'ai accueilli à la maison dans le Nord. Fait que c'était un beau retour des choses tu sais. » (Maryse)

L'enfant est heureux de retrouver « sa » sage-femme et la sage-femme est aussi heureuse de le revoir. Participer à un événement aussi important de la famille qu'est la naissance d'un enfant est parfois un peu comme faire partie de cette famille.

« J'ai revu ce p'tit garçon-là dernièrement. Y avait un événement pis j'étais allée. Il est venu me serrer dans les bras. C'est spécial hein ? Pour moi, je le porte tout le temps. Pis un beau gars. C'était vraiment beau. Pis la naissance de nouveaux enfants, pis de voir le premier enfant qui a 15 ans et demi. Comment accoucher en famille c'est important. « mon amie s'en vient ». Les accouchements en famille, j'adore ça. » (Irène)

Deux aspects des liens entre la sage-femme et la famille sont liés à des souvenirs personnels et font comprendre comment la sage-femme est inscrite dans la famille.

Premièrement, notre naissance crée une empreinte non seulement dans notre corps mais sur notre « être-au-monde ». Comment comprendre qu'une jeune femme de 18 ans peut vouloir faire des démarches pour retrouver et rencontrer la sage-femme qui était présente à sa naissance³⁷ ? C'est pourtant ce qu'une des enfants que j'avais vu naître a fait il y a deux ans. Elle voulait me rencontrer, me connaître, entendre parler de sa naissance. Elle avait apporté son album de photos depuis sa naissance pour que je connaisse le cours de sa vie. Elle m'a enfin parlé de certains projets d'avenir et m'a demandé mon avis, et des conseils. Elle connaissait pourtant l'histoire de sa naissance racontée par ses parents. En pleine quête d'identité, l'histoire de sa naissance racontée par la sage-femme qui l'a vue naître pourrait-elle lui révéler d'autre chose sur elle-même ? La naissance n'est pas qu'un ensemble de « mesures » inscrites dans un registre statistique. C'est une histoire. C'est notre histoire, liée à celle des autres. L'enfant n'a pas « vécu » consciemment de liens avec la sage-femme et pourtant, il sent qu'il y en a. Sa naissance a un sens maintenant. La sage-femme est inscrite dans la famille de façons diverses, dans le cœur et dans le temps, pas seulement pour ceux qui nous semblent évidents.

Deuxièmement, la naissance est certes un moment fondateur de la vie humaine, mais d'autres moments sont des étapes et des accomplissements de la vie d'un enfant. Parfois, c'est une épreuve qui marque le temps. Il y a quelques années, j'ai reçu un téléphone de Claire, une femme que j'avais aidée à accoucher. Elle me dit³⁸ :

³⁷ Le récit qui est rapporté provient du verbatim de ma propre expérience de sage-femme, enregistré au tout début des rencontres avec les sages-femmes du groupe que j'avais choisi.

³⁸ Ce passage a été tiré du verbatim de ma propre expérience de sage-femme, au tout début de ma démarche d'entrevues avec les sages-femmes.

« Louis a 6 ans maintenant, et on vient d'apprendre qu'il a la leucémie. Tu te rappelles qu'on avait parlé de la vie, de la naissance pis de la mort, comment c'était lié ? Toi, tu étais là à sa naissance. J'ai pensé à toi et c'est pour ça que je j'avais t'appeler pour que tu le saches et que tu penses à lui. Tu comprends ? »

Être inscrite dans la famille n'est pas seulement avoir son nom dans le cahier de naissance de l'enfant. Les événements marquants de la vie d'une famille, que ce soit la joie de la naissance ou l'épreuve de la maladie, créent des liens entre les personnes qui les ont vécus. La présence et l'aide de la sage-femme n'ont pas été comprises et vécues dans des termes d'aide professionnelle efficace et personnalisée. Un autre rapport au monde.

La sage-femme connaît la mère, le père, et les autres enfants. Parce qu'elle était là lorsque l'enfant est né, les parents considèrent qu'elle a une connaissance de cet enfant que peu de personnes ont. Elle a pris contact avec lui pendant qu'il était dans le ventre de sa mère, elle a vu comment il est né, elle a vu comment il était dans ses premières heures, ses premiers jours et ses premières semaines de vie. Elle a vu l'émergence et le déploiement des liens entre cet enfant et ses parents. Cette connaissance de l'enfant dépasse de loin les paramètres biomédicaux quantitatifs habituellement mesurés : son poids, sa taille, son APGAR et sa prise de poids etc. Le partage de ces moments crée non seulement des liens avec les parents, mais cela peut leur donner l'impression qu'elle a aussi créé un lien particulier avec l'enfant. Pour Camille, c'est pour cela que des parents ont pensé à elle lorsque leur fils a eu des difficultés à l'école.

« La semaine passée j'ai reçu le téléphone d'un père. Il a appelé de son travail (...): « Camille, on pourrait-tu te rencontrer au temps des Fêtes ? ». Son fils a douze ans. Y dit : « il a des problèmes à l'école. On a réfléchi ma femme pis moi, pis la seule personne qui peut comprendre cet enfant-là c'est toi. Tu l'as suivi pis tu l'a vu naître. ». Pis y ont demandé au jeune : tu serais tu d'accord pour qu'on parle avec Camille de ce qui se passe à l'école? Y dit : ben oui, elle a l'sait. (...)

J'ai dit : écoute, moi j'suis une sage-femme, pis j'pense que j'suis une bonne sage-femme mais j'suis pas une psychologue, pis j'suis pas une travailleuse sociale. « Oui mais toi, tu connais notre fils. T'étais là à sa naissance ». (...) T'sais, quand t'es inscrit dans la famille-là. »
(Camille)

4.35 S'intégrer dans la vie de la maison

Lors d'un accouchement à la maison, il est évident que la « maison » n'est pas seulement un lieu comme un autre pour mettre au monde un enfant. Pour les femmes, la maison est comme un nid, un cocon. C'est l'endroit où l'on peut être vraiment soi-même. C'est le lieu de l'intimité véritable (Lemay, 1998).

Celle qui accouche n'est pas un être isolé : elle est toujours un être en contexte. L'aider à accoucher, c'est aussi aider ceux qui lui sont proches. L'aider à accoucher à la maison serait aussi, en quelque sorte, aider sa maison. C'est un peu comme se mettre au service d'un milieu de vie pour que cette vie continue à y circuler. La sage-femme ne s'installe pas dans la maison pour attendre que l'enfant naisse. Elle n'est pas séparée de la maison. Il y a une différence entre aider la vie « dans » la maison et aider la vie « de » la maison.

« A la maison, d'abord je me sentais chez nous. (...) J'me sens pas une étrangère qui est là, pour attendre un bébé. Pas du tout. Si c'est le temps de brasser la soupe, je brasse la soupe. Si c'est l'temps de laver les draps après l'accouchement, je lave les draps. J'peux tout faire »
(Rachel)

Nous sommes à des lieues d'une « intervenante » qui est centrée sur une tâche clinique, exerçant une profession définie comme un ensemble d'actes, dans un établissement où le temps et l'espace sont codifiés et pratiquement ritualisés. Une personne habituée à fonctionner dans une institution finit par croire que les tâches institutionnelles sont vraiment ce qu'elle a à faire. Les sages-femmes des années 1980 ne travaillaient pas en institution. La plupart d'entre elles passaient de leur vie

de famille à une autre vie de famille. Elles passaient d'un milieu de vie à un autre milieu de vie. Elles savaient ce dont avait besoin un milieu de vie, même si elles n'étaient pas là pour les tâches de la maison.

Sans s'activer comme le font ceux qui vivent dans cette maison, le fait de ne pas être juste là à attendre impliquait que l'on s'insérait dans l'énergie de ce lieu de vie. Camille tricotait, Simone lisait les livres de recettes, Line regardait ce que les gens avaient dans leur bibliothèque et lisait les livres qui s'y trouvaient. Une personne étrangère ne pourrait pas faire la même chose. La sage-femme était connue par la femme et sa famille. La sage-femme qui arrive chez une famille pour un accouchement à la maison est bel et bien une invitée, mais sûrement pas une étrangère.

Elle n'arrive pas en territoire inconnu car une visite à la maison avait permis de rencontrer les gens qui l'habitent et en même temps, de « rencontrer la maison ». Pour Nicole, une visite à la maison permet de connaître une femme bien autrement et surtout, bien mieux qu'une rencontre dans un contexte formel d'un bureau. Les lieux même parlent. Ils révèlent le caractère et l'identité de la femme et de sa famille. C'est là que les gens qui l'habitent peuvent être eux-mêmes, puisqu'ils sont « chez eux ».

Pour Renée, faire « la vie de maison » a quelque chose de simple et de joyeux. Tout en étant attentive à la femme qui accouche, il s'agit aussi de contribuer aux activités qui se font dans une maison. Pour une maison, lieu d'accueil et de vie, quoi de plus central comme activité que la préparation de la nourriture ?

«Ce que je trouvais qui était le fun dans les accouchements à la maison, c'était aussi beaucoup : faire la bouffe, laver le linge. Ça faisait partie de la game hein ? Fait que on faisait beaucoup ça, la vie de maison. Pis des fois on faisait de la bouffe pour le moment, mais des fois on en faisait même pour la semaine (rires) : des sauces à spaghetti, des soupes, t'sais. A va être bien après. A va avoir ça. C'est

pas tout le monde qui était super organisé. Pis on était là, t'sais. (...) On se couchait pas ben ben. (...) Pis tant qu'à pas dormir, j'faisais une p'tite sauce, un p'tit lavage, un p'tit qu'que chose. (rires) » (Renée)

Aider une femme à accoucher, c'est tenir compte autant de la personne que de ses relations et que de son milieu de vie. Les sages-femmes parlent souvent de « la danse » qui se crée : une mouvance entre les personnes, dans le temps et dans l'espace. La sage-femme ne surveille pas ce mouvement. Elle en fait partie. Nicole sentait qu'elle participait à « la danse ».

« Là t'es chez les gens, plusieurs heures à être là avec eux autres. Y travaillent. On change de pièce, on reste dans même pièce, on dort un peu, on fait de la bouffe, on mange un peu. » (Nicole)

En étant présente dans l'espace de vie de la famille, il s'agit aussi d'être disponible pour aider aux tâches habituelles de la vie d'une famille et d'une maison. Le travail de la sage-femme était en cohérence avec la logique du lieu. « Souvent, je lavais la vaisselle, j'faisais une soupe. Pis si y avaient du travail à me faire faire, je l'faisais. » (Jeanne). Il ne s'agit pas d'être un poids pour le temps et l'espace des événements qui se déroulent. Maryse aidait simplement à faire « les choses qui avaient besoin d'être faites. »

C'est parce que l'on est « chez soi », dans notre milieu de vie, que l'on peut être soi-même. La sage-femme qui s'intègre dans la vie de la maison laisse les gens être eux-mêmes. Pour Nicole, il n'y a pas de modèle de comportement pour un accouchement. Elle reconnaît la façon unique qu'ont les couples dans leur façon d'être là.

« Dans le courant de la vie là, t'sais. J'arrive chez eux. Le chum fait brûler des vidanges dans la cour. C'est le printemps. La neige fond. Un feu d'indien qu'y appellent. Pis sa femme est en train d'accoucher en dedans. Y est rentré juste pour le bébé. (silence) Comme dans la vie. » (Nicole)

S'intégrer à la vie de la maison ne se fait pas seulement par du « travail » de maison. Camille avait toujours un « ouvrage » de tricot dans sa voiture. Souvent, elle le rentrait au moment de l'accouchement. Cette activité est une façon de « veiller » sur ce qui se passe dans la maison et cela dégage une impression profonde d'une force tranquille.

« J'ai dit : on va attendre encore un p'tit peu. Fait que j'suis allé chercher mon tricot dans l'auto. J'me suis assise pour tricoter. Moi je tricotais. J'adorais ça pis, pour les gens c'était le fun parce que tout le monde savais que j'avais toujours mon tricot. Là où je l'finissais, je donnais l'affaire. J'tricotais des affaires de bébé. C'était pas long. (...) J'me rappelle une p'tite robe de chambre, des p'tits gilets de bébé. J'aime tricoter. J'avais toujours mon ouvrage dans le coffre de l'auto. Je l'rentrais pas du premier coup mais quand je voyais qu'on avait du temps, j'allais chercher le sac de tricot. Pis là, on s'assoyait. » (Camille)

Lorsqu'une sage-femme va aider une femme à accoucher à la maison, elle entre dans un territoire qui n'est pas le sien. Elle entre surtout dans un univers d'une famille, dans son intimité. Pour Irène, accoucher est un acte aussi intime que d'aller aux toilettes. Le respect de cette intimité passe autant par le respect des gens que par le respect des lieux. Quoi de plus important que d'être capable d'évoluer dans cet univers, là où sont « les vraies affaires » ? « *Être là* » où il y a la chaleur et « la vraie vie » est même une façon, pour Irène, de contribuer à diminuer les risques.

« C'est moi qui rentre chez eux. C'est comme aller aux toilettes. Ailleurs, tu ne vas pas aux toilettes pis qu'y a cinq, six personnes qui te regardent. Chez vous, t'es dans tes affaires. Y a tellement moins d'affaires qui peuvent arriver. Chez vous, tu diminues les risques. T'es dans l'espace de la famille, dans leur univers. (...) Y a comme une chaleur. Les muffins, la table. La vraie vie est là. Les vraies affaires sont là. Tu l'sais tout de suite en rentrant. » (Irène)

Évoluer dans l'univers de la maison, c'est-à-dire dans le milieu de vie des personnes qui l'habitent demandait à la sage-femme de s'intégrer à cet univers et d'y participer. Nous sommes entièrement dans une perspective écologique ici : s'insérer

et évoluer dans un milieu sans en changer le dynamisme et la couleur. Cette capacité faisait partie du soutien de la sage-femme à celle qui mettait son enfant au monde. Nous croyons aussi qu'elle a rendu les sages-femmes prêtes à recevoir ce que Heidegger appelle « la vigueur inépuisable du simple » (Lacarrière, 2006 p.85).

4.4 «Tenir l'espace»

"Quand tu accouches, c'est la vie qui prend sa forme la plus éloquente." Jasmine

Lorsqu'il s'agit de la pratique sage-femme au moment de l'accouchement, les sages-femmes parlent de « tenir l'espace ». Que peut signifier une telle expression ? Les propos de Heidegger au sujet de « tenir » et de « l'espace » peuvent nous aider dans nos efforts de compréhension de ce que les sages-femmes appellent « tenir l'espace ».

Pour Heidegger (1958), d'une part, « Tenir (*halten*) signifie proprement « garder, veiller sur » (*hüten*) » (p.152). D'autre part,

« Un espace...est quelque chose qui est « ménagé », rendu libre, à savoir à l'intérieur d'une limite. La limite n'est pas ce où quelque chose cesse, mais bien, comme les Grecs l'avaient observé, ce à partir de quoi quelque chose commence à être... » (p.183).

Si les sages-femmes ont parlé de « tenir l'espace », nous pourrions supposer que quelque chose pouvait aussi commencer à *être* à l'intérieur de la limite de cet espace. Nous pourrions aussi nous demander : sur quoi les sages-femmes veillaient-elles ?

Pour les sages-femmes, « tenir l'espace » n'est pas « faire » quelque chose et l'espace dont il est question ici n'est pas un « lieu » physique. Pour Rachel, il s'agit simplement d'être comme « une lampe allumée », une présence consciente. Nous sommes dans l'invisible du monde, tout aussi réel que sa matérialité, et la sage-

femme a appris à exister et à pratiquer dans cet espace qui n'a pas de nom, un espace matriciel où l'on peut faire l'expérience de l'infini dans le fini.

L'espace dont parlait Alice était essentiellement « un espace de reconnaissance », là où est reconnu le caractère mystérieux et sacré de la naissance. Les parents n'avaient pas à partager ou investir cette vision et cette conscience. Alice considérait cependant qu'elle avait une responsabilité de protéger cet espace, peu importe où se déroule l'accouchement, pour s'assurer qu'il ne sera pas « piétiné ».

Pour Irène, être gardienne de l'espace c'est créer un espace de confiance au moment de l'accouchement pour « que les gens ne soient pas dans la peur »; tandis que pour Nicole, il était important de « protéger le naturel » de la femme, « son naturel à elle ». « Tenir l'espace », revenait à « protéger une place pour qu'a puisse montrer ça, pour qu'elle puisse laisser sortir ça » (Nicole).

Pour une sage-femme, la femme qui accouche ne « fait » pas quelque chose. Elle devient. Elle est *accouchante* car l'accouchement est un avènement. Au cœur du chaos biologique du corps, il y a un morceau de vie en déploiement, un processus d'ouverture à *l'autre*, une rencontre avec le naissant (Olive, 2002).

Dans les lieux physiques où se déroule l'accouchement, il y a une « danse » qui se fait et se module à chaque fois de façon singulière. Comme pour les processus de vie, tout est en présence et tout est possible. La vie va venir mais comment va-t-elle venir? La sage-femme fait partie de cette « danse » et en même temps elle est là pour « tenir l'espace » dont elle veut être la gardienne. Pour Anne, l'énergie de cette danse a un effet sur toutes les personnes en présence. « Cela nous amène tous plus profondément dans le sens et la connection que nous avons dans la vie ». Une richesse *en monde*.

Je laisserais résonner ici la pensée de Volant (2003), qui parle de l'espace comme un lieu non géométrique où peuvent se rassembler les forces dispersées, le

centre même du cœur et de l'esprit. Il parle d'une « géographie cordiale de la présence au monde » (p.166). En fait, « Les hommes sont des créatures qui participent à des espaces dont la physique ne sait rien » (Sloterdijk, 2002 p.93). Pour Maryse, c'est quand ce genre d'espace est protégé, respecté et « vivant » que la femme peut vivre des « guérisons ».

Les sages-femmes n'ont pas seulement un rôle de vigilance auprès des femmes. Elles parlent de protection. Elles parlent d'être « gardienne ». La maternité est un processus de vie dont ceux et celles qui le vivent en cherchent le sens. Pour les sages-femmes, « tenir l'espace » c'est protéger le sens. C'est « être là » pour le *tout* de l'humain. Si l'enfantement est une occasion dans une infinité de possibles, pour les sages-femmes il est aussi un mystère et un passage. Nous pourrions comprendre alors plus profondément comment « tenir l'espace » pour les sages-femmes, c'est être gardienne des possibles, être gardienne du mystère et être gardienne du passage.

4.41 Être gardienne des possibles

« On peut-tu enlever ce que vous faites pis découvrir ce qui nous arrive quand on accouche? » Gisèle

L'expérience des sages-femmes leur avait fait prendre de la puissance des femmes qui accouchent. Pour Elizabeth, « C'est pas rien de p'tit là. C'est grandiose ». Anne, quant à elle, considérait que cette puissance féminine était le secret le mieux gardé jusqu'à ce jour.

Les sages-femmes étaient avec les femmes pour que chacune actualise son potentiel dans son expérience de maternité. Dans une culture médicale qui voit la grossesse et l'accouchement dans leur potentiel de pathologie, les sages-femmes ont vu ce processus dans son potentiel de transformation. Parfois, c'est même plus que ça. Pour Elizabeth, ce processus est même l'équivalent de la grande marmite, « le

bassin d'énergie qui transmute ». Ce potentiel doit être utilisé au maximum. A l'accouchement, un processus est en cours. Il a sa direction et son rythme. La sage-femme prête son assistance pour que son déroulement soit mené à bon terme, sachant qu'en même temps c'est la vie qui se déploie au cœur de cette expérience. Les possibilités de l'enfantement n'appartiennent pas à la sage-femme. Elle ne les contrôle pas et ne sait pas lesquelles sont en jeu par rapport au potentiel de chaque femme. C'est dans une conscience des promesses de la vie que la sage-femme accompagnait les femmes car bien que le processus de l'enfantement soit un processus normal qui « prévoit » la naissance de l'enfant, nous sommes dans l'indéterminé. Rien n'est « garanti » et rien n'est certain. Nous sommes dans l'Ouvert, au cœur de l'incertitude, de l'imperfection et de la finitude. Nous ne pouvons jamais prédire ni savoir à l'avance ce qui va se passer. Paradoxalement, les sages-femmes trouvaient important ce « non savoir » parce que c'était en lui que se tenaient tous les possibles, toutes les possibilités de prises de conscience, de guérison, de miracle, d'accomplissement, de dépassement, de courage, d'amour, d'ouverture, etc. Ce « non-savoir » et ce « non-pouvoir » sont au cœur de la condition humaine.

C'est au moment de l'accouchement que se côtoient crainte et confiance, angoisse et joie, puissance et fragilité. C'est un moment qui nous révèle à nous-mêmes, un véritable éveil à ce que l'on porte au fond de soi. Pour Anne, cette découverte a quelque chose de sacré : « Lorsqu'une femme met au monde un enfant, elle est aussi en train de se mettre au monde encore et encore. Cette découverte est une partie importante du processus ». Quelque chose d'important est en train de se passer et les sages-femmes sont là pour le potentiel de ce déploiement. Il est question de « protéger puis de nourrir ce qui est en train de naître finalement » (Line). Les sages-femmes sont attentives à la « natalité ». Nous sommes dans un espace de *nativité* et tous ceux qui sont présents peuvent l'habiter : hommes, femmes et enfants.

Ricoeur (2000) a porté à notre connaissance le fait que « le *Dasein* existe autant « nativement » que « mortellement » (p.488). Il s'est étonné que Heidegger parle du souci et de l'angoisse humaine mais n'évoque pas « la joie de l'élan du vivre », cette ouverture jubilante à « l'être pour un possible » (p.465).

Cependant, être là pour les « possibles » ne se conçoit pas seulement au moment de l'accouchement. Les « possibles » sont toujours aussi riches durant la grossesse, comme ils sont présents à tout moment dans nos vies. Les rencontres durant la grossesse créaient d'abord une possibilité de prise de parole chez la femme. C'était une ouverture, une invitation, une occasion. La sage-femme accueille l'enfant à sa naissance mais elle accueille aussi une femme en plein processus de transformation.

« C'est plus une place où les femmes peuvent parler. Si y veulent parler, y ont la place pour. (...) Si elle a rien à dire, a peut rien dire aussi. C'est correct. (...) C'est plus une occasion de rencontre »
(Nicole)

Nicole a réalisé que cette attitude d'accueil et de respect peut être reçue au niveau de l'« être ».

« Une femme qui avait son troisième bébé. Elle était très très réservée. (...) Pis elle m'a écrit quelque chose comme : c'était la première fois de ma vie je me sentais respectée, écoutée. (...) J'ai pas réalisé que pour elle, y avait créé un lien mais elle, elle s'est sentie accueillie. Fait que ça lui a permis d'être ». (Nicole)

En fait, la grossesse est une période où la sage-femme, comme un jardinier, faisait confiance au processus en cours, un processus non apparent. La grossesse est une promesse, comme peuvent l'être la graine, la chrysalide ou l'oeuf. Ils portent la promesse de l'enfant, de la fleur, du papillon ou de l'oiseau. Ils sont à la fois forts de cette promesse mais aussi fragiles, car rien ne garantit que la promesse sera tenue. Ils ont besoin de protection, de soins attentifs et de confiance dans la promesse qu'ils sont. Les sages-femmes ont l'expérience des promesses accomplies. C'est ce qui les

rend confiantes et joyeuses. Elles ont aussi l'expérience des promesses qui ne le sont pas. Cela les appelle à l'humilité de ne pas se penser gardiennes de la vie.

Les sages-femmes aident la femme à faire du sens avec ce qu'elle a vécu: « Qu'elle se dépasse, qu'a rencontre ses peurs, que ça soit facile, que ça soit difficile » (Elizabeth). Elles veillent et elles sont aussi *éveilleuses*. Elles tiennent l'espace pour que, de tous les possibles, celui de l'éveil à soi-même et celui du renforcement de la confiance, s'accomplissent. La sage-femme aide la femme à se reconnaître comme « auteure » de ce qu'elle a accompli au travers ces événements forts de sa vie. Lorsqu'il est question de « tenir l'espace », c'est un espace où le pouvoir vient du dedans. C'est le pouvoir « de » et non pas le pouvoir « sur » que les sages-femmes reconnaissent.

Pour Maryse, le seul fait de vivre consciemment l'accouchement donne du pouvoir aux femmes. Il y a une importance à « être capable de le vivre » et la pratique des sages-femmes contribue à ce que la femme sente qu'« il y a une force en elle » et qu'elle la mobilise. Cette expérience rend possible d'autres démarches d'autonomie et d'affirmation de soi.

« Il y a des femmes qui nous ont dit: juste de sortir moi-même mon placenta, ça m'a donné du pouvoir dans ma vie. Au lieu que quelqu'un tire dessus, c'est moi qui l'ai sorti. C'est moi qui a sorti mon enfant. C'est moi qui a accouché. » (Maryse)

Pour les sages-femmes, l'incertitude est considérée comme une occasion de laisser les possibilités en mouvance. Or, « Rien n'est plus efficace et plus subversif qu'une simple possibilité » (Lévesque, 1976 p.72) Les sages-femmes cheminaient avec les femmes en étant conscientes que la maternité est un espace privilégié de possibles avec ses craintes et ses angoisses, et non pas seulement une période où l'incertitude devrait être contrôlée. Un monde certain a fini par effacer tous les possibles pour n'en accepter qu'un.

Aider une femme à accoucher, c'est l'aider à se faire confiance, c'est croire dans son potentiel d'accomplissement d'elle-même sans préciser ou s'attacher à une image de l'accomplissement. L'expérience d'accoucher peut devenir une source de pouvoir personnel face à la vie. Dans l'expérience de pratique de Anne, ainsi que dans la mienne, « J'ai tellement entendu souvent : si j'ai pu vivre ça, je pourrai faire n'importe quoi d'autre ». Pour Anne, le vécu de l'expérience va non seulement affecter la façon dont la femme va mater son enfant mais elle va affecter son être-au-monde. Cette expérience a le potentiel de renouveler sa conscience d'être « du » monde et sa capacité de se relier à l'intensité, à la grandeur et à la beauté de la vie. Être plus « vivant » au quotidien.

« Il y a tellement plus dans la vie que ce qu'on voit dans notre vie quotidienne. Nous pourrions être juste une partie de la journée, comme celle où nous voyons le coucher du soleil. » (Anne)

L'expérience d'accoucher et celle d'être présente à des accouchements font prendre conscience à quel point le processus est à la fois puissant et délicat pour la mère et pour l'enfant. Il est parfois même périlleux. Il arrive donc que l'accouchement ne se passe pas toujours de la façon dont on l'avait espéré. Ce qu'on voulait et que l'on croyait possible n'est pas arrivé. Les femmes ont le sentiment de ne pas avoir été « capables ». Viennent les déceptions, les sentiments d'échec, les blessures du cœur en plus des blessures du corps. Les sages-femmes continuent à cheminer avec celle qui est ébranlée, en colère, blessée, triste. Il est simple de reconnaître les forces de celle qui est forte. Il s'agit ici de reconnaître les forces de chacune, quelles qu'elles soient, celles qu'elle a su « mettre en œuvre » quelles que soient les circonstances de l'accouchement. Il s'agit de l'aider à reconnaître ce qu'elle a accompli d'elle-même et non pas les résultats d'une réussite. Les possibilités ne sont ni un dû, ni un but. Elles nous gardent en chemin de l'accomplissement de soi sans y attacher une image à atteindre.

« Je suis là pour amener la femme dans tout ce qu'elle a droit de se reconnaître, peu importe ce qui s'est passé (...) Tout ce qu'elle a accompli.(...) Valoriser l'expérience parce que c'est en dedans que ça se passe. » (Elizabeth)

L'enfantement est devenu une clé de compréhension plus profonde de la vie et les sages-femmes cheminaient avec les femmes dans cette quête de faire du sens avec le monde des événements autant qu'avec soi-même et avec sa vie.

Être la gardienne des « possibles » permet de demeurer dans la mouvance et l'ouverture des processus en cours. La sage-femme n'est pas séparée de cette mouvance et des possibles. Ce qu'elle *est* compte. Le potentiel de chacune est agissant pour tous.

« Notre cœur est tellement là, qu'il se laisse imbiber du vécu qu'y a là et si je suis dans cette ouverture-là qui reçoit l'autre, eux autres reçoivent aussi mon potentiel. Et c'est là qu'on reste en lien. » (Camille)

Pour les sages-femmes, « tenir l'espace » fait référence à une conscience d'éléments autant essentiels qu'invisibles de la naissance. Si enfanter suscite un sentiment *océanique* pour la femme, il donne à la sage-femme le sentiment que quelque chose d'*immense* vient de s'accomplir et amène l'émerveillement. En fait, participer à un enfantement, c'est un peu comme avoir participé à la création du monde. Une femme a pu accoucher « dans sa puissance ». Un nouvel être humain habite notre monde. Il y a eu « une nativité » et en un instant, surgit la certitude que plus rien n'est pareil sur la Terre.

« Au p'tit matin quand on partait. La ville dort. Pis avec l'espèce de fatigue. (...) Tu sors de chez les gens, le soleil se lève, pis là, la planète vient de changer. Une nouvelle personne vient d'arriver, pis y a pu rien de pareil. » (Gisèle)

L'aube est liée désormais à l'idée de la naissance, de l'émergence et au mystère de la transformation. Dans cette mouvance entre la nuit et le jour, il y a un sentiment de joie et de gratitude profonde. La sage-femme est fatiguée et en même temps, elle se sent privilégiée d'être là.

« On sort des accouchements, on est comme des p'tits oiseaux. (...) T'es pas capable de dormir. T'es trop contente. (...) Tu sais, quand on voit l'aube. (...) Tu dis : aye, que c'est beau. Une chance que j'suis debout pour la voir. » (Nicole)

Le fait d'être là pour « tenir l'espace » donnait à la sage-femme un regard qui lui permettait de « voir » bien au-delà des aspects pratiques et cliniques de son travail. Un regard qui tient ensemble la vie en pleine mouvance, créant un espace où se tiennent l'accueil, l'amour, la difficulté de la mise au monde et le cadeau de la présence du soleil au cœur de l'événement. Irène nous amène dans ce regard en racontant un accouchement qui l'a marquée.

« C'était un beau matin, dans une campagne. Elle était sur le coin de la galerie. Tout cet accueil-là. "Tu sais, tu arrives chez moi pour mon accouchement". (...) On est monté en haut. C'était le deuxième enfant. (...) On faisait juste comme respirer le silence. Pis le soleil qui était dehors. Elle a eu 4 heures de poussée (...) Pis ce p'tit bébé-là, il était tellement calme. Y avait comme un rayon de soleil qui est rentré dans la chambre. La beauté. L'amour de son plus grand qui était là pour accueillir son p'tit frère. Le père qui était tout en larmes, pis la mère qui était en larmes aussi (...) Ça m'a toujours resté. » (Irène)

4.42 Être gardienne du mystère

« *Existe-t-il plus grand mystère que celui de la naissance?* » (Proulx, 2005 p.76).

Les sages-femmes aidaient les femmes au moment de l'accouchement. Elles ont acquis des connaissances biomédicales sur les processus de la grossesse et de l'accouchement. Elles ont développé un savoir de sage-femme par l'expérience et par l'échange et la réflexion sur les expériences vécues. Cependant, pour ces sages-

femmes, il était clair que l'enfantement est quelque chose de bien plus grand et bien plus profond que tout ce que l'on peut en savoir et que l'on peut tenter de comprendre. Il conduit celle qui le vit au seuil de son propre mystère.

Pour les sages-femmes, la grossesse et l'accouchement sont un mystère. Un mystère n'est pas quelque chose que l'on ne comprend pas. C'est plutôt quelque chose que l'on n'a jamais fini de comprendre. C'est aussi ce qui donne un caractère sacré à l'enfantement. Une rencontre avec le Numineux³⁹.

Les sages-femmes avaient acquis tout un savoir sur la maternité et même sur bien des niveaux de la réalité. Pourtant, elles ne se situaient pas en tant qu'« expertes » car :

« Il y a une partie qu'on va jamais comprendre. On peut juste regarder, admirer, trouver que c'est extraordinaire, mais c'est quelque chose de plus grand que nous. Chaque personne le définit mais, on s'entend que c'est là. » (Elizabeth)

Dans un monde de transformations, les sages-femmes sont en interface entre le visible et l'invisible de la réalité tout en étant bien ancrées dans le temps et l'espace. Une femme accouche, un enfant naît. Il y a des traces visibles, « un poids, des mesures », des notes au dossier, des entrées de données statistiques. Après tout, la naissance est fondamentalement une « incarnation ». Cependant pour Elizabeth, « C'est pas ça qui se passe. C'est plus grand que ça. C'est plus que ça. Pis nous on est vraiment les gardiennes de ça ». Les sages-femmes seraient les gardiennes du « plus grand que ça ».

³⁹ Numineux : Terme employé par R. Otto et que nous pourrions considérer comme l'expérience affective du sacré. Cette expérience « est une prise de conscience de la dépendance et une saisie de l'infini dans tout être fini » (http://tecfa.unige.ch/~jermann/staf!4/jung/jung_8.html). Le premier caractère du numineux, c'est qu'il est mystérieux et qu'il est « ineffable ». C'est pourquoi il partage l'Homme entre deux élans : peur et fascination.

Cette conscience de la grandeur du mystère et du sacré de la naissance était portée par la sage-femme sans s'attendre à ce que cette conscience soit partagée par les parents.

« Si je dis : le moment sacré de la naissance, y a plein de parents qui ne voient pas le moment sacré de la naissance. Y est pas moins sacré. (...) Moi, je porte cet espace là dans la pièce, et c'est tout. » (Alice)

Elizabeth faisait beaucoup de place au mystère dans sa pratique et même si les parents ne le nommaient pas, pour elle, cela demandait « Que je le porte. Faut que consciemment, je le garde vivant en moi ». L'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement mettait les sages-femmes au cœur de « rencontres d'êtres qui ont des raisons qui nous dépassent » (Alice).

Le sacré est hors du temps, et pour les sages-femmes, hors de l'espace physique. La sage-femme était la gardienne de l'espace du sacré, cette « force qui spiritualise la matière » (Bertin, 1983), peu importe les lieux ou les gens en présence. Les lieux de la naissance sont importants pour l'expérience vécue des femmes mais « Une femme qui accouche, c'est une femme qui accouche. C'est le même miracle qui se fait » (Elizabeth).

La naissance a définitivement une dimension sacrée et pour Anne ce mystère n'appartenait pas seulement à la naissance. Il était en lien avec ceux de la vie et ceux du monde. En devenir conscient menait à prendre soin de la beauté du monde. « Si nous étions plus conscientes de la profondeur de ce que l'on vit, nous serions plus éveillées à la beauté qui nous entoure et peut-être que nous voudrions la protéger. » (Anne)

L'enfantement est « l'espace » par excellence où le profane et le sacré sont liés et pour les sages-femmes, indissociables. Ces deux « mondes », selon Caillois (1950), « 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 » (p.26).

Les sages-femmes parlaient peu de « mystère » même si elles considéraient qu'il fallait protéger et garder la dimension sacrée de la naissance. Jeanne se rendait bien compte du sentiment d'inconfort par rapport aux mystères, et non pas seulement celui de la naissance. « On rentre dans le mystère là. C'est comme le mystère de la mort. On a de la misère des fois avec les mystères dans la vie hein ? »

4.43 Être gardienne du passage

Depuis que le monde est monde, l'accouchement est considéré comme un passage de vie majeur dans la vie des femmes, de même que la venue au monde de l'enfant. Les sages-femmes des années 1980 en étaient conscientes et trouvaient important d'accompagner la mère et l'enfant dans ce moment de transition où une femme s'ouvre dans ce qu'elle a de plus fort et de plus tendre. Nous sommes au cœur d'un puissant mouvement d'émergence ayant une valeur initiatique (Proulx, 2005). Les sages-femmes guidaient la mère en travail et veillaient sur elle. Elles intervenaient au besoin auprès de la femme ou du nouveau-né mais en même temps, elles se positionnaient comme « gardiennes du passage », illustrant alors le sens spirituel de leur pratique. Le contexte où se déroulait l'accouchement n'enlevait en rien à cette vision de l'enfantement comme passage. A chaque fois et dans chaque espace, les paroles, les gestes et le cœur de ceux qui sont en présence, comptent. Pour Alice, il s'agissait « d'être capable d'aller au-delà des circonstances strictement factuelles et de piger qu'est ce qui est en train de se passer, et qui est d'un autre ordre que ça, et qui est la chose importante ».

La sage-femme est présente pour aider la femme qui enfante. Il ne s'agit pas de s'occuper d'une mécanique corporelle, mais bien d'être consciente qu'il s'agit d'un passage de vie important pour cette femme et pour cet enfant. Cela donne du sens

autant à une présence vigilante qu'à toute intervention lors de difficulté. C'est dans les passages que nous sommes le plus conscientes de nos liens et du fait d'être mutuellement fragiles.

« C'est ça la sage-femme. Une énergie présente à la femme et à l'enfant pour permettre le respect, le passage sacré. Fait que moi, j'étais là pour ça ». (Maryse)

Un enfant naît et une femme passe de l'état de fille à l'état de mère. Deux passages qui marquent pour la vie. Être la gardienne du passage, c'est considérer la valeur initiatique du processus, que l'on soit dans l'action, la parole ou la simple présence. La sage-femme guide les êtres dans cette traversée. Ce soutien dans les moments de passages est souvent ce qui va en permettre d'autres.

« Y en a qu'y se passe des choses très marquantes pour eux-autres au premier bébé, pis ça trace le chemin à d'autres maternités beaucoup plus faciles ». (Hélène)

Lors d'un accouchement, une « danse » se crée entre les personnes en présence, les émotions vécues et un processus en cours. La sage-femme « tient l'espace » pour que la vie continue sa mouvance et que le passage se fasse, car elle croit non seulement au potentiel de la femme mais à tous les « possibles » qui vont mener à la naissance. Elle aide à établir et rétablir des *frayages*, dirait Castoriadis (1990 p.274), c'est-à-dire des voies, passages, trajets, facilitations, qui permettent à l'être humain de mobiliser son énergie pour devenir ce qu'il est.

Lorsqu'il y a une difficulté ou un « blocage », cela donne parfois l'impression que « la vie était arrêtée, là » (Hélène). Les paroles et les actions s'inscrivent dans une volonté de contribuer au mouvement de la vie qui veut s'accomplir. Contribuer à la « danse », Nicole savait faire ça.

«... être un peu comme un éponge. Laisser venir, laisser sortir (...) Ça, je sais faire ça. Ça va se placer. Ça va se placer. Je permets. Si la danse a l'a à se faire, ça va se faire ». (Nicole)

La signification de l'enfantement comme passage donne une importance particulière à l'accueil de ceux qui ont vécu un passage. Pour Rachel, il fallait signifier concrètement la solennité de l'événement car la naissance biologique était aussi un acte de « venir au monde ». L'événement avait une dimension transformatrice et initiatique dont Rachel voulait souligner la solennité en portant un vêtement choisi spécialement pour la circonstance.

« Je trouve ça important qu'on accueille un bébé avec un vêtement que l'on porte seulement à l'accouchement. (...) Tu sais, tu vas faire baptiser un enfant, le vêtement est important. Dans le mariage, dans les rites de passage aussi. (...) Pour moi, un vêtement d'accouchement, je te dirais que c'est indispensable. Tu ne mets pas n'importe quoi pour aller accueillir un bébé ». (Rachel)

C'est dans le même esprit et dans le même réseau de sens que plusieurs sages-femmes « baignaient » en quelque sorte celle qui venait d'accoucher. Pour Rachel, c'était une façon de donner à celle qui vient elle-même de donner énormément, tout en étant un geste d'accueil à celle qui venait de faire son passage. Ce geste était « quelque chose d'essentiel ».

Le fait d'être la gardienne du passage donnait une valeur à l'accouchement qui n'était aucunement en lien avec une « réussite ». Pour Nicole, le fait qu'une femme soit « capable » à un moment donné et qu'elle accomplisse son passage est ce qui permet à la vie de se perpétuer et à tous de croire au renouvellement. Voir l'enfantement comme un passage et s'en émerveiller est une formidable source de confiance et d'espoir dans la vie.

« Ça, c'est toujours merveilleux de voir ça apparaître quand les femmes accouchent: ce moment-là où tout à coup y sont capables. C'est toujours incroyable de voir ça, à tous les accouchements. Ça

m'entre pas dans la tête. J'me dis : voyons. Tu sais, tu vois pas le passage exact là mais tout à coup, est capable. Pis c'est ça qui nous permet que la vie se perpétue toujours. Ça nous permet de croire: y va toujours avoir un renouvellement. Y va toujours avoir un moment où on est capable ».

Il semble que c'est à partir de ce thème que s'éclaire le sens de la naissance chez les sages-femmes. En effet, la maternité toute entière et non seulement l'enfantement, sont un espace de possibilités, de mystère et de passage. C'est à la lumière de cette compréhension que nous pouvons saisir les nuances infinies de leur action et l'importance de « tenir l'espace ». Il est évident qu'accoucher est un processus physique et biologique, mais je ne l'ai pas entendu *une seule fois* au cours de mes rencontres avec les sages-femmes. « Être là » avec la femme était fondamentalement une présence physique, mais le sens profond de cette présence était de « tenir » un espace qui honore les liens entre le visible et l'invisible du monde de la vie. Je crois que c'était une façon d'honorer la vérité propre de chaque femme et d'honorer les liens qui unissent les humains. Ne sont-ils pas qu' « un nœud de relations » ? (Merleau-Ponty, 1945 p.520). Si la maternité est un processus dont les femmes veulent se réapproprier le sens, « tenir l'espace » serait en quelque sorte protéger le sens. C'est peut-être simplement se tenir souvent dans la dimension du cœur, celle que Haar (1985) nous fait comprendre dans ses mots :

« Plus radicalement encore, le « pur espace » du cœur n'est plus ni subjectif ni objectif. Loin que l'extérieur soit simplement intériorisé, ce qui est en effet le premier mouvement, une puissante transfiguration des choses permet de lire directement l'intérieur sur l'extérieur » (p.253).

4.5 Être en démarche

L'expérience vécue des sages-femmes qui ont pratiqué dans les années 1980 fut celle d'être en démarche. Nous tenons ici à préciser que nous parlons bien d'*être* en démarche et non pas de *faire* une démarche. Ainsi, il n'a jamais été question d'un

but à atteindre ou d'un chemin unique à emprunter pour les sages-femmes. Chaque sage-femme rencontrée a été en chemin. Il s'est accompli un cheminement autant individuel que collectif. Cela s'est vécu de façon « organique », car le mouvement venait de l'intérieur et non pas d'une structure extérieure dans laquelle il s'agissait de s'insérer et d'évoluer. Les sages-femmes ont d'abord réalisé qu'il leur fallait « être prête ». Une partie importante de leur démarche fut ensuite celle d'« apprendre et comprendre ensemble » et enfin, elles ont développé la complicité par rapport à leur action et leur présence auprès des femmes.

4.51 « Sois prête »

La pratique des sages-femmes a été vécue comme une réponse à un appel. Des femmes se faisaient confiance et leur ont demandé d'être aidées pour accoucher à la maison. Ces femmes ne demandaient pas l'aide d'une professionnelle diplômée. Elles demandaient une aide. Cependant, il s'agit d'être présente à une seule naissance ou à quelques unes pour se rendre compte qu'à chaque fois, il peut arriver des situations où la mère et/ son nouveau-né ont des difficultés qui demandent que quelqu'un intervienne pour aider. Être prête à partir lorsqu'une femme entre en travail est sans doute une chose importante, mais être prête à agir durant un accouchement en est une autre. Les sages-femmes ont toutes, à un moment ou à un autre, pris autant conscience de cette nécessité d'agir et de leurs propres limites: celles du savoir et celles d'un savoir-faire. Pour Nicole, le sens de son expérience du tout premier accouchement fut un message très clair: « sois prête ».

« Le premier accouchement, a l'a fait une hémorragie pis le bébé a eu besoin de réanimation. Pis là là, je venais de voir que: aye chère, si tu veux être sage-femme là, attends-toi à tout, pis à ça aussi. Fait que prépare-toi à ça si tu veux être sage-femme. Reste pas chez vous juste à regarder des livres là. Pan toute. Ça, c'était mon cadeau. La prochaine fois qu'elle accouche, sois prête. » (Nicole)

De façon très pragmatique plusieurs questions se posaient: que faire si une femme saigne, si un bébé ne respire pas, si la femme a une déchirure au périnée? Quel matériel faut-il avoir ? Être en démarche eut autant rapport avec le développement de la capacité d'aider en sachant ne rien faire que de développer celle de savoir quoi faire et quand le faire.

Prendre conscience de ses limites et en même temps de ses responsabilités ne vient pas en lisant un livre. L'expérience vécue suscite autant un questionnement qu'un appel à l'action.

« C'est devenu clair pour moi, qu'elles se fiaient à moi, bien au-delà de ce que j'étais capable de soutenir. (...) Je suis allée à un accouchement où y a eu un bébé qui n'a pas respiré tout de suite. C'est un bébé qui a pris, je dirais, trente secondes avant de prendre son premier respire. C'est long long long trente secondes quand tu sais pas qu'est-ce que t'es supposée être en train de faire. C'est trente secondes où j'ai eu le temps de me dire : mon Dieu, suis-je à la bonne place ? (...) Est-ce que c'est par arrogance que je me suis mise ici ? Est-ce que c'est ça la réponse que l'Univers m'envoie là ? (...) Tout ça me confirmait qu'y fallait que je m'équipe mieux que ça et c'est pas longtemps après ça que j'ai entendu parler qu'y avait des filles à Montréal qui faisaient le même genre de démarche que moi, et qui avaient commencé à faire des accouchements à la maison. » (Alice)

Plusieurs sages-femmes ont d'abord été apprenties avant de pratiquer comme sages-femmes de façon autonome. Peu importe le niveau de responsabilité que l'on a au moment d'un accouchement, certaines expériences sont déterminantes pour comprendre les nombreux éléments de la pratique sage-femme et l'importance d'« être prête ». En tant qu'apprentie, Renée s'est déjà sentie très coupable de ne pas avoir agi assez vite lors d'une urgence. Ce fut une expérience forte qui l'a menée à faire une démarche d'étude et de pratique de manœuvres.

« J'me suis sentie coupable de ça. J'ai senti que j'avais pas été en contrôle de ma responsabilité. J'me suis dit : j'suis une bonne à rien moi là. (...) Mais à force d'en parler avec Louise, j'ai ben vu que

c'était pas juste moi. (...) Fait que là après ça, je pense que c'est là que j'ai commencé à étudier plus fort, à comprendre comment faire les manœuvres. Ça n'a pas changé ma façon d'accueillir les bébés mais ça a changé quand y avait une menace d'urgence. Là, j'ai commencé à savoir reconnaître ça.» (Renée)

Savoir attendre est complètement différent de ne pas savoir quoi faire. Pour être prête à l'action, il fallait d'abord savoir en reconnaître la nécessité et ensuite (et surtout), avoir la capacité d'agir : avoir de l'équipement, savoir comment s'en servir et avoir la maîtrise des gestes à poser. L'équipement a souvent fait l'objet de questionnement: « comment on sait que c'est trop ou pas assez ou que c'est essentiel ? » Être prête demandait minimalement de maîtriser l'organisation du matériel.

« On a appris à stériliser. C'était un p'tit kit de base, mais c'était pas pèle-mêle et c'était pas n'importe quoi. Ce qu'on avait choisi d'avoir là, on le lavait là pis c'était fonctionnel, pis on savait s'en servir, pis tout ça. On s'est donné des outils. On a trouvé des moniteurs pour apprendre la réanimation néonatale. On a travaillé fort à bâtir ça. » (Alice)

La nécessité d'être prête à l'action a eu préséance sur les connaissances théoriques car les besoins de la femme qui accouche et de l'enfant naissant ne sont pas du tout théoriques.

« C'est sûr que j'ai appris en commençant par la fin, dans le sens où j'ai appris : qu'est-ce qu'on fait quand le bébé respire pas, qu'est-ce qu'on fait quand ça saigne, pis j'ai r'monté ça tranquillement jusqu'à des choses plus théoriques, intéressantes sans doute, mais qui ne se poseraient pas de façon brûlante peut-être cette nuit dans un accouchement. Mais si ça saigne, y fallait que là, maintenant, je sache. » (Simone)

Être prête implique une démarche concrète. Les sages-femmes ont répondu de façon autonome et singulière au besoin de maîtriser certaines habiletés. L'importance d'être capable de très bien savoir comment on pose un soluté, a été

« la » motivation de Gisèle pour aller faire un cours d'infirmière. Le jour où elle a senti qu'elle avait acquis cette habileté, elle a donné sa démission (comme infirmière) dès le lendemain. Pour la plupart des sages-femmes, être en démarche pour être prête s'est surtout concrétisé par de la pratique. Être prête à agir au bon moment venait bien plus du souci de bien aider les femmes que de répondre à la peur.

« On pratiquait. Moi j'ai toujours dit : amenez-moi des pratiques là. De n'importe quoi. Des urgences obstétricales. J'suis une clinicienne. Je l'sais qu'y a une théorie autour de ça mais si y faut faire une urgence, m'a la faire. J'va être capable, pis j'va être même la première, ou la plus rapide. Pis y aura pas de gêne pour faire les mouvements. C'était pour la femme. Pour un moment présent, avec mes mains, avec mon corps. C'était pas dans ma tête. » (Simone)

4.52 Apprendre et comprendre ensemble

Avoir l'expérience d'assister à une naissance n'est pas banal. Être la personne qui est là pour aider non plus. Cette expérience crée un besoin impérieux de se relier à des personnes qui ont des expériences similaires à la sienne.

« J'avais écrit pour dire : j'aimerais ça aller chez vous. On m'a répondu : on n'est pas une école. J'ai réécrit en disant : c'est pas une école que j'veux. J'veux juste aller voir, rencontrer du monde. » (Alice)

Les sages-femmes se sont regroupées dans leur région d'abord. Le besoin de partager et le désir d'apprendre étaient reliés aux réalités de l'accouchement à la maison. La conviction que les femmes ont tout ce qu'il faut pour accoucher, était suffisante pour aller les aider mais la réalité de la grossesse, de l'enfantement et du postnatal élargissait la conscience des éléments composant le processus de la maternité. Il fallait plus que de la bonne volonté et de la confiance. Les sages-femmes ont voulu acquérir des connaissances biomédicales, mais aussi « toutes

sortes de connaissances ». C'était ce dont avait besoin Hélène qui avait pourtant un diplôme de sage-femme. « J'avais appris ben des affaires, pis ça m'a jamais servie ».

En se regroupant, elles se sont mises en marche. Elles ont créé leur chemin. Elles ont été en démarche pour apprendre et en même temps, elles ont construit un savoir de sage-femme. Ce fut une formation sur mesure tout autant qu'une formation au fur et à mesure.

« On s'est mis une gang, pis on a fait un groupe d'étude. (...) On se donnait toujours des thématiques de lecture: soit une thématique ciblée comme dystocie de l'épaule ou sinon, une thématique plus large (...) Tous les livres qui sortaient, américains, français, Odent pis tout ça, y en a une qui était en charge pis qui faisait une lecture pis un résumé de ça. » (Simone)

Les sages-femmes allaient chercher ce dont elles avaient besoin. Elles étaient « à l'affût de tout » et suivaient aussi toutes sortes de formations.

« Aussitôt qu'y avait quelque chose, un colloque, un cours de ci, la réanimation. Toutes des formations qui étaient reliées à l'apprentissage sage-femme, le plus possible, j'y allais. » (Renée)

S'apprendre les unes les autres

Le travail de sage-femme implique la maîtrise de gestes cliniques auprès des femmes enceintes, des accouchantes et des nouveaux-nés. Il implique de toucher à la femme enceinte, que ce soit pour prendre les signes vitaux, palper son ventre ou faire ce qu'on appelle un « toucher vaginal ». Il implique aussi de savoir faire certaines interventions comme donner une injection intramusculaire, installer une intraveineuse etc. Pratiquer comme sage-femme, c'est travailler constamment avec son corps et déployer tout l'art du toucher. Comment apprendre à poser ces gestes lorsqu'on ne les a jamais faits? Après tout, il faut bien reconnaître que « mettre nos doigts dans un vagin, c'est pas rien » (Elizabeth). Les sages-femmes ont donc commencé le plus simplement du monde: en se pratiquant entre elles, en *s'apprenant*

les unes les autres. Comment ne pas être attentive et délicate lorsque l'on fait un toucher vaginal à quelqu'un que l'on connaît bien? Comment ne pas aider celle qui nous examine en lui parlant de notre vécu à ce moment ? Les femmes enceintes ont aussi été complices de cet apprentissage et de cette démarche, guidant souvent les sages-femmes avec patience et tolérance, les unes apprenant avec leur corps et les autres apprenant sur leur corps. La démarche des sages-femmes entre elles et avec les femmes en fut une de connaissance et d'apprivoisement du corps féminin. Elles ont honoré ce savoir féminin.

Toucher n'est pas seulement toucher avec ses mains, mais c'est aussi « travailler avec le corps » (Simone). C'est l'art de la présence, autant celle du corps que celle du cœur car toucher le corps, c'est toucher toute la personne et en même temps être touchée par elle. C'est le sens de l'autre, analogue au sens du toucher, de l'ouïe ou de la vue (Ouellet, 2003). Être en démarche ne peut se vivre qu'en relation.

« Travailler avec le corps, moi je leur disais : moi j'aime ça. Faire de la suture, je trouve que c'est de la dentelle. (...) C'était de la dextérité fine, ce p'tit côté-là, du bout des doigts. Moi, palper un bébé j'aimais ça, écouter le cœur j'aimais ça, faire une prise de sang j'aime ça. C'est du doigté. C'est de l'art. C'est de l'art. Il y avait une partie qui était de bien connaître le corps physique, pis il y avait une partie qui était de bien connaître le corps émotif de la femme. » (Simone)

Être apprentie

Sur le chemin du devenir sage-femme, plusieurs femmes ont commencé par rejoindre une ou plusieurs sages-femmes et elles ont été apprenties. Elles suivaient alors une sage-femme dans toutes ses activités, et c'est en la regardant faire puis en « faisant » progressivement qu'elles ont appris. Cette façon d'apprendre a tout à fait convenu à Line.

« Moi j'apprends pas sur un banc d'école. J'apprends sur le tas. Je r'garde quelqu'un faire. Là j'va comprendre comment ça marche pis j'le fais après, t'sais. Pour moi, la formation par tutorat c'était parfait. Ça a été long mais c'était parfait. » (Line)

Être en démarche d'apprentissage permet d'apprendre avec quelqu'un d'autre qui devient notre guide. Cette démarche se fait en plongeant progressivement dans l'action tout en expérimentant souvent des périodes plus ou moins longues d'observation. Observer la sage-femme en action et surtout pouvoir observer la femme et apprendre d'elle. Pour Renée, c'est ce qui était le plus important d'apprendre, bien avant de savoir quels gestes il fallait poser en tant que sage-femme. Sa démarche d'apprentie avec une sage-femme a d'abord été celle d'une présence constante et attentive auprès de celle qui accouche.

« Quand j'ai été à l'aise de sentir, comment était la femme, à savoir dénoter sa façon d'agir, de réagir, quand j'ai eu ça de pas mal bien établi, là j'me suis tournée: comment on fait pour être sage-femme ? (...) Ce fait-là a fait que j'ai été capable de développer mon art à moi. Y a fallu avant que je comprenne comment ça marche avec la femme. (...) Tant que tu sais pas ça, t'apprends à agir comme sage-femme mais tu sens pas. » (Renée)

La pratique sage-femme suscite des questionnements car « devenir sage-femme, c'est un processus émotif complexe » (Renée). Le besoin de partager et surtout le besoin de réfléchir avec d'autres sont puissants.

« J'voulais partager mon expérience, alors j'allais dans les réunions à Montréal, parce qu'y avait personne dans ma région (...) pour ce que moi j'avais besoin comme réflexion. » (Simone).

Apprendre avec et par les femmes

Ce sont les femmes qui ont fait « naître » les sages-femmes et pour ces dernières, c'est avec et par les femmes qu'elles ont été en démarche et qu'elles ont appris. L'expérience vécue de Anne est claire: «C'était elles qui nous guidaient ».

Les femmes ont été les véritables formatrices des sages-femmes. Elles les ont fait cheminer. Comment ne pas le ressentir quand les relations se vivent au niveau du cœur, comme ce fut l'expérience de Camille? Cela prenait de la confiance réciproque pour ce genre de démarche, ce qui, pour Rachel, fut une évidence : « Nous apprenions avec les femmes parce qu'elles avaient tellement confiance. Pis nous-autres aussi on avait confiance en eux-autres, pis pas à peu près. »

En étant en démarche avec les femmes, les sages-femmes étaient ouvertes à découvrir des choses nouvelles et même des façons de faire différentes de ce qu'elles croyaient devoir faire.

« Moi au départ, je pensais qu'on faisait juste un examen. Mais là, les femmes s'installaient pis commençaient à nous parler de leur mari, de leur relations, de leurs craintes par rapport à l'accouchement. Bref, l'heure se remplissait et tout ça était important. J'me souviens pas qu'on ait fait attendre du monde deux heures pendant qu'on s'échangeaient des recettes de pudding chômeur. On avait des affaires importantes à se dire » (Alice).

Certains événements peuvent créer une empreinte profonde sur la pratique d'une sage-femme: des accouchements, des rencontres. L'expérience vécue d'une rencontre avec le conjoint d'une femme enceinte a été l'occasion pour Elizabeth de faire une démarche qui lui a fait équilibrer sa vision de l'ensemble.

« Avant, pour moi, c'était la mère, le bébé. Mais lui, un homme, au début de grossesse, y dit : moi j'aimerais d'abord fixer deux rendez-vous de plus avec toi, juste pour moi. La première rencontre : j'veux que tu m'expliques le développement de l'enfant comme il faut, parce que j'suis sûr que M va intuitivement être en lien avec son bébé mais moi je veux savoir. Moi je peux commencer par ma tête pour le rejoindre avec mon cœur. Ca m'a touchée. La deuxième rencontre, y voulait savoir comment accompagner une femme enceinte, comment dépasser ses besoins, sa routine, ses affaires à lui pour vraiment être avec elle, vraiment apprendre à l'accompagner. Y m'a changée vraiment par rapport à l'homme dans le couple, pis l'homme comme père, pis l'homme comme individu (...) Tu sais, j'étais déséquilibrée

dans ma vision de l'ensemble. J'avais besoin de ce morceau-là dans ma formation. » (Elizabeth)

Être en démarche amenait les sages-femmes à soutenir les femmes à être aussi en démarche. Pour Simone, les rencontres durant la grossesse étaient le moment par excellence pour cheminer avec les femmes. Cela demandait une présence attentive et patiente, une conviction de l'importance d'être là et de faire confiance dans la puissance transformatrice de la maternité. Une démarche se fait quand la femme est prête. Les choses surviennent en leur temps.

« Ça, j'aimais ça aussi les rencontres prénatales là. Savoir orienter la discussion, savoir aller chercher les gens, pis pas beaucoup parler. Écouter, penser, la laisser venir. Si a vient pas cette fois-ci, c'est parce qu'à la prochaine rencontre a me l'dira. C'est parce qu'est pas prête. A va l'faire quand a va être prête. C'est pas grave. Ah, ça j'aimais ça là. » (Simone)

Il s'agit de tenir compte du chemin et non pas seulement de la destination, car chaque « pas » est unique et digne d'être reconnu. Être en démarche, c'est reconnaître l'importance du processus et non pas seulement viser un résultat. Simone était là « pour ça ».

« C'est comme un voyage avec elle. Oui, parce que les femmes y cheminaient. Ah ! C'était ça le plus beau. (...) Elle était peut-être pas fière du résultat. Ça, a l'a pas choisi, mais la démarche a pouvait être fière. Moi j'étais là pour ça : la démarche. (...) D'avoir cheminé, ça se mesure pas tu sais. Un pas c'est son pas. La femme a peut juste être fière de son pas à elle, qu'y soit p'tit comme ça ou grand comme ça. Moi, j'étais là pour aider la femme à voir ça. » (Simone)

Comment être en démarche soi-même et penser en même temps à ce que les femmes « devraient » faire? Comment être en démarche soi-même et en même temps proposer aux femmes « la » démarche à suivre? Pour Alice, c'était une question de profonde cohérence.

« Je ne pouvais pas avoir voulu faire une démarche personnelle où je découvre ce qui est vrai et bon et pertinent pour moi-même, et par la suite, en étant vis-à-vis quelqu'un, lui dire: moi j'va te dire qu'est-ce qui est pertinent pour toi. » (Alice)

En cheminant avec les femmes, les sages-femmes gardaient la réflexion et la compréhension « ouvertes ». Cela permettait de découvrir des nouvelles façons de faire.

« Ça a pas été long qu'on s'est dit : on a besoin de parler en groupe. On a besoin d'échanger. On a besoin de créer un moment où les parents peuvent se rencontrer, pis échanger entre eux parce qu'ils ont des questionnements pis des hésitations pis des doutes que nous n'avons pas en ce moment parce qu'on n'est pas dans la même position qu'eux. Ces doutes et ces hésitations et ces craintes font partie du chemin à parcourir, pas des problèmes à régler. Croiser des gens qui en ont des semblables, qui en ont des différents, qui ont trouvé des réponses, qui ont trouvé un réconfort dans ne pas avoir de réponses. Tout ça, c'est important de le mettre en commun. Donc, on s'est mis à faire des rencontres prénatales. » (Alice)

« C'était jamais la même chose »

La grossesse et l'accouchement ne sont pas des abstractions. La sage-femme ne rencontre pas « une grossesse » ou « un accouchement ». Elle rencontre une personne, une femme enceinte et celle qu'elle aide à accoucher. Une sage-femme expérimentée possède peut-être un grand bagage de connaissances sur les accouchements mais d'une certaine façon, elle ne sait rien de l'accouchement de la femme qu'elle aide. Elle ne sait rien de *cet accouchement-là* car si accoucher est une expérience singulière pour la femme, elle l'est aussi pour la sage-femme. Comme « c'était jamais la même chose » (Nicole), être en démarche signifie que l'on est disponible à apprendre et à comprendre *à chaque fois*. C'est l'expérience de Anne pour qui « Chaque accouchement m'a montré des choses de plus ». Cette conscience de la singularité de chaque femme et de chaque rencontre faisait de la pratique une occasion d'apprendre sans cesse renouvelée.

« A tous les jours que la cliente venait, (...) Qu'est-ce que j'veais apprendre avec elle ? Qu'est-ce qu'a va me montrer ? Qu'est-ce que je dois savoir ? Y t'montrent à chaque fois quelque chose que tu dois apprendre. A chaque fois. » (Nicole)

Les connaissances biomédicales s'apprenaient dans les livres mais le savoir sage-femme se créait au fil des expériences. Une co-création, un savoir-faire unique, une co-naissance.

« Sentir où elle en est, elle. Regarder qu'est-ce qui arrive là. Y a rien d'écrit là-dessus. C'est au sentir, c'est à l'histoire, c'est ce qui se passe maintenant. Et puis, comme il n'y a jamais une histoire pareille. J'ai pas les réponses, mais on va les trouver ensemble. C'est comme ça. » (Estelle)

Lorsque l'on se rend compte que « tout compte », apprendre à chaque fois lorsque l'on pratique comme sage-femme devient une disposition face à la vie elle-même. Une façon d'être au monde qui considère l'unicité de chaque situation, de chaque histoire et de chaque personne comme une richesse. « A chaque fois, c'est toujours unique. On est riche hein ? » (Rachel). Pour Nicole, c'est la vie qui nous « forge » par la multiplicité et l'unicité.

« La vie est multiple hein ? A nous forge drôlement et de toutes les façons. On en rencontre des drôles, des moins drôles, des blessées, des poquées, des favorisées. (...) Tu sais, c'était jamais la même chose, pis c'est ça qui est riche. » (Nicole)

Être ensemble pour comprendre

Les groupes d'étude se sont souvent transformés en groupes de travail et, comme l'ont vécu plusieurs sages-femmes, en véritables « équipes d'entraide ». La soif d'apprendre des sages-femmes était forte mais elle fut aussi, sinon bien plus, un désir de comprendre les événements et les expériences, « une exploration d'un autre ordre qui était de s'ouvrir l'esprit » (Alice). Un besoin de faire du sens. Durant les rencontres d'équipe, les sages-femmes partageaient des histoires d'accouchement et

leurs réflexions à partir de ces expériences. Les histoires sont formatrices. Elles expriment un savoir, elles parlent de la vie et à chaque fois d'une façon d'être au monde. Chaque histoire a le potentiel de toucher et de transformer autant celles qui les racontent que ceux et celles qui les entendent. Elles sont une occasion de mieux comprendre autant le monde de la naissance que soi-même.

« Le contact avec les autres sages-femmes. (...) Partager nos histoires d'accouchements, partager notre vécu à l'accouchement même, se consulter, partager le dossier. L'histoire racontée. C'était la façon de se former. Wow ! La conter. » (Nicole)

En faisant la démarche d'être ensemble pour comprendre, les sages-femmes demeuraient en éveil par rapport aux événements, aux signes et à leur expérience vécue. « À l'époque, tout a servi. » (Alice). Complètement en lien avec ma propre expérience vécue de cette période, je crois que les sages-femmes ont démontré une formidable *vitalité*, exactement dans le sens des propos de Bertrand (2002) :

« C'est ainsi que notre vie s'alimente à la joie sourde, mystérieuse, secrète d'apprendre sans cesse, sur les autres et sur nous-mêmes, sur le monde, sur nos failles et défaillances, sur les pièges que nous nous tendons et les culs-de-sac dans lesquels nous nous enlisons. Cet acte d'apprendre sans cesse porte aussi le beau nom de *vitalité* ». (p.249)

C'est l'espace créé pour l'échange, le dialogue et la recherche de sens qui devenait une occasion privilégiée d'être en démarche et d'approfondir sa « compréhension de la naissance, des gens, de ce que les femmes vivent. » (Alice). Cette démarche permet aussi d'enrichir le langage autour de la naissance car : « On parlait d'énergie, on parlait de lumière, on parlait d'amour (...) On savait que ça faisait partie de l'accouchement » (Renée). Bien loin d'être présentée comme un fait ou une simple information, chaque situation était plutôt considérée comme une source de compréhension et un chemin de savoir.

« Les premières années, chaque accouchement faisait l'objet d'un retour en groupe parce qu'on a rapidement eu des apprenties. (...) Et là, on reprenait pis on disait : à tel moment quand la fille a dit telle chose, quand je l'ai examinée pis j'ai senti telle chose, pis là on ouvrait 4 -5 livres, on fouillait, pis on trouvait. (...) Tout ça se faisant dans une atmosphère conviviale, de circulation de l'information, de la connaissance et de la compréhension des choses. Une belle atmosphère d'échanges, de discussions, de confrontations. On remet en question des choses qu'on avait pensé claires. (...) C'est comme ça que j'ai appris moi, vraiment. (...) A mesure que les choses survenaient, j'allais fouiller et tout et tout. » (Alice)

« Être en démarche » a non seulement contribué à construire un savoir sage-femme, mais cela a permis d'explorer une façon d'être dans le monde et de le comprendre. Les événements étaient une occasion de saisir toujours un peu plus le sens de l'amour, du couple, de la maternité, du naissant, de soi-même, etc. Pour Alice, il s'agissait de « garder la réflexion autant sur le pôle pratique que sur le pôle invisible ». La pratique devient une façon d'être qui touche tous les aspects de notre existence et de notre *être*. Pour Anne, « C'est au sujet d'une pratique dans son entier. C'est au sujet de tout notre être. Nous avons besoin de tous les aspects de ça. ». Cette façon de pratiquer fut vécue comme quelque chose de « merveilleux ».

« Je crois qu'on a développé nos raisons d'être ensemble en discutant entre nous. (...) C'est quelque chose de plus profond qu'une profession. C'est une façon d'être ensemble, de retrouver le sens de la vie. Nous partagions ce que nous avons vécu à l'accouchement. Nous tissions ensemble une sorte de compréhension. Nous avons travaillé dans les niveaux cliniques et scientifiques et aussi au niveau qui était sous-jacent à tout ça. Et tout le temps avec les femmes. (...) C'était quelque chose de tellement merveilleux.»

Être avec d'autres sages-femmes fut une expérience plus grande et plus profonde que l'organisation d'une pratique et l'élaboration d'une future profession.

Se questionner

Pour une sage-femme, être en démarche c'est poser des questions et c'est aussi « se » poser des questions. Les gestes posés étaient-ils les bons? Ont-ils été posés trop tôt? Ont-ils été posés trop tard? Était-ce trop? Ou pas assez? Si les événements sont un résultat, quelle a été la part de la sage-femme dans ce processus?

Ces questions se posent avec encore plus d'acuité lorsqu'il y a des complications durant la grossesse ou à l'accouchement. Parfois, il suffit simplement de réaliser que les choses auraient pu mal tourner. La sage-femme se demande non seulement ce qui s'est passé, mais si ce qu'elle a fait aurait pu être fait différemment. Il y a un grand nombre de « si »: « si j'avais mieux travaillé, si j'avais été plus capable de lui dire les risques, si je l'avais envoyée plus vite à l'hôpital, si l'hôpital avait mieux collaboré, etc ». Craintes et tremblements. Pour Nicole, ce questionnement équivalait à une révision. Pour elle, devoir réviser, c'est « le » difficile de la pratique sage-femme et cela doit quand même être fait, entièrement.

« Y a des accouchements que tu portes le restant de tes jours. Quand quelque chose va pas bien, tu t'dis: où c'est que j'aurais pu prendre une décision différente? J'aurais – tu pu faire autrement? Pis ça, c'est « le » difficile de la vie de sage-femme: se faire rappeler à l'ordre par des événements qui peuvent être tragiques. (...) Y a des complications qui t'amènent à réfléchir sur ton jugement clinique. Ils te font réviser des facteurs de risque et ils te font réviser ton attitude face à ça. Ils te font aussi réviser le but ultime de: pourquoi tu fais ça dans vie? Là, je révise de A à Z. La révision, ça c'est pénible. On se dit toujours: j'va en prendre juste une partie mais là, ça vient au complet là. Tu peux pas prendre la moitié du paquet. » (Nicole)

Les sages-femmes avaient répondu à un appel et s'étaient retrouvées dans l'univers de la naissance. Elles avaient appris à « être prête » à chaque accouchement. Or le moment de l'accouchement et de la naissance est l'un des moments de la vie où *tout* est en présence: puissance et fragilité, vie et mort. Comme tous ceux et celles qui assument des responsabilités auprès de la femme qui

accouche et auprès de son bébé, « être là » durant le processus de maternité c'est aussi **rencontrer la mort**. Elle fait partie du *tout* de la naissance.

Comme beaucoup d'autres, même si la mort a seulement été frôlée, la sage-femme ne fait pas que « se questionner ». Elle « se remet en question », parce qu'elle se sent responsable. Il ne s'agit pas seulement de questionner ses gestes, ses attitudes et ses décisions mais bien de mettre en question la place même que l'on a prise auprès des femmes.

« À chaque fois qu'y avait un p'tit peu un coup dur hein ? Toujours la question : t'es-tu à ta place pour faire ça ? T'es-tu assez compétente ? J'me r'tournais toujours en question. » (Simone)

Être en démarche, c'est aussi faire du sens avec les événements dans lesquels on est impliquée. Lorsque nous sommes ébranlées et que s'ouvrent « des portes de peur », il est difficile de trouver le sens de l'événement. Il arrive même de songer à arrêter.

Non seulement de tels moments sont difficiles pour une sage-femme, mais ils sont ressentis aussi par tout le groupe de sages-femmes. Alice s'est aussi posée les mêmes questions « un million de fois », mais ce qu'elle a trouvé difficile à vivre et qui fut plus important qu'elle ne l'aurait souhaité, ce fut de sentir « de la distance et du jugement plutôt que de la solidarité » de la part des autres sages-femmes. Elle aurait voulu que le mouvement puisse attester clairement « ses choix, sa réflexion sur la vie, la mort, et le fait d'accepter que si t'es sage-femme, tu vas perdre un bébé un moment donné ». (Alice)

Dans une culture où la mort est occultée, il ne se fait pas beaucoup de place pour sa visibilité et encore moins une autre vision de sa réalité dans les processus de vie de la maternité. Parce qu'elles sont en démarche, les sages-femmes continuent à se questionner et continuent ainsi à cheminer. Pour Rachel, cela revenait à dire « oui » à la vie, dans sa totalité.

« Pis dans le fond, ben tu laisses passer le temps, (...) puis là, là, (...) y a encore quelqu'un qui vient te chercher, pis là tu dis oui à la vie encore une fois ».

Partager l'expérience vécue

Les sages-femmes ne faisaient pas que des rencontres entre elles. Plusieurs ont été impliquées dans des groupes de femmes et de parents. Il s'agissait d'explorer une démarche d'auto-santé, de connaître son corps de femme, de partager son vécu de maternité et de femme. Pratiquer comme sage-femme consistait aussi à participer à une prise de parole, à des échanges entre femmes et entre parents. C'était aussi une participation à une démarche collective de réappropriation de la maternité par les femmes et les milieux de vie. Comme « on a toutes des histoires » (Estelle), prendre la parole et raconter l'expérience vécue de l'accouchement, de l'allaitement et de la réalité de la vie de parent, furent une voie importante de réappropriation.

« On se rencontre dans des salles, des sous-sol d'églises, et là on apprend d'une mère à l'autre : qu'est-ce qui est important pour chacune, de son expérience d'enfantement, soit à l'hôpital ou à la maison, mais c'était naïtre chez nous. » (Estelle)

Ce fut non seulement une façon de construire un savoir sur la maternité mais aussi un moyen d'explorer et d'utiliser un langage différent du langage biomédical objectivant. Pour Simone, « C'était une démarche de communauté de femmes ».

Pour Estelle, ce savoir et ces histoires étaient un trésor à partager dans l'espace publique. C'était une façon de s'approprier la naissance et de la garder vivante dans la communauté. Les sages-femmes ont souvent fait partie de cette démarche de réappropriation. La prise de parole et les témoignages, ces « grandes histoires » doivent être offerts à la collectivité pour leur pouvoir « fortifiant ».

« On a formé une revue qu'on n'a pas publiée longtemps mais où on a travaillé comme des folles pendant deux ans : Naître et grandir. C'était une superbe revue. (...) Des écrits que les parents ont faits (...) On se disait: le savoir des parents, y a rien de plus précieux. C'est la bonne école hein ? Parce qu'on peut se perdre rapidement. Ce sont des outils tout simples que les parents peuvent se réapproprier tout le temps. (...) On a écrit plein de choses sur nos expériences d'accouchements, c'est quoi l'allaitement. Les pères écrivaient. La parole était à tout le monde.(...) Des histoires à nous. Ça va non seulement vous fortifier mais ça va fortifier les gens qui vous entourent. C'est des grandes histoires. C'est des grandes histoires. »
(Estelle)

Les sages-femmes étaient en démarche. En fait, elles étaient en croissance. Un peu comme un arbre dont les branches et les racines se développent en même temps.. Autant au-dessus de la terre qu'en-dessous. Autant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Autant le au niveau collectif que personnel. L'un ne s'est pas fait sans l'autre.

4.53 Développer la complicité

La réémergence des sages-femmes au Québec est associée à des mouvements sociaux comme le féminisme, la santé des femmes, la critique de l'obstétrique moderne, l'humanisation de l'accouchement et la réappropriation du corps et de la naissance. Il est facile de croire que les sages-femmes étaient en conflit ou en guerre contre la médecine et les médecins. En fait, ce ne fut pas vraiment leur réalité. Les sages-femmes ont eu des contacts plus ou moins fréquents avec les médecins. L'expérience vécue de ces rencontres et de ces relations n'a pas toujours été évidente, passant du mépris, par l'indifférence, à la complicité. Nous pouvons quand même comprendre que les sages-femmes ont développé un sens de la complicité, nuancé et modulé au fil des personnes et des circonstances.

Du choc de la différence...

Il existait deux occasions de rencontre entre un médecin et une sage-femme. Lorsque l'accouchement se passait à la maison et lorsque la sage-femme faisait ce que l'on appelait de l'accompagnement à l'hôpital. D'une part, les sages-femmes assumaient la responsabilité d'aider une femme à accoucher en dehors de l'hôpital mais lorsqu'une difficulté survenait, il fallait alors se rendre à l'hôpital pour avoir certaines interventions médicales. La rencontre sage-femme-médecin s'articulait autour d'une demande d'aide de la part de la sage-femme. D'autre part, plusieurs sages-femmes faisaient ce qu'on appelait de « l'accompagnement à l'hôpital ». Cela consistait à rencontrer une femme durant sa grossesse et d'être avec elle tout au long de son accouchement qu'elle avait décidé de vivre à l'hôpital.

Dans un contexte où l'accouchement est défini comme un acte médical et où pratiquement 100% des femmes accouchaient à l'hôpital, rencontrer une « non médecin » qui « fait » des accouchements, est sûrement un choc pour n'importe quel médecin formé et socialisé à être le seul praticien légitime pour l'accouchement et à être en contrôle dans son territoire, l'hôpital. De plus, le fait de rencontrer un « non médecin » qui va à des accouchements en dehors de l'hôpital crée un choc encore plus grand. Autour du même événement de la naissance, deux univers différents, deux compréhensions, deux regards.

Lors de l'arrivée d'une sage-femme à l'hôpital, la réaction du médecin pouvait en être une d'indifférence. L'indifférence, c'est une façon de ne pas reconnaître la différence et de ne pas y être confronté. C'est faire comme si l'autre n'était pas là. Nicole le savait très bien et l'acceptait.

« J'ai accepté profondément que je ne sois pas vue quand j'arrive. On ne me voit pas. J fais partie du mur. L'important, c'est que je sois avec les parents. ».

Pour Simone, sa démarche de sage-femme était liée profondément à une démarche d'auto-santé, de réappropriation du corps et de l'enfantement. Cette démarche l'amenait à être avec les femmes et non pas à être contre les médecins. Le sens de son action était beaucoup plus celui d'une quête que l'énergie d'une guerre. Pour elle, « La réappropriation, c'était pas contre l'hôpital ».

L'indifférence est reliée à un certain niveau de tension mais parfois, il y avait carrément de l'hostilité. Elle s'exprimait autant envers la sage-femme qu'envers la femme. Rien de subtil.

« j'ai trouvé ça très difficile... y a dit à la femme : r'tourne toi-en dans le bois avec ta sage-femme pour accoucher, si tu veux pas m'écouter... Because I am the boss here in this hospital and you are better to listen to me (...) quand on sait très bien que ça faisait déjà deux jours qu'elle était en travail. (...) Pourtant, j'étais pas contre les docteurs. » (Rachel)

Les sages-femmes n'avaient pas toujours des relations de coopération, ou même de respect avec les médecins. Simone, qui voulait aider les femmes dans sa vie, ne comprenait pas certaines réactions des médecins et en était même révoltée.

« j'te dis qu'y a des fois là. Ayoye... ayoye... (...) me faire ramasser. (...) Une fois, c'était un accompagnement à l'hôpital. J'me rends à domicile, pis la fille a m'dit : « j'm'en irai pas, r'garde, on va rester ici, r'garde, j'chu à 8-9 centimètres. J'ai pu le goût de partir là ». Pis j'fais pas ça moi. D'habitude mes contrats sont clairs : j'fais pas ça mais là bon, a l'a une situation particulière, le chum qui va la laisser, qui l'a trompée en grossesse, qui va partir après l'accouchement, etc, etc. Est à deux minutes de l'hôpital, fait qu'on dit : ok. sauf que on a fini par y aller pis le médecin à l'hôpital, y m'a ramassée. Y m'a dit : « en tout cas madame, j'espère ne plus jamais vous revoir ». Sur le coup ça m'a défait mais après ça, ça m'a révoltée parce que je trouvais ça d'une indécence totale, d'avoir le pouvoir de descendre des gens comme ça quand toi, dans ta vie, t'es juste là pour aider le monde là. Comment ça se fait que j'me fais dire des niaiseries comme ça ? Parce que je suis sage-femme ? C't'effrayant. Un p'tit résident baveux, pis qui est plus jeune que moi là. » (Simone)

Ce que les sages-femmes trouvaient difficile dans ce choc, ce n'était pas tant le vécu personnel des « intervenants » que l'effet des tensions sur les parents. Les sages-femmes ont senti que c'était souvent les femmes qui faisaient les frais du choc de la présence d'une sage-femme auprès d'elles dans un hôpital. Les conséquences étaient autant physiques que psychologiques. Hélène, pourtant sage-femme diplômée, l'a vécu douloureusement.

« Quand on tombait sur un médecin qui ne nous voyait pas souvent et qu'y avait besoin d'une intervention, c'est la femme qui payait pour. (...) de voir faire une, deux révisions utérines pour montrer t'sais là. Fait que quand j'ai dit que les femmes payaient pour des choses qui étaient politiques là. Fait que j'ai surtout travaillé avec pas mal les mêmes médecins par rapport à ça. (...) C'est ça qui était dur en r'venant d'un accompagnement à l'hôpital. De voir tout ça. Pis même une femme bien préparée qui paye parce qu'a l'a choisi une sage-femme ? J'me souviens d'un, entre autres, après une césarienne, y est débarqué dans la chambre de la femme pis y a dit : « pourquoi t'as voulu accoucher à la maison ? » « J'ai jamais voulu accoucher à la maison de ma vie ». « Pourquoi t'as pris une sage-femme ? » Pis là y est mal tombé parce que le couple, les deux y étaient avocats. Mais y a passé une heure à la harceler dans sa chambre, après une césarienne, parce qu'a l'avait été accompagnée d'une sage-femme. (silence) Fait que j'trouvais ça dur moi, pour les femmes, pis le peu de considération. J'en avais avec ceux avec qui je travaillais, pis avec qui je pouvais jaser pis qui étaient en accord avec ce qui allait se passer, mais tous ceux qui étaient contre, pis qu'y voyaient pas, ça c'était dur, pas juste pour nous autres, pour les femmes. » (Hélène)

Au sens de la complicité

Pour les sages-femmes, la complicité était reliée à l'ouverture. Elles parlent de médecins « ouverts » et ce sont ceux qu'elles réfèrent aux femmes. Que peut signifier cette « ouverture » dont elles parlent ? Pour Camille, c'est d'abord une ouverture à l'accompagnement, à la présence des sages-femmes, à autre chose. Bref, une ouverture à l'autre, à la confiance, à un engagement auprès des femmes.

« C'était des médecins qui voulaient apprendre, qui étaient ouverts à une nouvelle approche (...) qui ont fait confiance aux femmes. (...) Ils ont ouvert leur conscience à accueillir les désirs des couples et des familles. Y se sont même fait « blaster » par leur équipe de travail ». (Camille)

L'ouverture se faisait par rapport à ce qu'on appelle « l'accompagnement », la présence d'une personne autre que le personnel de l'hôpital ou le conjoint, tout au long du travail et de l'accouchement. Pour Anne, c'était simplement l'accueil et l'ouverture à la différence. Rencontres, échanges, discussions avec un médecin. « Nous n'étions pas d'accord mais il était ouvert. Tout était une question d'une certaine ouverture. »

Gisèle avait besoin de réponses à ses questions. Elle avait accouché deux fois mais une femme venait accoucher sur sa terre et elle considérait qu'elle ne savait pas grand-chose sur l'accouchement d'une autre femme qu'elle-même. Que des refus à ses questions mais enfin une écoute, un accueil à ses besoins et une certaine complicité. Après tout, il s'agissait d'aider une femme à accoucher.

« Pis, là j'ai appelé des médecins. Moi j'avais des questions, j'avais jamais fait d'examen vaginal. Je voulais savoir où est-ce qu'y étaient les épines. J'sais pas, j'avais lu qu' chose sur les épines pis ça m'avait accroché. Fait que j'avais appelé pour savoir où est-ce qu'étaient les épines. J'me faisais raccrocher la ligne au nez par les docteurs. Tu sais j'appelais les femmes médecins. J'ai dit : y vont comprendre eux autres. C'était les pires. Finalement, j'ai eu le nom d'un médecin qui a accepté de répondre à mes questions : tu as déjà accouché ? Elle a déjà accouché ? Bon, a devrait être capable d'accoucher encore. Y a dit : j'irai pas mais tu peux m'appeler n'importe quand. Y m'a présenté une infirmière aussi. Elle est venue pis a m'a montré à examiner le col. » (Gisèle)

Maryse était seule dans sa région. Elle a trouvé un allié chez un médecin qui avait lui-même fait une démarche de distanciation par rapport à son propre éthos professionnel.

« C'est sûr que c'était au fil des expériences. J'm'étais trouvée des alliés, entre autre Michel qui était médecin, qui était ouvert et qui avait été, lors de ses premières années de pratique à deux accouchements à la maison. Il aurait voulu continuer mais il s'était fait taper sur les doigts par le Collège. Donc, y me soutenait. Si j'avais des questions, je pouvais l'appeler. » (Maryse)

La complicité pouvait s'exprimer aussi par une volonté d'aider les sages-femmes qui voulaient apprendre. Simone a eu une expérience de soutien précieux.

« Il y en a eu des fantastiques qui m'ont dit : tu veux-tu apprendre à passer un col ? On va t'aider. Tu veux-tu apprendre à poser une ventouse ? On va te l'faire. Tu veux-tu apprendre des affaires ? On va te les montrer. » (Simone)

Il est évident que les médecins qui allaient eux-mêmes à des accouchements à la maison (et il y en a eu), n'avaient pas la même attitude par rapport aux sages-femmes, ni par rapport à l'enfantement d'ailleurs. Le seul fait d'avoir été à un accouchement à la maison créait une complicité d'expérience partagée, d'expérience comprise. Line a d'ailleurs beaucoup appris avec un médecin qui venait à la maison dans les débuts de sa pratique.

« Lui, y arrivait avec deux affaires dans ses mains : sa bouteille d'eau, pis un sac brun. Dans le sac brun y avait des gants d'examen. C'est tout. Pis y disait: quand j'ai besoin de plus que ça pour l'accouchement, c'est qu'on peut pu être ici. Nous, on avait plein d'affaires mais on n'utilisait jamais rien, parce qu'y écoutait le cœur avec son oreille. Y prenait pas la pression parce qu'y disait : ben, tu la r'gardes pis tu l'sais si a fait de la haute pression. A n'a pas fait durant sa grossesse, pourquoi a va en faire, aujourd'hui ? Y examinait pas ses clientes. Quand a va sentir le goût de pousser a va me l'dire. C'est quoi qui presse ? C'était le ici et maintenant. (...) .Avec lui, j'ai appris à rien faire, à attendre, à laisser les femmes exprimer leurs choses, laisser aller les affaires, à pas anticiper les complications pis les çï pis les ça. Pis ? Ça fait 7 heures qu'est à 4 centimètres. Et puis ? Est en forme, le cœur du bébé va bien, il est où le problème ? A saigne pas, est pas rompue ; y en a pas de problèmes. Y a un problème à partir du moment où elle est pu bien là-dedans. Fait que moi, j'ai appris beaucoup beaucoup dans ça. » (Line)

Que s'est-il passé pour que se développe une certaine complicité? Pour certaines, c'était l'attitude de non confrontation qui avait été importante.

« Avec eux, j'ai rarement eu des problèmes, parce que je les ai jamais confrontés moi. Ça s'est toujours passé autrement. Ce sont les couples qui ont « dealé » les affaires avec les médecins. Moi, j'ai jamais « dealé ». J'ai vécu des accouchements extraordinaires à l'hôpital; des femmes qui ont accouché debout, dans toutes les positions. (...) Moi, quand j'suis arrivée à l'hôpital avec mon banc d'accouchement une fois parce qu'une dame voulait accoucher. Y l'ont pris, y sont allé le montrer au menuisier pour en faire faire un. D'aut'filles leur parlaient de ça pendant des mois pis y avait aucune ouverture. (...) J'pense que c'est parce que je les ai jamais confrontés. J'ai jamais tout accepté ce qu'y faisaient non plus, sauf que j'ai jamais embarqué dans une dynamique de confrontation, je les aidais à embarquer plus dans nos affaires. » (Hélène)

Pour d'autres, c'est le temps qui a fait son œuvre. Lorsque l'inconnu n'est plus aussi inconnu, la différence n'est plus considérée de la même façon. On se connaît. Pas nécessaire de penser la même chose ou même de croire aux mêmes choses, mais quelque chose est suffisant pour faire confiance et vivre un respect réciproque. Estelle parle d'appivoisement, comme celui qu'elle a vécu au fil des années. Elle parle d'une dizaine d'années.

« Au fur et à mesure, y s'est fait un peu de dégel. (...) Lui, ça a pris du temps à l'appivoiser. Il était de l'autre équipe. Pis finalement, ça se faisait t'sais, tranquillement avec les transferts. Attendre le bon moment, pour expliquer les choses. Tu sais, le « timing », je trouvais qu'y était ben important pour pas les offusquer. Je les ai invités à dîner souvent. (...) Y savaient que moi, je les écoutais vraiment. Donc, c'était réciproque » (Estelle)

Lors d'un transfert à l'hôpital, il pouvait y avoir de la collaboration entre le médecin qui recevait la femme en travail (parfois la mère après l'accouchement ou l'enfant après sa naissance) et la sage-femme qui accompagnait la mère. Cette collaboration pouvait se faire de façon polie, sans plus, parce que c'était le sens du professionnalisme qui prévalait. Au fil des événements et des rencontres, certaines

sages-femmes ont constaté que des médecins avaient cheminé et avaient même changé leur pratique. Les échanges sont moins tendus, un dialogue peut s'installer, les parents sont accueillis et écoutés. C'est le début de quelque chose qui n'est pas du même type qu'une collaboration professionnelle. Nous pouvons parler et même sentir une certaine complicité parce qu'il y a une certaine connivence, un accord tacite.

La complicité qui s'est vécue était articulée et vécue autour d'une nouvelle façon de voir et de faire, une façon d'explorer différemment un rapport au monde et à la naissance. Certains médecins et certaines infirmières ont accepté de se laisser toucher par le monde où il est possible d'apprendre et d'évoluer avec les femmes. La complicité se créait lorsque les gens en présence étaient à l'écoute les uns des autres, et surtout à l'écoute des femmes. La complicité se construisait lorsque tout le monde entraînait dans « la danse » de la naissance. C'était une complicité pour accepter d'agir et d'être « autrement ». L'on pouvait passer du regard clinique à la présence, de l'approche technique à la compréhension, lorsque pouvaient coexister l'acte et la puissance d'*être*, le geste et le sens, le regard et la présence.

Cette recherche d'une autre façon de voir, d'être et de faire était partagée par un bon nombre de personnes et n'était pas l'œuvre de quelques marginaux. Pour Anne, les gens cherchaient et voulaient « toucher » une autre partie de la réalité, une autre façon de voir et d'être.

“Toutes les choses arrivaient en même temps. C'était une autre façon de voir, une autre façon d'être, une autre façon de faire. Ce n'était pas nouveau et ce n'était pas dominant à ce moment-là. Il me semble qu'il y avait beaucoup de monde qui cherchait, et que partout, il y avait une ouverture parce que les gens voulaient toucher ça... parce que ça manquait. C'était pas seulement une gang de bizarres dans leur coin ou de marginaux qui voulaient toucher à ça. » (Anne)

Pour Heidegger (1962) « Toucher signifie: mettre en mouvement. Notre essence est mise en mouvement...dans ce toucher, notre vouloir est « é-mu » (p.365). Comme d'autres, nous pourrions dire que les sages-femmes ont été « é-mues » par la naissance et par les femmes.

4.6 Pratiquer comme une façon de vivre

Bien loin d'une organisation du travail structurée par un cadre institutionnel, la pratique sage-femme des années 1980 s'est développée et organisée à partir d'un contexte de vie unique à chacune. Il s'agissait de s'organiser pour pouvoir « être là » pour chaque femme, au moment où son accouchement débutait, et à l'endroit où il se déroulait.

Être mère et être sage-femme étaient deux grandes passions et deux grandes responsabilités dans le cœur et la vie de la même personne. L'univers familial et l'univers de la pratique sage-femme ont été très liés les uns aux autres. Ils se sont touchés, ils ont évolué ensemble, ont été inspirants l'un pour l'autre. Ils ont laissé des traces, à la fois heureuses et douloureuses les uns sur les autres. C'est pour cela qu'on peut dire que l'expérience de la pratique sage-femme fut celle d'une façon de vivre.

4.61 Partir la nuit

Pratiquer comme sage-femme signifiait que l'on peut avoir à partir n'importe quand, autant la nuit que le jour. Nul ne savait quand, et nul ne sait combien de temps elle sera absente de la maison. Lorsque l'on comprend que les accouchements débutent souvent la nuit, cela signifie que ces mères de famille devaient partir en pleine nuit. Les sages-femmes ont dû trouver toutes sortes de façon d'organiser leur vie pour tenir compte de cette réalité de leur pratique.

On ne peut pas être mère et être sage-femme « seule ». Un conjoint et des amis sont aussi impliqués dans la pratique de la sage-femme. La créativité et la bonne volonté sont utilisées pour pratiquer et prendre soin de ceux qu'on aime. Pour Line, ce fut une danse organisée avec sa partenaire de pratique qui demeurait dans le même « bloc ». Les tâches de présence auprès des enfants étaient partagées par plusieurs adultes, dont deux sages-femmes et un conjoint. La danse pouvait se faire entre toutes ces personnes. La mère et la sage-femme tenaient compte l'une de l'autre.

« On restait dans le même bloc et c'était ben pratique. Mon chum gardait ses enfants, parce qu'y a toute ça hein aussi ? T'es appelée à trois heures du matin. Moi j'avais un enfant mais j'avais un chum. Elle avait deux enfants pis pas de chum. Elle montait ses enfants pis a les couchait chez nous. Mon chum les envoyait à l'école pis y allaient à la même école que ma fille. Au niveau des horaires, les gens y le voient pas t'sais, mais c'est toute une organisation. Fait qu'elle et moi, on a pratiqué quand même longtemps ensemble. » (Line)

Pratiquer comme sage-femme était un ensemble synergique d'échanges et d'entraide. Le soutien d'amis précieux ne consistait pas seulement à prendre la relève pour s'occuper des enfants. L'ami de Jeanne savait prendre soin d'elle et la soutenir.

« J'ai toujours eu beaucoup d'amis autour, ce qui fait que quand je partais en pleine nuit, je pouvais appeler une amie pis dire : ben là, les enfants sont tout seuls. Envoie quelqu'un chez nous, pis là y a quelqu'un qui venait prendre la relève. (...) Après, ça a été mon ami qui prenait la relève. (...) Quand je partais la nuit y faisait les lunchs le matin, les envoyait dans l'autobus. (...) Si y savait que j'étais pas revenue pour le souper, y faisait le souper, pis y attendait à l'école, autour de l'école. (...) Lui y m'a toujours, toujours, toujours soutenue. Quand j'étais appelée en pleine nuit, y allait déneiger l'auto, y m'préparait mon thermos de café. » (Jeanne)

Avoir des enfants c'est aussi les allaiter et lorsque l'on n'a pas de gardienne, une solution s'impose: aller à l'accouchement avec son enfant car l'aide à une femme

devenant mère n'avait pas à être séparée de sa propre vie de mère. Cela donnait un sens différent à la présence et à l'aide lors d'un accouchement. Cela donnait aussi un sens très particulier d'un partage féminin autour de la naissance.

« Je l'ai amené avec moi à quelques accouchements. Y avait pas deux ans. (...) J'ai amené les autres déjà aussi, assez souvent. Même Annie est venue avec moi à l'hôpital pour un accompagnement que j'avais. Jamais personne qui m'a dit quoi que ce soit. Dans la chambre de naissance, mon bébé, là, dans son panier. On aidait la femme à accoucher, pis on mettait les p'tits au sein après toutes les deux. »
(Rachel)

4.62 Travailler chez soi

La vie de sage-femme n'est pas seulement constituée d'appels de nuit au moment de l'accouchement. Il faut pouvoir s'organiser pour voir les femmes enceintes durant la grossesse. Le fait d'avoir un bureau à la maison permettait à Line de voir à la fois ses clientes, sa fille et de voir à l'organisation de la maison.

« Moi, j'ai jamais eu de bureau à l'extérieur. Mon bureau a toujours été chez nous. Je m'organisais avec soit une pièce dans la maison, ou bien ma chambre à coucher où qu'y avait un bureau pis un futon que je pliais qui faisait un divan. J'ai toujours vu les gens chez moi, ce qui était pratique parce que Hélène pouvait venir dîner le midi à la maison. Tu sais, entre deux clientes tu peux faire une brassée de lavage, quand t'as un trou d'une heure. C'était comme si je travaillais à temps partiel. » (Line)

Voir les femmes et les couples dans sa propre maison apporte une énergie particulière que Rachel aimait pour sa maisonnée. Elle avait le sentiment que l'esprit et le cœur qu'elle mobilisait pour accompagner les femmes demeuraient dans sa famille, dans sa maison et profitaient à tout son monde.

« J'les voyais régulièrement chez nous. J'aimais l'atmosphère de c'qui restait après là t'sais. Ça j'aimais bien qu'y passent dans ma maison. Pis après ça, tu vas faire ton souper, pis t'es encore dans l'esprit de ça. » (Rachel)

Voir les femmes chez soi n'a pas seulement un aspect pratique. Pour Simone, c'était une expérience d'accueil, de rencontre et de partage de réalités familiales.

« Combien de visites chez nous parce que la clientèle venait chez nous. J'ai eu des bureaux dans toutes mes maisons à peu près. Les gens venaient avec leurs enfants. C'était quelque chose de familial. C'était pas juste le côté professionnel. C'était une famille qui accueillait une autre famille. » (Simone)

Le sens de l'engagement à aider les femmes à accoucher chez elles était profond et loyal. Le sens pratique, la volonté d'être là, ainsi que le sens de l'accueil, ont menés Simone à offrir à une femme de venir accoucher chez elle. Non seulement les sages-femmes sont disponibles, mais elles savent même rendre leur famille, leur conjoint et leur espace de vie disponibles pour la naissance. L'accouchement n'est pas un événement médical et la naissance appartient aux familles, celles qui s'agrandissent et celles des sages-femmes aussi.

« C'est sûr qu'en même temps j'ai eu un conjoint à l'époque (...) Lui y a permis aussi que ça soit possible, que cette disponibilité de ma part, pis celle de la famille, des lieux. (...) J'avais une cliente que j'avais déjà aidée une fois. Je pense que c'était son sixième. Pis là, elle habitait dans un rang perdu, pis j'y disais : r'garde, j'arriverai pas à temps, j'aurai pas le temps. T'es tout seule. T'auras pas d'aide, ça a pas d'allure. Viens chez nous. Elle était venue, on y avait fait une chambre, on l'avait installée pour deux semaines. Fait qu'était venue accoucher chez nous. Pis les relevailles, pis faire ses déjeuners. » (Simone)

4.63 En communauté

Pratiquer comme sage-femme signifie souvent une façon de vivre ensemble, bien plus que simplement exercer une profession. Pour Anne, cela fait partie d'une organisation en communauté où le partage des responsabilités et l'entraide lui permettaient d'aider les femmes à accoucher et de partir en plein milieu de la nuit sans être inquiète pour son fils.

« Je vivais dans ce temps-là avec deux autres femmes qui avaient des enfants du même âge que le mien. Il y avait beaucoup de partage. (...) C'était une communauté qui me soutenait pour être sage-femme. Je n'aurais jamais pu faire ça dans un autre pays. Ça aurait été impossible. C'était une sorte de partage qui me permettait de partir au beau milieu de la nuit. C'était définitivement une façon de vivre. Ce n'était pas : voici d'un côté ma profession et voilà d'un autre côté les choses de ma maison. Tout était ensemble. » (Anne)

Pratiquer comme sage-femme ne signifie pas que la sage-femme n'a plus de vie personnelle parce qu'elle est sage-femme. Irène a appris à vivre avec sa pagette et à prendre le temps pour ses activités et sa famille. La pratique sage-femme était tellement intégrée à sa vie qu'elle n'avait pas l'impression que c'était un travail.

« C'est certain que moi, j'ai appris à vivre avec et non de dire : ah c'est plate, j'ai une pagette. Tu peux pas aller n'importe où. Tu peux faire ce que tu veux mais faut que t'aies la conviction que quelqu'un peut t'appeler et que tu lui donnes cet espace-là. J'ai appris à vivre en faisant mon ski alpin pareil, mon ski de fond, ma course, partir dans la forêt. Écoutes, j'me suis jamais privée, et ça j'adore le dire parce que j'trouve tellement qu'y faut croire. T'achètes une pagette mais au-delà de ça, il y a des signes qui nous arrivent. Y faut juste être à l'écoute, à chaque fois. Et j'ai été très rarement dérangée. Il y a des choses que je tenais à faire, mes activités fondamentales que si j'les fais pas, ça va pas ben là, puisque je me sens moins bien. C'était de même pour ma vie de couple, en famille. Tu sais, j'ai appris comment on peut être envahie comme sage-femme et comment on peut mettre aussi ses intentions claires. J'étais tellement heureuse de faire ce travail-là. C'était même pas un travail à ce moment-là. » (Irène)

Le soutien du conjoint ne consiste pas seulement à prendre la relève lorsque la mère-sage-femme part pour un accouchement. Estelle a eu cinq enfants, elle se sentait appelée comme sage-femme à chaque accouchement et elle avait aussi un travail d'éducatrice. Son conjoint a été celui qui l'a aidée beaucoup concrètement, mais qui l'a surtout aidée en questionnant ses limites. Cela lui a permis de les sentir et de créer un certain équilibre de vie.

« Y a les enfants, y a Jean-François et il y a le travail qui recommence. (...) Il y a mon interrogation aussi : est-ce que dans ma vie de famille actuellement, dans mon état de santé, dans mon équilibre familial, est-ce que ça s'inscrit aussi ? (...) Des fois, j'ai besoin qu'y m'dise : ça va faire là. Ta santé s'en va. Pis j'ai besoin qu'y m'rappelle pour m'écouter pis dire : c'est vrai, ça a pas d'allure là. Alors, j'ai toujours cet équilibre-là qui s'est fait. » (Estelle)

4.64 Nos enfants

Les enfants des sages-femmes n'ont pas tous partagé les activités de leur mère- sage-femme, mais ces activités avaient un impact sur leur vie. Les sages-femmes en étaient bien conscientes, mais le souvenir d'Alice illustre de façon saisissante une de ces prises de conscience.

« C'est sûr que ça a voulu dire que j'ai pas été là à des soupers d'anniversaire, à des soirs de Noël, à des spectacles de fin d'année. Un jour, Z qui apprenait le violon à l'école m'avait dit : tu m'as-tu déjà entendue jouer, tel air, tel morceau de violon en concert à l'école ? Non, je n'crois pas. « Ah ? ça va être la cinquième fois que j'va le jouer. » (Alice)

La sage-femme sent qu'elle a été appelée et elle répond à cet appel, mais son entourage n'a pas la même expérience ni le même engagement. Renée a conscience d'avoir fait vivre à ceux qu'elles aimaient des choses difficiles. Elle a trouvé ça « difficile émotivement » même si elle reconnaît en même temps qu'elle était « extrêmement heureuse d'être dans cet univers-là ».

« Ben moi, j'étais monoparentale avec un enfant de 5 ans. J'le faisais garder énormément parce que j'avais une grosse pratique. Quand j'avais deux minutes, c'était ma fille pis mon fils que j'faisais venir, qui était avec son père. J'le voyais, juste quand j'avais des p'tits congés. (...) Moi ça, ça a été ben ben ben « rough » pour ma famille. Ça a été ben dur pour les enfants, parce qu'on avait pas beaucoup de congés hein ? » (Renée)

C'est en regardant plus tard ce qu'ont été toutes ces années que certaines sages-femmes parlent de la peine douloureuse de ne pas avoir été toujours là pour leurs enfants. Alice se rend compte qu'elle n'a pas toujours fait les bons choix, même si à l'époque elle ne pouvait envisager de faire autrement. La vie de famille était parfois « envahie » par l'univers des sages-femmes.

« Pendant des années, le centre provincial des sages-femmes et de l'accouchement à la maison, c'était mon numéro de téléphone. C'était chez nous. Il y avait des fois où j'étais à des accouchements, y a eu des fois j'faisais des visites postnatales. Mais y a eu des fois où j'passais deux heures au téléphone parce que je r'cevais un téléphone d'une fille du Lac St-Jean, pis d'une autre fille de ci, pis de ça. (...) c'était dans la maison chez nous, à l'heure du souper. Tu sais, y a des moment donnés où j'aurais pu dire : peux-tu me rappeler demain. Pis j'l'ai pas fait. Ça me venait même pas à l'esprit. » (Alice)

Cependant, tout n'est pas qu'épreuve ou traumatisme. Nicole constate que ses enfants ont développé une grande autonomie et que c'était vécu de façon positive.

« Mais (...) vite vite vite y a voulu garder, pis y a assumé le gardiennage. Chus capable. Deux heures ? On est capables deux heures de rester tout seuls pis vite, vite vite y se gardaient tout seuls. Est-ce que c'était bien ? Je ne sais pas mais c'est ce qu'y voulaient. Y étaient prêts à ça eux-autres. J'arrivais pis ça allait dans la maison. Y s'étaient bien organisés. (...) Eux-autres y étaient ben fiers que leur mère soit sage-femme. » (Nicole)

Pour Rachel, sa pratique a créé une sorte de richesse pour sa famille car l'absence n'est pas seulement reliée à l'expérience vécue d'un manque. Les histoires de

naissance sont racontées. Elles seront portées dans la mémoire des générations qui vont suivre.

« Les enfants, j'ai jamais eu l'impression que j'leur enlevais quelque chose quand je parlais. Maintenant y disent : ah toi maman, toujours de garde, mais dans le temps, jamais y m'ont dit quoi que ce soit. Quand je r'venais d'un accouchement, les enfants voulaient que je raconte. Y voulaient savoir c'était quoi le p'tit bébé. Y voulaient pas juste savoir si c'était un p'tit gars ou une p'tite fille mais que j'raconte comment ça a été. C'était la fête dans maison chez nous quand je r'venais. C'était ça, même si des fois j'parlais un p'tit peu plus longtemps. » (Rachel)

La participation des enfants à la démarche de leur mère, comme ce fut le cas pour Simone, fut probablement bien plus qu'avoir simplement une vie mouvementée et pleine d'incertitudes. Ses enfants ont aussi fait partie d'un mouvement de vie et une quête portée par un groupe de femmes.

« Écoute, moi les enfants, y se sont intégrés à ma démarche. Y sont venus dans mes groupes d'étude, allaités. Y sont venus à toutes mes réunions. J'me souviens les assemblées où est-ce que Rose s'est promenée dans les bras de toutes les sages-femmes du monde, assis à terre. (...) Pis écoute, combien de visites prénatales j'faisais ça avec mes bébés, aller faire des visites post-natales chez la cliente avec son bébé pis avec tes enfants là. J'ai déjà été à des accouchements avec les bébés parce que j'allaitais, parce que y fallait qu'y suivent, sinon j'y allais pas ». (Simone)

4.65 Faire vivre le poids de l'illégalité à sa famille.

La pratique sage-femme s'exerçait en dehors d'un cadre légal. Cette situation pouvait être assumée par la sage-femme comme individu mais une poursuite au Civil ou même au Criminel peut avoir des conséquences graves pour toute une famille : une mère en prison ou même ne plus avoir de maison parce que les frais légaux ou une amende doivent être payés. Cette réalité a été vécue par Simone

comme un échange intense avec ses enfants sur une conséquence qui aurait pu bouleverser leur vie et leur vécu avec leur mère.

« On étaient illégales, pis y avait eu des enquêtes du coroner en Ontario pis au Québec. Pis souvent, on en a parlé avec les enfants, pis on disait : ça s'peut qu'on soit obligé de faire de la prison. J'avais dit ça à mes enfants. » (Simone)

Jeanne a bien senti que ses enfants ne trouvaient pas ça facile d'avoir une mère sage-femme et qu'ils n'en n'étaient pas très fiers. Ce n'était pas tant le fait de ses absences que celui de constater l'absence de reconnaissance sociale de ce type d'action.

« Ben les enfants, j'avoue qu'y avaient un peu honte de mon métier. Y l'cachaient un peu mais y étaient pas très fiers d'avoir une mère sage-femme. La légalisation a beaucoup aidé. (...) Là, y se sont mis à dire aux gens que leur mère était sage-femme mais sinon, avant y étaient pas très fiers de ça. J'arrivais pas du tout à vivre de ça. » (Jeanne)

Le poids de l'illégalité était assumé par les sages-femmes mais pas nécessairement aussi facilement par leur conjoint. La conscience des poursuites possibles et l'organisation de la vie pour les enfants ont peut-être été stressantes pour Hélène, mais elle vivait surtout un grand sentiment de solitude. Le partage de son vécu et une sorte de complicité étaient impossibles chez elle.

« J'arrivais à la maison tellement vannée. Surtout, j'étais toute seule. J'avais pas personne à qui en parler. Moi, mon chum, je pouvais pas y parler de mes affaires. Y avait assez peur de s'faire poursuivre, parce qu'on n'avait pas d'assurances responsabilités. Fait que moi j'étais toute seule. (...) moi, je l'ai pas eu facile ». (Hélène)

Ces mères sages-femmes ont développé un mode de vie en conjuguant pratique et famille. Ce tissage n'était pas parfait mais il a porté les couleurs de chacune dans son contexte de vie. Il a causé des tensions douloureuses, mais il a

permis aussi de porter une énergie qui fut nourrissante. Pour Simone, les aspects conjugués de sa vie ont créé un sentiment d'unité et de cohésion. Cette globalité et une incroyable passion lui ont permis de vivre en recevant de l'énergie et non pas en se « brûlant ».

« C'était dur, toutes les études, tout finir, tout avancer en même temps, porter la famille, porter toute quoi. (...) Mais en même temps, c'était pas lourd, c'était pas lourd. (...) Ça a été une grosse époque intense, et tellement énergique. (...) Mais c'était une belle énergie, une énergie qui nourrissait. Ça a été tellement magique. Ça a été magique dans ces années-là. » (Simone)

4.7 Bâtir une présence sage-femme

La présence des sages-femmes au Québec s'est d'abord manifestée par des femmes qui ont commencé à aider d'autres femmes à accoucher à la maison. Cette présence s'est ensuite concrétisée par la création d'un groupe, puis d'une association de sages-femmes qui ont non seulement organisé des formations mais qui ont structuré la pratique.

4.7.1 Se regrouper

Dans les années 1970-1980, la grande majorité des sages-femmes avaient commencé à pratiquer dans leur région, de façon plutôt isolée avec un très petit groupe de femmes. Le fait d'apprendre que d'autres faisaient ailleurs la même démarche a suscité une mise en réseau et surtout la formation d'un groupe. Aider des femmes à accoucher à la maison dans un contexte d'illégalité et d'absence de formation structurée n'était pas banal.

En fait, certaines sages-femmes avaient conscience de la signification politique du fait d'accoucher à la maison autant que celle d'aider des femmes à le faire. Pour Camille, « C'était pas insignifiant d'accoucher à la maison. C'était un

geste très politique », tandis que pour Alice, « C'était de la désobéissance civile consciemment choisie. »

En se rassemblant, les sages-femmes répondaient aux besoins des membres du groupe, développant ainsi une force intérieure. Nicole a bien senti cette force. Ce fut tellement évident que même si elle avait déjà commencé à pratiquer comme sage-femme dans sa région, c'est en arrivant à Montréal qu'elle a vraiment réalisé qu'elle était devenue sage-femme, parce c'était là qu'il y avait une véritable force sage-femme.

« On était en groupe et là, ça l'avait une force qui s'appelait sage-femme. Ça, c'était une communauté. Là, c'est devenu ma communauté de sages-femmes, déjà avec un esprit assez fort ». (Nicole)

La présence sage-femme, c'était le soutien mutuel, la disponibilité des unes pour les autres, peu importe les distances pour répondre à des questions très concrètes de la pratique. Être seule n'était pas l'équivalent de « se sentir seule ».

« Aussi, il y a l'espèce de contact, tu sais, vu que j'étais toute seule. Les autres sages-femmes n'étaient pas là. Tu sais des fois quand j'avais des questions ou un problème, j'prenais mon p'tit livre de téléphone. Si une n'était pas là, j'appelais l'autre. (...) J'avais de l'aide des autres, même si j'étais toute seule dans mon bled. » (Gisèle)

Le partage de l'expérience vécue et des connaissances acquises répondait aux besoins des sages-femmes lors des rencontres en groupe, mais pour Elizabeth, c'est la conscience du type particulier d'action et de présence au moment de la naissance, qui demandait de s'occuper des « autres niveaux ». Nous sommes loin d'une fonction d'« intervenante » auprès d'une clientèle.

« A travers nos rassemblements de sages-femmes, on faisait des rituels, des activités de ressourcement. Un ressourcement ça pouvait être : participer à des groupes de femmes de ma région, rencontrer

d'autres femmes, faire un travail d'évolution avec eux autres, faire une marche dans le bois. Ça pouvait être à n'importe quel niveau et y faut que ça soit simple simple simple. J'agis mais faut pas que ça me rende malade, pis pour ça, il faut qu'on s'élève à un autre niveau pour réaliser qu'est-ce qu'on fait là. » (Elizabeth)

4.72 Se structurer

Le groupe des sages-femmes était beaucoup plus qu'un simple groupe de partage d'expérience et d'activités de ressourcements. Elles ont formé une véritable association de sages-femmes et ont structuré et encadré la pratique par des moyens dignes de ceux d'un Ordre professionnel. Les rencontres ont été l'occasion de réfléchir sur l'identité, le sens de leur travail des sages-femmes et les limites de la pratique. L'idée d'une profession n'a pas été présente dès le début.

« Ça a été un processus de réflexion sur notre travail de sage-femme. Ça a été un gros gros travail de définition. Qui sommes-nous ? C'est quoi une sage-femme ? Jusqu'où s'étendent les actions qu'elle peut faire ? Le mot profession est arrivé assez tard dans tout ça ». (Alice)

La volonté d'être visible était une chose, mais la volonté de se donner soi-même les moyens de pratiquer avec conscience et rigueur était aussi solide.

« Il est devenu clair que notre rigueur et notre intégrité étaient les principaux arguments militant en faveur de nous confier la régulation de notre propre profession. C'est de notre intérêt en tant que jeune profession de se donner un mode de fonctionnement, qui inspirait le respect. On peut pas faire n'importe quoi, n'importe où et pis aller demander le respect. Donc, on a eu un gros travail de rigueur à faire et de réflexion. Qu'est-ce qui est raisonnable, pis c'est quoi les normes internationales. Pis, on est allé chercher les critères de transferts et de consultations pis on avait des revues par les paires. On avait tous ces mécanismes-là qu'on s'est donné, parce que soit que c'est sérieux le travail qu'on fait pis on va le traiter sérieusement, soit c'est n'importe quoi pis on va faire n'importe quoi. Justement on a considéré que c'était sérieux. » (Alice)

Les sages-femmes qui s'étaient regroupées venaient de différentes régions du Québec et avaient développé une façon de pratiquer qui leur était propre. Chacune avait une formation, des connaissances, de l'expérience et des croyances personnelles particulières. L'idée de travailler pour que la pratique puisse être reconnue ne faisait pas l'unanimité mais par contre, celle de se donner de la formation l'était. « On se disait que l'éducation va faire avancer les choses. Donc, nous nous devons de nous donner des temps de formation. » (Alice). L'autonomie des femmes était une des bases de l'action des sages-femmes et le fait d'organiser des formations qui répondaient aux besoins des sages-femmes était un signe de leur propre autonomie. « On s'était donné ça » (Alice). Des activités de formation ont donc été organisées pendant des années et la participation des sages-femmes révélait la profondeur et l'étendue des besoins.

« Presque à chaque trimestre. (...) Des formations qui répondaient vraiment aux besoins parce que c'était les sages-femmes elles-mêmes qui organisaient les formations et qui engageaient les professionnels. Des formations sur les analyses de labo, des formations sur l'ictère entre autres avec un néonatalogiste que j'aimais bien. C'est là que j'ai appris à poser des solutés, à faire des prises de sang, à analyser tout ça, des choses sur l'alimentation. J'ai participé beaucoup». (Line)

Les contacts avec des sages-femmes oeuvrant ailleurs au Canada, en Amérique ou même en Europe ont fait prendre conscience de la qualité des démarches des sages-femmes au Québec. Elizabeth en était très fière.

« Ma partie rigueur a été beaucoup ressourcée. On faisait nos standards de pratique, on faisait notre code de déontologie, on avait une revue par les paires. Pis là, si tu regardes d'autres provinces pis d'autres lieux, surtout les Etats-Unis : hé mon Dieu! on était en avance, on était humaine, on était organisée, on avait une vision équilibrée. (...) Moi j'ai trouvé ça extraordinaire. Quand on allait dans nos regroupements en Amérique du Nord, à l'International, on voyait notre compétence. Ça m'a touchée, notre compétence et notre évolution sans qu'on soit légale. J'trouve qu'au Québec, on a fait ça d'une façon extraordinaire. » (Elizabeth)

La volonté de voir la pratique sage-femme être reconnue comme une profession a provoqué des questionnements et des débats sur les avantages et les risques de sa légalisation. La passion pour la pratique qui s'était développée et le souci d'un bienfait pour l'ensemble des femmes étaient au rendez-vous.

« Il y avait une profession à organiser. Je me souviens beaucoup beaucoup de tous les débats qu'on a eus quand la légalisation s'en venait, à savoir, on allait-tu participer à ce processus-là ? C'était-tu une bonne affaire pour les femmes ? Ah que j'ai aimé faire ça ce questionnement-là ! C'était clair pour moi que je voulais que ça soit universel pis que ça soit intégré parce que je voulais que ça soit accessible aux femmes. » (Simone)

Le groupe de sages-femmes s'est aussi donné des structures. Les questionnements étaient au cœur de cette structure. Qui sommes-nous? Jusqu'où doit-on aller comme sage-femme? L'importance de se donner des normes était reconnue et en même temps, celle de la primauté des personnes amenait à reconnaître l'inconfort que les sages-femmes assumaient. Elles ont constaté avec la pratique, qu'il fallait se donner des limites. Elles se sont données des standards de pratique. L'autonomie n'a jamais été reliée au laisser-faire ou à l'arbitraire. Il y avait une volonté d'être imputable et rigoureuse, d'une part parce qu'il y avait une démarche pour aller vers la légalisation et d'autre part, parce que chaque femme comptait.

« On ne peut pas à chaque fois improviser. On a besoin de soutien et en même temps à chaque fois, t'as un p'tit humain, t'as sa mère, t'as son père, sa cellule familiale. (...) Qu'est-ce qui est la bonne chose pour eux n'est pas nécessairement ce qui est écrit dans le cahier de normes. (...) On a besoin de normes pis on a besoin de s'affranchir des normes. C'était un travail de tiraillement. (...) Je trouve que la rencontre des deux n'est pas facile et ne le sera jamais. Et pourtant... on a choisi d'être dans cette place inconfortable. » (Alice)

La réflexion de Heidegger (1958) sur la limite prend ici tout son sens. « La limite n'est pas ce où quelque chose cesse, mais bien, comme les Grecs l'avaient observé, ce à partir de quoi quelque chose commence à être » (p.183).

4.73 Être visible

La représentation sociale de la pratique des sages-femmes était que celle-ci tenait du « passé » et même qu'elle était « dépassée ». Envisager de reconnaître la pratique des sages-femmes signifiait retourner « cinquante ans en arrière » entendait-on dire de certains membres du Collège des médecins. Dans un tel contexte, les sages-femmes auraient pu pratiquer, chacune dans leur région, tranquillement, sans faire de vague, sans se regrouper, sans devenir visibles dans l'espace social. Or, ce n'est pas ce qui s'est passé. Pour Alice, avoir une pratique illégale ne signifiait pas qu'il fallait demeurer dans la clandestinité. C'est le fait de devenir visible qui pouvait donner une existence à la pratique et l'amener un jour à être reconnue comme une profession. Ce fut considéré comme *la* façon d'« être là » dans la société québécoise.

« Dès l'année d'ensuite, la question s'est posée : est-ce qu'on reste complètement « underground », ou bien si on décide de faire quelque chose pour que cette profession-là soit reconnue ? Tu sais, pour que ça existe ? » (Alice)

La présence sage-femme dans l'espace public fut donc une décision consciente et lucide.

« Pour moi, la nécessité de rejoindre toute la population du Québec était très claire, en me disant : si c'est pertinent et c'est nécessaire, d'autre monde vont trouver ça pertinent et nécessaire. Si c'est juste moi, mes copines et une douzaine d'hurluberlus qui ont fini par nous trouver pis que ça nous fait triper là, ben, on va s'éteindre là. Quand on aura aidé les quelques hurluberlus de l'accouchement à la maison, ça sera fini mais si c'est pertinent et nécessaire, il y aura un écho. (...)

Et donc moi j'ai été très rapidement dans la décision d'aller publiquement parler de ça. » (Alice)

Cette décision ne s'est pas prise sans certaines tensions cependant. Devenir visible dans l'espace public était aussi être exposée au regard, au jugement et à certaines conséquences. En rendant visible la pratique sage-femme, cela rendait aussi visible une pratique considérée illégale.

« ...entre autres celles qui étaient infirmières craignaient de perdre leur licence ou craignaient d'être mal vues ou craignaient, si y arrivait un pépin, de se faire tomber dessus. Donc l'illégalité était plus pesante pour certaines que pour d'autres et y en avait qui avaient plus à perdre là-dedans que d'autres... » (Alice)

Ce n'était pas un groupe de revendication ou de dénonciation qui devenait visible. Il s'agissait de femmes qui avaient repris un flambeau qui s'appelait « sage-femme ». Quelque chose qui semblait d'un autre âge mais qui, en même temps, n'avait pas été « effacée » de la mémoire collective.

« La réception a été intéressée par le public en général et par les journalistes aussi. Une curiosité... Tu sais, monsieur tout le monde et madame tout le monde là, y en avait un bon pourcentage qui disait : ben ça a ben du bon sens c't'affaire-là. Après tout, ma mère, ma grand-mère... » (Alice)

Rendre visibles les sages-femmes, c'était en même temps rendre visibles les femmes dans leurs paroles et leurs actions.

« On accepte des entrevues, on va à la télévision, on va dire : nous faisons des accouchements à la maison parce que des femmes le veulent, parce que c'est légitime de vouloir accoucher à la maison. » (Alice)

À mille lieues de devenir « un nouveau service », la visibilité des sages-femmes relevait d'un moment historique du Québec de la fin du XXe siècle. Alice le sentait : « J'avais clairement le sentiment que le moment était historique. Ça se

« passe... maintenant. ». Il s'agissait de porter dans l'espace public quelque chose de différent. Les sages-femmes ne visaient pas à être regardées mais à partager un regard différent. Le message n'était pas : « regardez-nous », mais : « voyez ce que l'on voit ».

« De porter cette autre vision de la naissance, de la vie et de la mort, de la responsabilité des gens par rapport à ça, de leurs choix, du fait de les assumer, de notre rôle par rapport à ça. » (Alice)

Être visible, c'était aussi prendre la parole alors qu'on avait accouché à la maison avec une sage-femme. C'était rendre visible une autre façon d'accoucher, une autre façon de voir l'enfantement. Les parents et les sages-femmes témoignaient dans l'espace public.

« Alors, on a passé de ce grand questionnement, et ça a été dans les journaux. On s'est mis à écrire des chroniques pendant trois ans. C'était une chronique gratuite où on pouvait écrire. Dans « La feuille de chou », on l'a baptisée comme ça, on a écrit plein de choses sur nos expériences d'accouchements, c'est quoi l'allaitement. Les pères écrivaient aussi. La parole était à tout le monde. On a même organisé des expositions de photos de manières de mettre au monde. Entre nous, on avait ramassé des photos diverses pis y avait des pères qui faisaient des présentoirs. Et on organisait ça au centre d'achat, on organisait ça au CEGEP, pis on les apportait partout, quand y avait des rencontres au centre des femmes pour qu'on voit qu'il y a d'autres manières d'accoucher. A ce moment-là, c'était encore beaucoup médical. On a fait ça et y avait, comment dire ça, un vent de folie, et on a goûté ça profondément. » (Estelle)

Rendre visible la pratique des sages-femmes, c'était aussi collaborer aux démarches gouvernementales pour cerner ce qu'est cette pratique, contribuant ainsi aux démarches qui pouvaient mener à sa légalisation. Cette pratique était spécifique et il y avait une volonté de définir ce type d'accompagnement et de présence autour de la naissance.

« Je me souviens au tout début, on est des femmes avec nos bébés. On a accouché à la maison, on est au Conseil du statut de la femme et on essaie de définir c'est quoi une sage-femme. On l'a vécu et on essaie de mettre des mots là-dessus. » (Estelle)

4.8 Structure essentielle de l'expérience : « Être là »

A la suite de Ricoeur (1986), nous pouvons considérer l'action collective des sages-femmes comme un texte qui peut être interprété. Les sages-femmes ont formé un petit groupe, solide, structuré, réflexif et engagé. Il y avait une présence de sages-femmes sur le territoire du Québec mais nous voulons ici considérer que leur action collective a permis l'émergence d'une « présence sage-femme » au Québec. Elles n'ont pas discuté de l'idée bonne ou mauvaise de pratiquer comme sage-femme. Elles ont agi. Ici, j'utiliserais le mot « agir » dans le sens de Heidegger. « Agir... ce n'est pas produire un effet dans le vide, c'est « accomplir », « déployer », (in Bertrand, 2002 p.179). Les sages-femmes du Québec ont enraciné et « déployé » une multiplicité de sens reliés à leur action.

A la suite de Heidegger (1958) pour qui, « C'est seulement quand nous pouvons habiter que nous pouvons bâtir » (p.191), nous pourrions dire que les sages-femmes ont pleinement *habité* le temps et l'espace de leur action, de leur être-au-monde. Les sages-femmes n'ont pas juste parlé de la naissance. Elles ont laissé la naissance parler. Elles ont attesté d'une autre vision de la naissance et des femmes, au cœur de l'incertitude, de l'imperfection et de la finitude humaines. Si Ricoeur (1990) définit l'attestation comme « l'assurance d'être soi-même agissant et souffrant » (p.34), nous pouvons dire que les sages-femmes ont aussi attesté d'elles-mêmes et elles ont attesté de la naissance. Elles ont eu la confiance de pouvoir faire, comme une façon de dire à la façon de Ricoeur, « me voici ». Nous pourrions prétendre qu'elles étaient déjà une profession, non pas selon l'Office des professions

du Québec mais dans le sens de « déclaration publique » ou « manifestation ouverte de ses croyances ou ses opinions »⁴⁰.

Les thèmes qui ont été développés et approfondis au cours de ce travail sont des aspects de la structure de l'expérience vécue d'une pratique sage-femme. Ces « clairières » ont été des lumières qui nous ont permis de naviguer, d'explorer l'univers des sages-femmes et de « voir » leur façon d'être dans le monde. Elles ont été ce rapport au monde. Chacun des thèmes a révélé une structure de sens de la pratique.

Les sages-femmes ont été appelées. Elles ont bâti leur présence en étant là « pour chacune ». Elles ont été là pour l'accueil de l'enfant, elles ont pris le temps, elles ont su aider en sachant ne rien faire, elles se sont intégrées à la vie de la maison, elles ont été inscrites dans les familles, elles ont été en démarche, développé la complicité et ont pratiqué comme une façon de vivre.

Pour les sages-femmes, l'expérience d'être là à l'accouchement était fondamentalement celle de « tenir l'espace ». Les sages-femmes se voyaient gardiennes des « possibles », du « mystère » et du « passage », donnant ainsi à la naissance (et à la maternité) une dimension spirituelle essentielle et donnant en même temps cette dimension et ce sens à leur agir sage-femme.

C'est en rassemblant ces thèmes, en les lisant et les relisant, et surtout en réfléchissant longuement au sens profond de l'ensemble considéré en regard des parties et des parties considérées en regard de l'ensemble, qu'a émergé ce que je considère comme la structure essentielle de l'expérience vécue de la pratique sage-femme. Celle-ci s'exprime simplement : « être là ».

⁴⁰ Cf Dictionnaire Le Petit Robert, ed 2000

« Être là » fait autant référence à la présence physique et à l'action singulière de chaque sage-femme qu'à une présence sage-femme collective et publique. « Être là » fait référence à une action et une aide concrète auprès des femmes. Cependant, c'est le sens qu'elles ont donné à leur pratique qui a « rayonné ». C'est cet « être » sage-femme que nous avons voulu dé-couvrir au cours de cette démarche. Au-delà de la légalisation d'une nouvelle profession et de l'intégration d'un nouveau service en périnatalité, la présence sage-femme en terre québécoise propose un rapport au monde riche et profond en ce qui concerne la maternité, l'enfantement et la naissance. Il est fascinant, à cet égard, de constater qu'en aucun moment les sages-femmes rencontrées ont parlé de la maternité et de l'accouchement dans des termes biologiques. Nulle part n'a même été mentionné le mot « physiologie ». Dans un contexte de discours où les sages-femmes reparlent de l'accouchement physiologique et de l'accouchement normal (Downe et al., 2004), l'évidence rencontrée dans cette recherche est bien plus en rapport avec la normalité de la vie que celle de la biologie. Les sages-femmes d'avant la légalisation, bien que critiques par rapport à la médicalisation de la naissance, ne semblent pas s'être placées en opposition ou dans une dualité par rapport à la médecine. Elles n'ont pas proposé le « contraire ». Elles ont été « ailleurs » et c'est cet « ailleurs » qui nous semble être leur œuvre la plus significative.

Nous avons voulu, par ce travail, saisir le sens de cette présence au cœur de la naissance qui s'est manifestée et a rayonnée dans les années 1980. Plusieurs sages-femmes ont considéré leur action auprès des femmes comme étant une façon de rendre le monde meilleur. Peut-être que c'est en entrant dans la « danse » complexe, profonde et grandiose de l'existence humaine, qu'elles ont su explorer et honorer son « être-au-monde »? Pour Elizabeth, la présence sage-femme s'inscrit à l'intérieur d'un réseau où chaque personne est à la fois « touchée » par quelqu'un et va aussi en « toucher » une autre et cela, dans une conscience d'un sens profond de

l'unité du monde. Pour elle, la présence sage-femme participe à un niveau d'action qui va bien au-delà d'un résultat concret auprès d'une femme et d'un nouveau-né.

« Pour moi, ça fait la toile, la toile d'araignée qu'on tisse toutes ensembles. Pis ça fait une influence, t'sais. Je les ai touchés eux, y m'ont touchée, pis eux y vont aller toucher d'autres pis là, ça continue, ça continue. C'est-tu merveilleux. C'est au niveau des principes, des attitudes, des philosophies. C'est vraiment à ce niveau-là que ça se passe.»(Elizabeth)

Chapitre 5. Compléter le cercle: limites, application et possibilités

Après avoir « voyagé » dans l'univers de la pratique des sages-femmes, comment réfléchir à ce qui a été fait, et que proposer pour la suite? La recherche qui fut entreprise ici a permis de découvrir la richesse d'une présence sage-femme au Québec. La proximité du sujet et ma connaissance « de l'intérieur » ont permis de donner à cette démarche une grande amplitude et constituent sa force. Cependant, la rigueur demande aussi de prendre conscience de ses limites avant de parler d'application (ou plutôt d'appropriation) et de proposer des « possibles ».

5.1 Limites

Des limites sont liées à la construction même de la recherche tandis que d'autres sont liées à sa portée. Selon van Manen (1997), la phénoménologie est une occasion d'être en contact plus direct avec le monde et avec nous-mêmes en tentant de rendre le sens reconnaissable. Cependant, une telle approche ne peut pas être utilisée pour montrer ou démontrer, pas plus qu'elle ne peut tenter d'apporter des explications par des schémas, des concepts ou des abstractions intellectuelles. La phénoménologie permet plutôt de théoriser l'unique (theory of the unique) car elle est une philosophie de l'action dans un sens toujours personnel et situé (van Manen, 1997 p.155). Bien que la connaissance générée par notre recherche ne pourra pas servir à des généralisations théoriques, il est important de reconnaître que « le potentiel et la fécondité de la phénoménologie restent encore largement méconnus du monde de la recherche » (Meyor et al. 2005).

Les récits des sages-femmes parlent de leur vécu mais nous n'avons eu accès à l'expérience qu'à partir de leur point de vue, soit d'un seul côté de cette expérience relationnelle intense. Le point de vue des femmes aurait sans doute permis de découvrir d'autres éléments significatifs, enrichissant le sens que nous avons cherché à saisir.

De plus, le risque le plus important de la démarche choisie est celui du biais induit par la chercheuse qui, animée de convictions, peut orienter l'entrevue. Il risque alors que se construise un discours plutôt qu'un récit d'expérience vécue. Ma position et mon pouvoir d'auteure ont pu ainsi orienter la conversation avec les sages-femmes dans la direction que « je » voulais et même éventuellement faire perdre à celle qui se racontait le fil de son expérience. Consciente de ce risque, j'ai tenté de l'éviter en interrompant le moins possible le cours de leur récit, sauf pour le relancer, et en étant consciente de mon langage corporel.

Finalement, il est important de se rappeler que tout savoir scientifique est un savoir partiel, contingent et temporaire. Loin d'être décourageante, cette conscience des limites de la recherche et surtout de celles de notre recherche est bien plus une reconnaissance de l'importance de la rigueur.

5.2 Le temps de l'appropriation

Après avoir identifié les limites de ce travail, nous devons rappeler que ce dernier fait partie d'un programme interdisciplinaire de l'Université de Montréal : Sciences Humaines Appliquées. Il s'agira donc ici de discuter de ce qu'on appelle « application ».

Une des affirmations centrales de Gadamer (1976) par rapport à la philosophie herméneutique est que toute compréhension n'implique pas seulement l'interprétation mais aussi l'application. Les trois forment une unité indissoluble, faisant de l'herméneutique une philosophie pratique. Toutefois, il est important de saisir que l'application ne vient pas *après* la compréhension. Elles forment un processus unifié.

Il faut constater aussi que ce qu'on entend par « application » peut porter à confusion. Souvent, nous entendons « mathématiques appliquées » ou « physique

appliquée » en voulant distinguer la discipline pure, la théorie, de ses applications, de la pratique. C'est ce que nous pourrions appeler le sens technique de l'application. Les éléments de compréhension que nous avons fait ressortir au cours de notre travail n'ont pas à être « appliqués » dans un tel sens car le savoir et l'action sont essentiellement inter reliés. En fait, « subsequent application of principles to life is inadequate » (Dobrosavljev, 2002 p.612)

Selon Bernstein (1985), il semble que le mot « appropriation » serait bien plus près de ce que voulait dire Gadamer. C'est aussi dans ce sens que je voudrais parler d'application plutôt que de considérer ma recherche dans un éthos utilitariste et de rationalité instrumentale bien présent dans notre société. Il ne sera donc pas question ici de parler en termes de « solutions » et encore moins de « recommandations » pour la pratique ou la formation.

Pour Gadamer (1996), l'appropriation d'un travail herméneutique signifie que ce qui est compris devient une partie constituante de l'individu qui comprend (p.274). Cela touche bien plus l'être même que le « faire » et ses résultats. L'appropriation serait alors une adaptation intéressée à sa propre situation, une sorte de « traduction » (in Dostal, 2002). Loin d'être un processus purement cognitif, comprendre serait bien plus une forme d'expérience car « Ce que finalement je m'approprie c'est une proposition de monde » (Ricœur, 1986 p.130). Pour Ricoeur, les moments d'appropriation sont aussi des moments d'appartenance car ils peuvent permettre « de construire un espace commun (et) produit des questions communes » (in Dosse, 1995 p.421). La recherche de sens concerne donc autant l'individu que le groupe.

Ce monde que les sages-femmes ont proposé est un monde où la pratique a aussi une dimension sociale. Gadamer n'a-t-il pas dit que pratiquer « is conducting oneself and acting in solidarity » ? (in Bernstein, 1985 p.296). Agir en solidarité correspond tout à fait à la pratique sage-femme qui fut analysée ici. Il me semble

que cette pratique relève bien plus d'une complicité dans un événement fortement interprétatif que de la résolution d'un problème technique. A la lumière de l'expérience vécue des sages-femmes des années 1980, nous pouvons affirmer que les sages-femmes ont agi en solidarité : avec les femmes, avec le « naissant » et en complicité avec ceux et celles qui voulaient vivre la naissance autrement.

Le temps de la continuité

La compréhension de l'expérience vécue de la pratique sage-femme avant la légalisation de la pratique a permis celle d'un monde: l'univers des sages-femmes. A l'époque d'un encadrement institutionnel par un Ordre professionnel et d'une formation universitaire comme pré requis, cette période d'avant la légalisation semble déjà bien « loin ». Quoi de plus facile que de considérer les années 1980 comme une époque révolue et la compréhension de la pratique d'alors comme pertinente seulement pour cette période?

Il semble que nous passerions alors complètement à côté du sens même de l'herméneutique car, selon Gadamer, l'herméneutique est justement ce qui permet à ce qui a été aliéné par la distance culturelle ou historique de nous parler encore. "This is hermeneutics: to let what seems to be far and alienated speak again" (in Bernstein, 1985 p.291).

La pratique sage-femme des années 1980 aurait donc quelque chose à nous dire *aujourd'hui* car « ...l'action humaine est une œuvre ouverte dont la signification est « en suspens » (elle) développe des significations qui peuvent être actualisées ou remplies dans des situations autres que celle dans laquelle l'action s'est produite » (Ricoeur, 1986 p.219). Ce que nous appelons « le passé » n'est pas constitué d'une série d'événements terminés et encore moins de « faits » à analyser. Nous ne pouvons séparer notre mémoire de notre futur (Fèvre, 2003). Ricoeur (1986) nous invite à résister à une tendance:

« ... il faut lutter contre la tendance à ne considérer le passé que sous l'angle de l'achevé, de l'inchangeable, du révolu. Il faut rouvrir le passé, raviver en lui des potentialités inaccomplies, empêchées, voire massacrées » (p.306).

Le présent travail a rouvert le passé et nous ne voulons pas le considérer comme « révolu ». La remémoration d'un commencement n'est pas fuite dans le passé mais plutôt disponibilité à l'avenir. Bien plus que l'utilisation du souvenir, c'est un travail de mémoire qui a été entrepris ici. Or, « la mémoire contribue à la continuité non seulement de l'acte de connaissance, mais de la vie personnelle tout entière » (Akamatsu, 1996 p.16). C'est cette continuité que nous voulons honorer maintenant. Pour Langan (1984),

“Phenomenology, guided by the questions arising from praxis, in turn aids praxis by providing a method to discern and probe the structure of the most adequate context, within which the understanding of a strategy - a course of action - should arise.”

Comprendre et interpréter quelque chose serait donc de voir sa relation à la praxis et à sa vie quotidienne (Bernstein, 1985).

La *praxis* permet de lier la théorie et la pratique sans les opposer ou encore les séparer (Weil, 2000). Cela apporte une valeur non seulement à la vie personnelle mais touche la vie sociale elle-même. En fait, « il ne peut y avoir de changement social sans une unité entre le savoir et le faire, entre la pensée et l'action. C'est cette unité que le terme « praxis » cherche à appréhender et à traduire » (O'Brien, 1987 p.19).

Nous proposons donc de parler d'une praxis sage-femme et d'explorer les chemins de l'appropriation. Comment la compréhension de la pratique sage-femme peut-elle résonner actuellement, à partir des clairières qui nous ont permis de « voir » le sens de l'expérience ?

5.3 Des « possibles » pour les sages-femmes

Si pratiquer comme sage-femme, c'est « être là pour les possibles », je crois que le travail qui a été fait ici pourrait servir à explorer d'autres sentiers, d'autres « possibles » pour les sages-femmes, autant celles qui pratiquent que celles qui enseignent. Si l'explication offerte par l'herméneutique nous oriente vers la possibilité d'être chez soi dans le monde, nous pourrions tenter d'inviter les sages-femmes qui vont suivre à être « chez elles » dans le monde.

Les « possibles » pour la pratique sage-femme actuelle ne pourront cependant pas être envisagés sans considérer l'importance de son contexte général actuel et avoir la conscience des enjeux de savoir et de pouvoir qui sont au cœur de la profession et qui ont été identifiés dans le chapitre deux.

5.31 Contexte

La recension des écrits au chapitre deux a permis de bien illustrer notre culture de la naissance. Sans tout reprendre, nous pouvons quand même en rappeler les principales caractéristiques.

Culture

Le contexte actuel de la pratique des sages-femmes est relié à deux éléments: premièrement, une culture où domine la vision biomédicale de la santé, la technoscience, ainsi que le phénomène de la pratique basée sur des données probantes (EBM); deuxièmement, une profession nouvellement intégrée dans un système professionnel.

Dans les sociétés occidentales une des plus fortes idéologies est celle de la science et de la technologie. La raison instrumentale de la raison technique occupe tout l'espace vital (Malherbe, 1997; Massé, 1998) et Hofmann (2002) parle même

d'impératif technologique. La vision naïve de la technologie est qu'elle est « neutre » et qu'elle ne sert qu'à des fins bien précises. Or, il n'en n'est rien (Sundström, 1998). Nous ignorons aussi les tendances humaines et institutionnelles à « routiniser » la technologie (Benner, 2003) Pour Gadamer, ceci mène à un genre de mystification scientifique de la spécialisation et cela cache surtout un manque beaucoup plus profond : « a dangerous inner longing in our society to find in science a substitute for lost orientations » (in Bernstein, 1985 p.278).

Dans les systèmes de santé le modèle biomédical de la santé et de la maternité est dominant (Thompson, 2004). Malgré des discours humanistes, la pratique est remise globalement « aux mains de la technique » (Dutt, 1998 p.112) et l'accouchement est complètement inclus dans cette tendance (Kornelsen, 2005). L'idéologie du risque est encore plus dominante en obstétrique et la pratique professionnelle se fait bien plus à partir des risques de déviances, de pathologies et de dysfonctionnements plutôt que sur des potentialités de développement (Giguere, 2003). Malgré les discours humanistes, la vision de la normalité physiologique de l'enfantement est pratiquement invisible en Occident (Downe et al., 2004).

Dans le domaine de la santé, depuis quelques décennies, les professionnels ont utilisé de plus en plus l'approche technique pour déterminer leur pratique, remplaçant toujours un peu plus leurs jugements informés par la situation rencontrée avec chaque patient (Polkinghorne, 2004). Même le concept de « choix éclairé », porteur d'une volonté de reconnaître et de respecter l'autonomie des femmes, est utilisé souvent comme l'application d'une technique pour faire « choisir » les femmes. C'est au nom du choix que déjà plusieurs médecins se sentent justifiés d'« offrir » une intervention comme la césarienne.⁴¹ Plusieurs auteures critiquent

⁴¹ Ce n'est pas une tendance observée au Québec cependant. Nous parlons ici des États-unis et de quelques pays d'Amérique du Sud et d'Europe entre autres.

les dérives de cette utilisation du « choix » et parlent de plus en plus d'illusion en santé reproductive⁴².

Un autre phénomène qui se développe un peu partout en Occident et qui devient une nouvelle culture, est celui des pratiques basées sur des données probantes, communément appelé : Evidence Based Medicine (EBM). Elle sert non seulement les praticiens mais aussi les gouvernements et les gestionnaires des systèmes de santé. Cette approche est considérée comme un nouveau paradigme (Bensing, 2000), confrontant en même temps une autre approche qui influence la pratique médicale: une pratique centrée sur le patient.

L'EBM a suscité beaucoup d'intérêt parce qu'elle permet de mieux fonder la pratique en proposant d'utiliser le savoir scientifique et non pas l'habitude pour l'action. Nous poursuivrons plus loin notre réflexion sur la pratique sage-femme dans ce contexte de l'EBM.

Profession

En étant légalisée, la pratique sage-femme devient une nouvelle profession et est donc intégrée au monde professionnel québécois. Or, dans le système professionnel du Québec, il y a actuellement une difficulté « à considérer autre chose que des actes précis, sériés, standardisés, évaluables » (Legault, 2003 p.140).

Comme c'est le cas des autres professions, la formation s'actualise dans un cadre universitaire qui valorise le savoir théorique que le professionnel doit par la suite appliquer sur le terrain. Une des conséquences de cette façon de faire est que « l'enseignement professionnel quitte son enracinement existentiel pour devenir formel » (ibid, p.63). Il y a une valorisation du modèle de l'expert comme mode de

⁴² FQPN, 2003; Hildt, 2002; Raymond, 1995; Robertson, 1994; Zeiler, 2004

pratique professionnelle au détriment de la relation avec autrui et mène à ce que Legault appelle « la technologisation de la relation professionnelle » (ibid, p.50).

Dans le système de santé, le gouvernement met l'accent sur l'efficacité et l'efficience. Dans un ethos de la performance et du mode « opératoire », il faut démontrer des résultats. Les sages-femmes avaient d'ailleurs été placées dans cette dynamique, bien avant la légalisation de leur pratique. Elles avaient d'abord été considérées comme un moyen pour atteindre des résultats en périnatalité (MSSS, 1989). Puis leur effet sur l'humanisation et leur efficience ont été des éléments de mesure lors de l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre de projets pilotes (Blais et al., 1997).

La forte bureaucratisation du système de santé et le modèle mécanique de l'organisation du travail avaient d'ailleurs préoccupé les chercheurs. Alors que la culture des maisons de naissance est caractérisée « par son climat d'intimité, de liberté, de respect, de tranquillité, de simplicité et de complicité », c'est-à-dire un modèle organique, il est à craindre que « les gros systèmes organisationnels en place, comme le réseau de la santé et des services sociaux, ont tendance soit à s'approprier rapidement toute nouveauté soit à rendre conforme ces petites organisations aux règles établies » (Blais et al. 1997 p.88).

Ce n'est qu'en considérant ce contexte de pratique des sages-femmes que nous pourrons faire le pont entre le sens de l'expérience vécue des sages-femmes avant la légalisation et des possibilités d'appropriation de ce sens pour les sages-femmes. L'herméneutique n'est pas une vue de l'esprit. En fait, elle « ne montre sa valeur qu'en situation concrète » (Gadamer in Dutt, 1998 p.104), confirmant l'herméneutique en tant que philosophie pratique.

5.32 Continuer à « être en démarche »

Un des éléments qui nous ont aidée à comprendre le sens de la pratique sage-femme fut : « être en démarche ». Il ne s'agit pas ici de créer une confusion et de proposer aux sages-femmes de « faire » une démarche. « Être en démarche » n'est pas relié à l'obligation de faire de la formation continue pour mettre à jour ses connaissances, bien que nous soyons convaincues de son importance. « Être en démarche » signifie que l'on évolue à travers le questionnement et la réflexion à tous les niveaux de l'existence car « Être en démarche », c'est être en chemin. Dans le contexte actuel de la pratique des sages-femmes et compte tenu des enjeux qui sont liés à leur inscription sociohistorique, nous voudrions proposer deux possibilités qui permettraient aux sages-femmes de continuer à « être en démarche ». Il s'agit de la maïeutique et de la *phronesis*. Il s'agit enfin de proposer un autre « possible », celui d'être en démarche avec d'autres, parents et professionnels qui sont passionnés et se sentent interpellés par la naissance, au sens large.

Apprendre et comprendre ensemble : faire de la maïeutique

La pratique des sages-femmes des années 1980 n'est pas quelque chose à imiter ou à reproduire au XXI^e siècle. C'est le sens qui peut avoir une portée et une pertinence qui dépassent les époques historiques.

Être en démarche, pour les sages-femmes, c'est questionner et se questionner. C'est « apprendre et comprendre ensemble ». Ces façons d'explorer, de connaître et de co-naître sont un véritable travail de maïeutique.

Ce mode d'accès à la connaissance fut proposé par Socrate il y a plus de 2,500 ans. A l'instar de sa mère qui était sage-femme, il considérait qu'il avait un rôle semblable au niveau de la connaissance faisant de la maïeutique une métaphore de l'accouchement et de la naissance dans la démarche intellectuelle. Il voulait aider au processus de la naissance d'idées. Pour lui, l'expérience d'être enceint d'une

réponse que l'on ne connaît point est certes une expérience douloureuse pour celui qui cherche intensément la sagesse. En effet, la maïeutique consiste essentiellement à prendre conscience d'abord d'une absence, d'un manque à combler, d'une insatisfaction de l'être. Cela devient une « force motrice de la connaissance » (Ranzduel, 1999).

Ce que Socrate a légué de plus important à l'humanité n'est pas un bagage de connaissances mais une pédagogie, pas une substance mais un processus. Socrate a été loué pour son humilité épistémologique par des penseurs aussi différents que Freud, Kohlberg, Gadamer, Rorty, Bloom, et Nelson. Il a été discuté aussi par Kant et Popper. Socrate avait compris qu'il ne pouvait pas atteindre la vérité, mais qu'il devait plutôt vivre une vie avec une ouverture continue au dialogue et au questionnement.

Les sages-femmes ont cherché ensemble des réponses à leurs questions. Elles ont porté ensemble aussi de nouvelles questions. Elles ont fait un travail de maïeutique. Il faudra sans doute explorer de façon critique les différentes interprétations de la maïeutique, mais ce que nous voulons proposer ici est surtout une invitation aux sages-femmes praticiennes et non seulement aux étudiantes sages-femmes, à utiliser une démarche de maïeutique dans leur pratique.

Que pouvons-nous dire des principes moteurs de la maïeutique? ⁴³

Il faut être conscient ici que la maïeutique de Socrate n'a pas été comprise ni « appliquée » de la même façon par tous et qu'il y a donc plusieurs façons de comprendre et de « faire » de la maïeutique. Sans en débattre de façon critique ici, nous pouvons quand même en faire ressortir les principes:

⁴³ <http://membres.lycos.fr/patderam/maieut.htm>
<http://www.maths.net/philo/maeutique.htm>
<http://www-desu-rc.univ-paris8.fr/aec/maieuti.htm>
<http://paradigmsandparadoxes.hypermart.net/articles/dec97moje.html>

D'abord, savoir qu'on ne sait pas, car c'est le premier pas vers la connaissance. Ensuite, la capacité d'étonnement, cette capacité à se questionner sur la raison d'être des objets pour accéder à l'*être* même des objets. L'utilisation du questionnement amène à une expérience du doute qui permet de se débarrasser de fausses croyances ou d'opinions non critiquées. Le questionnement valorise aussi le savoir construit plutôt que le savoir appris. Le questionnement invite enfin à considérer l'importance de la suspension du jugement autant que l'utilisation de la dialectique, ce qui permet à la contradiction d'entrer dans la conscience et à l'individu d'accéder à la vérité qui est en lui. La connaissance de soi devient à ce moment bien plus une proclamation des limites humaines qu'un simple exercice d'introspection. Je crois enfin que le moteur nodal de la maïeutique est le dialogue, c'est-à-dire l'intersubjectivité et la participation. La maïeutique est une démarche collective qui s'adresse à l'être humain total et ne vise pas seulement un gain cognitif.

La valeur épistémologique du processus dialogique fut proposée par Spivak et al, (1990), Gadamer, (1989), Candau (1998), de même que Friere (1983) pour qui le dialogue sert à « nommer le monde ». C'est dans le dialogue entre les femmes et les sages-femmes, au cœur de l'incertitude et de nos limites humaines, que pourra se continuer la construction d'un savoir. Nietzsche n'a-t-il pas aussi parlé de cette connaissance comme perte de maîtrise, dans le risque et l'affrontement joyeux avec l'inconnu ? (in Lévesque, 1976 p.18).

L'intersubjectivité n'est pas un face à face de deux consciences visant un même objet mais la co-constitution du monde social par des consciences qui sont agissantes. C'est tout à fait en correspondance autant avec la perspective féministe (Minister, 1991) qu'avec la phénoménologie herméneutique (Strasser, 1967).

La maïeutique nous apparaît comme un chemin à explorer et à développer pour soutenir les sages-femmes à « être en démarche ». Ce chemin n'est jamais fini

car les mêmes sujets sont toujours revisités avec d'autres personnes et dans des champs de conscience différents. C'est le chemin de la spirale dont a parlé Alice « On repasse, on se plonge dans le même sujet...mais on a une profondeur de champ de plus »

Nous pouvons rapidement envisager ce que la maïeutique peut apporter, non seulement aux étudiantes sages-femmes mais à toutes celles qui sont praticiennes. Cet « outil » utilisé dans la pratique prend une importance non négligeable dans un contexte où la vision technicienne, instrumentale et biomédicale est hégémonique, et le savoir « scientifique » le seul qui fait autorité, discréditant d'autres savoirs et surtout d'autres modes d'accès à la connaissance. La maïeutique aidera les sages-femmes à questionner, à se questionner, à réfléchir ensemble et à construire un savoir ensemble. Elle aidera probablement les sages-femmes de façon bien plus globale car comment ne pas oublier la conception éthique de la réflexion de Jean Nabert, pour qui elle est une réappropriation de notre effort pour exister (in Mongin, 1998 p.61).

Quelles sont les possibilités d'une démarche maïeutique?

La maïeutique permet d'être des participantes engagées face à un questionnement et non pas des réceptrices passives de connaissances et de doctrines. Cela permet d'apprendre et de développer la pensée critique et surtout une autonomie en étant capable de suivre un processus de découverte plutôt que l'utilisation de connaissances « toutes faites », sans les réfléchir. C'est en développant la capacité à dialoguer avec les autres que nous développons en même temps une connaissance et une conscience de soi. D'ailleurs, l'examen de nos contradictions nous apprend à fonctionner avec l'imperfection et l'incertitude en même temps que cela permet de donner naissance à de nouvelles idées. La maïeutique nous permet de pratiquer la pensée systémique et de construire aussi un savoir d'une façon non purement logique et linéaire. En développant notre capacité

d'analyse pour examiner la vie, nous apprenons non seulement à nous adapter à la diversité et à la complexité, mais nous apprenons à nous développer au milieu d'elle. Nous pouvons aussi comprendre l'explication scientifique comme un savoir construit et donc un savoir en sursis. Nous pourrions enfin considérer que la pratique de la maïeutique a la possibilité de nous amener dans l'expérience de la connaissance.

Griffin (in Keohane, 1982) propose que nous réapprenions à penser. Elle propose que nous apprenions à tolérer les questions et peut-être à cultiver la patience. La vigilance d'une question n'est-elle pas plus importante que la réponse ? Nous aurions même à apprendre à cultiver le paradoxe, accueillir la contradiction ou une question troublante. Elle suggère que nous aimions apprendre et qu'apprendre est peut-être finalement une façon d'aimer.

Le pouvoir des histoires

En se professionnalisant et en s'intégrant dans le système de santé québécois, les sages-femmes évoluent non seulement dans une institution fortement bureaucratifiée mais dans un système où l'organisation des pratiques est plutôt de type mécanique que de type organique, comme ce qui a été constaté dans la recherche faite sur les sages-femmes au Québec (Blais et al. 1997). Les chercheurs avaient d'ailleurs noté l'inquiétude de certaines sages-femmes quant aux effets d'éloignement de leur philosophie de base en s'intégrant dans une grosse structure comme le système de santé (ibid).

Le système de santé du Québec est traversé par les notions d'efficacité, de performance et même de reddition de compte, mettant sous la loupe le temps pris pour les interventions autant que les coûts générés par ces interventions. Nous sommes dans la gestion de la qualité.

La domination de la vision biomédicale de la grossesse et de l'accouchement et cette logique de calcul et instrumentale peuvent avoir comme effet de vouloir optimiser le temps qu'une équipe de sages-femmes prend ensemble. D'une part, les problèmes d'organisation du travail et d'administration doivent être pris en compte et d'autre part, le temps pour raconter les accouchements auxquels les sages-femmes ont participé doit être protégé.

Décider de prendre le temps de raconter des histoires d'accouchements (ou autre événement de la grossesse ou du postpartum) ne garantit pas l'échange d'expérience vécue et la réflexion. Deux éléments de cette décision peuvent faire une grande différence : Premièrement, l'utilisation du langage biomédical pour raconter les accouchements, ou plutôt les « rapporter ». Deuxièmement, décider de se concentrer sur les accouchements où il y a eu un transfert ou une complication, laissant passer les accouchements « normaux ». Nous pouvons réfléchir sur les effets de ces décisions.

Le langage biomédical permet de faire un rapport d'accouchement de façon succincte et objective en divulguant les données biomédicales significatives. Les règles de narration sont strictes et peuvent même être ritualisées. Cette façon de faire n'est pas un problème en soi, mais il y a souvent une tendance à considérer un rapport d'accouchement comme un récit complet. Les dimensions sociales, psychiques et spirituelles sont alors occultées, de même que le sens humain de l'expérience. Pas besoin de faire un récit ni de partager une expérience de vie, de passage ou d'accomplissement. Nous avons participé à un événement majeur dans la vie d'une personne, d'un enfant et d'une famille et nous le racontons comme si nous étions séparées de l'événement, comme s'il y avait une distance entre l'événement et nous. Comme si c'était un « objet » de savoir. Il n'y a plus de dialogue et de recherche de sens.

En soumettant un avènement comme un accouchement et une naissance à la raison scientifique et instrumentale, nous participons non seulement à l'illusion d'une connaissance objective mais à son potentiel d'aliénation pour tous ceux qui l'ont vécu, parents et professionnels.

L'idée de se concentrer sur les histoires de transfert ou de complications peut avoir deux effets pervers : cette « réduction » de la réalité à ses difficultés renforce la culture du risque et de la peur, et elle renforce aussi la vision biomédicale de la grossesse et de l'accouchement.

En parlant des transferts et des complications, nous nous concentrons en même temps sur les actions accomplies par la sage-femme, renforçant ainsi l'image technique et interventionniste de la pratique. Sans d'autres types de récit, comment comprendre que le sens de la pratique est aussi celui de la présence et la capacité d'aider en sachant ne rien faire ?

Ce qui a permis aux sages-femmes des années 1980 d'être en démarche fut, entre autres, le fait de partager l'expérience vécue et d'être ensemble pour comprendre. Les histoires d'accouchements ont été au cœur de leur démarche. Si l'herméneutique est une philosophie pratique, l'enseignement et la pratique de la maïeutique au quotidien aidera les sages-femmes à résister à la vision technicienne et gestionnaire d'une pratique professionnelle en santé.

Raconter des histoires est une tradition qui n'a pas d'âge. C'est une façon de faire du sens avec le monde car le récit ne raconte pas des « faits ». Il communique des valeurs et du sens. Des auteures comme Kirkham (1997) et McHugh (2001) reconnaissent la valeur des histoires. Elles aident les femmes (et les sages-femmes) à faire du sens avec l'expérience profonde de la mise au monde. Leur utilisation durant la grossesse peut même aider les femmes à se préparer à devenir mère (England et al. 1998).

Le fait de raconter des histoires, celle de notre vie et celle des femmes que l'on a accompagnées, est de plus en plus reconnu comme moyen d'apprendre, de générer un savoir, et aussi comme un moyen de comprendre le sens de nos vies⁴⁴. En partageant des histoires, nous créons alors une expérience commune et nous pouvons aussi interpréter les événements au-delà de l'expérience immédiate. Les histoires racontées ont enfin une valeur épistémologique lorsqu'elles sont appréciées comme mode de connaissance (Baker et al. 1988).

En fait, le récit est primordial pour tous les humains et pour MacIntyre, il est la source de l'unité de la vie (in Rankin, 2002). Pour lui, il est désolant que "narrative has been unwittingly relegated to the role of describing being rather than to creating, expressing and unfolding the possibilities of becoming" (Rankin, 2002 p.1). En effet, le récit est reconnu comme processus créateur, comme accès à la conscience et à l'identité.

Décrire un accouchement dans des termes biomédicaux, c'est renforcer la biologie comme définition de l'humain et c'est potentialiser l'effet réducteur et déshumanisant d'un tel langage. Le langage biomédical nourrit aussi le scientisme et la vision biomédicale de la maternité et du corps des femmes. Ce langage sert d'abord à décrire des processus biophysiques, nommer les mécanismes, les organes et la pathologie. Cependant, il ne peut décrire le vivant et encore moins l'être humain, l'être de chair, de cœur et de sens. Privilégier le langage biomédical pour parler de la grossesse et de l'enfantement confirme, en quelque sorte, « l'oubli de l'être » de notre époque.

Le langage doit toujours s'adresser à quelqu'un car « nommer, c'est toujours appeler » (Lavelle, 1942 p.67). Il faut être conscient que la véritable fin du langage qui est « de mettre les êtres en communication les uns avec les autres, plutôt que de

⁴⁴ Denning, 2000; J. Hall, 2000; Hughes, 1995; Weiner, 1994

désigner des choses » (ibid, p.2). Dans notre contexte fasciné par la science, la technique et la raison instrumentale, raconter et partager une expérience vécue est une façon de prendre la parole. Prendre le temps de partager une expérience singulière est, pour une sage-femme, une façon d' « être là » et surtout une façon d'habiter la présence sage-femme.

Pour Gadamer « le langage est un « nous » (in Dutt, 1998 p.57) qui n'existe que dans le dialogue. Le langage dominant actuellement est le langage médical et il ne correspond pas au « nous » des sages-femmes. Les sages-femmes sont appelées à créer un langage qui leur ressemble et surtout qui reflète le regard qu'elles ont sur le monde de la maternité.

En fait, poursuivre la prise de parole et la recherche de sens n'est pas seulement importante pour les sages-femmes. Pour Janicaud (1998), il y a la possibilité de créer une brèche dans cette époque étroite car,

« L'époque est étroite, parce que l'essence de la douleur, de la mort et de l'amour ne lui est pas ouverte. Étroite est cette détresse elle-même parce que se dérobe la région essentielle d'où douleur, mort et amour déploient leur appartenance » (p.331).

Une sagesse pratique : la *phronesis*

Les sages-femmes évoluent depuis les années 1980 dans une culture de soins où le paradigme médical et technologique est dominant. Depuis le milieu des années 1990 le phénomène des pratiques basées sur des données probantes (evidence based medicine ou EBM), comme nous l'avons évoqué plus haut, a pris énormément d'ampleur. L'EBM veut apporter au praticien une démarche scientifique fondée sur la preuve et elle est présentée dans notre culture comme étant la méthode la plus efficace pour déterminer quelle action faire pour résoudre des problèmes pratiques (Savard, 2002).

Nous assistons maintenant à une prolifération sans précédent de lignes directrices cliniques, construites à partir des « évidences » de la recherche, à l'intention des praticiens. Ces derniers se font demander par les gouvernements, les institutions et les agences, tout comme par les compagnies d'assurances, de limiter leurs activités en les conformant à celles qui ont été scientifiquement validées par l'expérimentation. De façon très simplifiée il s'agit, pour un praticien :

« d'accéder aux meilleures informations, qui ne s'entendent ici que comme provenant de la littérature scientifique, de juger de la validité et de la pertinence des informations recueillies en vertu de grands principes méthodologiques, et enfin, d'appliquer cette information au soin du patient » (Savard, 2002 p.30).

Cette démarche est maintenant proposée comme le meilleur mode de prise de décision. Or, pour un praticien, une bonne décision n'est pas toujours le résultat d'un calcul, et le fait de simplement suivre des règles générales n'est pas nécessairement suffisant pour faire de bons choix. Pour Polkinhorne (2004),

“When decisions are simplified into an intellectual calculus, instead of life becoming more flourishing, it becomes less full. Practical wisdom draws on all our human sensitivities, including our emotions. Eliminating any aspect of our humanness from the deliberative process produce less effective life choices, not more effective ones.” (p.107).

Il est facile d'oublier que si l'essai clinique est la meilleure façon de dire d'une intervention qu'elle fonctionne, c'est par contre la moins apte à dire qui peut en bénéficier.

« En dehors du système factuel, de la démarche technocentrée, rien ne garantit plus que le soin est juste, bien appliqué, qu'il a des suites favorables au patient et à la population, en dehors de son indéniable efficacité ou adéquation au plus haut niveaux de validité scientifique » (Savard, 2002 p.34).

En fait, l'autorité de EBM n'augmente pas les éléments objectifs mais plutôt obscurcissent la subjectivité qui est nécessairement dans toute recherche humaine car EBM fonctionne comme si elle était complètement en dehors du contexte social des pratiques en santé. Des travaux réflexifs et critiques en sciences sociales commencent à être publiés⁴⁵.

Il y a déjà plusieurs auteurs qui sont préoccupés par l'évolution de la pratique médicale⁴⁶, et particulièrement son approche technique/rationnelle. Au moment où est réclamée une meilleure place au jugement clinique, nous recevons, dans différents textes, la proposition de considérer ce qu'Aristote avait d'abord proposé : la *phronesis*. Nous pouvons la caractériser comme un raisonnement pratique, un savoir et une sagesse. Elle résiste à la voie de la technicisation et de l'application simpliste de l'EBM. Elle se propose comme chemin plus modeste, aussi raisonnable et «au bout du compte pleinement humain» (Folscheid, 2005). C'est parce qu'il y a une référence à la sagesse que nous avons voulu explorer ce « possible » pour les sages-femmes.

Le savoir et le raisonnement de la *phronesis* impliquent une capacité d'agir en médiation entre l'universel et le particulier (Bernstein, 1985 p.276). Cette médiation ne s'accomplit pas en faisant appel à des lois techniques, des routines ou des méthodes au sens cartésien du terme. Le cas particulier n'est pas soumis à un pré-donné immuable. Nous nous trouvons dans la complexité et «Because of this complexity, decisions about life choices require phronetic judgment rather than deductive calculation». (Polkinghorne, 2004 p.107)

Il y a deux sens au mot « situation ». Il peut y avoir le sens matériel, physique mesurable (objectivité, savoir biomédical, évidence des nombres, un cas)

⁴⁵Quelques références: Bazian, 2005; Goldenberg, 2006; Kulkarni, 2005; Lambert et al. 2006

⁴⁶Folscheid, 2005; Polkinghorne, 2004; Svenaeus, 2003

et il peut aussi un sens existentiel du terme, c'est-à-dire « le moment du déploiement d'une existence » (Ladrière, 2001 p.215). Nous sommes alors dans la subjectivité et la singularité car une situation, c'est toujours la situation de quelqu'un.

La *phronesis* serait alors une prudence particulière qui guide l'humain dans l'action. Elle est capable de discernement. Elle implique une certaine délibération car elle cherche éthiquement à trouver ce qui sera mieux de faire pour une personne en particulier, à un moment donné (Polkinghorne, 2004). Elle est donc essentiellement dialogique et relationnelle. Elle implique le partage plutôt que l'application d'une ligne directrice, basée sur des « cas » présentés comme des problèmes à solutionner.

De façon plus globale et plus profonde, Gadamer considère que la compréhension elle-même serait une forme de *phronesis*, tandis que pour le philosophe Habermas, cela permet de conserver nos liens avec la sagesse. L'exploration et la valorisation de la *phronesis* par les sages-femmes serait un moyen de rester en contact plus étroit avec cette sagesse qui fait partie de leur nom, et donc de leur identité la plus profonde. Explorer les possibilités de la *phronesis* serait une façon de poursuivre leur œuvre singulière auprès des femmes et les familles, et surtout une façon de demeurer vigilantes face aux enjeux de pouvoir que leur donne leur nouveau statut d'expertes.

Être en démarche avec d'autres

Au cours des années 1980, les sages-femmes ont évolué en se regroupant et en étant en démarche. Leur expérience vécue a bâti une présence sage-femme au Québec. Cependant, elles n'étaient pas seules. Des mouvements sociaux comme le féminisme, la santé des femmes ainsi que d'autres mouvements, comme ce qu'on a appelé « le retour à la nature », ont cherché d'autres façons de voir la santé autant que d'autres façons de vivre.

Les sages-femmes ont appris avec et par les femmes. Elles ont partagé l'expérience vécue autant avec les femmes qu'avec d'autres professionnels, médecins et infirmières, en chemin eux aussi. Parce que ces personnes étaient au cœur de la naissance, comme Anne l'a exprimé, il s'est créé des échanges qui ont permis de « retrouver le sens de la vie » et de « tisser » ensemble « une sorte de compréhension ».

L'impératif technologique, la biomédecine, la raison instrumentale et le consumérisme règnent actuellement. Ces éléments ont contribué à accentuer ce que Gauchet (1985) a appelé le « désenchantement du monde », pris dans un sens élargi soit : l'épuisement du règne de l'invisible. Parce qu'une partie significative du sens de la pratique sage-femme est de « tenir l'espace », avec tout ce que nous avons signifié plus haut dans ce travail, plus que jamais, il nous semble que les sages-femmes doivent « être là » dans ce qu'elles disent et dans ce qu'elles font. Il s'agit aussi d'« être en démarche », à être ensemble pour apprendre et comprendre. Bien au-delà des actes professionnels et seulement des actes des sages-femmes, il s'agit de laisser le « feu » agir.

Nous n'avons pas beaucoup d'images claires à proposer pour exprimer comment pourrait s'articuler cette mouvance. L'expérience vécue partagée semble être un premier pas. Les histoires racontées pourraient en être un autre. Nous croyons que ces « possibles » auraient un effet émancipateur non seulement pour les sages-femmes mais pour ceux et celles qui sont au cœur de la naissance.

Un potentiel émancipateur ?

Après avoir exploré des « possibles » pour l'avenir des sages-femmes au Québec, nous devons nous rappeler le questionnement du début de ce projet concernant les liens entre féminisme et phénoménologie. Nous croyons que pour que

la perspective féministe et la phénoménologie herméneutique puissent servir une même recherche, il faudra tenter ici de dégager leur visée émancipatrice.

Selon Brun (2001), l'émancipation :

« est le mouvement par lequel l'homme ou la femme...initie une dynamique de production et de réalisation du sens dans le cours de sa propre existence. Il s'agit d'une double démarche de connaissance et d'action, où connaissance et action s'engendrent mutuellement. »

A ce titre, nous croyons que le fait d' « être en démarche » permet aux sages-femmes de faire du sens et de comprendre en liant constamment l'action et la connaissance. Cette capacité à faire du sens serait émancipatrice car selon Rioux (1982) les pratiques émancipatoires « ont immédiatement prise sur le vécu quotidien et lui donnent sens et valeur » (p.49). Heidegger a un langage plus poétique en parlant de « la clarté qui libère » (1958 p.334). Cette clarté permet aux groupes humains de s'accomplir car, « la compréhension herméneutique est faite pour éclairer... la possibilité pour les groupes sociaux de se comprendre eux-mêmes et ainsi de s'orienter dans l'action" (Habermas in Deramaix, 1997).

Il est donc clair que l'herméneutique a un potentiel émancipateur. Cependant que pouvons-nous dire de l'émancipation telle que Olson et Carlisle (2001) en parlent, c'est-à-dire l'émancipation « from the oppressive structure of outdated theory in organisationnel science » ?

Au sujet des sages-femmes, pouvons-nous parler d'oppression, d'aliénation ou d'assujettissement ? Est-ce que la domination de la biomédecine et de la technoscience dans les connaissances et les pratiques peuvent être envisagés dans leurs effets oppressifs ou même aliénant? Est-ce que les sages-femmes auraient besoin de « s'affranchir »? Lorsque nous prenons conscience de l'univers des sages-femmes et aussi de contexte dans lequel elles évoluent (celui que nous avons évoqué plus haut), nous pouvons très bien comprendre que le sens de leur présence autour

de la naissance n'est pas soutenu par ce contexte de pratique. La médicalisation de la vie des femmes n'est pas la seule chose dont il faut s'occuper. Il se peut que la médicalisation de la pratique sage-femme soit commencée.

D'une part, Walsh (2004) considère les sages-femmes comme un groupe d'opprimées par rapport à la biomédecine et au biopouvoir. D'autre part, la médicalisation de la pratique sage-femme a été constatée dans de nombreuses sociétés occidentales. Il n'est donc pas alarmiste de se préoccuper de cette éventualité dans notre société. Il est aussi approprié de parler de stratégies de résistance et de leur capacité à demeurer ce qu'elles sont.

Les possibilités qui ont été esquissées ici pour les sages-femmes, seraient des moyens pour s'approprier le sens de leur pratique et pour vivre en continuité entre la présence sage-femme qui a été bâtie dans les années 1980 et celle qu'elles habitent dans les années 2000. L'effet émancipateur ne découle pas de la proposition d'une façon de faire mais bien d'une façon d'être car bien que la pratique soit colorée par le contexte sociohistorique et ne puisse pas se transposer d'une époque à une autre, le sens, lui, le peut. Nous croyons enfin que le « possible », pour les sages-femmes, d'être en démarche avec d'autres, aurait certainement un potentiel émancipateur pour ceux et celles qui oeuvrent au cœur de la naissance et qui en sont « touchés ».

Conclusion

Ce travail est né d'une ouverture posée par une question et il s'inscrit en continuité et en cohérence avec mon cheminement de sage-femme. Le fait de vouloir conclure est bien plus près d'une idée de fermeture et de finalité qui se défend difficilement dans une perspective herméneutique. Le cercle de compréhension doit demeurer un cercle vivant, que nous voudrions nous représenter comme une spirale, permettant à l'individu ou au groupe de continuer à « être en démarche ».

En fait, la réponse à une question est autant une arrivée qu'un départ car à la fin il nous faut offrir tout ce qui a été dit et relancer d'autres questionnements. Sur ce chemin de la compréhension, il s'agit d'apporter celle que l'on a découverte et ensuite rencontrer celle des autres car aucune compréhension n'est complète en elle-même et ne peut encore moins être tenue pour *la* vérité. Au bout du compte, ce qui est à reconnaître, est que « jamais nos réponses ne seront à la hauteur des questions qui les suscitérent » (Romano, 1998 p.288).

Nous demeurerons donc dans un espace d'ouverture même si ce travail s'achève. Je pense à la dernière rencontre qui est faite avec la femme et son bébé après l'accouchement. Il s'agit de compléter une démarche avec elle mais en même temps de ne pas fermer les portes car cette femme continue son chemin de vie et je continue le mien. Les événements que nous avons partagés sont des cadeaux dont nous ne connaissons pas toujours le sens et encore moins la portée.

« La relation est quelque chose qui va bien au-delà que de permettre une intervention dont on peut mesurer l'effet thérapeutique « car » leur interaction va se poursuivre, sinon dans la proximité sociale, au moins dans la mémoire de l'univers » (Malherbe, 2003 p.86).

Les sages-femmes des années 1980 ont bâti une « présence sage-femme » au Québec et elles ont habité cet espace. A la fin de ce parcours et de notre démarche, nous croyons que l'on peut considérer ce qu'elles ont accompli comme une œuvre car « L'œuvre en tant qu'œuvre érige un monde » (Martin Heidegger, 1962 p.48) et

la plus belle offrande d'une œuvre c'est « qu'elle soit » (1962 p.74). C'est ce monde qu'elles ont érigé que nous avons tenté de visiter par notre travail.

Cette œuvre des sages-femmes n'a pas seulement reflété son temps. Sa signification « excède, dépasse, transcende les conditions sociales de sa production et peut être ré-effectuée dans de nouveaux contextes sociaux » (Ricoeur, 1986 p.219). Sa pertinence est donc durable, autant pour les sages-femmes qui vont succéder que la société dans laquelle elles évoluent et se développent.

L'herméneutique et la recherche de sens ne se confinent pas à la pensée et finalement, c'est par l'action que se révèle notre puissance d'être. Les sages-femmes vont avoir à faire confiance à leur puissance d'être. Elles devront prendre leur place autant dans un système de santé que dans l'espace social car l'herméneutique conduit à une pratique sociale et politique argumente Ricoeur (1986). Si chaque profession a une mission sociale (Legault, 2003), nous estimons que ce travail pourrait être une contribution à cette mission.

Nous croyons enfin à l'importance des questions. Nous en entrevoyons quelques unes. Comment se modulent les relations entre les femmes et les sages-femmes? Que peut signifier l'accouchement à la maison? Comment les sages-femmes prennent-elles les décisions cliniques : avec les femmes ou avec les lignes directrices des institutions? Est-ce que nous pouvons parler d'un paradigme sage-femme et si oui, comment pourrions-nous le cerner?

Au-delà des aspects concrets de la réflexion et de l'action qui résultent de la démarche qui a été réalisée dans le cadre de cette recherche, je crois profondément que cette dernière est surtout une invitation à « être là », dans *le tout* du visible et de l'invisible du monde. Elle est une invitation à continuer à habiter. Nous nous situons dans un tout autre espace que l'avancement des connaissances et une logique des résultats.

« Apprendre à habiter sobrement auprès du surgissement même du temps, de la parole et du monde, voilà un « programme » qui n'a strictement plus rien à voir ni avec le progrès de la science ni même avec l'enrichissement du savoir » (Janicaud, 1998 p.108).

Annexe I Histoire des sages-femmes: originalité du Québec

Extrait photocopié des registres paroissiaux de la Fabrique de la paroisse Ste-Famille de Boucherville, Québec.

Feuillet. 153.

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^e février 1713. C. Dauzat ptre

Retranscription du document d'archive.

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^e février 1713. C. Dauzat ptre

Annexe II Histoire récente des sages-femmes du Québec

- 1977 Manifeste « Renaissance de la sage-femme », par le Collectif de St-Léandre de Matane, envoyé au Conseil du Statut de la femme et au ministre des Affaires sociales.
- 1978 Fondation de Naissance-Renaissance, regroupement de groupes communautaires qui militent pour l'humanisation de l'accouchement et la légalisation des sages-femmes. Le Conseil du statut de la femme propose dans son document *Pour les Québécoises: égalité et indépendance*, l'implication d'une nouvelle intervenante, la sage-femme, afin de réhumaniser le processus fortement médicalisé de l'accouchement.
- 1980 Les colloques de l'Association pour la Santé publique du Québec : « Accoucher ou se faire accoucher ».
Fondation de Alternative Naissance.
Incorporation de l'Association des sages-femmes du Québec.
- 1981 Sortie du film « Depuis que le monde est monde » de Sylvie Van Brabant.
- 1982 Fondation de « Groupe de travail pour la reconnaissance des sages-femmes ».
Mise sur pied du comité maison de naissance de Montréal pour protester contre la fermeture de l'obstétrique au C.H. Sainte-Jeanne D'arc.
- 1983 Dépôt du rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes, présidé par le Ministère de l'Éducation du Québec: recommandation d'officialiser la pratique sage-femme.
- 1985 L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) prend officiellement position en faveur de la reconnaissance légale des infirmières sages-femmes. Dépôt du comité Maison de naissance de Montréal d'un projet de cadre fonctionnel et technique de maison de naissances auprès du MSSS.

Annexe II suite...

- 1986 La Commission Rochon reconnaît la pertinence d'intégrer les sages-femmes dans le réseau de santé québécois.
Ouverture officielle d'un bureau de sage-femme à Montréal.
Début de la maternité de Povungnituk avec des sages-femmes inuites.
Fondation de « l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes ».
Recommandations du cercle des fermières : reconnaissance légale de la sage-femme, profession régie de façon autonome et que la formation soit de niveau universitaire.
Tournée provinciale « Mouvement sages-femmes », sous-comité de Naissance Renaissance.
Mise sur pied du comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, avec la participation du MSSS et de l'Office des professions.
- 1988 Commission des affaires sociales concernant le projet de Loi 4, loi sur l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes.
Le CRSSS-Outaouais⁴⁷ dépose au MSSS une étude d'opportunité de maisons de naissance avec sages-femmes pour l'Outaouais.
- 1989 Enquête publique du coroner au sujet de la mort d'un bébé né à la maison avec une sage-femme
Publication du document du MSSS « La pratique des sages-femmes : étude d'un moyen pour atteindre les objectifs en périnatalité ». La Corporation professionnelle des médecins du Québec signifiait son désaccord sur les priorités du gouvernement.
- 1990 Adoption à l'unanimité par le gouvernement du Québec, de la Loi 4, permettant l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre de projets pilotes. Les présidents de la Fédération des médecins spécialistes et de la Fédération des médecins omnipraticiens font parvenir une lettre à tous leurs membres les enjoignant « de rejeter toute proposition visant à permettre la pratique de la médecine par des non-médecins » et de refuser de collaborer à la mise sur pied de projets pilotes.
- 1992 Premiers examens pour reconnaître des sages-femmes aptes à pratiquer dans les projets pilotes.

⁴⁷ CRSSS : Centre Régional de Santé et de Services Sociaux

Annexe II suite...

- 1993 Politique en périnatalité du MSSS: la pratique des sages-femmes est présentée comme une approche novatrice et il est indiqué que l'accouchement en dehors de l'hôpital sera étudié. L'État est sur des charbons ardents car même les maisons de naissance sont contestées. Il n'y a encore aucun protocole formel de collaboration entre les médecins et les équipes des projets-pilotes. La consigne de non collaboration des médecins continue d'être suivie. Les médecins ont proposé de réactiver la loi médicale, permettant et encadrant la pratique sage-femme dans les hôpitaux et ne mentionnant aucunement d'autres lieux de naissance.
- 1993 (nov) Ouverture de la première maison de naissance à Gatineau, puis de six autres : Québec, Mont-Joli, Alma, Sherbrooke et Montréal. Les médecins spécialistes reçoivent une lettre les enjoignant de ne pas collaborer au fonctionnement des maisons de naissance (les conseils multidisciplinaires devaient comprendre un obstétricien gynécologue). D'autres médecins s'impliquèrent cependant.
- 1995 L'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes décide de se dissoudre et invite l'Association des sages-femmes diplômées du Québec à faire de même, (ce qui ne fut pas fait), pour rassembler toutes les sages-femmes du Québec.
Fondation du Regroupement les sages-femmes du Québec.
- 1996 La SOGC déclare dans l'Actualité médicale (août 1996) « 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. »
Bilan du comité d'évaluation des projets-pilotes et bilan des parents qui ont été aidés par des sages-femmes.
Colloque de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) dont le thème est *L'intégration des sages-femmes dans le système de santé québécois*.

Annexe II suite

- 1997 Dépôt et recommandations du Comité d'évaluation des projets pilotes auprès du gouvernement du Québec de légaliser la pratique sage-femme comme pratique professionnelle autonome.
Fondation du groupe MAMAN (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel)
- 1998 Recommandations ministérielles au sujet de la pratique des sages-femmes : la légalisation des sages-femmes.
- 1999 Adoption de la Loi sur les sages-femmes. Création de l'Ordre des Sages-femmes du Québec. Début du Baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières, une formation de quatre ans.
- 2003 Ouverture de la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet, la première maison de naissance qui ne soit pas un projet pilote.
Première cohorte d'étudiantes sages-femmes à être diplômées de l'Université du Québec à Trois-Rivières
- 2004 Adoption du règlement sur l'accouchement à la maison par le Gouvernement du Québec.
Première entente entre le CLSC Lac-St-Louis et le centre hospitalier de LaSalle permettant aux clientes des sages-femmes qui le souhaitent, d'accoucher à l'hôpital aidées par leurs sages-femmes.
- 2005 Arrimage d'un régime d'assurances responsabilités du Gouvernement du Québec qui permet aux sages-femmes d'aider leurs clientes à accoucher à la maison.
- 2006 Annonce du démarrage d'une nouvelle maison de naissance dans les Laurentides.

Annexe III Formulaire de consentement à la recherche

Titre de l'étude : Les repères identitaires des sages-femmes du Québec construits à partir de la pratique élaborée avant la légalisation de la profession.

Chercheure responsable : Maria De Koninck, PhD, Université Laval, SHA [REDACTED]

But de la recherche : Cette recherche veut cerner comment les sages-femmes qui ont pratiqué dans les années 1970-1990 au Québec, ont organisé leur univers par rapport à la maternité. L'élaboration de nouvelles connaissances sur la profession de sage-femme au Québec pourra contribuer à une meilleure cohérence du programme de formation pour les sages-femmes.

Ma participation à la recherche : Si je participe à la recherche, une entrevue avec la chercheuse sera enregistrée en audio seulement. Cette rencontre se déroulera dans un endroit qui me convient et durera au moins une heure (maximum 2 heures). Il n'y a pas vraiment d'autre tâche à accomplir pour moi. Ma participation me permettra de raconter ce que j'ai fait et ce que j'ai vécu. Ce pourra être une occasion de faire une synthèse personnelle de plusieurs années d'expérience. Ma participation permettra aussi et surtout de rendre visible une partie importante des fondements de la profession au Québec et de faire de cette période de l'histoire un point de repère significatif pour l'évolution future des sages-femmes. Il n'y a pas de risque prévu à participer à cette recherche. Ma participation est entièrement volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, sans devoir justifier ma décision, et sans préjudice. Je n'aurai qu'à aviser verbalement de ma décision.

Les informations recueillies sur moi seront confidentielles. Mon nom sera remplacé par un code, aucun renseignement personnel ne sera conservé et les entrevues seront numérotées. Les enregistrements sonores seront conservés au moins 5 ans et ne seront pas transmis à d'autres personnes. Enfin, je ne recevrai aucun dédommagement pour ma participation à cette étude.

Si j'ai des questions au sujet de cette étude, je pourrai communiquer avant, pendant et après la recherche avec : Céline Lemay [REDACTED]

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je (nom en lettres moulées)déclare avoir pris connaissance du contenu de cette page et comprendre le but, les avantages, les risques et les inconvénients de cette étude. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sans préjudice.

Signature : _____

Date : _____

Bibliographie

- Abbey, H., Roche-Reid, B. (2004). Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife. *Social Science & Medicine*, 58 2613–2624.
- Akamatsu, E. (1996). *Mémoire, temps, histoire*. Paris: PUF.
- Alcoff, L., Potter, E. (1993). *Feminist epistemologies*. New York and London: Routledge.
- Annandale, E. (1998). *The sociology of health and medicine*. Cambridge: Polity Press.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. London: Jossey-Bass Publishers.
- Baker, A., Green, E. (1988). *Storytelling: art and technique*. New Jersey: RR Bowker.
- Bardy, J.-D. (1988). *Analyse sociopolitique de la situation des sages-femmes au Québec*. Mémoire de maîtrise en administration de la santé, Université de Montréal, Montréal.
- Bazian, L. (2005). Do evidence-based guidelines improve the quality of care? *Evidence-Based Health care & Public Health*, 9, 270-275.
- Belenky, M. F., & al. (1997). *Women's ways of knowing: the development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Benner, P. (2003). Beware of technological imperatives and commercial interests that prevent best practices. *American Journal of Critical Care*, 12 (5), 469-471.
- Benoit, C., Heitlinger, A. (1998). Women's health caring work in comparative perspective: Canada, Sweden and Czechoslovakia/Czech Republic as Case Examples. *Social Science and Medicine*, 47 (8), 1101-1111.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 17–25.
- Berger, P., Luckmann, T. (1992). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Meridiens Klincksieck.

- Bergum, V. (1997). *A child on her mind: the experience of becoming a mother*. Westport, Conn.: Bergin & Garvey.
- Bernier, J. (1987). *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Bernstein, R. J. (1985). From hermeneutics to praxis. In R. Hollinger (Ed.), *Hermeneutics and praxis* (pp. 272-296). Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- Bertin, G. (1983). Croyances et quête de sens (version électronique). Consulté le 26/7/200 à <http://happy.joueb.com/news/83.shtml>.
- Bertrand, P. (2002). *Pour l'amour du monde*. Montréal: Liber.
- Bigwood, C. (1991). Renaturalizing the body (with the help of Merleau-Ponty). *Hypatia*, 6 (3), 54-73.
- Birke, L. (1999). *Feminism and the biological body*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.
- Blais, R., & al. (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*. Québec: Université de Montréal, Université Laval.
- Bleier, R. (1984). *Science and gender: a critique of biology and its theories on Women*. London: Elsevier Science.
- Bluff, R., Holloway, I. (1994). 'They know best': women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*, 10 (3), 157-164.
- Blum, L. M. (1999). *At the breast*. Boston: Beacon Press.
- Bobel, C. G. (2001). Bounded liberation: A focused study of LLL international. *Gender & Society*, 5 (1), 130-151.
- Bolduc, N. (1995). *Le pouvoir des médecins dans les processus d'émergence et d'élaboration de la loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes Québec*. Mémoire de maîtrise en études politiques, Université Laval, Québec.
- Bordeleau, L.-P. (1999). Le corps comme soi-même. In L.-P. Bordeleau & S. Charles (dir), *Corps et science. Enjeux culturels et philosophiques*. Montréal: Liber.

- Boston Women's Health Collective. (1977). *Our bodies, ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Boudon, R., Bourricaud, F. (2000). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris: Que sais-je/PUF.
- Bouffard, M., Grégoire, L. (1998). *Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance*. Montréal.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris: Seuil.
- Bourgeault, I., Benoit, C., & al (eds). (2004). *Reconceiving midwifery: the new canadian model of care*. Montreal/Kingston: Mc-Gill-Queen's University Press.
- Bourgeault, I., DeClercq, & al. (2001). Changing birth: interest groups and maternity care policy. In R. DeVries, C. Benoit & C. van Teijlingen (Eds.), *Birth by design: pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Bourgeault, I. L. (2005). *Push! The struggle to integrate midwifery*. McGill: Queen's University Press.
- Brun, P. (2001). S'émanciper de la misère: le parcours de vie d'une femme québécoise. *Carriéologie: revue francophone internationale*, 8 (1 et 2).
- Bryar, R. M. (1995). *Theory for midwifery practice*. London: Macmillan.
- Caillois, R. (1950). *L'homme et le sacré*. Paris: Gallimard.
- Callaway, H. (1993). The most essentially female function of all: giving birth. In S. Ardener (Ed.), *Defining females: the nature of women in society* (pp. 146-167). Oxford: Berg.
- Candau, J. (1998). *Mémoire et identité*. Paris: PUF.
- Candib, L. M. (1994). Self-in-relation theory: implications for women's health. In A. Dan (Ed.), *Reframing women's health: multidisciplinary research and practice*. Thousand Oaks (Calif): Sage Publications.
- Carroll, K. W. (1997). *Organizing dissent: contemporary social movements in theory and practice: studies in the politics of counter-hegemony*. Toronto: Garamond Press.

- Carter, P. (1995). *Feminism, breasts and breastfeeding*. London: Macmillan.
- Castoriadis, C. (1990). *Le monde morcelé*. Paris: Editions du Seuil.
- Chrysanthou, M. (2002). Transparency and selfhood: utopia and the informed body. *Social Science & medicine*, 54 (3), 469-479.
- Clarke, A., Olesen, V. (1999). Revising, diffracting, acting In A. E. Clarke & V. L. Olesen (Eds.), *Revisioning women, health, and healing* (pp. 3-48). London: Routledge.
- Code, L. (1991). *What can she know: feminist theory and the construction of knowledge*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Code, L. (2000). *Encyclopedia of feminist theories*. London: Routledge.
- Cohen, M. Z., & al. (2000). *Hermeneutic phenomenological research*. London: Sage Publications Inc.
- Connor, J. T. (1994). Larger fish to catch here than midwives: midwifery and the medical profession in Nineteenth-Century Ontario. In D. Dodd & D. Gorham (Eds.), *Curing and caring: historical perspectives on women and healing in Canada* (pp. 103-134). Ottawa: University of Ottawa Press.
- Conroy, S. A. (2003). A pathway for interpretive phenomenology [version électronique]. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 Consulté le 12/2/2006 à http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/html/conroy.html.
- Corin, E. (1998). Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies. In Y. Lecompte & J. Gagné (dir), *Les ressources alternatives de traitement, XXVe anniversaire de la revue Santé mentale du Québec*. Montréal.
- Cornell, D. (1991). *Beyond Accomodation*. London: Routledge.
- Cornellier, H. (1993). *Créer une nouvelle profession... vieille comme le monde, la sage-femme professionnelle de la santé au Québec*. Mémoire de maîtrise en Droit de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Cosslett, T. (1994). *Women writing childbirth*. New York: Manchester University Press.
- Courtine, J.-F. (1990). *Heidegger et la phénoménologie*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin.

- Coyle, K., Hauck, Y., et al. (2001). Normality and collaboration: mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery*, 17, 182-193.
- Crouch, M., & Manderson, L. (1995). The social life of bonding theory. *Social Science & Medicine*, 41 (6), 837-844.
- Dastur, F. (2004). *La phénoménologie en questions*. Paris: Vrin.
- Dauenhauer, B. (2002). Paul Ricoeur [version électronique] de <http://plato.stanford.edu/entries/ricoeur/>.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an american rite of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R., Sargent, C. (ed) (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkely: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an american rite of passage*. Berkely CA: University of Californy Press.
- De Koninck, M. (1990). L'autonomie des femmes: quelques réflexions-bilan sur un objectif. *Santé mentale au Québec*, XV (1), 120-133.
- De Koninck, M. (1992). *De l'intervention féministe aux interventions féministes : des parcours multiples, une mémoire collective à construire*. Québec: Université Laval, Dpt. de médecine sociale et préventive.
- De Koninck, M. (1995). La gestion biomédicale du corps des femmes : un progrès? In L. Bouchard & D. Cohen (dir), *Médicalisation et contrôle social* (pp. 33-42). Montréal: ACFAS, Les cahiers scientifiques.
- De Koninck, M., Gauvreau, D. (1991). Femmes et reproduction. *Québec*, 32 (3).
- De Konink, M. (1995). *La gestion biomédicale du corps des femmes : un progrès?* Montréal.
- Dean, K. (2004). The role of methods in maintaining orthodox beliefs in health research. *Social Science & Medicine*, 58, 675-685.
- Defert, D., & al. (1994). *Michel Foucault. Dits et écrits : 1954-1988*. Paris: Gallimard.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2003). *The landscape of qualitative research: theories and issues* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Deramaix, P. (1997). Herméneutique et émancipation [version électronique]. *série: philosophie*. Consulté le 28/11/2006 à <http://membres.lycos.fr/patderam/texte.htm>.
- Desaulniers, M.-P. (2003). La naissance de la profession de sage-femme et la crise d'identité. In G. A. Legault (dir), *Crise d'identité professionnelle et professionnallisme* (pp. 131-155). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Descarries, F., Corbeil, C. (1994). Entre discours et pratiques : l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960. *Nouvelles Questions Féministes (N.F.Q)*, 15 (1).
- Descarries, F., Corbeil, C. (2002). *Espaces et temps de la maternité*. Montréal: Éditions du Remue-Ménage.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche: comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Montréal: Guérin.
- Desjardins, S. (1993). *Médecins et sages-femmes. Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*. Montréal: Québec/Amérique.
- Di Quinzio, P. (1999). *The impossibility of motherhood. Feminism, individualism and the problem of mothering*. New York: Routledge.
- Dobrosavljev, D. (2002). Gadamer's hermeneutics as practical philosophy. *Philosophy, Sociology and Psychology*, 2 (9), 605-618.
- Donnison, J. (1988). *Midwives and medical men. A history of the struggle for the control of childbirth*. London: Historical Publications Ltd.
- Doray, P., Collin, J., & al. (2004). L'état et l'émergence des groupes professionnels. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 29 (1), 83-110.
- Dosse, F. (1995). *L'empire du sens: l'humanisation des sciences humaines*. Paris: Découverte.
- Dostal, R. J. (2002). *The Cambridge companion to Gadamer*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Downe, S., & al. (2004). *Normal childbirth: Evidence and debate*. London: Churchill Livingstone.

- Duden, B. (1993). *Disembodying women: perspectives on pregnancy and the unborn*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dufresne, J., Dumont, F., & al. (1985). *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal: Presses U. du Québec.
- Dutt, C. (1998). *Herméneutique. esthétique. philosophie pratique: Dialogue avec Hans-Georg Gadamer*. Montréal: Fides.
- Eakins, P., (ed). (1986). *The american way of birth*. Philadelphia: Temple University Press.
- Ehrenreich, B., English, D. (1982). *Des experts et des femmes*. Québec: éd. du Remue-ménage.
- El-Nemer, A., Downe, S., & al. (2006). 'She would help me from the heart': An ethnography of Egyptian women in labour. *Social Science & Medicine*, 62, 81-92.
- England, P., Horowitz, R. (1998). *Birth from within: an extra-ordinary guide to childbirth preparation*. New Mexico: Partera Press.
- Enkin, M., & al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Everingham, C. (1994). *Motherhood and modernity: an investigation into the rational dimension of mothering*. Buckingham, Angleterre: Open university Press.
- Eyer, D. (1992). *Mother-infant bonding: a scientific fiction*. New Haven, C T: Yale University Press.
- Ezzy, D. (2002). *Qualitative analysis: practice and innovation*. Sydney: Allen & Unwin.
- F. Woods, N., & al. (1988). Being healthy: women's images. *Advanced Nursing Science*, 11(1), 36-46.
- Featherstone, B. (1997). Introduction. crisis in the western family In W. Holluray & B. Featherstone (Eds.), *Mothering and Ambivalence* (pp. 1-16). London: Routledge.
- Fèvre, L. (2003). *Penser avec Ricoeur*. Paris: Chronique sociale.

- Findlay, D. (1993). The Medical Gaze: Medical models, power, and women's health. *Atlantis*, 18 (1&2), 104-124.
- Fisher, L., Embree, L. (2000). *Feminist phenomenology*. London: Kluwer academic publishers.
- Flax, J. (1990). Postmodernism and gender relations in feminist theory. In L. Nicholson (Ed.), *Feminism/Postmodernism* (pp. 39-62). New York: Routledge.
- Fleming, S. M. (1992). Midwifery in Canada *Midwives Chronicle and Nursing Notes* 105, 338-340.
- Flemming, V. (1998). Women-with-midwives-with-women: a model of interdependence. *Midwifery*, 14, 137-143.
- Folscheid, D. (2005). *La médecine entre "hubris" et "phronesis"*. Présenté au colloque « Pratiques soignantes, éthique et sociétés : impasses, alternatives et aspects interculturels ». Consulté le 3/11/2006 à <http://agora.qc.ca/colloque/pses2005.nsf/Conferences>
- Foucault, M. (1972). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. Paris: PUF.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M., Colin, G. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings, 1972-1977*. Brighton Eng: Harvester Press.
- Fox , B., Worts, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth, A contribution to the Sociology of Birth. *Gender & Society*, 13 (3), 326-346.
- Fox Keller, E., Longino, H., (eds.) (1996). *Feminism and science*. Oxford: Oxford University Press.
- FQPN. (2003). *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix?* Montréal.
- Frazer, D. (1999). Women's perceptions of midwifery care: A longitudinal study to shape curriculum development. *Birth*, 26 (2), 99-107.
- Freire, P. (1983). *Pédagogie des opprimés suivi de Conscientisation et Révolution*. Paris: La découverte/Maspero.
- Friedson, E. (1972). *Profession of medicine*. New York: Harper & row.

- Gadamer, H. G. (1976). *Vérité et méthode: les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*. Paris: Seuil.
- Gadamer, H. G. (1982). *L'art de comprendre. Ecrits 1*. Paris: Aubier Montaine.
- Gadamer, H. G. (1989). *Truth and method*. New York: Crossroads.
- Gadamer, H. G. (1996). *La philosophie herméneutique*. Paris: PUF.
- Gadamer, H. G. (1999). *Herméneutique et philosophie*. Paris: Beauchesne.
- Garnier, C. (1991). *Le corps rassemblé : pour une perspective interdisciplinaire et culturelle de la corporéité*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Gauchet, M. (1985). *Le désenchantement du monde*. Paris: Gallimard.
- Giguere, S. L. (2003). *The Poetics of childbearing: a sociohistorical hermeneutic and phenomenological study of pregnancy and childbirth*. Thèse de doctorat en psychologie, McAnulty College and Graduate School of Liberal Arts. Duquesne University, Australie.
- Gilligan, C. (1986). *Une si grande différence*. Paris: Flammarion.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, & al (dir), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Glenn, E., & al. (1994). *Mothering. ideology, experience, and agency*. New York: Routledge.
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine*, 62, 2621-2632.
- Goulet, D. (1997). *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*. Montréal: Collège des médecins du Québec.
- Gregg, R. (1995). *Pregnancy in a high-tech age: paradoxes of choice*. New York: New York University Press.
- Griffin, S. (1982). The way of all ideology. In N. O. Keohane, & al, (Eds.), *Feminist theory: a critique of ideology* (pp. 273-292). Chicago: University of Chicago Press.

- Grondin, J. (1996) *L'herméneutique dans Sein und Zeit*. (article électronique) consulté le 12/12/2006, à http://www.mapageweb.umontreal.ca/grondinj/pdf/hermeneutique_sz.pdf.
- Grondin, J. (2004). Pourquoi réveiller la question de l'être? In J.-F. Mattéi (Ed.), *Heidegger, l'énigme de l'être*. Paris: PUF.
- Gruber, E. (2004). La conférence « Que veut dire penser ? » de Heidegger. *Phares*, 4.
- Guérard, F. (1996). *Histoire de la santé au Québec*. Montréal: Boréal.
- Guogong, Y. (2002). Transforming knowledge into wisdom: a contemporary Chinese philosopher's investigation. *Philosophy East & West*, 52 (4), 441-458.
- Guyon, L. (1990). *Quand les femmes parlent de leur santé*. Série: Réalités féminines, Québec: Le Ministère.
- Guyon, L., Robitaille, C., & al. (1996). *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*. Québec: Gouvernement du Québec Ministère de la santé et des services sociaux.
- Haar, M. (1985). *Le chant de la terre : Heidegger et les assises de l'histoire de l'être*. Paris: L'Herne.
- Hall, J. (2006). Spirituality at the beginning of life. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 804–810.
- Hall, P. (1998). Mothering mythology in the late twentieth Century. *Canadian Woman Studies / Les cahiers de la femme*, 18 (2-3).
- Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S. (1996a). Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17, 361-379.
- Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S. (1996b). Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12, 48-61.
- Hamilton, R. (1990). Feminism and motherhood, 1970-1990: reinventing the wheel? *RFR/DRF* 19 (¾).
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge?: thinking from women's lives*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

- Harraway, D. (1989). *Primate visions: gender, race, and nature in the world of modern science*. London: Routledge.
- Hartsock, N. C. (1998). *The feminist standpoint revisited, and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.
- Hatem-Asmar, M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé. Le cas de la profession de sage-femme au Québec*. Thèse de doctorat en Nursing, Université de Montréal, Montréal.
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven, C T: Yale University Press.
- Heidegger, M. (1958). *Essais et conférences*. Paris: Gallimard.
- Heidegger, M. (1962). *Le principe de raison*. Paris: Gallimard.
- Heidegger, M. (1964). *Lettre sur l'humanisme*. Paris: Aubier bilingue.
- Heidegger, M. (1986). *Être et temps*. Paris: Gallimard.
- Hildt, E. (2002). Autonomy and freedom of choice in prenatal genetic diagnosis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 65–71.
- Hofmann, B. (2002). Is there a technological imperative in health care? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18 (3), 675–689.
- Hubbard, R. (1990). *The politics on women's biology*. London: Rutgers University Press.
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20, 261–272.
- Hunter, B. (2005). Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*, 21, 253–266.
- Hunter, L. (2002). Being with woman: a guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 650–657.
- Irigaray, L. (1981). *Le corps-à-corps avec la mère*. Montréal: La Pleine Lune.
- Jacobus, M., Fox Keller, E., & al. (1990). *Body politics: women and the discourses of science*. London: Routledge.

- Jaggar, A., Rothenberg, P. (1993). *Feminist frameworks: alternative theoretical accounts of the relations between women and men*. New-York: McGraw-Hill.
- Janicaud, D. (1998). *La phénoménologie éclatée*. Combas, France: L'Éclat.
- Jayarathne, T. E., Stewart, A. J. (1991). Quantitative and qualitative methods in the social sciences. Current feminist issues and practical strategies. In M. M. Fonow & J. A. Cook (Eds.), *Beyond methodology. Feminist scholarship as lived research* (pp. 85-106). Bloomington: Indiana University Press.
- Joël, M. (2002). *Enfantement, allaitement, féminisme* [version électronique]. consulté le 16/7/2005 de <http://joel.martine.free.fr>
- Johnson, L. H. (1997). *Childbirth as a developmental milestone*. Thèse de doctorat, Psychoanalysis and women studies, The union Graduate School, Cincinnati, Ohio.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures*. Prospect Heights: Waveland Press inc.
- Kelkel, A. (2002). *Les legs de la phénoménologie*. Paris: PUF.
- Khan, R. P. (1995). *Bearing meaning: the language of birth*. Urbana: University of Illinois Press.
- Kirby, V. (1991). Corporeal habits: addressing essentialism differently. *Hypatia*, vol.6 (3), p.4-24.
- Kirkham, M. (2000). *The midwife-mother relationship*. NewYork: Palgrave MacMillan.
- Kirkham, M., Perkins, E. (1997). *Reflections on midwifery practice*. London: Balliere Tindall.
- Kitzinger, S. (1997). Authoritative touch in childbirth: A cross-cultural approach. In R. Davis-Floyd & R. Rapp (Eds.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkely: University of California Press.
- Klassen, P. E. (2001). Sacred maternities and postbiomedical bodies: religion and nature in contemporary home birth. *Signs*, 26 (3), 775-809.
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle depuis 1945*. Paris: éd Perrin.
- Knibiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF.

- Kornelsen, J. (2005). Essences and imperatives: an investigation of technology in childbirth. *Social Science & Medicine*, 61, 1495–1504.
- Kulkarni, A. V. (2005). The challenges of evidence-based medicine: a philosophical perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 255-260.
- Lacarrière, J. (2006). Sur les chemins de Heidegger. *Le magazine Littéraire. Hors-Série*, 9, 84-85.
- Ladrière, J. (2001). *Les enjeux de la rationalité*. Montréal: Liber.
- Laforce, H. (1983). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Lamarre, A. M. (2004). Étude de l'expérience de la première année d'enseignement au primaire dans une perspective phénoménologico-herméneutique. *Recherches qualitatives*, Vol. 24, pp.19-56.
- Lambert, H., Gordon, E. J., & al. (2006). Gift horse or Trojan horse? Social science perspectives on evidence-based health care. *Social Science & Medicine*, 62, 2613–2620.
- Lamoureux, D. (1986). *Fragments et collages*. Montréal: éd du Remue-ménage.
- Lamoureux, D. (1992). Nos luttes ont changé nos vies. L'impact du mouvement féministe. In G. Daigle & G. Rocher (dir), *Le Québec en jeu: comprendre les grands défis* (pp. 693-711). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lamoureux, D. (1998). *Les limites de l'identité sexuelle*. Montréal: éd du Remue-ménage.
- Langan, T. (1984). Phenomenology and appropriation [version électronique]. *Phenomenology+ pedagogy*, 2, 101-111. Consulté le 17/09/06 à <http://.phenomenologyonline.com/articles/articles.html>.
- Laplantine, F., Singly, F. (dir), (1996). *La description ethnographique*. Paris: Nathan.
- Lapointe, C. (1998). Réflexion sur la définition de la santé et de la maladie. *Sans préjudice... pour la santé des femmes*, 15.
- Lavelle, L. (1942). *La parole et l'écriture*. Paris: l'Artisan du livre.
- Lavender, T., & al. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15, 328-334.

- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations [version électronique]. *International Journal of Qualitative Methods*, 2, 15. consulté le 10/7/2006 à http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/html/laverty.html.
- Law, J. (2000). The politics of breastfeeding: assessing risks, dividing labor. *Signs*, 25 (2), 407-450.
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
- Le Breton, D. (2001). Du corps brouillon au corps parfait de la santé parfaite. In L. Szfef (dir.), *L'utopie de la santé parfaite* (pp. 153-171). Paris: PUF.
- Leboyer, F. (1974). *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil.
- Legault, G. A. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lemay, C. (1998). L'accouchement à la maison au Québec: les voix du dedans. Maîtrise en anthropologie, Université de Montréal.
- Lemieux, D. (1995). Mouvements sociaux et culture : Le mouvement féministe au Québec. *Revue d'études canadiennes/Journal of Canadian Studies*, 30 (1), 75-89.
- Lévesque, C. (1976). *L'étrangeté du texte*. Québec: VLB.
- Lewis, J. (1990). Motherhood issues in the late nineteenth and twentieth centuries. In K. Arnup, A. Lévesque & al. (Eds.), *Delivering motherhood. maternal ideologies and practices in the 19th and 20 th centuries*. Londres: Routledge.
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Lock, L. R., Gibb, H. J. (2003). The power of place. *Midwifery*, 19, 132-139.
- Lock, M., Kaufert, P. A. (1998). *Pragmatic women and body politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lundgren, I., & al. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12, 11-15.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health*. London: SAGE Publications.

- Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. In A. Petersen & B. Robin (Eds.), *Foucault, health & medicine* (pp. p.94-109). New York: Routledge.
- Lyotard, J.-F. (1999). *La phénoménologie*. Paris: PUF.
- Machin, D., Scamell, M. (1997). The experience of labour: using technography to explore the irresistible nature of the bio-medical metaphor during labour. *Midwifery*, 13 78-84.
- Maguire, J. P. (2002). *Ecstatic pain and a labor of love: emotive praxis of the midwifery movement*. Thèse de Doctorat, Sociologie, Ohio State University.
- Malherbe, J.-F. (1997). *Pour une éthique de la médecine* (3e ed.). Namur: Artel-Fides.
- Malherbe, J.-F. (2003). *Les ruses de la violence dans les arts du soin*. Montréal: Liber.
- Mander, R., Fleming, V. (2002). *Failure to progress. The contraction of the midwifery profession*. London: Routledge.
- Marland, H., Rafferty, A. (1997a). *What is to be done with the midwife? Midwife debates, 1890-1990*. London: Routledge.
- Marland, H., Rafferty, A. (1997b). *Midwives, society and childbirth: debates and controversies in the modern period*. London and New York: Routledge.
- Marshall, H., Woollett, A. (2000). Fit to reproduce? The regulative of pregnancy texts. *Feminism & Psychology* 10 (3), 351-366.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martin, E. (1992). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction* (2 nd ed.). Boston: Beacon Press.
- Martin, K. (2002). *The midwife as teacher: dialogue with and confidence in the woman*. Mémoire de maîtrise en education, McGill University, Montréal.
- Massé, R. (1998). La santé publique comme nouvelle moralité. *Les cahiers de recherche éthique*, 22, 155-176.
- Matthews, A. S., & al. (2006). An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives. *Midwifery*, 22, 181-191.

- Maushart, S. (1999). *The mask of motherhood: how becoming a mother changes everything and why we pretend it doesn't*. New York: New Press.
- Maykut, P., Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide*. London: Palmer Press.
- McCourt, C., Stevens, T. (2006). Continuity of carer: what does it mean and does it matter to midwives and birthing women? *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 4 (3).
- McFadden, M. (1984). Anatomy of difference: toward a classification of feminist theory. *Women's Studies International Forum*, 7 (6).
- McHugh, N. (2001). Story telling and its influence in passing birth culture through the generations. *Midwifery Matters*, 89, 15-17.
- McMahon, M. (1995). *Engendering motherhood: identity and self-transformation in women's lives*. New York: Guilford Press.
- Melucci, A. (1991). Qu'y a-t-il de nouveaux dans les « nouveaux mouvements sociaux? In L. Maheu & A. Sales (dir), *La recomposition du politique* (pp. 129-162). Montréal/Paris: Presses de l'Université de Montréal/L'Harmattan.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Meyor, C., Lamarre, A.-M., & al. (2005a). L'approche phénoménologique en sciences humaines et sociales- Questions d'amplitude. *Recherches qualitatives*, 25 (1), 1-8.
- Michaelson, K. (1988). *Childbirth in America: anthropological perspectives*. South Hadley, Mass: Bergin & Growey.
- Minister, K. (1991). A feminist frame for interviews. In S. B. Gluck & D. Patai (Eds.), *Women's words*. New York: Routledge.
- Mitchinson, W. (1993). The medical Treatment of Women. In S. Burt, L. Code & al. (Eds.), *Changing patterns: women in Canada* (pp. 391-421). Toronto: McClelland & Stewart Inc.
- Mongin, O. (1998). *Paul Ricoeur*. Paris: Editions du Seuil.
- Morgan, L. M. (1996). Fetal relationality in feminist philosophy: An anthropological critique. *Hypatia*, 11 (3).

- MSSS. (1989). *La pratique des sages-femmes: étude d'un moyen pour atteindre les objectifs en périnatalité*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin.
- Murphey-Lawless, J. (1998). *Reading birth and death: A history of obstetric thinking*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Neveu, E. (1996). *Sociologie des mouvements sociaux*. Paris: Editions la Découverte.
- O'Brien, M. (1987). *La dialectique de la reproduction*. Montréal: Remue-ménage.
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. New York: Basil Blackwell.
- Oakley, A. (1986). Feminism, motherhood and medicine - Who cares? In J. Mitchell & A. Oakley (Eds.), *What is Feminism?*. Oxford: Blackwell.
- Oakley, A. (1993). *Essays on women, medicine and health*. Edimburg: Edimburg University Press
- Olive, J.-L. (2002). Pour une sociologie du naissant: infans et persona [version électronique]. Consulté le 20/10/2002 à <http://webup.univ-perp.fr/lsh/rch/vect/olive.htm>
- Olson, D. L., Carlisle, J. (2001). Hermeneutics in Information Systems [article électronique], Consulté le 3/2/2007 à <http://ait.unl.edu/dolson/AISOlson&Car.doc>.
- Ouellet, P. (2003). *Le sens de l'autre : éthique et esthétique*. Montréal: Liber.
- Page, L. (2003). One-to-One midwifery: restoring the "With Woman" relationship in midwifery". *Journal of Midwifery Women's Health*, 48 (2), 119-125.
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin.
- Parker, R. (1997). The production and purposes of maternal ambivalence. In W. Holluray & B. Featherstone (Eds.), *Mothering and ambivalence* (pp. 17-36). London Routledge.

- Paterson, S. (2004). Ontario midwives: reflections on a decade of regulated midwifery. *Canadian Woman Studies / Les cahiers de la femme*, 24, 153-157.
- Petchesky, R. P. (1995). The body as property: a feminist re-vision. In F. D. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new world order* (pp. 387-406). London: University of California Press.
- Phoenix, A. (1991). *Motherhood: meanings, practices and ideologies*. London: Sage.
- Polkinghorne, D. E. (2004). *Practice and the human sciences: the case for a judgment-based practice of care*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Powell Kennedy, H. (2000). A model of exemplary midwifery care. Results of a Delphi study. *The Journal of Midwifery and Women's Health*, 45 (1), 4-19.
- Powell Kennedy, H., & al. (2003). An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery*, 19, 203- 214.
- Powell Kennedy, H., & al. (2004). Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 33 (5), 554-560.
- Pritchard, J. A., Mc Donald, P. C. (2001). *Williams Obstetrics*. New York: Appleton-Century-Crafts.
- Probyn, E. (1991). This body which is not one: speaking an embodied self. *Hypatia*, n6 (3), 11-123
- Probyn, E. (1992). Corps féminin, soi féministe: Le dédoublement de l'énonciation sociologique. *Sociologies et sociétés*, XXIV (1), 33-45.
- Proulx, C. (2005). *Filles de Déméter : Le pouvoir initiatique de la maternité*. Sherbrooke: Éditions GGC.
- Quéniart, A. (1988). *Le corps paradoxal*. Montréal: éd. Saint-Martin.
- Quéniart, A. (1989). Le traitement médical de la maternité: morcellement du corps, effacement des femmes. In C. Gendron & B. Micheline (dir), *L'avenir-santé au féminin* (pp. 66-81). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Quéniart, A. (1991). *Femmes et santé, aspects psychosociaux*. Montréal: Gaëtan Morin

- Rabuzzi, K. A. (1994). *Mother with child. Transformations through childbirth*. Bloomington: Indiana University Press
- Ragoné, H., Winddance, T. (2000). *Ideologies and technologies of motherhood, race, class, sexuality, nationalism*. New York: Routledge.
- Rankin, J. (2002). What is narrative? Ricoeur, Bakhtin, and process approaches *conrescence*, 3, 1-12. [article électronique], consulté le 06/11/2006 à http://www.conrescence.org/ajpt_papers/vol03/03_rankin.doc.
- Ranzduel, R. (1999). *Dialectique et savoir systémique*. Paris: Peter Lang.
- Ratcliff, K. S. (2002). *Women and health. power, technology, inequality and conflict in a gendered world*. Boston: Allyn and Bacon.
- Raymond, J. G. (1995). *Women as wombs. reproductive technologies and the battle over women's freedom*. North Melbourne: Spinifex Press.
- Relyea, M. J. (1992). The rebirth of midwifery in Canada: an historical perspective. *Midwifery*, 8, 159-169.
- Renaud, M. (1995). Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence? In L. Bouchard & D. Cohen (dir.), *Médicalisation et contrôle social* (pp. 167-173). Montréal: ACFAS, Les cahiers scientifiques.
- Rich, A. (1977). *Of woman born: motherhood as experience and institution* (1st ed.). New York: Norton.
- Richardson, P. (1990). Women's experiences of body change during normal pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19 (2), 93-111.
- Ricoeur, P. (1969). *Conflit des interprétations*. Paris.
- Ricœur, P. (1975). *La métaphore vive*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps & récit I. L'intrigue et le récit historique*. Paris: Seuil.
- Ricœur, P. (1986). *Du texte à l'action : essais d'herméneutique II*. Paris: Seuil.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Éd. du Seuil.
- Ricœur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance: trois études*. Paris: Stock.

- Rioux, M. (1982). Remarques sur les pratiques émancipatoires dans les sociétés industrielles en crise In J.-P. Dupuis, A. Fortin, G. & al. (dir), *Les pratiques émancipatoires en milieu populaire* (pp. 45-78). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Robertson, J. (1994). *Children of choice: freedom and the new reproductive technologies*. Princeton: Princeton University Press.
- Rocheleau-Parent, L., & Coquatrix, N. (1981). *Accoucher ou se faire accoucher*. Présenté comme Dossier d'information de l'Association pour la santé publique du Québec.
- Romano, C. (1998). *L'événement et le monde*. Paris: PUF.
- Romito, P. (1992). L'accouchement: revendications des femmes et idéologie de la différence. *Nouvelles Questions Féministes*, 13 (1), 63-85.
- Rooks, J. P. (1997). *Midwifery and childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Rosser, S. V. (1994). *Women's health: missing from U.S medicine*. Bloomington: Indiana University Press.
- Rossi, P. (1999). Eclosion du matriciel. Expérience du féminin [version électronique]. Consulté le 31/10/2004 à <http://joel.martine.free.fr/Feminisme/Matriciel.rtf>.
- Rothman, B. K. (1989). *Recreating motherhood: ideology and technology in a patriarchal society*. New York: W. W. Norton & Company.
- Rothman, B. K. (1994). Beyond mothers and fathers: ideology in a patriarchal society. In E. Nakano Glen, G. Chang & al. (Eds.), *Mothering: ideology, experience, agency* (pp. 139-157). New York: Routledge.
- Ruddick, S. (1999). *Maternal thinking: toward a culture of peace*. New York: Ballantine Books.
- Ruzek, S. B., & al. (1997). Social, biomedical and feminist models of women's health. In S. B. Ruzek, V. L. Olesen & al. (Eds.), *Women's health. complexities and differences* (pp. 11-28). Columbus: Ohio State University Press.
- Saillant, F., Courville, F. (1994). Des femmes: objets et sujets de l'institution médicale. *Cahiers de recherche du GREMF*, 60.

- Saillant, F., O'Neill, M. (1987). *Accoucher autrement : repères sur les aspects historiques, sociaux et culturels sur la grossesse et l'accouchement au Québec*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16 (2), 1-8.
- Savard, G. (2002). *La médecine factuelle: entre la vérité et les dogmes*. Mémoire de maîtrise, Université René Descartes, Paris.
- Scott, M. A., & al. (2006). An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives. *Midwifery* 22, 181–191.
- Seron, D. (2005). *Heidegger et le tournant herméneutique de la phénoménologie*. Présenté à "Retour à l'université" du Réseau ULg. Université de Liège, 28 novembre 2005, Consulté le 8/12/2006, à <http://www.pheno.ulg.ac.be/perso/seron/fold/conf.2005-11heidegger.htm>
- Shorter, E. (1984). *Le corps des femmes*. Paris: Ed. du Seuil.
- Shroff, F. M. (1997). *The new midwifery. reflections on renaissance and regulation*. Toronto: Women's Press.
- Slomka-Saguy, I. (2001). *L'Hébreu, miroir de l'être*. Paris: Grancher Editions.
- Sloterdijk, P. (2002). *Bulles. Sphères I*. Paris: Pauvert.
- Spivak, G., Chakravorty, (Ed.) (1990). *The postcolonial critic: interviews, strategies, dialogues*. New York: Routledge.
- Stapleton, H. (1997). Choice in the face of uncertainty. In M. J. Kirkham & E. R. Perkins (Eds.), *Reflections on Midwifery* (pp. 47-69). London: Bailliere & Tindall.
- Stearns, C. A. (1999). Breastfeeding and the good maternal body. *Gender & Society* 13 (3), 308-325.
- Stewart, M. (ed) (2004). *Pregnancy, birth, and maternity care: feminist perspectives*. Edinburgh ; New York: Books for Midwives.
- Strasser, S. (1967). Phenomenology and the human sciences. In J. Kocklmans (Ed.), *Phenomenology of Edmund Husserl and its interpretation*. New York: Double-day & Co.

- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Sundström, P. (1998). Interpreting the notion that technology is value-neutral. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1, 41–45.
- Surtees, R. J. (2003). *Midwifery as feminist praxis in Aotearoa/New Zealand*. University of Canterbury, New Zealand.
- Svenaesus, F. (2003). Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis. *Theoretical Medicine*, 24, 407–443.
- Tew, M. (1990). *Safer childbirth? a critical history of maternity care*. London: Chapman & Hall.
- Thompson, F. (2003). The practice setting: site of ethical conflict for some mothers and midwives. *Nursing Ethics*, 10 (6), 588-601.
- Thompson, F. (2004). *Mothers and midwives. The ethical journey*. London: BfM.
- Thuan, T. X. (1998). *Le chaos et l'harmonie. La fabrication du Réel*. Paris: Gallimard.
- Thurer, S. L. (1994). *The myths of motherhood: how culture invents the good mother*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Tinkler, A., Quinney, D. (1998). Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 30-34.
- Tong, R. (1989). *Feminist thought: a comprehensive introduction*. Boulder, Col: Westview Press.
- Toupin, L. (1997). Qu'est-ce que le féminisme ? In *Trousse d'information sur le féminisme québécois des 25 dernières années*: CDEACF et Relais Femmes.
- Tourné, C.-É. (1996). *Le naissant*. Présenté au 2e Colloque: Évaluation des pratiques médicales autour de la naissance. Consulté le 23/8/2006, à <http://www.quellenaisancedemain.info>.
- Treblicot, J. (1984). *Mothering: essays in feminist theory*. Totowa, NJ: Rowman & Allanheld.

- Treichler, P. A. (1990). Feminism, medicine, and the meaning of childbirth. In M. Jacobus, E. Fox Keller & al. (Eds.), *Body /Politics*. London: Routledge.
- Tremblay, J. (1983). *Un savoir de sage-femme*. Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal, Montréal.
- Turkel, K. D. (1995). *Women, power, and childbirth*. London: Bergin & Garvey.
- Umansky, L. (1996). *Motherhood reconceived*. New York: New York University Press.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2e ed.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. (2e ed.). Ontario: The Athlone Press.
- Vandelac, L. (1998). L'éthique de la parole donnée : condition de l'engendrement des êtres et du savoir. In C. St-Germain & A. Da Silva (dir.), *L'éthique de la parole donnée*. Québec: Éditions MNH.
- Volant, E. (2003). *La maison de l'éthique*. Paris: Liber.
- Walker, J., & al. (1995). The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 11, 120-129
- Walker, M. B. (1998). *Philosophy and the maternal body*. London: Routledge.
- Wall, G. (2001). Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society*, 15 (4), 592-610.
- Walsh, D. (1999). An ethnographic study of women's experience of partnership caseload midwifery practice: The professional as a friend. *Midwifery*, 15, 165-175.
- Walsh, D. (2004). Feminism and intrapartum care: a quest for holistic birth. In M. Stewart & S. C. Hunt (Eds.), *Pregnancy, birth and maternity care: feminist perspectives* (pp. 57-70). London: Books for Midwives.
- Walsh, D. (2006 a). 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22, 228-239.
- Walsh, D. (2006b). Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62, 1330-1340.

- Weil, E. (2000). *Dictionnaire de la philosophie*. Paris: Encyclopedia Universalis/Albin Michel.
- Wertz, R. W., C. Wertz, D. (1977). *Lying-in: a history of childbirth in America*. New York: The Free Press.
- Winter, C. (2000). *How do independent midwives assess the progress of labour?* Mémoire de maîtrise en nursing, University of Sheffield, Sheffield, UK.
- Woodward, V. (2000). Caring for Women: the potential contribution of formal theory to midwifery practice. *Midwifery*, 16, 68-75.
- Young, I. M. (1990). *Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and theory*. Bloomington: Indiana University Press.
- Zeiler, K. (2004). Reproductive autonomous choice – A cherished illusion? Reproductive autonomy examined in the context of preimplantation genetic diagnosis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, 175–183.