

Ouvrir la porte
Comprendre la naissance contemporaine et le devenir mère de survivantes de
violence sexuelle

Par Morènikè Ashani Idji

Mémoire déposé à :

L'École de service social

En vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction de Marguerite Soulière

Septembre 2018

© Morèniké Idji, 2018

À mes parents

J'aimerais dédier ce mémoire à mes parents Antoine Kolawolé Idji et Aïchatou Yaya Doumbia qui ont, consenti à tous les sacrifices pour que je puisse venir faire mes études au Canada.

Merci à toi papa qui m'a toujours encouragé à aller le plus loin possible dans mes études.

Merci aussi maman. Tu as toujours su trouver les mots pour m'encourager dans mes moments de doutes, de découragements. Merci pour ton support indéfectible, ton amour sans limites. Sans toi, je ne serais jamais arrivé à la fin de ce mémoire.

Mes pensées vont aussi à ma famille au Bénin et au Niger qui ont su m'accompagner par leurs prières tout au long de mes études.

Par ailleurs, j'aimerais remercier les femmes qui ont accepté de participer à cette recherche. Merci pour vos précieux témoignages riches de sens, de leçons de vie, de résilience et d'amour. J'ai beaucoup appris de vous. Vos témoignages permettront d'aider d'autres femmes, mères qui auront à traverser les mêmes épreuves que vous.

Mes remerciements vont également à ma sœur Iyabo Idji, qui a su tout au long de ce mémoire me supporter avec patience et amour. Je sais que cela ne fut pas une tâche facile.

Je tiens à remercier mes superviseuses de stage Émilie Grenon et Joscelyne Lévesque pour les moments passés à côté d'elles. Vos conseils ont été pour moi un appui de taille dans mon cheminement professionnel et personnel.

Merci aussi à Marguerite Soulière, ma directrice de mémoire. Je suis profondément reconnaissante pour l'aide que vous m'avez donnée durant ce processus. Vos conseils furent très précieux dans la rédaction du mémoire. Vos m'avez permis de penser autrement la maternité.

Résumé

La grossesse et l'agression sexuelle sont des expériences qui traversent le corps des femmes et leur intimité. Ce sont aussi des événements construits socialement. Le vécu des femmes est en constante mutation ainsi que les représentations sociales associées à la grossesse et à la violence sexuelle. Après des années de prise de conscience des violences sexuelles faites aux femmes, on pourrait s'attendre à ce que l'expérience de la grossesse après un vécu d'agression sexuelle soit bien documentée. Dans un contexte où la médicalisation de la grossesse occupe une place de plus en plus prédominante et où il y a une libération de la parole des femmes sur les violences sexuelles, ce mémoire s'intéresse à comment les survivantes d'agression sexuelle vivent l'attente et l'arrivée d'un enfant. Ces expériences des femmes, nous éclairent sur la place des femmes dans le processus de la naissance et sur les représentations du corps féminin dans la société.

Les résultats de cette étude qualitative exploratoire s'appuient sur les propos recueillis en entrevues semi-dirigées auprès de cinq femmes survivantes d'agression sexuelle et mères. Les analyses phénoménologique et féministe critique montrent que la grossesse fut marquée par la réactivation des effets de leur agression sexuelle et par les normes sociales contemporaines entourant la maternité. Les résultats montrent qu'elles vivent d'intenses émotions et des préoccupations durant la grossesse, qui sont liées à leur passé de violence et à la peur de transmettre ce vécu à leur enfant. Elles redoutent le jugement de leurs proches et de la société sur leurs capacités à être de bonnes mères et à pouvoir protéger leurs enfants. Elles vivent elles-mêmes cette peur que leurs enfants se fassent agresser sexuellement et celle-ci est encore plus présente lorsqu'elles ont des filles. On constate également que l'accouchement est un moment chargé d'émotions et de symbolique pour les femmes. C'est un passage tant pour les femmes que pour leur bébé. C'est le moment où elles vont enfin accueillir leur bébé dans ce monde. Pour se préparer à cette rencontre, elles ont besoin qu'on leur ouvre la porte pour parler de leur vécu de grossesse en lien avec les agressions sexuelles. Cette ouverture est nécessaire pour se libérer de toutes les émotions négatives encryptées en elles. C'est aussi une ouverture sur la guérison.

À partir de toutes ces informations recueillies auprès des femmes, des pistes d'intervention pour le travail social et les professionnels de la santé en périnatalité sont proposées.

Mots-clés : grossesse ; violence sexuelle ; viol ; agression sexuelle ; accouchement ; phénoménologie ; corps ; représentation sociale ; norme sociale ; médicalisation ; naissance ; féminisme

Table des matières

<i>À mes parents</i>	<i>ii</i>
<i>Résumé</i>	<i>iii</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>Mise en contexte</i>	<i>3</i>
<i>Chapitre 1 : La naissance : un processus aux multiples facettes</i>	<i>7</i>
1.1 La maternité : une institution...des expériences	8
1.2 La grossesse un construit culturel et social.....	12
1.3 Dimension psychique de la grossesse.....	16
1.4 L'accouchement : entre expérience et surveillance médicale.....	20
<i>Chapitre 2 : La violence sexuelle faite aux femmes</i>	<i>25</i>
2.1 La violence sexuelle dans une perspective féministe	25
2.2 Karaba la sorcière : les effets psychiques de la violence sexuelle	29
<i>Chapitre 3 : Cadre conceptuel The Mindful Body</i>	<i>32</i>
3.1 Représentation du corps et de la douleur.....	34
<i>Chapitre 4 : Question et objectifs de recherche</i>	<i>36</i>
<i>Chapitre 5 : Méthodologie</i>	<i>39</i>
5.1 L'approche phénoménologique.....	39
5.2 Recrutement et échantillon.....	40
5.3 La collecte des données	41

5.4 Pratique autoréflexive.....	43
5.5 Procédure d'analyse des données	44
5.6 Considérations éthiques.....	46
5.7 Difficultés rencontrées et limites de l'étude	47
<i>Chapitre 6 : Analyse des données.....</i>	48
6.1 La grossesse : émotions et préoccupations.....	50
6.1.2 La peur du jugement	51
6.1.3 La culpabilité	53
6.1.4 La transmission	54
6.1.5 Le sexe de l'enfant	57
6.2 La difficile sortie du bébé : les effets du silence.....	58
6.3 Ouvrir la porte	61
6.4 Et tout cela, lorsqu'on est une femme immigrante?	63
6.5 : Synthèse du chapitre.....	65
<i>Chapitre 7 : Discussion.....</i>	69
7.1 Traumatisme, Corps et Douleur	71
7.2 Biopouvoir et médicalisation de l'accouchement	75
7.3 Présence/absence et silence de la grossesse	81
7.4 Le stigmate du viol	86
7.5 Impact des politiques d'immigration sur le vécu de grossesse.....	89
<i>Conclusion et recommandations</i>	93

La formation des médecins et le travail interdisciplinaire avec les sages-femmes.....	95
Des pistes d'interventions pour le service social.....	98
L'intervention auprès des survivantes d'agression sexuelle	99
La pratique de l'intervention féministe	100
L'approche intersectionnelle.....	101
Pratique autoréflexive	102
<i>Bibliographie</i>	<i>vii</i>
<i>Approbation Éthique</i>.....	<i>xxiii</i>
<i>Annexe 1</i>.....	<i>xxiv</i>
<i>Annexe 2</i>.....	<i>xxix</i>
<i>Annexe 3</i>.....	<i>xxxii</i>
<i>Annexe 4</i>.....	<i>xxxiii</i>

Introduction

Le sujet de ce mémoire fut inspiré par mon premier stage de maîtrise dans un Centre d'intervention auprès des femmes qui ont vécu une forme ou une autre de violence sexuelle. J'y avais rencontré des femmes dont l'expérience de grossesse avait été marquée par la violence sexuelle qu'elles avaient vécue dans leur passé. Cette réalité, nouvelle pour moi, m'a portée à réfléchir et à faire des recherches pour approfondir mes connaissances sur ce sujet. J'ai trouvé peu d'écrits qui traitent de l'expérience de grossesse de femmes ayant un passé d'abus sexuel. Ce constat a suscité de nombreuses questions : quelle place accorde-t-on à la maternité au Canada? Quelle en est sa signification? Si porter et mettre au monde un enfant sont des expériences fortement chargées symboliquement et que le viol s'inscrit profondément dans la psyché des femmes, comment ce vécu de violence sexuelle affecte-t-il l'expérience de la grossesse, d'accouchement? Quel autre éclairage les témoignages de ces mères survivantes d'agression sexuelle apportent-ils sur nos représentations de la maternité?

Toutefois, les écrits qui se penchent sur le sujet proviennent en grande partie de la littérature médicale. De mon point de vue de travailleuse sociale, je décidai d'explorer le lien entre l'abus sexuel et l'expérience de la grossesse de manière plus large que sa dimension biologique.

Je décidai d'aborder ensemble dans une perspective féministe (critique) et phénoménologique cette double question de violence sexuelle et de grossesse. Cela m'a menée à problématiser en tenant compte des représentations sociales et des discours de

pouvoir, de l'usage social et politique du corps des femmes, et de l'expérience subjective de mères ayant vécu une grossesse marquée par un passé de violence sexuelle.

Mise en contexte

Si la naissance relève de la sphère privée, on assiste déjà depuis plusieurs années à l'intervention des pouvoirs publics à travers des politiques de périnatalité et sur une technisation de la médecine. Les progrès techniques entourant la naissance se sont faits d'abord dans le but de réduire la mortalité néonatale et d'offrir une plus grande sécurité aux femmes tout au long de la grossesse et durant l'accouchement. Le progrès en obstétrique a eu un effet positif dans la vie des femmes. Mais, il faut aussi admettre que la médicalisation de la naissance a changé le rapport que les femmes entretiennent avec leur corps, la grossesse et le déroulement de l'accouchement (Quéniart, 1988; Jacques, 2007; Davis-Floyd, 2003). Comme le décrit Cesbron et Knibiehler (2004) :

« Une médicalisation galopante a tout submergé. Animés par l'espoir de vaincre la mort néonatale et la mort maternelle, soutenues par l'approbation unanime des populations, les médecins ont peu à peu, involontairement sans doute, réduit la naissance à sa seule dimension biologique » (9-10).

Cette réduction de la naissance à sa dimension biologique devient un enjeu social puisque la naissance est aussi culturelle et le reflet de la société dans laquelle elle évolue. Par ailleurs, cela soulève des interrogations quant à la place des femmes dans la prise en charge des naissances, puisque « la médecine s'impose dans le domaine obstétrical qui auparavant constituait surtout une affaire de femmes » (Gagnon, 2017, p.8).

Cependant, la médicalisation de la naissance englobe bien plus que les pratiques professionnelles et obstétricales, mais aussi les normes sociales et les rapports de pouvoir. Comme l'affirme Thiel (2006) :

« La médicalisation suppose certes une normalisation, mais elle franchit un nouveau pas en s'inscrivant dans l'espace public. Elle acquiert là une double dimension politique dans la mesure où, d'une part, elle érige le rapport corps physique et corps social en enjeu politique et où, d'autre part, elle fait intervenir les institutions politiques. Or, avec cette dimension sociopolitique, la médicalisation n'est plus le fait simplement d'une profession, mais de toute une société dont elle révèle les rapports de pouvoir, les processus de légitimation et la gestion des enjeux, spécialement autour des inégalités » (p. 104).

Selon Charrier et Clavandier (2013), la médicalisation de la naissance est basée sur trois dimensions qui sont interreliées et qui permettent d'avoir une meilleure compréhension du phénomène. Ainsi, la première dimension est celle de l'obstétrique et de ces pratiques. Cette première dimension fait référence à l'emploi de plus en plus de technologies et ce dès le début de la grossesse. Il y a aussi l'intensité des interventions telles que la césarienne ou l'épidurale. La deuxième dimension est en lien avec les lieux d'exercice de cette nouvelle pratique. Ces lieux font référence aux hôpitaux où s'exerce le plus cette médicalisation. Il faut se rappeler qu'avant les femmes accouchaient à la maison. La troisième dimension se réfère à la posture nataliste de l'État et aux politiques publiques de gestion des naissances. Selon les auteurs, les institutions politiques :

« Militent et obtiennent que les femmes se résignent à entrer dans les maternités pour accoucher, mais aussi à être suivies durant leur grossesse et dans la période du post-partum » (p.31).

Cette médicalisation de la naissance transforme le corps privé des femmes à un corps public (Charrier et Clavandier, 2013; St-Amand, 2017).

Hivon et Jimenez (2007), dans une recherche visant à documenter les connaissances des femmes sur la grossesse et l'accouchement, ont révélé que dans les hôpitaux, les femmes

enceintes sont dans une « culture de la peur ». C'est-à-dire que l'accent est mis sur un discours du risque tout au long du suivi de grossesse. Leur étude montre également que :

« les femmes s'en remettent facilement à leur intervenant pour prendre des décisions importantes, elles souhaitent cependant COMPRENDRE ces décisions » (p.64).

La médicalisation de la naissance crée une nouvelle dynamique dans les relations que les femmes entretiennent avec le personnel de santé. Tous ces aspects de la médicalisation de la naissance façonnent l'expérience de grossesse des femmes.

Dans le but d'en apprendre davantage sur le lien entre un passé d'agression sexuelle et l'expérience de grossesse, le premier chapitre présente la naissance sous différents angles : une perspective historique féministe de la maternité/grossesse/accouchement; la construction sociale et culturelle de grossesse ; la dimension psychique de la grossesse ; le vécu d'accouchement et son cadre médical.

Le deuxième chapitre explique la problématique de violence sexuelle et ses impacts dans la vie des femmes. Cela inclut une analyse psychanalytique du viol avec l'histoire de Karaba la sorcière dans le dessin animé Kirikou.

Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel du *Mindful Body* développé par Nancy Scheper-Hughes et Margaret Lock qui propose trois niveaux d'analyse du corps (individuel, social et politique). Cela mène à la question et aux objectifs de recherche au Chapitre 4 et à la description de la méthodologie au Chapitre 5

Le VIe chapitre est consacré à l'analyse des résultats qui présente l'expérience des femmes à partir de différentes thématiques qui ont émergé des récits : Grossesse : émotions et préoccupations, La difficile sortie du bébé, Ouvrir la porte, Et tout cela, en contexte d'immigration?

Le VIIe chapitre de discussion met en dialogue les principaux résultats de l'étude et la littérature signifiante sur le sujet, ce qui permet d'élargir et approfondir la compréhension de l'expérience des mères survivantes d'agression sexuelle.

Le mémoire se conclut avec des suggestions aux professionnels de la santé en périnatalité et des pistes d'interventions pour le travail social.

Chapitre 1 : La naissance : un processus aux multiples facettes

La naissance devient de plus en plus un projet pour les couples. Cette nouvelle vision de la naissance fut amorcée dans les années 1970 avec les mouvements féministes et l'avènement de la contraception et de l'avortement. On assiste donc à l'ère des « naissances désirées » qui conduisent à une transformation des techniques de procréation et à de nouvelles normes familiales (Martial, 2003; Poittevin, 2006). En effet, la contraception devient le moyen le plus utilisé pour contrôler les naissances. Lorsqu'un couple a le projet de faire un enfant, la femme arrête de prendre la pilule. De plus, pour savoir si elle est enceinte, une femme fera généralement un test de grossesse et fera confirmer le résultat par son médecin. Par ailleurs, de plus en plus de techniques médicales sont mises au point, pour permettre aux couples d'avoir des enfants. De ce fait, « la naissance comme projet » conduit à de nouvelles normes sociales entourant la famille, mais aussi l'institution de la maternité. S'il est incontestable que cette nouvelle vision de la naissance a permis aux femmes d'avoir plus de contrôle sur leur corps et leur vie, cela a aussi créé de nouvelles attentes envers elles. Ces attentes ont pour conséquence de renforcer le mythe de la « bonne mère » et d'idéaliser la maternité. La naissance devient une question sociale notamment pour les femmes et un thème de réflexion sur la condition des femmes. Déjà avec le slogan du MLF (Mouvement de libération des femmes) : « Notre corps nous appartient » on a un aperçu des préoccupations des femmes notamment par rapport à leur corps et qui devient important avec l'enjeu de la médicalisation. Dans cette logique de réflexion sur la

naissance, nous allons aborder la question de la maternité, de la grossesse et de l'accouchement.

1.1 La maternité : une institution...des expériences

Parler de la maternité est toujours complexe puisqu'il n'y a pas une maternité qui prime sur une autre. Il se côtoie plusieurs maternités et il y a différentes manières de vivre « sa maternité ». La maternité en tant que réalité sociale est polysémique. Comme l'affirme Françoise Thébaud :

« La diversité des expériences maternelles et la polysémie du terme qui désigne à la fois l'action de porter et mettre au monde un enfant, le lieu (hôpital) où s'effectuent les accouchements, la relation (matérielle et affective) tissée avec des enfants et inscrite dans un réseau de parenté » (Thébaud, 2005, éditorial Clio).

Par ailleurs, par sa biologie et les attentes sociales, les femmes sont appelées à se questionner sur leur maternité et le désir d'avoir un enfant ou non à un moment donné de leur vie. Le rapport qu'une femme entretient avec la naissance est différent de celle d'un homme. En effet, même si les hommes sont impliqués dans la naissance, il y a toujours cette possibilité qu'ils laissent la femme seule avec les conséquences d'une grossesse. C'est que Rich (1980) a décrit en disant que :

« Un homme peut engendrer un enfant par passion, par viol, puis disparaître. Point n'est besoin qu'il revienne ou se soucie de l'enfant et de la mère. À partir de là, la mère va devoir affronter une suite de choix pénibles et lourds socialement : avortement, suicide, abandon de l'enfant, infanticide, éducation d'un enfant « illégitime », et ce en général dans la pauvreté, toujours dans l'illégalité. [...] Quel que soit son choix, son corps a subi d'irréversibles changements ; son esprit ne sera plus jamais le même ; son avenir, en tant que femme, a été modelé par l'évènement » (p.8).

Depuis, la maternité a subi de nombreux bouleversements sociaux et les hommes sont plus impliqués dans la vie des enfants. De nos jours, la maternité ne définit plus à elle seule l'identité des femmes. De plus en plus, la maternité peut être vécue ou évitée, du moins, dans les pays occidentaux comme le Canada. Avec la contraception ou l'avortement, les femmes reprennent le pouvoir sur leur corps symboliquement et physiquement. Marie-Blanche Tahon, dira que c'est un changement dans la vie des femmes :

« Grâce à la contraception « sûre » et/ou à l'avortement « sur demande » il y a disjonction entre volonté et corps; c'est désormais la volonté des femmes qui a prise sur leur corps. » (1991, p.41)

Cependant, malgré les bouleversements sociaux dans la vie des femmes et l'accès à la contraception et à l'avortement, la maternité fait partie des préoccupations de beaucoup de femmes, quel que soit leur statut dans la société :

« Que ce soit à titre de filles, de sœurs, de mères, de militantes, d'intervenantes, de théoriciennes ou de chercheuses féministes, aucune expérience plus que la maternité ne rejoint, n'interpelle, ne remet en question les choix de vie des femmes, leurs rapports à la famille, à l'amour, à l'affectivité, à la souffrance, au travail et à la mort. (Descarries et Corbeil, 1987, p.141-142).

Alors, beaucoup d'écrits furent produits sur la maternité et sa place dans la vie des femmes. Simone de Beauvoir, dans, *Le Deuxième sexe* montre que la maternité est une institution aux mains de l'État et de l'Église qui s'approprie le corps des femmes. Selon De Beauvoir, on fait croire aux femmes que seule la maternité, est source d'épanouissement :

« En effet, on répète à la femme depuis son enfance qu'elle est faite pour engendrer et on lui chante la splendeur de la maternité (...), l'ennui des tâches ménagères, tout est justifié par ce merveilleux privilège qu'elle détient de mettre des enfants au monde » (De Beauvoir, 1949, p. 337).

Cette vision de la maternité, essentialise les femmes dans leur capacité à donner la vie et les confine à la sphère privée. Toril Moi (1994), montre que De Beauvoir dénonce la « féminité patriarcale » qui fait en sorte que les femmes se définissent uniquement à partir de leur caractéristique femme définie par la société patriarcale. Tout comme Simone de Beauvoir, les féministes égalitaires voient dans la maternité le lieu de domination des femmes (Rich, 1980; Knibiehler, 2001). Dans le système patriarcal, la maternité est ce qui permet de distinguer les femmes des hommes et de reléguer ces dernières dans la sphère privée. La fonction maternelle fut dévaluée afin de rendre les femmes inférieures aux hommes puisque seules les femmes peuvent mettre au monde des enfants. Brière affirme que :

« La dévaluation du maternel est sans doute à l'origine de la dévaluation du féminin en général, dans la mesure où il n'existe pas d'autres différences sexuelles suffisamment significatives pour justifier l'infériorisation des femmes » (Brière, 1987, p.94).

Avec les mouvements féministes des années 1970, la vision patriarcale de la maternité cède sa place à une maternité choisie et égalitaire. Les féministes ont commencé par dénoncer les rôles sociaux de sexes entourant la maternité et l'enferment des femmes dans la sphère privée. De nouvelles manières d'aborder la maternité sont proposées :

« Les féministes ont donc tenté de montrer comment le fait de mettre un enfant au monde n'implique pas une aptitude ou une obligation naturelle à assumer les travaux nécessités par son élevage et son éducation » (Collin, 1992, p.13).

La maternité ne devient plus la seule source de réalisation des femmes. Les femmes aspirent à plus d'autonomie et la liberté de choisir d'être mère. Ainsi :

« Le mouvement des femmes amorce, dès le début des années 70, une réflexion qui privilégie les dimensions sociales de la maternité, remet en cause l'idéologie de l'instinct maternel et revendique le droit à la maternité volontaire voire même le droit d'exister sans être mère. (Descarries et Corbeil, 1987, p.143).

Par ailleurs, certaines femmes voient dans la maternité, une exaltation du féminin, une expérience unique et de pouvoir au féminin. Ainsi,

« À travers la jouissance maternelle, les (femmes) veulent définir une différence féminine, une altérité que traduit un néologisme : la féminitude » (Bard, 2004, p.201).

Cette nouvelle vision de la maternité prend en compte l'expérience unique et sensible des femmes. Cette façon de parler de la maternité conduit à :

« Une nouvelle conception de la naissance vécue hors des luttes sociales, mais cette fois exclusivement pour soi comme une expérience humaine unique, dans ce qu'elle a de plus charnel » (Charrier et Clavandier, 2013, p. 57).

Les féministes noires américaines ont aussi leur propre vision de la maternité, qui prend plus en compte l'expérience des femmes racialisées. On constate que les féministes de la deuxième vague rejetaient l'idée que la féminité soit liée à la maternité et aussi remettaient en cause l'institution de la maternité. Elsa Dorlin (2006), montre comment la figure de la « bonne mère » en France participe à la vision raciste des femmes noires, dans les nouvelles colonies françaises. En effet, du fait qu'elles sont sexualisées les femmes noires sont vues comme des « mauvaises mères » :

« Les Noirs ont longtemps été dépeints comme plus sexuels, plus « nature », plus enclins à la satisfaction ; ces images sexualisées de la race croisent les normes de la sexualité féminine, normes qui sont utilisées pour distinguer les femmes bien des mauvaises, les saintes des

prostituées. Ainsi, les femmes noires sont essentiellement préconçues comme de mauvaises femmes dans les récits culturels » (Crenshaw, 1995, p. 349).

Angela Davis dans, *Femmes, race et classe* (1982), affirme que les femmes noires au temps de l'esclavage, se faisaient avorter elle-même pour que leurs enfants ne connaissent pas l'esclavage. Avec l'abolition de l'esclavage, la maternité devient une reprise de pouvoir sur leur corps. De plus, lorsqu'on se base uniquement sur les États-Unis, à l'époque de la ségrégation, la famille n'est pas pour les femmes noires, un lieu d'oppression, mais plutôt un endroit sécuritaire, où on se retrouve et où on milite pour ses droits.

Pour conclure, on remarque que le discours sur la maternité est central dans le mouvement féministe. Certaines féministes comme Simone de Beauvoir, essayent de dissocier la féminité de la maternité. Tandis que les féministes noires montrent le caractère classiste et ethnocentré de cette vision de la maternité. Ces deux visions de la maternité montrent l'importance de toujours s'interroger sur la maternité et surtout d'inclure l'expérience personnelle des femmes dans l'analyse. Comme l'affirme Descarries et Corbeil (2002), « il faut laisser les mères se dire » (p. 534). Retenons que le rapport à la maternité est différent et ne peut donc pas affirmer qu'il y a une maternité universelle.

1.2 La grossesse un construit culturel et social

En se basant sur le concept de Rich (1980) qui fait de la maternité une institution, on peut donc dire que la grossesse est le moment où la femme apprend à être une « bonne mère ». Cette période d'apprentissage peut être vue comme un rite de passage pour la femme. C'est le moment où tout au long de sa grossesse, elle acquiert des compétences pour remplir son

rôle de mère. Le rite de passage est un rituel qui permet de changer de statut social, il marque la fin d'un cycle et le début d'un autre. Van Gennep définit le rite de passage comme « toutes les séquences cérémonielles qui accompagnent le passage d'une situation à une autre et d'un monde (cosmique ou social) à un autre » (1999, p. 13). Le rite de passage permet aux individus d'être reliés à leur groupe puisque le rite se base sur le passé, mais aussi de construire le chemin pour les générations futures, car le rite structure aussi l'avenir.

En effet, le rite de passage :

« Permet à l'individu de tracer son itinéraire avec des repères concrets en partant des expériences riches de ceux qui les ont déjà vécues. En tissant le passé avec le présent, le présent avec l'avenir, il est un lien intergénérationnel [...] il reste à inventer son avenir en construisant sa propre histoire avec les repères du passé qui donneront sens au présent en structurant l'avenir » (Leneveu, 2013, p.68)

Selon Van Gennep, le rite de passage se découpe en trois phases qui sont : la phase de séparation, la phase de marge et la phase d'agrégation. Si l'on applique les trois phases du rite de passage à la grossesse, la phase de séparation correspond à l'entrée dans la grossesse. Lorsque la femme est enceinte, son statut social change, elle devient le centre d'attention de ses proches. De plus, elle commence par faire les démarches médicales ainsi qu'administratives auprès de l'État et de son travail. La vie de famille change et petit à petit, les intérêts se tournent vers l'enfant à naître.

La phase de marge fait référence à la grossesse et à l'accouchement. C'est d'abord une période d'attente pendant la grossesse où la femme enceinte apprend les règles entourant son nouveau statut social. C'est la période des consultations mensuelles avec son médecin, des cours prénataux aussi, où apprennent davantage sur la naissance. Il y a aussi beaucoup

de restrictions qui entourent cette période comme le régime alimentaire et l'interdiction de boire et de fumer. On amène les femmes à être attentives au bébé avant sa naissance, ce qui est un moyen de la responsabiliser et de l'habituer à son rôle de mère. L'accouchement est le moment où le passage à un autre statut se concrétise de manière physique et psychologique. En effet, c'est à ce moment que le corps de la femme s'ouvre pour mettre au monde l'enfant et la mère en elle. Tous les efforts demandés aux femmes pendant l'accouchement ont pour but de la conduire vers ce nouveau statut. En traversant le travail de l'accouchement, les femmes s'inscrivent symboliquement dans l'histoire de la maternité qui fut celle de toutes les femmes qui les ont précédées. L'expérience corporelle, est une légitimation pour accéder à la dernière phase du rite de passage.

La dernière phase du rite de passage est celle de l'agrégation où la femme réintègre la société après son accouchement avec son nouveau statut. Cette réintégration de statut peut être marquée par le baptême de l'enfant dans les sociétés occidentales. Dans certains groupes culturels en Afrique de l'Ouest, après l'accouchement, la femme fait 40 jours sans sortir de chez elle, pendant ces 40 jours, sa famille s'occupe d'elle. Le 40^e jour, elle est autorisée à sortir et à faire la présentation du bébé, cela marque officiellement son statut de mère.

À travers ces trois phases du rite de passage, on constate que la grossesse n'est pas qu'un phénomène biologique, il est aussi social. Ainsi, la fonction du rite de passage est de « recomposer l'ordre du social qui est mis en jeu lors de chaque nouvelle étape du cycle biologique de l'homme » (Ségalen, 1998, p. 29).

Tous ces rites entourant la grossesse peuvent être considérés comme des moments de socialisation secondaire afin de mieux préparer les femmes à la maternité. La socialisation secondaire se fait à l'âge adulte et est un ensemble de processus, auxquels est confronté un individu déjà socialisé c'est-à-dire, qu'elle « traite avec un moi déjà formé et un monde intériorisé » (Berger et Luckmann, 2006, p. 192). Cette socialisation secondaire a lieu par exemple, à travers des magazines ou livres consacrés à la grossesse. Les cours prénataux sont aussi l'occasion de rencontrer d'autres femmes enceintes. Le processus de socialisation de la maternité est invisible ce qui permet de naturaliser les compétences des futures mères et les rendre « instinctives » alors que cela fait partie d'un apprentissage. Le corps médical participe aussi à cette socialisation. Leur légitimité vient du fait qu'il est collectivement admis, que les professionnels de la santé détiennent le savoir en lien avec la grossesse. L'entourage de la future mère joue aussi un rôle dans l'apprentissage de la maternité à travers les conseils, les remarques. On constate aussi de plus en plus d'émissions télé, des livres, des magazines sur la grossesse qui influencent le vécu de grossesse des femmes. Tous ces supports destinés aux femmes enceintes participent à leur socialisation en tant que futures mères et dictent leurs comportements.

Comme mentionné, l'arrivée de la contraception et de l'avortement ont permis une idéalisation de la maternité puisqu'il n'y a plus de raison que les femmes vivent des grossesses non désirées. On accepte donc difficilement les sentiments négatifs qui peuvent se développer lors de la grossesse. Le vécu des femmes est occulté au détriment du bien-être de l'enfant à naître. Les femmes ont l'obligation d'être heureuses lors de la grossesse, car on suppose que la grossesse est choisie. Ainsi, dans une certaine mesure, on s'attend à ce que les femmes prennent les mesures nécessaires pour répondre aux attentes de la

grossesse et de la maternité à notre époque. Le corps des femmes est donc un corps maternel qui se définit en premier lieu en fonction du fœtus et devient ainsi un site de surveillance et de contrôle social. Comme Quéniart le souligne, plusieurs femmes enceintes se sentent comme : « des « porteuses de bébé », voire comme « un objet public » (...) un lieu de transit pour le bébé » (1988, p. 128). Dans cette situation, il devient difficile aux femmes spécialement celles qui ont un passé d'agression sexuelle de parler sans crainte de leur vécu de grossesse.

1.3 Dimension psychique de la grossesse

Dans nos sociétés, on tolère peu des désagréments émotionnels lors de la grossesse, du fait de l'idéalisation de cette période dans la vie des femmes. Cette idéalisation conduit, à psychologiser, voire pathologiser toute émotion qui serait contraire avec celle qu'on attend de la femme enceinte. Selon Bibring (1959), la grossesse est pour une femme, un moment complexe de réorganisation psychique. C'est-à-dire que la grossesse est un processus dynamique, qui ferait revivre toutes les émotions enfouies durant l'enfance. Bibring, affirme que durant la grossesse, les femmes peuvent revivre les conflits infantiles des phases précédentes de leur évolution et peuvent s'identifier à leur mère. C'est ce que Bibring nomme le concept de « crise de la maturation ». Cette crise de la maturation a un sens évolutif puisqu'après la résurgence des conflits, vient la phase de l'acquisition d'un nouveau niveau d'intégration. La grossesse est aussi le moment où les femmes peuvent vivre une profonde déstructuration et réorganisation de son identité. Deutsch (1945), Pines (1982), Bydlowski (2008), décrivent la grossesse comme une période potentielle de crise

émotionnelle, car, c'est le début de la relation mère-enfant. Abdel-Baki et Poulin (2004) expliquent cette situation en disant:

« Les stress proviennent des perturbations endocriniennes, d'activation des conflits inconscients reliés aux facteurs impliqués dans la grossesse, et de la réorganisation intrapsychique de devenir une mère » (p. 6).

Toujours selon les auteures, « la grossesse, surtout la première, requiert des adaptations majeures dans un travail au niveau de la phase de séparation-individuation » (ibid., p. 7). La notion de « séparation-individuation » développée entre autres par Mahler et al (1980) montre comment l'enfant et aussi l'adolescent se séparent de leur mère et construisent leur propre identité. Ce sont deux processus de développement étroitement liés, mais non identiques. Ainsi, on peut suggérer que plusieurs auteurs, voire des médecins voient la grossesse comme un processus de séparation-individuation, qui pousse la femme, à affronter ses craintes. Ce processus d'individuation implique une nouvelle représentation de soi à partir de son passé et aussi avec l'enfant à naître.

Par ailleurs, il y a un autre concept pour expliquer les changements que vit la femme lors de sa grossesse. C'est le concept de *transparence psychique* introduit par Bydlowski en 1997. Ce concept, tente d'expliquer le psychique de la femme enceinte et d'expliquer l'état mental dans lequel, la grossesse peut la conduire. Selon Bydlowski,

« La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où les fragments de l'inconscient viennent à la conscience » (2008, p. 93).

Cela veut dire qu'au moment de la grossesse, une femme peut vivre des psychoses (Bibring, 1959 ; Bydlowski, 1997) qui peuvent être considérées comme un événement

ordinaire. Par ailleurs, selon Bydlowski, la grossesse est la période au cours de laquelle « des réminiscences anciennes et des fantasmes habituellement oubliés affluent en force à la mémoire, sans être barrés par la censure » (Bydlowski, 2008, p. 94). On peut donc suggérer selon sa logique que même sans le vouloir, une femme peut revivre les traumatismes liés à une violence vécue par exemple, une agression sexuelle. Dans son livre, Bydlowski donne l'exemple d'une femme enceinte et heureuse dans son couple qui désirait avorter sans raison. Après avoir discuté avec la femme, cette dernière a avoué que depuis qu'elle est enceinte, elle revit l'inceste commis par son beau-père et que « la vivacité de cette remémoration est remarquable » (ibid. p.95). L'auteure explique cette situation par le fait qu'en temps normal, on refoule les souvenirs qui peuvent nous embarrasser, mais qu'avec la grossesse, cette barrière tombe et on n'a plus le contrôle de nos souvenirs. C'est la raison pour laquelle, la grossesse est le meilleur moment pour créer une alliance thérapeutique entre le thérapeute et la femme enceinte, puisque grâce à la transparence psychique, la femme n'a plus peur de se confier (Bydlowski, 2008).

Par ailleurs, beaucoup d'écrits attirent l'attention sur le fait que les femmes qui ont connu de l'abus sexuel durant leur enfance ont plus de complications lors de l'accouchement que les autres femmes (Leeners et al, 2010; Lukasse et al, 2009). Pendant la grossesse, ces auteurs affirment que les femmes peuvent subir des contractions prématurées, un accouchement prématuré et se rendre plus souvent à l'hôpital. Au-delà des complications, l'accouchement est vécu plus difficilement par les femmes ayant un passé d'abus sexuel que les autres femmes (Leeners et al, 2006). Les auteurs l'expliquent par le fait que les femmes sentent que lors de l'accouchement, tout le monde touche leur corps sans leur permission. Lors de la grossesse, les examens obstétricaux et les interventions nécessitant

un toucher vaginal peuvent être difficiles pour les femmes (Coles et Jones, 2009; Palmer, 2004). Dans une étude, effectuée auprès des femmes qui ont connu une agression sexuelle dans le passé, Halvorsen et al (2013) montrent que ces femmes vivent l'accouchement comme « being back in the rape » (p. 184). Aussi bien le viol que l'accouchement sont vécus comme une perte de pouvoir sur leur corps. À ce sujet, une participante de l'étude de Halvorsen et al (2013) affirme :

« I no longer knew I was giving birth. It was very unreal, but so is a rape. I felt that in a way, I left my body, like when I was raped. I did not know where I was if I was above myself looking down. But it felt very similar » (Ibid, p 185).

Les auteurs montrent que cette réactivation du traumatisme lié à l'agression sexuelle vient aussi quand la femme ne se sent pas impliquée dans le processus de l'accouchement. Les participantes à leur étude, ont déclaré s'être senties comme des objets puisque, on ne demandait pas leur avis avant de poser un geste médical ou on ne le tenait pas au courant du processus de l'accouchement. Ainsi donc, l'importance de la relation avec l'accoucheur est mise en lumière:

« The feeling was not directly tied to how the child was born, but to how the interaction between the women and the birth attendants had developed during the birth » (Ibid, p. 186).

De plus, les femmes victimes d'agression sexuelle ont plus tendance à accoucher par césarienne que par voie normale en comparaison avec des femmes qui n'ont pas subi d'agression sexuelle (Halvorsen et al, 2013). Selon Montgomery et al (2015), les femmes font le lien entre la douleur du travail et celle qu'elles ont ressentie lors du viol. Dans son étude, les participantes n'étaient pas à l'aise avec les examens obstétricaux, mais soulèvent

que l'équipe médicale n'était pas sensible à leur demande. L'argument médical était toujours avancé pour justifier les examens sans chercher à accommoder la femme. Les femmes ayant un passé d'abus sexuel font aussi l'expérience de la dissociation, du détachement lors de l'accouchement (Montgomery, 2013; Palmer, 2004; Rhodes et Hutchison, 1994).

La littérature sur la dimension psychique de la grossesse montre que les femmes avec un passé d'agression sexuelle peuvent avoir une réminiscence de l'acte traumatique durant la grossesse et l'accouchement. La grossesse met le corps en évidence à travers toutes les transformations liées à ce phénomène physiologique. Cette mise en évidence du corps fait ressortir tous les événements vécus à l'intérieur de ce corps. Selon Quéniart (1988), autant la grossesse apporte des transformations au niveau du corps de la femme autant, elle produit les mêmes effets sur l'image que les femmes se font sur ce qui se passe en dedans d'elles. Alors, « si la grossesse amène des changements au niveau du corps-contour, elle vient aussi bouleverser l'intérieur du corps » (p.462). Ce bouleversement à l'intérieur du corps est vécu jusqu'à l'accouchement qui est aussi, un moment chargé d'émotions.

1.4 L'accouchement : entre expérience et surveillance médicale

L'accouchement est un enjeu social et aussi une expérience intime dans la vie des femmes. Comme le souligne Lemay (1998) : « l'accouchement est non seulement un phénomène qui arrive aux femmes, mais surtout qui n'arrive qu'aux femmes » (p.26), mais qui a connu de multiples évolutions. La maternité et plus précisément l'accouchement furent l'objet de nombreuses stratégies publiques visant à mieux la contrôler, la modeler, l'encadrer. De

l'accouchement à la maison par des matrones, les femmes sont passées à l'accouchement par des sages-femmes et finalement à l'hôpital par des médecins. Même le langage sur l'accouchement reflète les normes qui l'encadrent. Il y a un débat entre *accoucher* et *se faire accoucher* qui en dit long sur la manière de percevoir l'accouchement.

Dans une perspective médicale, l'accouchement est une période potentielle de risque pour la mère et l'enfant (Quéniart, 1988; Oakley, 1984) qui nécessite une surveillance médicale. Cette surveillance médicale est nécessaire pour intervenir dès qu'une complication se présente avant qu'il ne soit trop tard. Les femmes sont donc soumises à des tests, reliés à différentes machines pour vérifier la santé du fœtus. La technologie est très présente lors de l'accouchement (Gagnon, 2107). Cette médicalisation de l'accouchement fait en sorte que le médecin est le seul à détenir le savoir et à décider de ce qui est bien pour la femme. De plus, la santé de fœtus prime sur celle de la mère, car ce dernier devient aussi le patient du médecin. C'est pour cette raison que Vadeboncoeur écrit :

« Désormais, seul le médecin définit ce qui doit se produire pour que le bébé soit en santé et que l'accouchement se déroule bien. C'est au cours de cette période que le fœtus acquiert le statut de nouveau « patient » du médecin » (2004, p.149).

En réponse à la médicalisation de l'accouchement, les femmes commencent par militer pour une vision plus humaniste des naissances. Cette vision humaniste des naissances est incarnée par la pratique des sages-femmes et est :

« Centrée sur la famille, elle accorde une attention particulière à la femme enceinte et qui accouche, en particulier à son autonomie et à la possibilité qu'elle puisse faire des choix » (Levitt et Hanvey, 1995 cité dans Vadeboncoeur, 2004, p.149).

Dans cette approche plus sociale de l'accouchement, les femmes sont au cœur de l'intervention et la relation thérapeutique entre elles et l'intervenant est importante. L'accouchement n'est plus considéré comme une pathologie, mais comme un phénomène biologique normal et social. Cette approche montre aussi le caractère culturel de l'accouchement ainsi que ses valeurs socioculturelles (Vadeboncoeur, 2004).

La pratique des sages-femmes est considérée comme plus humaniste, car elle accorde une grande importance au relationnel et à l'accompagnement des femmes dès le début de la grossesse jusqu'après l'accouchement (Jacques, 2007; Knibiehler 2001). Les sages-femmes accompagnent les femmes sur la base d'une relation égalitaire où se rencontrent et dialoguent les savoirs professionnels et les informations qu'elles donnent sur leur état, leurs sensations, leurs souhaits. C'est sur cette base qu'elles font les bons choix cliniques pour la sécurité et le bien-être de la mère, du père ou de l'autre parent et du bébé à naître.

Du côté des femmes enceintes, on remarque que même si l'accouchement naturel est préférable, ce qu'elles souhaitent le plus c'est se sentir impliquée dans leur accouchement et que leurs choix soient respectés. Pour preuve,

« La plupart des femmes expriment le désir de vivre une naissance naturelle ou avec peu d'interventions, tout en ne s'opposant pas à l'utilisation de la technologie médicale à l'intérieur d'un choix éclairé et d'une relation de confiance » (Gagnon, 2017, p.21).

Dans, *Au cœur de la naissance* (2004), les femmes décrivent l'accouchement comme unique et chargé en émotions. De plus, elles font la remarque que chaque accouchement

est vécu différemment et qu'il se nourrit du vécu de la femme et aussi des interactions avec les professionnels de la santé.

Au-delà de toutes considérations scientifiques, il faut retenir que l'accouchement est le début d'une histoire entre une mère et son enfant. C'est un moment où la femme s'apprête à accueillir son enfant qu'elle a porté dans son ventre et où se concrétisent ses attentes. C'est tout simplement l'histoire de la vie parce que « nous sommes tous nés » (Lemay, 2004, p.11).

Pour finir, la naissance est un événement traversé par des normes sociales et la grossesse, est un moment où les femmes doivent montrer qu'elles sont prêtes à être de « bonnes mères». Les féministes ont essayé de déconstruire ce mythe de la « bonne mère » et de se réapproprier leur maternité. Avec l'avènement de la contraception et de l'avortement, la maternité commence par être « choisie » et on peut être une femme sans avoir enfanté. Lorsque les femmes décident d'avoir un enfant, leur accouchement se déroule en général en milieu hospitalier où la vision médicale de l'accouchement est plus présente. La médicalisation de l'accouchement fut le moment pour les femmes de militer pour des accouchements plus humains, avec une approche holistique du phénomène. Cependant, qu'importe le lieu où se déroule l'accouchement, les femmes veulent avoir confiance en leur intervenant et avoir le contrôle sur le déroulement de l'accouchement. Outre la médicalisation de la naissance, on assiste à une idéalisation de la grossesse. Cette situation conduit à la responsabilisation des femmes à se conformer à cet idéal. Lorsqu'elles s'y éloignent, particulièrement lorsqu'elles ne trouvent pas le bonheur et l'épanouissement associés à la grossesse, elles sont facilement considérées comme hors normes. Ce sentiment

d'être hors normes peut être vécu difficilement par les femmes ayant un passé d'agression sexuelle au moment de la grossesse. D'où l'importance, de connaître la problématique des violences sexuelles faites aux femmes et leurs conséquences dans leur vie.

Chapitre 2 : La violence sexuelle faite aux femmes

Ce chapitre aborde la question de la violence sexuelle faite aux femmes dans une perspective féministe. Il s'agira de comprendre les mécanismes sociaux qui conduisent à cette violence. Il traite ensuite des représentations symboliques du viol sur le corps des femmes au sein de la société. Un regard sur les différentes manières d'aborder la violence sexuelle permet de comprendre son impact dans la vie des femmes.

2.1 La violence sexuelle dans une perspective féministe

La violence sexuelle envers les femmes a toujours existé, mais c'est à partir des années 1970, avec les prises de position publiques des féministes, que cette problématique est devenue politique (Dobash et Dobash, 1979). Le mouvement féministe vise tout d'abord à dénoncer, ensuite à abolir et enfin à collectiviser toutes les formes de violences dont sont victimes les femmes. Pour Louise Toupin :

« Il s'agit d'une prise de conscience d'abord individuelle, puis ensuite collective, suivie d'une révolte contre l'arrangement des rapports de sexe et la position subordonnée que les femmes y occupent dans une société donnée, à un moment donné de son histoire. Il s'agit aussi d'une lutte pour changer ces rapports et cette situation » (Toupin, 1998, p.5).

Ainsi, la définition féministe du viol rompt avec la pensée plus traditionnelle qui définit le viol comme : «un rapport sexuel imposé à une personne sans son consentement» (Dictionnaire Larousse, 2018, consulté en ligne). Cette définition semble incomplète puisqu'elle ne prend pas en compte toutes les dimensions de la violence sexuelle. Au Québec, les centres d'aides pour les survivantes d'agression sexuelle préfèrent parler

d'agression à caractère sexuel. Cette définition inclut les agressions avec ou sans pénétration.

Les féministes perçoivent, le viol comme un problème social issu de la société patriarcale et des inégalités de genre. Le pouvoir et l'autorité sont du côté des hommes, ils se retrouvent dans une position sociopolitique qui leur permet de prendre avantage sur les femmes. C'est dans cette logique que Brownmiller avance que :

« Le viol devient non seulement une prérogative masculine, mais aussi l'arme fondamentale de contrainte de l'homme sur la femme, l'agent principal de son bon plaisir à lui et de sa crainte à elle » (1970, p. 23).

Les agressions sexuelles montrent aussi la place et le sens donné à la sexualité des femmes dans une société patriarcale. Les femmes doivent satisfaire les besoins des hommes, leur sexualité est sous la domination des hommes. À travers le viol, les agresseurs veulent asseoir leur domination sur leurs victimes et ces actes deviennent normaux, renforçant une croyance que les femmes aiment être violentées par les hommes. Des féministes analysent la sexualité comme un produit social et constatent que celle des femmes a largement été contrôlée par la force, le désir des hommes et l'idéologie patriarcale. Brownmiller soutient que « les femmes sont dressées pour être victimes de viol » (1970, p. 22). Le patriarcat exerce un contrôle sur le corps des femmes et se fonde sur la propriété de la femme par l'homme. Il s'agit d'une expression de la domination masculine, qui selon Bourdieu :

« S'impose comme neutre et au fil du temps s'impose comme naturelle et normale et évitant ainsi tout besoin de légitimation de son pouvoir » (1998, P15).

Selon Delphy (1970), dans son texte *L'ennemi principal*, le patriarcat est un système sociopolitique qui favorise la domination masculine et l'oppression des femmes. Delphy affirme que la base « matérielle » de l'oppression des femmes par les hommes réside dans le mode de production domestique, qui permet aux hommes de bénéficier du travail gratuit des femmes à l'intérieur de la famille. De ce fait, le viol n'est donc ni une fin en soi ni un acte aléatoire commis par un fou, mais, l'expression des inégalités structurelles qui affectent la vie des femmes. Le patriarcat est ainsi défini comme :

« Un système social des sexes ayant créé deux cultures distinctes : la culture masculine dominante, et la culture féminine dominée » (Toupin, 1998, p. 13).

En ce sens, la notion de genre est :

« Un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir » (Scott, 1988, p. 141).

Étroitement lié au patriarcat le genre, est un construit social qui :

« Vise à créer et fixer les différences sexuées, à les présenter comme naturelles et à les utiliser ensuite pour « renforcer l'essentialisme des sexes » » (West et Zimmerman, 1991, p. 24).

Le genre est un système qui permet de catégoriser et de hiérarchiser les individus selon leur sexe. Le genre permet aussi d'analyser les interactions entre les hommes et les femmes dans une compréhension relationnelle qui engendre la notion de masculin et de féminin. Cela nous permet d'affirmer que les femmes sont violées parce qu'elles sont avant tout des femmes. C'est ce qu'on appelle, les violences basées sur le genre (VBG). Le viol n'est donc pas un acte imprévu ou aléatoire, c'est une stratégie de maintien des femmes sous la

domination masculine et dans la peur. Ces analyses sur le viol permettent de voir le corps des femmes comme un « corps objet », régulé à travers la sexualité, la reproduction et même le travail.

Les théories féministes sur le viol, nous fait repenser le corps des femmes comme un objet sexuel. Young (1990 cité par Sanchez 2013), a :

« Théorisé l'espace public comme étant une contrainte qui façonne les corps des femmes (et leurs expériences corporelles) et qui reproduit la chosification du corps des femmes en tant qu'objet du regard masculin » (Sanchez, 2013, p.23).

Cette réflexion souligne le mythe du violeur, qui veut que les femmes se fassent violer dans la rue, la nuit, par un inconnu. Ce mythe du viol est une peur genrée qui limite les mouvements des femmes dans la sphère publique et qui a comme objectif de les confiner dans la sphère privée. De ce fait, la majorité des femmes ont peur de se faire violer ce qui fait que le viol participe à une normativité féminine des corps des femmes (Bartky, 2002). Très tôt, « les femmes apprennent dès l'enfance qu'elles sont soi-disant naturellement vulnérables, notamment aux violences masculines » (Lieber, 2008, p. 293). Ainsi, par peur d'être violées, les femmes mettent en place des stratégies comme par exemple sortir accompagnées le soir ou éviter certains endroits. Ce maintien des femmes dans la peur permet aux hommes d'affirmer leur supériorité sur les femmes et dans tous les domaines de leur vie. Par ailleurs, lorsque la femme porte plainte pour agression sexuelle, c'est souvent sa parole contre celle de l'accusé. Dans l'imaginaire collectif, on s'attend à ce que son corps porte les stigmates de l'agression sexuelle. Avant 1983, au Canada, l'article 143 C.cr sur les agressions sexuelles stipulait que :

« Une personne du sexe masculin commet un viol en ayant des rapports sexuels avec une personne du sexe féminin qui n'est pas son épouse, sans le consentement de cette personne du sexe féminin, ou avec le consentement de cette dernière, si le consentement est arraché par des menaces ou par la crainte de lésions corporelles, est obtenue en se faisant passer pour son époux, ou est obtenue par de fausses et frauduleuses représentations sur la nature et le caractère de l'acte ».

Au regard de la loi, sans pénétration il n'y a pas de viol. La reconnaissance de la violence se limite à la pénétration de l'espace réservé à l'époux par un intrus sans le consentement de la femme concernée. Il faut attendre 1983, pour que change la loi sur les agressions sexuelles qui est intégrée aux infractions contre la personne et la réputation. En résumé,

« Si les hommes violent les femmes, c'est précisément parce qu'elles sont socialement femmes, ou encore parce qu'elles sont « le sexe », c'est-à-dire des corps qu'ils se sont appropriés, exerçant une « tactique locale » d'une violence sans nom. Le viol est sexuel » (Plaza, 1978, p. 100).

Cette violence sexuelle a des impacts dans la vie des femmes et aussi dans la perception de la société envers les survivantes.

2.2 Karaba la sorcière : les effets psychiques de la violence sexuelle

Karaba la sorcière est un personnage de dessin animé pour enfants « Kirikou et la sorcière » réalisé par Michel Ocelot en 1998. Dans le dessin animé, Kirikou apprend que des hommes ont fait du mal à Karaba et il va essayer de la soigner. Kirikou apprend que Karaba a été capturée par des hommes du village, ils l'ont immobilisé et lui ont enfoncé dans le dos une épine qui depuis, la fait souffrir. Cette épine dans le dos de Karaba la sorcière, représente les conséquences du viol enfoncées dans le corps des femmes agressées. On peut dire que :

« Karaba est une femme blessée, victime d'un traumatisme au sens étymologique du terme : une effraction de la peau, une brèche dans son enveloppe corporelle » (Cormon, 2004, p. 32).

De plus, Karaba est décrite comme une sorcière « mangeuse d'hommes » après son viol. Son statut social dépend donc de son intégrité physique. En Afrique subsaharienne, la femme est reléguée au statut de mère et d'épouse dont le rôle est de satisfaire les besoins de son mari et de faire des enfants. Le corps de la femme a donc une fonction précise dans la société. À la suite du viol, qui porte atteinte au corps de Karaba, le village la considère comme une sorcière puisqu'elle ne peut plus remplir ses fonctions de mère et d'épouse. Pour preuve, la nature qui l'entoure est morte. Ce qui peut être considéré comme une métaphore de la maternité. Le corps des femmes agressées sexuellement, à travers celui de Karaba, est vu comme un corps mort. Ainsi: « penser le corps est une autre manière de penser le monde et le lien social » (Le Breton, 1990, p. 206).

Cette épine dans le dos de Karaba représente la souffrance physique, psychique et émotionnelle qui perdure chez les survivantes d'agression sexuelle. C'est une souffrance que les femmes ne peuvent ignorer, car, elle est à l'intérieur d'elles et devient une partie intégrante de leur corps. Le traumatisme prend donc une place particulière dans la vie des femmes et, malheureusement bon nombre d'elles ne dévoileront jamais leur agression.

Comme on le voit, le corps genré, surtout celui des femmes, est un construit social et permet d'établir des relations entre les individus. Lorsqu'une femme se fait violer, son rapport au corps change et établit de nouveaux rapports au sein de la société. Le corps porte en lui l'histoire d'une personne et se nourrit de cette histoire.

À la fin du dessin animé, Kirikou arrive à lui arracher son épine dans le dos. Karaba pousse un cri douleur et la nature renaît. C'est une façon de montrer que parler de son agression sexuelle permet de se libérer et de renaitre. Ce cri, c'est la douleur d'aborder son vécu et aussi de montrer que la guérison est un chemin douloureux, mais bénéfique à la fin. C'est aussi un cri de soulagement, se savoir délivrer d'un fardeau qu'on a longtemps porté en dedans de soi.

Pour finir, on remarque que la violence sexuelle est un moyen de domination et de maintien de la peur. Les femmes sont violées avant tout parce qu'elles sont des femmes. Le viol porte atteinte en premier à leur corps. Dans la tradition religieuse, on dit que l'homme a été « créé à l'image de Dieu » et donc que le « corps est le temple de Dieu », le corps relève donc du sacré. Cette vision du corps, montre que de tout temps, les humains se questionnent sur la notion du corps et sa symbolique dans la société. C'est dans ce questionnement sur le corps et étant donné que la grossesse et le viol sont des événements corporels que nous plaçons le corps au cœur de la perspective d'analyse dans le prochain chapitre.

Chapitre 3 : Cadre conceptuel *The Mindful Body*

Dans la démarche de problématisation conjointe de la (grossesse, accouchement, maternité) et du vécu d'agression sexuelle, un cadre d'analyse qui met en lumière l'interaction des dimensions individuelles, sociales et politiques de ces événements a été privilégié : *The Mindful Body*

Margaret Lock et Nancy Scheper-Hugues (1987) ont développé dans leur article une théorie sur le corps : *The Mindful Body*. C'est à l'aide de l'expression des émotions que le lien entre les différents niveaux de lecture du corps se donnent à lire et à comprendre. Lock et Scheper-Hugues proposent une analyse conjuguée de l'expérience subjective du social et du politique qui, se superposent à la dimension biologique et physique du corps. C'est ainsi que l'explication purement biomédicale du corps se complète et s'approfondit.

Le corps individuel correspond à la manière dont les individus font l'expérience de leur corps à travers la maladie, la douleur, les transformations liées aux cycles de vie, les souffrances. Ainsi, le rapport qu'une femme entretient avec son corps dépend aussi de son passé et du milieu social dans lequel elle a vécu. Le corps devient culturel et social. Alors, le corps « opère à partir de tout ce que la culture lui a fourni comme cadres et comme moyens d'organiser les perceptions » (Benoist et Cathebras, 1993, p.3).

Le corps social correspond à un ensemble de représentations sociales du corps et des événements qui en marquent l'histoire et le parcours en lien étroit avec une vision du monde. C'est aussi un système de normes qui le définit et le rend conforme aux attentes

sociales d'un lieu donné à un moment donné. Ainsi, des corrélations symboliques s'établissent entre les notions de corps en santé et de société en santé et aussi, de corps malade et de société dysfonctionnelle.

Medical anthropologists are the frequently encountered symbolic equations between conceptions of the healthy body and the healthy society, as well as the diseased body and the malfunctioning society (Lock et Scheper-Hugues, 1987, p20).

Dans certaines sociétés, le corps est considéré comme le lieu de résidence de l'esprit, dans la perspective féministe radicale, le corps permet d'étudier les rapports de pouvoir entre les genres. Dans le domaine médical, en ce qui concerne la grossesse, le corps des femmes est vu comme un réceptacle de la vie, qu'il faut soigner, suivre afin, qu'il réalise sa mission qui est de : « donner la vie ». Le Breton, parle de la construction symbolique du corps et des différentes représentations qu'il peut avoir en disant :

« Le corps est une réalité changeante d'une société à une autre, les images qui le définissent, les systèmes de connaissance qui cherchent à élucider la nature, les rites qui le mettent socialement en scène, les performances qu'il accomplit sont étonnamment variées, contradictoires même » (Le Breton, 1995, p. 58).

Le corps politique représente le contrôle qu'exerce la société à travers la régulation des corps. Se fondant sur les travaux de Foucault et sur sa notion de biopouvoir, les auteures rappellent que le développement de la médecine et la justice dérivent vers la médicalisation et la criminalisation des problèmes sociaux. Tout cela produit une incorporation individuelle des normes qui facilitent la docilité des corps.

Tous ces trois niveaux d'analyse du corps sont interreliés et propose une nouvelle compréhension du corps. Le corps est un construit historique et social en constante évolution. Cette approche théorique permet de comprendre l'image qu'une personne a d'elle-même, de son corps. Elle permet de déconstruire l'image de soi et d'étudier les représentations sociales qui entourent ce corps qui semble être une évidence.

3.1 Représentation du corps et de la douleur

Comme mentionné, c'est à l'aide des émotions que se fait l'analyse des trois niveaux du corps : « emotion is the missing link capable of bridging mind and body, individual, society, and body politic » (Lock et Scheper-Hugues, 1987, p.29). Passer par les émotions est un moyen de savoir le sens que les individus donnent à leur vécu. Dans ce sens, il est adéquat de se pencher sur la signification symbolique de la douleur puisque, cette présente recherche se penche sur des vécus douloureux.

Pour Le Breton, la douleur porte la signification que l'homme lui donne :

« Parce que la douleur n'est pas un fait biologique brut, mais reçoit toujours l'empreinte de la signification que l'homme lui donne, elle n'est jamais tout à fait hors de son atteinte. » (1995, p.79).

La douleur et le corps sont interreliés et la signification de la douleur dépend aussi de la manière dont on voit notre corps et de la place qu'on lui accorde. Cette réflexion va dans le même sens que l'idée de Von Kaenel (1994) pour qui la douleur ne relève pas juste du biologique. La douleur est vécue de façon unique et s'inscrit dans l'histoire de la personne et du sens qu'elle donne à la situation d'où provient la douleur.

Le corps en douleur devient le sens de notre attention et il est difficile de faire abstraction de notre corps. Finalement, la douleur nous ramène à l'essentiel, qui est notre corps en interaction avec la société qui nous entoure. Le corps en douleur peut devenir « a painful prison or tomb in which one is trapped » (Leder, 1990, p. 87) et certains peuvent faire une dissociation entre leur corps et eux.

La douleur est une co-construction entre la personne et la société, c'est-à-dire, qu'elle est à la fois une expérience intime et en même temps une expérience socialement comprise. Cette douleur se nourrit aussi des normes sociales de la société, qui fait en sorte qu'on peut ou non parler librement de cette douleur. Le vécu de la douleur s'inscrit aussi dans un mode de l'épreuve, qui soulève la question de l'homme en douleur avec le monde et de comment vaincre cette douleur.

Au-delà des implications médicales, le corps a un caractère social lié à la société à laquelle il se rattache. Il est le réceptacle du vécu, des émotions, de toute l'histoire d'une personne. Cette réflexion phénoménologique sur le corps montre la complexité du corps sur le plan social et symbolique. En effet, dans l'histoire de l'humanité, le corps a été nommé, normalisé, genré, racialisé, individualisé. Malgré le combat féministe pour la libération du corps des femmes, certaines expériences qui touchent au corps de la femme comme la grossesse et le viol restent encore à être mieux documentées.

Chapitre 4 : Question et objectifs de recherche

La revue de littérature a permis de se pencher sur les différents processus entourant la naissance. À cet effet, nous avons analysé les différentes représentations de la maternité et son évolution à travers le temps. À travers la littérature scientifique, on constate que la maternité qui était autrefois subie est devenue désirée avec l'avènement de la contraception et de l'avortement. Ce fut pour les femmes, une réappropriation de leur corps et de leur maternité. À partir de cette époque, plus que jamais, les femmes avaient le choix de devenir des mères. La maternité devient une source de questionnements pour chaque femme qui se demande si elle sera mère et quelle mère elle sera. C'est un moment crucial et charnière dans la lutte des femmes. À la suite de cette littérature historique, la naissance est présentée dans sa dimension symbolique, comme un rite de passage. C'est le moment où les femmes se préparent à changer de statut et devenir mères. Dans ce processus, l'accouchement est associé à l'étape de transition et d'incertitude, là où, ni dans l'un ni dans l'autre statut, ni femme, ni mère, la femme est dans une étape de grande ouverture et de vulnérabilité, dans un entre-deux potentiellement transformateur.

Le ventre de la femme enceinte est au centre de toutes les attentions et c'est le moment où les femmes sont supposées être heureuses puisqu'on conçoit très peu qu'une grossesse ne soit pas désirée dans la société canadienne. Dans la littérature médicale, la grossesse est un moment de transparence psychique (Bydlowski, 2008) où des événements enfouis dans l'inconscient remontent à la conscience des femmes. Ainsi, des femmes qui ont un passé d'agression sexuelle, peuvent avoir une réactivation du traumatisme. Cette réactivation du traumatisme est d'autant plus présente lors de l'accouchement puisque c'est un moment

chargé d'émotions pour les femmes et certaines peuvent se sentir vulnérables. Par ailleurs, on constate deux approches différentes de l'accouchement. Il y a une approche médicale où l'accent est mis sur la gestion du risque et il y a l'approche humaniste de l'accouchement où le lien entre la femme enceinte et la personne qui l'accompagne est important. Pour finir, la naissance est un évènement unique pour chaque femme.

Nous avons aussi abordé la question de la violence sexuelle faite aux femmes et ses impacts dans leur vie. Cette analyse s'est faite au moyen du dessin animé *Kirikou et la sorcière*. La vie de Karaba la sorcière est celle d'une femme violée et rejetée par sa communauté. Le viol agit comme un stigmate qui la rend indésirable et coupable aux yeux de la société. On comprend aussi que le viol est une violence genrée car les femmes se font violer parce qu'elles sont des femmes. Se faire violer reste encore un tabou et bon nombre de femmes porteront en elles ce secret par peur du jugement de la société.

La grossesse tout comme le viol sont des événements corporels. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi le *Mindful Body* comme cadre conceptuel, car il met en lumière les différentes dimensions du corps, et les potentialités d'analyse aux niveaux du corps politique, du corps social et du corps individuel.

Questions de recherche

Comme ce projet de recherche s'inscrit, dans une logique de réappropriation de l'histoire des corps des femmes et de la libération de leur parole. Il sera donc question de savoir :

Quel est le vécu de grossesse des femmes ayant subi un viol ou toute autre forme de violence sexuelle dans le passé?

La recherche tente de répondre aux questions suivantes :

1. Comment les femmes perçoivent-elles leur grossesse en lien avec leur passé d'agression sexuelle?
2. Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la grossesse qu'elles attribuent à leur vécu d'agression sexuelle?
3. Quelles sont leurs expériences dans les services de santé et sociaux lors de la grossesse en lien avec leur passé d'agression sexuelle?

Pour ce faire, le chapitre suivant expose l'approche méthodologique utilisée pour répondre à ces questions de recherche.

Chapitre 5 : Méthodologie

Cette recherche a pour objectif de mieux comprendre l'expérience de grossesse des femmes ayant subi une agression sexuelle dans le passé. C'est aussi le moyen de mettre en valeur leur expérience vécue. C'est dans cette logique que la méthodologie qualitative avec une approche critique et interprétative des données a été privilégiée. Cette démarche interprétative permettait de recueillir les émotions, les réalités, les craintes et doutes des participantes de l'étude. De plus, l'approche qualitative permet de mieux saisir les subtilités des trois niveaux d'analyse du corps : individuel, social et politique. Voulant mettre l'accent sur la compréhension que les femmes avaient de leur propre vécu, la phénoménologie est en cohérence avec l'approche théorique choisie.

5.1 L'approche phénoménologique

La phénoménologie est une approche de recherche issue de la philosophie (Merleau Ponty, 1945) reprise par la sociologie (Schutz, 1966) qui :

« Étudie le rapport que le sujet entretient avec le monde, les autres et surtout lui-même à partir de la conscience qu'il a des phénomènes auxquels il est confronté » (Ribau, 2002, p. 12).

Le but de la phénoménologie est d'étudier un phénomène tel que les gens le vivent et aussi de voir le sens qu'ils donnent aux expériences vécues. Ainsi, la phénoménologie décrit et analyse l'expérience subjective de chaque personne et met en lumière le sens que les personnes leur donnent.

« Selon cette perspective, l'expérience est construite à l'intérieur d'un contexte social de la personne et, par conséquent, repose sur l'intersubjectivité » (Fortin, 2010, p.275).

Cette approche permet de mettre l'accent sur la signification que les femmes donnent à leur expérience d'agression sexuelle et de grossesse. Le passé des femmes et plus précisément leur vécu d'agression sexuelle a une influence dans leur vie présente, c'est ce que Lamarre (2004) appelle la *temporalité*. La prise en compte des interactions entre ces deux expériences (le viol et la grossesse) est très importante, dans la compréhension, du récit des femmes.

Le sujet est au cœur de la recherche phénoménologique. L'analyse se construit autour de son savoir et de son expérience propre et non autour du savoir du chercheur. Merleau Ponty dans, *La phénoménologie de la perception* (1945) tente de comprendre les différentes expériences vécues par le corps. L'approche phénoménologique est intéressante, car au-delà de décrire ou d'analyser, elle prend en compte les récits des personnes, les analyses qu'elles-mêmes font de leur expérience. C'est dans ce sens que Merleau-Ponty affirme que : « le monde est non pas ce que je pense, mais ce que je vis » (Merleau Ponty dans Kelkel, 2002 p.271).

5.2 Recrutement et échantillon

Pour répondre aux questions de recherche, des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès d'un échantillon de 5 femmes francophones, âgées entre 28 ans et 50 ans. Le nombre d'enfants pour chaque participante était de 1 à 2 enfants. Pour participer à la recherche, ces femmes devaient être âgées de plus de 18 ans et être des survivantes d'agression sexuelle

et avoir vécu au moins une grossesse. Deux participantes sont dans une relation hétérosexuelle, les deux autres sont célibataires et la dernière est dans une relation homosexuelle.

Une lettre de recrutement a été envoyée à tous les organismes communautaires de la région Gatineau-Ottawa qui s'occupent de venir en aide aux femmes. J'ai aussi affiché la lettre de recrutement sur le réseau social Facebook et à l'Université d'Ottawa. Afin de laisser le choix aux femmes, elles devaient me contacter par courriel en premier pour pouvoir participer à la recherche. À la suite de ce premier contact par courriel, j'ai tenu à bien expliquer les objectifs et les modalités de l'étude pour obtenir un consentement éclairé et fixer la date de l'entrevue. Les participantes ont toutes signé un consentement avant de débiter l'entrevue.

5.3 La collecte des données

La méthode de collecte privilégiée est l'entrevue individuelle semi-dirigée. Selon Savoie-Zajc (2000), l'entrevue semi-dirigée est :

« Une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude » (p. 266).

En suivant cette logique de conversation, avant de débiter l'entrevue, j'ai tenu à demander à la participante, « comment vas-tu ? » et de discuter des sujets généraux afin de créer un

lien et de mettre la femme en confiance. Lors des entrevues, le tutoiement fut utilisé pour créer une proximité¹.

Chaque femme fut rencontrée pour une seule entrevue individuelle d'une durée de 40 à 60 minutes. Toutes les entrevues furent réalisées en français et dans une salle d'un centre communautaire. J'ai commencé l'entretien avec la question suivante : « Peux-tu me parler de toi ? ». C'est une question ouverte qui donne à la femme la possibilité de parler d'elle, mais surtout de parler de son histoire dans l'ordre qui lui semble important. Cette question permet aussi de structurer le reste de l'entretien. En plus de cette question ouverte, l'entretien est basé sur des questions souples pour favoriser la libre expression. Les reformulations ont aussi pour but de :

« Renforcer implicitement la valeur que le sujet s'attribue, afin qu'il ose s'aventurer dans l'expression de lui-même, de ses idées, en étant sûr d'être compris et accepté » (Chiland, 2006, p.146).

Dans le cadre de cette recherche, les reformulations permettaient de mieux saisir la perception que les femmes avaient de leur histoire et le sens qu'elle leur donnait. Ce souci de saisir le sens que les femmes donnent à leur expérience de grossesse est en lien avec l'approche phénoménologique. Il faut « retourner aux choses mêmes » comme le dit Husserl (1990), c'est-à-dire tel que les événements se manifestent aux femmes. Bien que le fondement de l'approche phénoménologique soit de laisser parler les femmes, il faut

¹ Dans la culture québécoise, le tutoiement met en confiance et facilite la création d'un lien entre les personnes.

également être disposé à entendre et recevoir ce qu'elles ont à nous dire. Pour ce faire, j'ai tenu à avoir une pratique autoréflexive.

5.4 Pratique autoréflexive

Appréhender l'expérience de grossesse telle que les femmes l'ont vécue nécessite pour moi de mettre de côté tous ses préjugés sur le sujet. Cela est d'autant plus nécessaire que l'étude s'inscrit dans une approche phénoménologique. Cependant, le but n'est pas de nier ses préjugés, ou préconceptions, mais de les préciser. Comme le dit Ricœur (1986) : « 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). Mon intérêt pour le sujet de cette étude est basé sur mon engagement contre les violences sexuelles faites aux femmes. Mon engagement m'a toujours conduit à m'interroger sur le pouvoir que les femmes ont sur leur corps. Cette quête de connaissance et cette volonté de se réapproprier son corps m'a poussé à m'intéresser aux pratiques entourant la naissance. Ce fut le début d'une démarche pour plus de pouvoir des femmes sur leur santé et leur corps surtout celle des jeunes filles où les normes sociales évoluent constamment.

Dès le début de ma recherche, j'ai tenu un journal de bord où j'inscrivais mes présupposés, mes attentes des entrevues, ma vision de l'agression sexuelle et de la grossesse. Avant chaque entrevue, je notais dans mon journal de bord mes appréhensions et mes attentes. Après l'entrevue, j'écrivais mes premières impressions, mon ressenti durant l'entrevue ainsi que les points forts.

5.5 Procédure d'analyse des données

Pour l'analyse des données, j'ai utilisé la méthode de l'analyse interprétative phénoménologique (AIP) qui « permet au chercheur d'explorer l'expérience de participants, le sens qu'ils donnent à leur expérience et les mécanismes psychologiques sous-jacents » (Antoine et Smith, 2016, p. 373). L'AIP est dans une perspective de double herméneutique selon Smith et Osborn (2003). C'est-à-dire, que cela tient compte à la fois : « de l'engagement du participant pour accéder et donner du sens à son expérience personnelle et de l'engagement du chercheur pour analyser la démarche du participant » (Antoine et Smith, 2016, p. 376). L'AIP débute par une analyse approfondie de chaque entrevue avant de passer à l'entrevue suivante. L'AIP permet de s'approcher le plus près possible des réalités des femmes et saisir le sens qu'elles donnent à leur histoire.

Toutes les entrevues furent enregistrées audio et transcrites (verbatim) selon la méthode de l'Analyse Interprétative Phénoménologique (AIP) des données décrites par Smith et al (2009) dans leur ouvrage. J'ai donc procédé à l'analyse des données en suivant les 6 étapes clés de l'AIP :

1. **L'écoute** ; cette première étape m'a servi d'immersion au cœur des données brutes pour m'imprégner le plus possible du vécu de chaque femme. Je l'ai fait pour toutes les entrevues sans prendre de notes. J'ai constaté que cette étape fut très bénéfique, car l'écoute répétée des entretiens m'a permis de prendre connaissance de toutes les subtilités qui se dégagent du récit de chaque femme. Souvent, ces subtilités ne sont pas détectables en une seule écoute.

2. **Transcription initiale et codification** ; après l'écoute des entrevues, je passais à l'étape de la transcription et de la codification. Cela consiste d'abord à transcrire les entrevues enregistrées et par la suite, à relire la transcription. En relisant la transcription, j'ai écrit tout ce qui me venait à l'esprit en étant le plus ouvert possible. Cette étape fut facilitée par le fait que j'avais déjà fait le bilan des préjugés que j'avais face à cette situation. Je n'avais donc pas peur « d'aller trop loin ». Après l'étape de l'annotation, j'ai pu passer à celle de la codification du récit de la femme. Je suis allée ligne par ligne en faisant ressortir les émotions, le sens que la femme donne à son histoire. Je les ai classés par thème.
3. **La catégorisation** ; cette étape consiste, à classer les thèmes en catégories pour permettre une comparaison entre les différentes entrevues.
4. **Passer au cas suivant** ; cela montre que les étapes 1,2 et 3 doivent être faites de façon distincte et individuellement. Les entrevues doivent être analysées individuellement pour garder toute leur singularité.
5. **Mise en relation** ; c'est à ce niveau que j'ai commencé par faire dialoguer les entrevues entre elles. J'ai constaté qu'il y avait beaucoup de thèmes qui étaient présents dans toutes les entrevues, j'ai donc décidé de les garder pour l'analyse des données. Il y a certains thèmes qui reviennent uniquement chez quelques femmes, mais ne pas les mettre, reviendrait à avoir une compréhension partielle du phénomène. Je les ai donc inclus également.
6. **Intégration/écriture** ; j'ai organisé les thèmes en vue de faire l'analyse. J'ai également discuté avec ma directrice de mémoire pour avoir son avis et discuter du

progrès de l'analyse. Ces rencontres avec ma directrice furent importantes, car elles me permettaient d'avoir une réflexivité sur ma démarche scientifique.

Ce processus d'analyse des données m'a permis de ressortir le sens de l'expérience vécue qui était au cœur de l'objectif principal de comprendre l'expérience de grossesse chez les femmes survivantes d'agression sexuelle.

5.6 Considérations éthiques

Vu la nature sensible de la recherche, une conscience éthique est nécessaire ainsi qu'un respect des femmes participantes à l'étude qui ont accepté de se raconter malgré le fait que cela pouvait faire remonter des souvenirs douloureux.

Tout d'abord, cette recherche a reçu l'approbation du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa, ce qui permet de procéder au recrutement et de justifier la démarche déontologique de la recherche. Par la suite, avant le début de l'entrevue, le formulaire de consentement a été lu avec les femmes. Cette façon de procéder permet d'obtenir un consentement libre et éclairé. (Voir en annexe)

L'exploration de l'expérience vécue peut causer une certaine souffrance. Il a donc été important de fournir, mais aussi de connaître les ressources d'aide francophones et anglophones de la région de Gatineau/Ottawa. Je me suis assurée d'écouter le récit des femmes avec empathie et respect. J'ai aussi proposé d'arrêter l'entrevue quand je voyais

que l'entrevue faisait remonter des souvenirs douloureux. J'ai aussi rappelé aux femmes qu'elles pouvaient se retirer à tout moment de la recherche.

5.7 Difficultés rencontrées et limites de l'étude

La première difficulté rencontrée dans cette étude fut le recrutement des femmes. Les femmes prenaient contact avec moi, mais au moment de fixer le lieu et la date de la rencontre, elles rompaient tout contact. Vu la nature sensible de l'étude, certaines n'étaient pas prêtes à revivre ces émotions.

La seconde difficulté fut d'éviter de rentrer dans un rôle thérapeutique avec les femmes et faire de l'intervention. Étant donné que j'avais déjà fait un stage dans un centre d'aide aux femmes victimes d'agression sexuelle, à certains moments j'aurais pu glisser vers de l'intervention avec les femmes. Comme le dit Tutty et al (1996) « it is unethical for you to attempt to modify, change or justify the interviewee's feelings » (p.58). Chaque femme a reçu une liste de ressources nécessaires pour aller chercher de l'aide si elle ressent le besoin et aussi on je me suis assuré que les femmes se sentaient bien avant de partir.

L'une des limites de l'étude est la petite taille de l'échantillon, qui ne permet pas de généraliser les résultats à une plus large population. De plus, les entrevues ont toutes été faites en français, même si les femmes viennent de région et même de pays différents. Malgré ces limites, reste un point de départ pour documenter une aventure pour de futures recherches sur le même sujet

Chapitre 6 : Analyse des données

« J'ai été victime d'inceste de la part de mon frère de l'âge de 7ans à 15 ans. »

« Il défonce la porte, il rentre dans la chambre, puis il sort des objets de son bureau. Il me pénètre avec ces objets et me viole. »

« J'ai été agressé sexuellement par ma mère biologique et ses chums depuis l'âge de 5 ans jusqu'à mon adolescence. »

« À la fin du viol, je me suis excusée parce que j'avais peur. Je me dis je ne m'excuse pas, mais je me diminue pour arrêter l'agressivité. »

Les femmes ont tenu d'abord à me raconter leur agression sexuelle pour que je comprenne le lien qu'elles font entre leur vécu d'agression sexuelle et celui de leur grossesse. Malgré les années passées depuis le drame, la mémoire se souvient. Le temps n'efface pas la douleur et la grossesse réveille des blessures qui semblaient être guéries. La violence sexuelle que les participantes ont subie a eu d'importants impacts sur leur vie, et particulièrement, au moment de la grossesse. En effet, il semble y avoir un rapport entre l'intensité émotionnelle vécue lors de la grossesse et celle ressentie lors de l'agression sexuelle. Les femmes vivent une réminiscence corporelle et émotionnelle depuis le viol et qui échappe à leur contrôle.

Entre la période qui suit celle de l'agression sexuelle et celle qui précède la grossesse, trois des cinq participantes ont eu une vie plutôt normale. Toutefois, Inès et Carmen augmentent leur consommation d'alcool et de drogue pour oublier les agressions sexuelles :

« Après les agressions sexuelles, j'ai beaucoup consommé de l'alcool et de la drogue, plus spécifiquement de la drogue » Inès

« J'ai vécu une agression sexuelle qui n'était pas la première. Cela a vraiment été une descente aux enfers. Après cela, j'ai augmenté ma consommation (drogue et alcool) » Carmen

Les femmes ont repris le contrôle de leur vie et ont mis fin aux comportements qui finalement nuisaient à leur bien-être. L'arrêt de toute consommation peut être vu comme le signe qu'elles reprennent leur vie en main :

« Aujourd'hui, j'ai 6 ans complets d'abstinence de consommation de drogue et d'alcool. » Inès

« J'ai réorienté ma vie, j'ai fait une demande d'admission en travail social à l'UQO. » Carmen

Après les agressions sexuelles, quatre participantes ont été en couple avec des hommes et une est dans une relation homosexuelle. Aucune d'elles n'a mentionné avoir eu des problèmes de violence conjugale dans leur relation de couple.

Si des émotions sont enfermées dans leur corps, elles l'expliquent par le fait qu'elles n'ont pas eu l'opportunité d'en parler pendant leur grossesse par peur du jugement des autres, de la culpabilité et de la honte. La grossesse est une étape importante de leur vie, car c'est à ce moment qu'apparaît toute la question de la transmission à l'enfant qui va naître. Ce questionnement sur « que vais-je transmettre de moi à mon enfant ? » replonge les femmes au moins en partie dans leur vécu d'agression sexuelle. La grossesse réactive dans le corps des femmes les effets des agressions sexuelles.

6.1 La grossesse : émotions et préoccupations

Dans notre société moderne, l'expérience de la maternité est une expérience médicale qui s'inscrit en cohérence avec les choix et les valeurs du cadre social. C'est dans cette structure, que se vit l'expérience de grossesse intime et singulière de chaque femme, comme le montrent les entrevues avec les participantes de cette recherche. Ce chapitre sur les émotions et les préoccupations durant la grossesse s'inscrit dans l'expérience de la maternité dans tout ce qu'il y a de plus intime chez la femme, mais aussi en lien avec la violence sexuelle. Comme le dit Beatrice Jacques, il s'agit de comprendre « la manière dont les acteurs se représentent et construisent le système » (2007, p.3). Le système ici fait référence à toutes les normes sociales qui entourent la maternité et les agressions sexuelles et comment les femmes arrivent à s'approprier leur maternité. Ces normes dictent le comportement de beaucoup de femmes et en parlant des émotions, j'ai voulu faire entendre la voix des femmes et montrer comment malgré tous ces diktats de la société moderne, la maternité reste quand même un événement personnel qui s'imprègne de l'histoire des femmes. Cette histoire dans cette recherche est le vécu d'un viol ou toute autre forme d'agression sexuelle. Le récit des participantes sur leurs émotions durant la grossesse montre la complexité, les inquiétudes, les questionnements sur la maternité. On s'aperçoit que le corps est le lieu d'inscription du social, du politique et de l'individuel. La théorie du *Mindful body* positionne le corps comme un construit pluriel et relationnel, qui fait des émotions la porte d'accès aux différents niveaux d'analyse. Ainsi, toutes ces émotions et préoccupations durant la grossesse font ressortir les aspirations individuelles, mais aussi sociales et politiques. Par ailleurs, « le corps n'est jamais une entité individuelle, mais doit toujours être envisagé dans un contexte » (Moss et Dyck, 2002, p. 52). C'est pour cela qu'il

est important de se rappeler que ces grossesses se déroulent dans un contexte post agression sexuelle.

6.1.2 La peur du jugement

Elles ont mentionné la peur du jugement par leur entourage, mais aussi, de l'ensemble de la société. Il y a d'abord, la peur du jugement qu'elles ont ressenti après l'agression sexuelle, c'est-à-dire d'être jugée responsable de la violence subie. Cette peur du jugement est revenue en force lors de la grossesse. Cette peur du jugement réactivée est celle d'être vues comme inaptes à éduquer un enfant puisqu'elles n'ont pas pu éviter de se faire agresser sexuellement. Il semble que pour les participantes, il faille prouver sa capacité à être une mère et cela passe par *l'exemplarité de son parcours de vie* et malheureusement pour elles, ce parcours de vie est marqué par le viol. Parfois, le jugement est celui que les mères portent sur elles-mêmes et les doutes que cela éveille. Même si certaines participantes ont toujours voulu être mères, il y a le doute qui s'installe sur leur capacité à remplir ce rôle. C'est le cas d'Inès qui doute de ces capacités à protéger son enfant d'une probable agression sexuelle.

« Vouloir être enceinte a toujours été un rêve, être maman aussi, mais, avec beaucoup de crainte à cause des agressions que j'ai subies. Je me demandais si je serais apte à être maman » Inès

Ajoutons aussi que les participantes ont constaté que si le fœtus va bien, la mère doit obligatoirement aller bien. Une femme enceinte ne peut être malheureuse si le fœtus grandit normalement, sans problèmes. Les femmes ont donc peur d'exprimer les émotions négatives qu'elles vivent durant la grossesse puisque, socialement on s'attend à ce que cela soit une période heureuse pour elles. On constate donc, comme l'affirme Stéphanie St-

Amand (2017), le corps d'une femme enceinte ne lui appartient plus, mais appartient à la société. Ainsi, Cynthia se censurait au niveau des émotions par rapport à ce qu'elle disait même avec sa famille pour qu'on ne mette pas en doute sa capacité d'être une bonne mère surtout que ce fut une grossesse planifiée et désirée.

« J'avais honte de pouvoir en parler, pour que les gens ne se demandent pas pourquoi elle pense ça? J'étais inconfortable de le mentionner surtout que mon bébé se développait bien » Cynthia

Même avec le corps médical, les femmes ont peur de se faire juger parce qu'en partie, la question des agressions sexuelles n'est pas abordée avec les professionnels de la santé lors des visites médicales. De plus, il n'y a pas d'affiches ou d'information partagées par les professionnels de la santé traitant de la grossesse après un vécu d'agression sexuelle. Cela fait en sorte que les femmes pensent que leur médecin n'est pas apte à les aider. Selon les participantes de l'étude, c'est un monde professionnalisé où chaque médecin a son domaine de compétence et la violence sexuelle ne fait pas partie de leur compétence :

« Je me suis dit que mon médecin et mon gynécologue ne sont pas mes thérapeutes et quand je les voyais, on parlait uniquement de la santé du bébé » Inès

« Je ne sentais pas que c'était l'endroit pour me confier sur mes angoisses » Cynthia

L'expérience similaire d'autres femmes peut également influencer les informations qui sont partagées avec le corps médical. Ainsi, Carmen n'avait pas parlé à son médecin de ce qu'elle vivait lors de la grossesse de peur de se faire rabrouer :

« Je n'ai pas abordé mon passé d'agression sexuelle lors de la grossesse, parce qu'on ne m'a pas montré la possibilité que je pouvais le faire. J'ai eu vent, des histoires que quand les femmes en parlaient, les médecins leur disaient que cela allait passer » Carmen

Il faut noter que cette peur du jugement fait en sorte que les participantes n'ont parlé à personne des conséquences des agressions sexuelles qu'elles vivaient lorsqu'elles portaient leur enfant. Cette situation est devenue difficile à supporter tout au long de la grossesse. Les femmes ont mis en place certaines stratégies pour cacher les émotions :

« Je me cachais dans la salle de bain pour pleurer. Je pleurais beaucoup » Anne

Ces pleurs sont un moyen d'évacuer le mal qu'elle ressentait dans son corps. Elle pleure avec son corps pour se vider du trop-plein de ses émotions. Elle se sent envahie par une grande détresse, dépassée par les événements et incapable de parler de sa tristesse.

6.1.3 La culpabilité

Cette peur du jugement fait aussi écho à la culpabilité que les participantes ressentent depuis le viol qu'elles ont subi. Cette culpabilité qu'elles ressentaient leur faisait croire qu'elles n'étaient pas capables de remplir leur rôle de mère. On peut dire que cette culpabilité fait en sorte qu'elles ont peur de ne pas rentrer dans les normes de la famille traditionnelle et aussi ne pas correspondre aux stéréotypes de la « bonne mère ». Les participantes ressentent donc une pression sociale qui les culpabilise par rapport à l'enfant à naître, ce qui les amène à avoir des doutes et des pensées négatives:

« Je me culpabilise. J'ai peur que cela ait des impacts sur le bébé. Je me filtre par rapport à moi. Je me dis pauvre bébé » Inès

Du fait de la culpabilité qu'elle ressentait et aussi à cause de son désir d'offrir une famille normale à son fils, Marion a tenu à reprendre contact avec le père de son enfant tout en sachant qu'il était dangereux pour elle. La culpabilité la pousse à prendre des risques pour répondre aux attentes de l'opinion publique au détriment de son bonheur et de sa sécurité.

« Tu ne peux pas ne pas donner un père à ton enfant. Tous ces faux messages étaient ancrés en moi. Je suis culpabilisée au bout » Marion

Cette peur du jugement et la culpabilité sont des craintes nourries par le passé d'agression sexuelle des participantes. Ces craintes sur leurs aptitudes à rentrer dans les normes de la maternité lèvent le voile sur la notion de transmission qui est le socle des liens intergénérationnels. Les préoccupations des femmes au sujet de la transmission concernent le fait de se demander comment la vie peut se développer dans un corps endommagé de l'intérieur par le viol. La maternité fait peser sur les femmes l'image d'une certaine pureté et d'une innocence qu'elles pensent avoir perdue le jour de l'agression.

6.1.4 La transmission

Le vécu d'agression sexuelle fait en sorte que les femmes se sentent endommager à l'intérieur d'elles-mêmes. Elles ont le sentiment que leur corps est corrompu, souillé et de ce fait, l'enfant à naître portera la marque de cette souillure. Elles vont transmettre à l'enfant cette blessure, car elles vivent avec la *honte du viol* que porte très souvent une femme qui s'est fait agresser sexuellement. Comme le disait Claude Lévi-Strauss : « la souillure c'est quelque chose de contagieux » (1970, p.33). Avec l'idée de contagion, les participantes pensent qu'il y a une transmission intergénérationnelle de la violence sexuelle c'est-à-dire qu'elles peuvent transmettre le risque de se faire violer à leurs enfants. Cette

notion de transmission intergénérationnelle de la violence sexuelle apparaît clairement dans le propos d'Anne :

« Ma mère s'est fait agresser par son grand-père quand elle était enfant, moi aussi j'ai subi des agressions sexuelles. J'ai tout fait pour que mes garçons ne soient pas victimes d'agressions sexuelles et je ferais pareil pour mon petit fils qui va naître. Sinon je m'en voudrais »

Par ailleurs, ce questionnement sur la transmission est aussi présent chez Cynthia. En effet, elle fut agressée dans le passé par sa mère et les chums de cette dernière. Elle craint que le reste de sa famille, qui habite loin, pense qu'il y ait une transmission intergénérationnelle de cette violence sexuelle, et donc qu'elle soit elle-même perçue comme une agresseuse.

« J'avais peur des préjugés surtout avec la famille qui habite loin. J'avais peur qu'ils pensent que j'allais agresser mes enfants puisque j'ai été agressé par ma mère » Cynthia

De plus dans notre société actuellement, un corps souillé est un corps qui n'est pas sain et avec toute la médicalisation qui entoure le corps, une grossesse doit se développer dans un corps sain. Les femmes se sentent donc amputées de leur corps féminin, d'où ce questionnement par rapport à la grossesse qui est le symbole même de la féminité dans la société.

« Je me suis dit que je n'aurais jamais d'enfants à la suite du viol que j'ai subi. Être enceinte fut alors une surprise pour moi. » Anne

Les participantes ont tendance à surprotéger leurs enfants afin, que ces derniers ne se fassent pas agresser sexuellement à leur tour. On peut y voir comme une tentative de mettre fin à une fatalité qui serait que : « Tu seras violé mon enfant ». C'est aussi une manière de percevoir le monde extérieur comme dangereux et menaçant pour les enfants. Le ventre de

la mère devient donc pour l'enfant à naître, une bulle protectrice où le viol ne peut pas l'atteindre :

« J'aurais voulu garder mon bébé à l'intérieur de mon ventre pour qu'il ne se fasse pas agresser » Anne

Par ailleurs, s'il arrivait que malgré toutes leurs précautions, leurs enfants se fassent violer, les participantes ont confié qu'elles vivraient cet événement comme un échec de leur part. On pourrait voir dans ce sentiment d'échec, celui du manquement à honorer la « dette symbolique » comme le dit Kammerer (2005) des parents qui inclut la protection de leurs enfants. Cette « dette symbolique » est en lien avec la peur de la transmission puisque ce sont encore beaucoup les femmes qui éduquent les enfants. On peut également penser que cette crainte soit en rapport avec le devoir de créer du lien social qui inscrit les femmes avec leur groupe d'appartenance. Les enfants entrent dans le lien social à travers la transmission de valeurs et de représentations qui leur permettent de s'intégrer à la société. La famille est le premier lieu de la socialisation et les parents en sont les premiers responsables de cette socialisation. Les enfants vont donc construire leur personnalité et identité en fonction des interactions eues avec ses parents. La transmission revêt donc un caractère initiatique et est au cœur des relations mère-enfant. Cette transmission semble plus difficile pour les participantes lorsqu'elles doivent mettre au monde des filles. Il y a un rapport d'altérité qui se met en place entre la mère par rapport à sa fille. À travers sa fille, la mère a l'impression de revivre son histoire.

6.1.5 Le sexe de l'enfant

La relation mère-fille dans le cas des participantes à l'étude peut être vue sous le prisme de la douleur et de la blessure. Cette situation renvoie à une fatalité, c'est-à-dire celle qui condamne les femmes à être majoritairement victimes d'agression sexuelle. Cette peur d'avoir des filles traduit un sentiment d'impuissance chez les femmes face au statut des filles dans la société. Ainsi, lorsque les femmes ont mis des filles au monde, elles ne pouvaient s'empêcher de faire des parallèles avec leur propre vie:

« Tu fais des parallèles avec ta propre vie. Je sais qu'il y a des points tournants. Quand elle va aller dans l'adolescence là, je vais m'inquiéter, car j'ai été agressé dans l'adolescence. » Carmen

On remarque donc qu'avoir une fille est plus difficile émotionnellement pour les femmes. Entre autres, parce qu'elles se représentent à travers leurs filles, on peut dire que la relation mère-fille est comme un miroir où la mère se voit à travers sa fille. À chaque regard, la fille renvoie une certaine image d'elle-même à la mère. Il est facile de s'identifier à sa fille qui est amenée à devenir une femme. Par exemple, cela a conduit à de la déception lorsqu'une femme a appris qu'elle attendait une fille, car son intuition l'avait trompé :

« J'étais tellement convaincue que c'était un garçon. Quand j'ai appris que c'était une fille, j'étais déçue. Je me suis dit que mon intuition m'a trompé. » Carmen

Inès, pour sa part, était tellement anxieuse à l'idée d'avoir une fille qu'elle n'a pas voulu connaître le sexe de l'enfant. Avoir une fille voulait dire que son enfant avait des chances de se faire violer.

« Ma crainte est d'avoir une fille. Elle est plus susceptible de se faire violer. Je serais plus relaxe avec un garçon »

En revanche Anne croyait que le sexe de l'enfant n'avait pas d'importance pour elle, mais pour se rendre compte plus tard qu'elle était contente de ne pas avoir de fille. Elle craignait de ne pas pouvoir être une mère adéquate pour sa fille:

« Connaitre le sexe de l'enfant n'a pas eu d'effet sur moi. Mais j'aurais eu beaucoup de difficulté à élever une fille parce que je l'aurais énormément surprotégée. Je pense qu'elle aurait fui la maison. »

Il y a donc une volonté de ne pas revivre le drame du viol à travers leur fille. Donc, même si les participantes ont désiré avoir des enfants, le fait d'avoir des filles comporte une épreuve particulière, qui représente un défi que toutes ne se sentent pas capables de relever. Lorsqu'elles vont visualiser l'avenir de leur fille, le viol aura une place tandis qu'avec un garçon le viol ne sera pas si présent même si, elles m'ont toutes dit, savoir que les garçons étaient aussi à risque de se faire violer, mais, elles ont rajouté que c'est un risque moindre que chez les filles.

6.2 La difficile sortie du bébé : les effets du silence

Les participantes ont toutes accouché à l'hôpital accompagné par un médecin homme. Trois participantes ont perçu l'accouchement comme étant long puisque, pendant deux jours, elles sont restées en travail avant la sortie du bébé. Une autre a accouché par césarienne après deux jours passés à l'hôpital. Enfin une dernière a trouvé son accouchement « normal ».

Parmi les participantes, trois ont ressenti de la peur du fait de se faire aider par un professionnel de la santé masculin lors de l'accouchement. Malgré les contractions, le col de l'utérus ne se dilatait pas. Les femmes donnent un sens à la douleur de l'accouchement : c'est la douleur de leur agression, c'est cette douleur enfouie en elles et dont le corps se rappelle. Cette douleur est d'autant plus intense que généralement l'enfant sort par voie vaginale et le vagin est le lieu du drame. Il y a donc la peur du passage de l'enfant qui est très symbolique pour les femmes. C'est tout comme si en passant par le vagin, l'enfant va s'imprégner du viol et sera à son tour victime du viol.

« J'ai peur qu'il sorte par mon vagin. Je capote, je me dis qu'il va sortir par où j'ai été violé. J'étais trop contractée, mon corps était contracté. »
Marion

« Je ne dilatais pas malgré le déclenchement (de l'accouchement). J'étais sous médication, mais je ne dilatais toujours pas. Psychologiquement, j'avais peur de l'accouchement. » Carmen

Les femmes ont vécu leur grossesse sous le stress lié aux peurs et préoccupations mentionnées. Elles n'ont pas pu le faire non plus pendant l'accouchement. Ainsi, symboliquement, elles sont fermées, car elles n'ont pas pu s'ouvrir sur leurs agressions sexuelles et les craintes reliées à la grossesse.

Le lien de confiance n'avait pas été établi avec le médecin pour pouvoir en parler. Elles auraient souhaité pouvoir s'en libérer pour favoriser le passage de l'enfant. D'ailleurs, Carmen reconnaît que toutes les émotions négatives vécues lors de la grossesse n'ont pas favorisé son accouchement :

« C'est normal que je ne dilatais pas... j'étais trop stressée lors de ma grossesse. Je pense que c'est la raison pour laquelle, j'ai souffert lors de l'accouchement »

Par ailleurs, pour Inès, c'est le fait de la participation d'un médecin homme à son accouchement qui était difficile. Pour elle, c'était comme une invasion de son intimité et cela la replongeait dans son expérience de viol. Le fait d'y penser même pendant l'entrevue était difficile pour elle :

« Cela me dégoûte, rien qu'à y penser. À cette étape (si c'était un homme) je demanderais une césarienne. »

L'accouchement est un moment où les femmes sont en situation de vulnérabilité et n'ont pas le contrôle des événements. Au nom du bien-être de l'enfant et de la mère, on assiste à une surmédicalisation de l'accouchement. On peut également supposer que les femmes ont vécu l'accouchement comme une perte de pouvoir parce qu'à l'hôpital on essaye d'expliquer aux femmes comment se comporter lors de l'accouchement et même ce qu'elles doivent ressentir.

« Lors de l'accouchement, je ressentais le besoin de pousser, mais les infirmières m'en ont empêché parce que le médecin-chef n'était pas présent. Mon fils est né avec une hémorragie au cerveau » Anne

Cette perte de pouvoir sur son corps leur rappelle leur vulnérabilité et leur impuissance lors de l'agression sexuelle. Cela les amène à remettre en question le fonctionnement du monde médical où les femmes ne sont pas incluses dans le processus de l'accouchement malgré le fait que cela soit leur propre accouchement. Les femmes deviennent spectatrices de leur accouchement où l'ensemble des décisions sont prises par les professionnels de la santé.

Alors, cette porte fermée lors de l'accouchement montre que la naissance est un acte social puisque les participantes ont toutes voulu qu'on leur ouvre la porte afin qu'elles puissent raconter leurs craintes, leurs émotions négatives. Si cette porte est restée fermée, c'est en effet parce que le monde médical confine la grossesse à un phénomène biologique qui justifie la surveillance du corps, de pathologie ou d'anomalies potentielles. Le pouvoir médical impose des procédures et les femmes doivent s'y plier. Les dimensions psychiques, émotionnelles, les circonstances matérielles, les provenances sociales et culturelles sont évacuées pour faire place au suivi médical et à la gestion des risques. Le propos de Béatrice Jacques résume très bien l'expérience que les participantes ont vécue lors de leur accouchement :

« Au lieu de l'aider à décoder les messages du corps, les symptômes, les professionnels préfèrent regarder le monitoring, vérifier le débit de la seringue, régler le dynamap. Ils évacuent le subjectif » (2000, p22).

Unanimement les femmes ont dit, qu'elles auraient aimé qu'on « ouvre la porte » pour leur permettre de faire sortir la mémoire captive des agressions sexuelles. Elles auraient eu le courage de se confier sur les émotions, les doutes, les peurs qu'elles vivaient pendant la grossesse et peut-être elles auraient eues un accouchement plus facile.

6.3 Ouvrir la porte

Les femmes en entrevue ont parlé du manque de place faite par le corps médical sur les agressions sexuelles et les conséquences dans la vie des femmes. Elles auraient aimé qu'on leur « ouvre la porte » afin qu'elles puissent se confier sur ce qu'elles vivaient et qui étaient relié aux agressions qu'elles avaient subies dans le passé. Mais, elles n'ont pas trouvé cette

ouverture. « Ouvrir la porte » est aussi une façon pour ces femmes, de montrer qu'elles existent, car à l'hôpital leur histoire n'est pas prise en compte. Dans la prise en charge de la maternité, on n'aborde pas le passé possible d'agressions sexuelles. Le corps meurtri par les agressions sexuelles n'est pas mis en rapport avec le corps d'une femme enceinte. Ainsi, socialement, les femmes ont l'impression qu'il y a une volonté de cacher leur corps et de faire aussi en sorte que leur corps n'a jamais subi le drame du viol. Le corps est un vecteur de symboles culturels et le corps de la mère renvoie à la pureté tandis que celle de la femme violée à l'impur. Ainsi, pour accéder à la maternité, il faut dans l'inconscient général et symboliquement avoir un corps pur (ne pas avoir été victime de viol par exemple), car c'est le corps de la femme qui garantit la continuité de la société. À travers la parole de ces femmes, c'est aussi une manière d'affirmer qu'il n'y a pas une histoire unique du corps qui correspond à la maternité.

Par ailleurs, dans cette volonté qu'avait les femmes qu'on leur « ouvre la porte » on voit, que la naissance d'un enfant n'est pas qu'un phénomène biologique, mais aussi et surtout un acte social. La naissance est un évènement socialement construit et un évènement sur lequel se construit l'identité d'une personne au sein de sa famille et de la société. De ce fait, les femmes ne voulaient pas que l'identité de leur enfant se fonde sur le viol parce qu'elles n'avaient pas encore évacué de leur corps et de leur être les sentiments qui les rattachent à l'agression sexuelle vécue. « Ouvrir la porte » est un cri d'alarme à l'endroit des professionnels de la santé afin de montrer que la naissance est aussi sociale, émotionnelle et biologique. Cela revêt l'importance d'un rite de passage qui accompagne la naissance pour ces femmes.

L'ouverture de la porte est une étape importante du rite de passage pour assurer la venue de l'enfant dans un monde où la mère aurait eu la chance de raconter son histoire. Cela fait partie des préparatifs pour bien accueillir son bébé. On remarque donc que comme cette « ouverture » n'a pas pu se faire, les femmes ont eu de la difficulté à accoucher, physiquement leur corps n'était pas prêt. Les femmes n'ont pas « ouvert la porte » parce qu'elles redoutaient le jugement de leur famille et des médecins puisque selon elles, quand tu es enceinte, ton entourage s'attend à ce que tu sois heureuse et que tu vives dans la *plénitude* de cette grossesse.

6.4 Et tout cela, lorsqu'on est une femme immigrante?

Dans les entrevues, une femme m'a parlé du poids de l'immigration dans sa grossesse et du fait que cela a été vécu comme une violence supplémentaire. Il me paraît important de rapporter ce fait, car elle met en lumière une réalité méconnue.

En ayant un enfant avec un Canadien, elle se faisait menacer de se faire retirer la garde de son enfant et elle ne pouvait pas en parler. Il y a aussi la volonté de se faire accepter par le Canada et d'être considérée comme une immigrante parfaite.

« Le fait d'être une immigrante a été une barrière supplémentaire pour parler des violences que je subissais. Il y a toujours la peur d'être jugé, j'avais l'impression qu'en tant qu'immigrante, tu n'as pas droit à l'erreur. Tu veux être l'immigrante parfaite pour que le Canada ne te rejette pas. »

Il y a la peur d'être jugée comme une « mauvaise mère » et celle d'être « une mauvaise immigrante ». Cette double culpabilité vient du fait qu'Immigration Canada ne reconnaît

pas le fait que l'expérience migratoire peut être vécue différemment en fonction du genre. Dans cette situation, le silence paraît être la meilleure des solutions. De plus, selon l'article 38 du LIPR (Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés) une personne peut se voir interdire l'accès au territoire si on estime que son état de santé occasionnera « un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé ». Ainsi Carmen qui était dans un processus d'immigration a eu peur de compromettre son dossier auprès des services d'immigration.

« J'ai eu aussi peur de parler à cause de l'immigration [...] moi j'avais juste le droit d'étudier au Canada »

Par ailleurs, elle a dû abandonner les études puisqu'elle était enceinte, cet abandon a fait en sorte qu'elle n'avait plus accès à la RAMQ (Régime de l'assurance maladie du Québec), puisque l'obtention de la RAMQ est conditionnée au permis d'études. Cette situation a causé un stress intense chez elle et la mettait dans une précarité matérielle. Mais cette situation est commune à beaucoup d'étudiantes internationales qui deviennent enceintes et n'ont pas droit à la RAMQ et dans certains même les assurances privées de l'université ne couvrent pas les frais liés à la grossesse et l'accouchement.

On remarque que le statut d'immigration peut être une source d'oppression pour les femmes. Elles sont obligées d'accepter la violence dans laquelle elles vivent, de peur de se faire expulser et de se faire retirer leur enfant. Dans la situation de la femme immigrante de cette étude, le père de son enfant a beaucoup joué sur cet aspect :

« Toi tu n'es pas Canadienne, moi je le suis. Alors je peux t'enlever notre fille »

La peur de se faire retirer son enfant tout au long de la grossesse a été insupportable. Cela faisait en sorte qu'elle minimisait les conséquences de l'agression sexuelle sur sa grossesse. On constate donc que le parcours migratoire des femmes associé au vécu d'agression sexuelle est une source de préoccupations pour les femmes durant leur grossesse. Le vécu de grossesse des femmes immigrantes reflète, la complexité du corps politique qui est composé du pouvoir médical et du pouvoir des politiques migratoires. La grossesse de ces femmes et tout ce qu'elle comporte de plus intime est bouleversée par des questions de politique migratoire.

6.5 : Synthèse du chapitre

Les entrevues ont permis de montrer les liens qui peuvent exister entre le vécu d'agression sexuelle et le vécu de grossesse. Les participantes ont parlé de la peur du jugement qui les habitait durant la grossesse. Cette peur du jugement vient de toutes les normes entourant la maternité et aussi de celles entourant les survivantes d'agression sexuelle. Il apparaît aussi que le sexe de l'enfant a une importance pour ces femmes puisqu'une fille fait remonter toutes les angoisses reliées aux agressions sexuelles. Toutefois, même lorsque ces femmes ont eu des garçons, il y avait la peur que leurs enfants subissent des agressions sexuelles. Avant l'accouchement, les femmes auraient voulu parler de leur expérience de grossesse aux professionnels de la santé, mais elles n'ont pas trouvé une ouverture pour le faire. Selon certaines femmes, n'avoir pas pu en parler a eu une conséquence sur l'accouchement. L'accouchement est un passage symbolique et elles veulent que leurs enfants viennent au monde à travers un corps qui ne porte plus les blessures du viol. Le rapport au corps des participantes est basé sur leurs histoires antérieures dont le corps a gardé les marques. Ce

rapport au corps peut s'analyser avec le cadre théorique du Mindful Body (Lock et Scheper-Hughes, 1987) qui superpose au corps biologique trois corps : individuel, social et politique. Les évènements tels que le viol, la grossesse, l'accouchement font en sorte que le rapport au corps devient un rapport subjectif. L'expérience que ces femmes font de leur corps se vit à l'intérieur et au niveau le plus intime. Ce vécu phénoménologique du corps correspond au corps individuel de Lock et Scheper-Hughes (1987). En effet, c'est l'expérience vécue qui détermine le corps individuel et la perception que l'on a de soi. Le corps individuel est le point de vue sur le monde par rapport aux évènements qui le traversent. Le « corps machine » fait place au « corps vécu » qui place l'émotion au centre de la compréhension des trois corps. En effet, lorsqu'on voit le corps comme une machine cela conduit à une rupture entre la personne, son corps et ses expériences. Ainsi:

« Medicalization inevitably entails a missed identification between the individual and the social bodies and a tendency to transform the social into the biological » (p.48).

C'est pour cette raison qu'il est important de comprendre le corps vécu des femmes de cette étude. Pour les participantes, cela représente le Soi en lien avec la grossesse et l'agression sexuelle. C'est à travers l'expérience du corps qu'elles vont donner une signification à ces évènements (viol et grossesse). Les notions de grossesse et de viol qui semblent objectives sont en fait des expériences subjectives qui proviennent du vécu des femmes. Alors, « Je » comprends un événement parce que « Mon corps » l'a vécu. Le corps individuel permet de comprendre la relation entre les participantes et leur corps, de comprendre aussi l'image qu'elles ont de leur corps. L'image corporelle évolue avec le temps en lien avec notre vécu. Le corps individuel s'inscrit donc dans des relations sociales, dans la spatialité et la temporalité.

Dans le Mindful Body, le corps social fait référence à l'utilisation du corps pour penser la société, le corps devient un phénomène socioculturel qui contribue à l'élaboration des normes sociales. Le corps devient alors vecteur de symboles qui régulent les comportements en société. Notre contact avec la société se fait à travers une conscience de notre corps au sein d'une collectivité, un corps parmi d'autres corps. Selon Murphy (1995):

« The social body refers to our felt awareness at the perfective level that the welfare of our own bodies is co-given with the welfare of others' bodies. The social body gives me my awareness of myself only insofar as I am concerned with others both in a collective stream of consciousness and as a body among bodies. The social body is the lens through which I can differentiate my private body » (p.12)

En établissant une différenciation entre les corps, il est plus facile d'identifier ceux qui ne correspondent pas à la majorité. Les rapports sociaux sont en lien avec les symboles associés au corps. Dans la société, le viol est vu comme un tabou et les survivantes d'agression sexuelle sont tenues encore trop souvent pour responsables, ce qui permet d'attribuer à leur corps une connotation négative. Le viol est un vecteur de honte, de culpabilité, qui contribue à la différenciation. Jusqu'à présent, dans l'imaginaire collectif féminin, une femme est responsable de son agression sexuelle. Les femmes n'osent donc pas en parler. La peur du jugement et de l'exclusion sociale est encore très forte. La symbolique du viol a des répercussions sociales jusque dans l'expérience de grossesse et les relations mère/enfant. Les femmes en viennent à se concevoir comme responsables de l'agression sexuelle et aussi des risques que courent leurs enfants de se faire agresser à leur tour. La conception de leur corps blessé, souillé, rejeté socialement se reporte sur la conception du processus de grossesse. Un amalgame est fait la santé des individus et celle

de la société. Des corps sains sont souvent représentatifs d'une société saine. D'une certaine manière cela rejoint les propos de Lock et Scheper- Hughes qui disent:

« Of particular importance to medical anthropologists are the frequently encountered symbolic equations between conceptions of the healthy body and the healthy society, as well as the diseased body and the malfunctioning society » (p.57).

Le corps politique est le site du contrôle et du pouvoir. Il s'exprime ici clairement dans les rapports que les participantes entretiennent avec le corps médical. Les participantes et les femmes en général ne peuvent pas échapper aux rapports hiérarchiques entre elles et les professionnels de la santé pendant le suivi de grossesse et l'accouchement. Le pouvoir agit sur tous les aspects du corps social et individuel à l'aide de facteurs « agissant sur les forces respectives des uns et des autres, garantissant des rapports de domination et des effets d'hégémonie. » (Foucault, 1976, p. 186). Ce pouvoir par le contrôle du corps des femmes est exercé par la norme qui les pousse à se soumettre au savoir du médecin pour leur bien-être et celui de leur enfant à naître. Selon Otero (2012), « la norme n'est pas un fruste mécanisme d'exclusion, mais un mécanisme de communication, car elle est « ce par quoi et ce à travers quoi la société communique avec elle-même » (p. 35) c'est-à-dire que la norme régule nos comportements. De la part des participantes, il y a donc un souci à ne pas transgresser la norme et donc, elles n'ont pas pu parler ouvertement avec les professionnels de la santé de leur vécu de grossesse.

Ces trois niveaux d'analyse du corps permettent une analyse de l'expérience de grossesse des survivantes d'agression sexuelle et mettent en lumière les transformations qui s'opèrent dans le processus de la naissance.

Chapitre 7 : Discussion

Le projet de recherche dont est issu ce mémoire, s'est intéressé à l'expérience de grossesse des femmes survivantes d'agression sexuelle. Il avait le but de comprendre leur perception de leur grossesse, le lien entre leur vécu de grossesse et celui de leur agression sexuelle. Dans le processus de la naissance (grossesse-accouchement-post-natal), la médicalisation et la gestion des risques sont de plus en plus présentes. L'importance accordée à la santé s'appuie sur de multiples stratégies de prise en charge. La technologie de dépistage est omniprésente tout au long de la grossesse tout comme les interventions obstétricales lors de l'accouchement (Rossignol et al, 2012). Cette médicalisation a un impact sur la place des femmes, leur vécu, leur ressenti, leurs circonstances personnelles lors de la grossesse et de l'accouchement (Jacques, 2007; Rivard, 2010; Quéniart, 1988). De ce fait, l'évolution des pratiques entourant la naissance change le rapport que les femmes ont avec leur corps (St-Amand, 2013; Davis-Floyd, 2003). L'agression sexuelle est aussi un événement intimement lié au corps de la femme qui opère un changement dans le rapport que les femmes entretiennent avec leur corps.

Partant de ce constat qui place le corps des femmes au cœur de cette étude, le cadre théorique du Mindful Body a permis de mieux saisir l'expérience des femmes. Le Mindful Body analyse le corps sur trois niveaux : individuel, social et politique. Ces trois niveaux d'analyse du corps sont interreliés.

Les données ont été recueillies auprès de cinq femmes à partir des entrevues semi-dirigées. L'analyse des données s'est faite avec l'approche interprétative phénoménologique (AIP) qui permet de mieux saisir l'expérience subjective en donnant la place aux participantes de l'étude de communiquer la signification qu'elles donnent à leur vécu. Par leur récit, celles-ci ont rendu accessibles toutes les émotions et préoccupations enfouies à l'intérieur d'elles.

Ainsi, comme l'ont mentionné les femmes, la grossesse fut un moment de réminiscence de l'agression sexuelle. Elles avaient peur de se faire juger sur leurs capacités à bien remplir leur rôle de mère. Le fait d'avoir vécu une agression sexuelle, pouvait selon elles, être interprété comme un signe d'incapacité à protéger leurs enfants, puisqu'elles n'avaient pas pu se protéger elles-mêmes. Avoir des filles est source de défis pour ces mères, car les filles sont plus à risque de se faire agresser sexuellement que les garçons. La préoccupation de ne pas avoir à revivre les mêmes événements traumatiques à travers leurs enfants est ressortie dans plus d'un récit. De celle-ci, découle la question de la transmission, plus précisément, la nécessité de ne pas transmettre l'histoire du viol à leurs enfants. L'idée que le corps soit souillé après un viol transparait dans ces préoccupations. Lors des entrevues, les participantes ont raconté qu'elles auraient souhaité qu'on leur « ouvre la porte » pour pouvoir parler de leur vécu de grossesse en lien avec celui de leur agression avec leur médecin avant l'accouchement. Briser le silence sur cette réalité était important dans sa fonction symbolique pour les femmes afin qu'elles puissent accueillir le nouveau-né en étant débarrassées du fardeau du viol. Trois participantes ont attribué la pénibilité de leur accouchement au fait qu'elles n'ont pas pu parler et se libérer de leurs préoccupations durant la grossesse. Ces témoignages ont permis de mettre en lumière les liens qui existent entre la grossesse et le vécu d'agression sexuelle.

7.1 Traumatisme, Corps et Douleur

Dans cette section, j'aborderai le lien qu'il y a entre le déroulement de l'accouchement jugé difficile par les femmes et l'agression sexuelle, à travers l'expérience de la douleur et des émotions qui se réactivent dans le corps. Il sera question de la reviviscence des souvenirs lors de l'accouchement à travers des gestes, des sensations qui ramènent les femmes au vécu du viol.

Lors des entrevues avec les participantes, il est ressorti qu'elles ont vécu leur viol comme un traumatisme. Le terme de traumatisme fait référence ici à l'impact psychique d'un évènement qui a douloureusement marqué la vie d'une personne. Étymologiquement, le terme « traumatisme » vient du grec et signifie « blessure ». Le viol peut donc être vu comme une blessure du corps en terme physique et une blessure de l'être en terme psychique. Le Dictionnaire International de la Psychanalyse définit le traumatisme comme :

« Un évènement qui par sa violence et sa soudaineté, entraîne un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne à plus ou moins long terme une désorganisation dans la vie psychique » (2002).

Le traumatisme découle donc d'un évènement violent, brusque, auquel la personne ne s'y attendait pas. Lors de l'évènement traumatique, plusieurs émotions émergent et notamment la peur. Ainsi, on comprend quand Marion, affirme avoir eu peur tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement. L'évènement traumatique est mémorisé par le corps sous forme sensorielle dans une majorité de cas plutôt qu'accessible dans une forme

narrative (Shobe et Kihlstrom, 1997, Van der Kolk, 1997). Des années plus tôt, Van der Kolk dira que le « corps garde l’empreinte » (1994) c’est-à-dire que le souvenir d’un évènement est enregistré par le corps et ressurgit au contact d’un geste, d’une émotion ou d’un évènement similaire. Chez certaines participantes, l’accouchement, par son déroulement et aussi du fait que les femmes se fassent aider par un professionnel de la santé de sexe masculin fait resurgir le souvenir du viol. Cette mémoire traumatique se réveille entre autres dans la douleur des contractions, douleur qui est autant symbolique que physique. De cette douleur physique, jaillit toute la souffrance émotionnelle ressentie lors de l’agression sexuelle et enfouie au plus profond de soi. La souffrance représente :

« Le degré de pénibilité de la douleur [...] elle est graduée de la simple gêne à la déchirure de soi. Elle est la résonance intime d’une douleur, sa mesure subjective. Elle est ce que l’homme fait de sa douleur, c’est-à-dire sa résignation ou sa résistance à être emporté dans un flux douloureux, ses ressources physiques ou morales pour tenir devant l’épreuve, les techniques médicales ou personnelles utilisées pour en diminuer l’intensité » (Le Breton, 2010, p.177-178).

Pour ces femmes rencontrées, survivantes d’agression sexuelle, la souffrance est une déchirure de soi qui met du temps à guérir.

Tidy (1996) fait le lien entre le travail de l’accouchement et l’abus sexuel dans la mesure où, ce sont les mêmes structures musculaires qui sont sollicitées tout comme lors de l’abus. Certains auteurs avancent qu’il y a un lien entre un accouchement difficile et le passé d’agression sexuelle (Lev-Wiesel, et al., 2009; Van Der Hulst, et al., 2006; Leeners et al., 2006; Lukasse 2009). Cela rejoint les témoignages de Carmen et Marion, qui ont eu du mal à dilater pendant le travail. Marion l’explique par sa peur du passage de l’enfant par le même endroit où elle fut violée.

À travers la peur du passage, il y a aussi la peur de revivre l'évènement traumatique avec la douleur qui y est associée. Dans l'expérience de la douleur que font les femmes dans le contexte de médicalisation, la douleur est vécue comme « une expérience passive » (Fondras, 2005) et l'expérience de la passivité renvoie à celle du viol. C'est-à-dire que ce n'est pas la douleur en elle-même qui est le problème, mais plutôt le fait de devoir subir cette douleur. Selon David Le Breton, « La douleur n'écrase pas le corps, elle écrase l'individu, elle brise l'écoulement de la vie quotidienne et transforme la relation aux autres » (2010, p.178). Ainsi face à l'expérience de cette douleur, on comprend que l'accouchement puisse être un évènement difficile pour les survivantes d'agression sexuelle. Marilène Vuille citée par Béatrice Jacques affirme que : « Seule existe la douleur vécue, dans une situation donnée, à un moment précis, d'une durée variable par un individu unique » (2007, p.141). L'expérience de la douleur est donc singulière et subjective puisque seule la femme concernée sait ce qu'elle vit à travers la douleur et, à cet instant précis, seule la douleur compte. Valentino va dans le même sens en disant :

« En matière d'accouchement, les phénomènes mécaniques n'expliquent pas à eux seuls les douleurs que les femmes éprouvent. Toute douleur est subjective, c'est-à-dire éprouvée par un sujet au filtre de son histoire personnelle, familiale, sociale, de son groupe culturel et de son appartenance religieuse... » (2010, p.1019).

Dans le cadre de cette étude, ce sont les émotions que les femmes associent à l'accouchement qui lui donne son caractère particulier et qui font que les femmes ont peur pour différentes raisons. Selon Warshaw (2002) ce réveil des souvenirs est provoqué par une émotion intense comme lors de l'accouchement. Par ailleurs, c'est dès le début de la grossesse, que les femmes de cette recherche ont été habitées par de fortes émotions

négatives. Sperlich et Seng (2008) montrent comment le traumatisme de l'agression sexuelle se manifeste dans les différentes phases de la grossesse qui sont : la conception, la grossesse, la phase de travail et l'accouchement ce qui rejoint le témoignage des participantes.

Selon Nelson (2003) « Some women feel invaded, exploited or taken over, and this may culminate in an experience of labour as a kind of rape » (p. 31). Ce sentiment de viol, dans le cas des survivantes d'agression sexuelle, au-delà même de la douleur, peut être ravivé au moyen de certains gestes. Le geste le plus commun est le toucher vaginal surtout lorsqu'il est fait sans prévenir la femme. C'est ressenti comme une invasion de son intimité et un abus de pouvoir puisque dans le milieu médical, c'est le médecin et les autres professionnels de la santé qui sont les experts qui détiennent le pouvoir. Seng et Hassinger (1998) affirment que le toucher vaginal peut être une limite pour les femmes lors de l'accouchement puisqu'il est pratiqué dans une grande proportion sans leur autorisation. Palmer (2004) dans sa thèse de doctorat explique que même le langage utilisé par les professionnels de la santé, ainsi que la vue de certaines choses comme le sang peuvent ramener la femme à son viol et compliquer l'accouchement.

Par ailleurs, comme on l'a vu dans les résultats, la présence d'un médecin homme peut être une source d'inconfort pour certaines participantes. Le médecin homme est un rappel pour ces femmes de leur agresseur surtout que le médecin est en position d'autorité et de pouvoir. Elles se sentent plus vulnérables et en situation de faiblesse. Ce sentiment de vulnérabilité est renforcé par une médicalisation de plus en plus poussée de l'accouchement. Davis-Floyd (2003) montre que depuis l'ère industrielle, les organes

reproductifs des femmes sont construits comme défaillants et nécessitant une meilleure gestion médicale. Tout le caractère social et symbolique de l'accouchement est évacué pour faire place à un schéma plus médical.

7.2 Biopouvoir et médicalisation de l'accouchement

« La porte est restée fermée » c'est en ces termes que les participantes de cette étude décrivent leurs interactions avec le monde médical pendant leur grossesse. Les participantes espéraient qu'on « ouvre la porte » sur leur passé d'agression sexuelle afin qu'elles puissent se confier et avoir une prise en charge de leur souffrance psychique. Elles ont vécu une distance avec leur médecin. La prise en charge de la souffrance psychique dépend du contexte social et institutionnel. Il y a un morcellement du corps/esprit et chaque branche de la médecine a une spécialité bien définie. Ainsi, si certains médecins n'ont pas été formés à la prise en charge de cette souffrance, ils appliqueront les méthodes qu'ils connaissent même si ces dernières ne sont pas les plus adéquates. Drolet-Dostaler explique ce phénomène en prenant l'exemple de certains médecins généralistes :

« Ces professionnels, experts en biologie humaine, ne possèdent généralement pas l'ensemble des connaissances requises pour soulager la souffrance psychique et sociale qu'expriment leurs patients. Ces médecins généralistes s'efforcent par conséquent de développer leur propre savoir sur la souffrance, savoir qui comporte évidemment d'importantes lacunes et qui, le plus souvent, s'avère hélas individualisant et décontextualisé » (2013, p.109).

En se basant uniquement sur leur savoir, les suivis de grossesses sont d'abord centrés sur le dépistage de pathologies et de complications possibles chez le fœtus. Cela fait en sorte que les femmes ont eu peu de place pour parler de leurs inquiétudes. La médecine ne cesse

de dire que la grossesse n'est pas une maladie et en même temps, elle est de plus en plus médicalisée. Lorsqu'une femme découvre qu'elle est enceinte, elle a besoin de confirmer sa grossesse par un test de grossesse et aussi par une visite médicale. C'est comme s'il fallait une certification de la part du médecin pour être officiellement « enceinte ». Le processus de la naissance est ainsi médicalisé dès les premiers instants. En ce sens, Conrad voit dans la médicalisation : « un processus évolutif, par lequel la vie quotidienne est de plus en plus sous contrôle et influence de la médecine » (1992, p.210). On remarque ensuite que l'accouchement qui est une étape cruciale du rite de passage et un événement normal dans la vie des femmes est maintenant sous le contrôle de la médecine. Selon Morel (2007), l'accouchement était auparavant un acte social nécessitant un savoir qui se transmettait de mère en fille :

« En donnant le jour à son enfant, chaque mère est reliée à toutes les mères, qui avant elles, ont fait naître leur enfant au même endroit ; maillon d'un vaste cycle vital qui dépasse son individualité propre » (p.22).

Knibiehler (2017) montre que l'accouchement qui était pratiqué par des sages-femmes a progressivement fait place aux médecins notamment avec la découverte de la pasteurisation, les avancées technologiques et la nouvelle préoccupation pour l'hygiène. Par la suite, les politiques familiales et l'obligation qui est faite aux femmes de déclarer leur grossesse et d'avoir un suivi médical ont amorcé le contrôle du corps des femmes lors de la grossesse et le déroulement de l'accouchement à l'hôpital puisque le médecin pratique en milieu hospitalier. Béatrice Jacques montre qu'il y avait une volonté de former les femmes à être de « bonne mère » : « La maternité ne peut plus être laissée au seul « instinct » de mère, il faut désormais apprendre scientifiquement à être une bonne mère » (2007).

La grossesse est donc le moment où les femmes sont « formées » à être de « bonnes mères » il y a donc peu ou pas d'espace prévu pour qu'elles puissent parler de leur bien-être personnel. L'enfant à naître est au centre de toutes les attentions et les visites médicales permettent de s'assurer du bon développement de ce dernier. De ce fait, il est évident que les participantes n'ont pas eu l'occasion de « s'ouvrir ». Akrich et Pasveer montrent qu'en France, mais que l'on peut appliquer au Canada que : « tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée de façon normale » (1996, p.184). Ce qui montre qu'il y a un consensus autour de la pathologisation de l'accouchement. On est donc dans la gestion du risque pour une meilleure sécurité et non plus dans une aventure humaine qu'on accompagne en suivant le rythme de chaque femme. La conception de l'accouchement comme un acte médical est devenue une norme socialement admise.

Avec cette nouvelle norme sociale et la régulation des naissances, nous sommes dans ce que Foucault appelle le biopouvoir. En effet, le biopouvoir est un pouvoir qui « s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble » (1976, p.180) comme on peut le voir avec la gestion des naissances. D'ailleurs, selon Foucault, le biopouvoir est concomitant avec le projet hygiéniste de la fin du XVIII siècle. Avec le biopouvoir, « gouverner devient gérer la vie » (Ravet, 2015, p.23) et gérer la vie commence avec la régulation des naissances. Selon Fassin, Foucault s'intéressait aux « pratiques sociales qui s'exercent sur les corps » (2006, p.36) et qui font en sorte que l'individu était compris comme un « corps machine ». Ce corps-machine étant dressé, on assiste donc à des conduites sociales et corporelles

intériorisées par les personnes. Selon Akrich et Bernike ces normes sont intériorisées par les femmes avant même qu'elles ne rentrent en contact avec le milieu obstétrique:

« Nevertheless, it appears that, in many cases, this entity emerges even before any direct intervention of professionals takes place: through a variety of mediations – books, journals, preparation courses, lay discussions – explicit obstetrical knowledge comes to be part of women's world, shaping their perceptions, suggesting behaviours and modes of action, proposing patterns for expression and verbalization, and thus forms part of bodily childbirth experience » (Akrich et Bernike, 2004, p.81).

Les femmes ont intériorisé les normes sociales de la naissance et il y a un imaginaire collectif autour du déroulement d'un accouchement. Toutes ces conditions réunies font en sorte que durant l'accouchement, certains gestes comme le toucher vaginal ou l'examen vaginal pratiqué sans autorisation sont acceptables, ce qui dans d'autres circonstances sont considérés comme des agressions sur le corps des femmes. Cependant, comme les médecins possèdent le pouvoir et le savoir, ces gestes sont socialement acceptés et légitimés. C'est-à-dire que le contexte social a doté la médecine d'un pouvoir hégémonique auquel les femmes doivent se plier. Cette légitimité de la violence sur le corps des femmes par la médecine vient du fait que : « les pratiques de soins, comme relation, forment un ensemble de comportements ritualisés et de gestes porteurs de symboles » (Saillant, 2000, p.165). Alors, ce « viol de l'intimité » (Mercadier, 2004) est accepté dans le milieu hospitalier grâce aux normes socialement construites et intériorisées comme on l'a vu dans le précédent paragraphe. Selon Formarier, la relation de soin implique

« Des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarii, ce qui semble être le cas dans les situations de soins » (2007, p.33)

Ceci dans le but de favoriser la relation thérapeutique. Cependant, on peut aussi voir ces pratiques répétitives comme un moyen de contrôle et d'uniformisation. Les participantes de cette étude nous apprennent que ces pratiques ne sont pas adaptées aux femmes avec un passé d'agression sexuelle.

Au nom de la gestion des risques, des protocoles concernant le déroulement de l'accouchement sont mis au point. Lock (2003) avance l'idée selon laquelle le risque est construit avec « l'approbation morale sous le poids de la responsabilité individuelle » (p.272) c'est-à-dire que c'est la société qui construit la notion de risque puis responsabilise chaque personne face à ce risque. Par exemple, généralement on reconnaît que fumer lors de la grossesse n'est pas bien et quand une femme enceinte le fait, elle est moralement jugée par la société. Contrôler le risque se fait par le contrôle du corps (Foucault, 1963) et durant l'accouchement, le contrôle du corps se fait à travers des techniques où l'avis de la femme n'est pas pris en considération. Par exemple, on assiste à un recours de plus en plus important de l'épisiotomie lors de l'accouchement (Kitzinger, 1984; St-Amand, 2017). Kitzinger décrit l'épisiotomie comme une mutilation génitale, et de plus en plus de femmes le vivent comme une violence obstétricale. Selon Foucault,

« La médecine découvre que l'incertitude peut être traitée, analytiquement, comme la somme d'un certain nombre de degrés de certitudes isolables et susceptibles d'un calcul rigoureux » (Foucault, 1963, p.103).

Face à l'incertitude de l'accouchement, la notion de risque est accrue, donnant lieu à de plus en plus de techniques et de technologies. Ce qui opère une séparation conceptuelle entre l'accouchement naturel et l'accouchement normal.

Un accouchement naturel est défini comme « un travail physiologique, sans anesthésie, qui n'a pas été altéré par des interventions de routine et qui se termine par un accouchement vaginal spontané » (INSPQ, 2013, p.3). Tandis que l'accouchement dit normal peut inclure certaines interventions telles que la péridurale et plus généralement :

« also include evidence-based intervention in appropriate circumstances to facilitate labour progress and normal vaginal delivery; for example: augmentation of labour, artificial rupture of the membranes if it is not part of medical induction of labour, pharmacologic pain relief (nitrous oxide, opioids and/or epidural), managed third stage of labour, non-pharmacologic pain relief, intermittent fetal auscultation » (Gagnon, 2017, p.16. Tiré de la déclaration faite par la société des gynécologues-obstétriciens du Canada en 2008).

Le pouvoir des normes façonne la relation thérapeutique entre le médecin et la femme. Pour preuve lors de leur grossesse, les participantes ont eu l'impression que le médecin était là pour s'assurer exclusivement de la santé de l'enfant à naître. Les rapports qu'elles entretenaient avec leur médecin étaient codifiés, il était donc difficile de s'en écarter. Il y a donc des comportements acceptables et d'autres qui ne le sont pas. Pour Quiénart (1988), il y a une pression sociale qui fait en sorte que les femmes enceintes accordent au biologique ce qu'elles ressentent sur le plan émotionnel. On peut dire qu'en plus de la pression à être une « bonne mère » il y a celle d'être une « bonne patiente » avec toute la médicalisation de la naissance. Cette pression sociale a des impacts sur le vécu de grossesse des participantes.

7.3 Présence/absence et silence de la grossesse

Pendant la grossesse, on peut se demander dans quelle mesure le corps de la femme lui appartient encore, avec toutes les pratiques corporelles normalisées qui entourent la grossesse. D'abord, une grossesse doit se développer dans un corps sain (physiquement et mentalement). À cet effet, lorsqu'une femme est enceinte elle a comme injonction d'avoir une saine hygiène de vie qui implique aussi de ne pas déprimer. L'obstination d'être en santé est mise de l'avant pour le bon déroulement du fœtus. Plusieurs travaux ont montré qu'il y a une corrélation entre le stress prénatal, l'anxiété et la dépression chez la mère pendant la grossesse et la naissance prématurée du bébé, le faible poids à la naissance (Grote, 2010 ; Stewart, 2012). D'une certaine manière, on s'appuie sur les prescriptions médicales pour encourager la femme enceinte au bonheur. Emily Martin (1987) utilise l'analogie du « corps productif » qui voit l'utérus comme une machine servant à produire un bébé. Pour mieux remplir son rôle, il faut donc que la femme soit heureuse puisqu'il :

« Est traumatisant de ne pas réussir à être heureux dans une société où le bonheur est érigé en quasi-devoir, où la joie de vivre est un critère de sélection fondamental dans tous les domaines » (Minois, 2003, p.391).

De plus, la maternité est vue comme un idéal à atteindre pour toute femme et génératrice de bonheur absolu. Cela relève donc du tabou d'aborder les sentiments négatifs qu'une femme peut vivre pendant la grossesse. Pour Fournier et Raveneau (2008)

« Le corps est le lieu et le moyen de l'inscription de la culture sur la personne, mais également le résultat même de cette inscription. À chaque représentation et usage dominants du corps correspond un ensemble de comportements prescrits et interdits qui vise à façonner les corps » (p.6).

Sur le corps d'une femme enceinte, il y a symboliquement l'interdit de la maladie mentale. Tout d'abord parce que la santé mentale réfère à « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2018). Ensuite, dans la définition de l'OMS on remarque qu'il s'agit d'un état productif, ce qui renvoie l'idée selon laquelle les personnes avec des problèmes de santé mentale ne peuvent que difficilement contribuer à la société. Dans l'imaginaire collectif, un corps productif est un corps en totale santé. En ce sens, des problèmes de santé mentale peuvent être considérés comme un obstacle à la politique de natalité du gouvernement et un discrédit à la capacité des femmes ayant un problème de santé mentale d'être de bonnes mères. On pourrait aller jusqu'à dire qu'il y a une stigmatisation des femmes qui ont des problèmes de stress prénatal d'où l'intérêt de cacher ces « corps malades ». Pour Goffman (1975), le stigmaté jette un discrédit sur la personne qui le porte et réduit ses chances de se faire accepter socialement.

On l'a constaté dans les résultats, les participantes avaient une peur du jugement qui remettrait en question leur rôle de mère et cela faisait en sorte qu'elles ne parlaient pas des émotions et des préoccupations qu'elles vivaient à l'intérieur d'elles. Par ailleurs, les professionnels de la santé, n'abordaient pas non plus ces questions avec les participantes. Selon Eriksson et al (2006) les professionnels de la santé ont cette attitude envers les femmes du fait qu'il y a un présupposé général que la grossesse est génératrice de bonheur et de bien-être intérieur:

« pregnancy is an especially happy and harmonious period that carries with it a strong confirmation of female identity and improved self-confidence » (p.246).

Ainsi, on considère que la grossesse est un moment heureux lorsque celle-ci est désirée. Pour les participantes, il y a donc la peur d'enfreindre les règles et de ne pas correspondre à cette représentation de la grossesse que se fait la société. En effet, le concept de représentation sociale est approprié pour comprendre les normes sociales qui entourent la femme enceinte. Pour Jodelet (1989), la représentation sociale est :

« Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (p.36).

Les représentations sociales sont donc construites collectivement et permettent de comprendre et d'interpréter un phénomène donné.

Selon Abric (1989), la représentation sociale est déterminée par l'individu lui-même, le monde social qui l'entoure et la position qu'il occupe dans ce monde. La grossesse est également perçue par les participantes comme un moment où une femme est heureuse, ce qui accroît le sentiment de culpabilité des femmes qui ne le sont pas. À travers le discours des participantes, il y a une représentation idéalisée de la maternité entre autres parce que « l'identité féminine a longtemps été confondue avec la fonction maternelle » (Knibiehler, 2001, p.23). Pour une partie de la société, une femme qui n'est pas heureuse lors de la grossesse, signifie qu'elle n'est pas heureuse d'être mère. Il y a un amalgame qui se fait entre la femme et la mère en devenir, puisque dès l'annonce de la grossesse la femme en tant qu'individu s'efface pour incarner la mère socialement admise. L'impératif moral au bonheur durant la grossesse semble plus présent chez les femmes entre elles selon Martiskainen :

« Ces conduites de régulation des émotions de la maternité semblent ainsi liées à des rapports sociaux asymétriques entre les femmes. Se plaindre dans un tel type de rapport social peut constituer un acte imprudent : une présentation morale de soi semble exigée » (2011).

Ce silence sur les aspects négatifs pendant leur grossesse est le fruit de l'intériorisation des normes sociales entourant la maternité. L'intériorisation d'une norme sociale fait partie du processus de socialisation qui fait en sorte qu'un impératif social extérieur à soi fasse désormais partie de notre système de valeur. Pour Finnemore et Sikkink

« Internalized norms can be both extremely powerful (because behavior according to the norm is not questioned) and hard to discern (because actors do not seriously consider or discuss whether to conform) » (1998, p.904).

Outre la notion d'intériorisation des normes sociales, il y a la notion de sanction qui entre en jeu dans la compréhension du vécu de grossesse des participantes. Selon Opp (2001), la sanction permet de différencier la norme d'une habitude. La sanction encourue par les participantes aurait été d'être considérée comme une « mère déviante » c'est-à-dire qui ne remplit pas les critères d'une « bonne mère » (elle doit penser à son enfant avant tout et mettre de côté son bien-être). C'est une sanction d'autant plus douloureuse pour les participantes qui portent déjà en elles, le poids de la culpabilité du viol.

Le silence des participantes fait aussi référence à la notion de corps présent/absent de Le Breton (1984). Le corps présent, représente toute l'exaltation qu'il y a autour du ventre rond de la femme enceinte qui est le symbole et la représentation sociale de cet état biologique. Ce corps de femme enceinte est partout dans les magazines, les boutiques d'habillement et les médias. Tandis que le corps absent correspond au silence qui entoure

les survivantes d'agression sexuelle. Le corps absent passe aussi par la neutralisation des émotions de la femme à l'aide de médication pour atténuer la souffrance physique et psychologique de la femme. Selon Le Breton :

« On peut se demander si le statut idéal du corps, dans nos sociétés industrialisées, n'est pas un singulier mélange de silence, de discrétion, d'effacement » (1984, p.274).

Dans le silence des participantes sur leur vécu de grossesse, il y a aussi la volonté de se faire accepter comme mère. Briser le silence serait risquer une délégitimation de leur identité de mère. Cette situation pose la question de l'intégration sociale des femmes en tant que mère dans la société. L'intégration sociale est la possibilité d'avoir une place reconnue dans la communauté et de vivre selon les standards dominants de cette dernière.

Selon Castel (2003) l'intégration sociale est :

« Un contenu qui n'est pas donné une fois pour toutes. C'est une sorte de construction historique, parce que l'intégration exprime un certain équilibre entre les groupes sociaux. Idéalement, ce serait une forme de cohésion sociale dans laquelle tous les individus, qui composent une société, trouveraient une place reconnue » (p.20).

L'intégration est multidimensionnelle en ce sens qu'elle réunit l'expérience individuelle des femmes avec les attentes de la société. Comme mentionné dans les résultats, le vécu d'agression sexuelle des participantes, les pousse à surprotéger leurs enfants et à s'interroger sur la transmission mère-enfant.

7.4 Le stigmatisme du viol

Les sentiments de honte, de colère et de culpabilité des participantes sont renforcés par des discours qui revictimisent les survivantes d'agressions sexuelles. Même si au Canada, on considère le viol comme un crime, les femmes en sont encore tenues pour responsables dans la grande majorité des cas. Le viol peut donc conduire à l'isolement social d'une femme soit par le rejet de sa famille ou par celui de la communauté. Les conséquences du viol apparaissent aussi dans leur relation avec leurs enfants. Les participantes manifestent une volonté de ne pas transmettre ce même historique d'agression sexuelle, car, dans le cas contraire, elles se sentiraient responsables de l'agression. Le viol est considéré comme une souillure puisqu'il transgresse un tabou sexuel. Lorsqu'on transgresse le tabou du viol, les victimes (souvent des femmes) sont considérées comme souillées. En effet, la sexualité des femmes dans beaucoup de sociétés est considérée comme sacrée puisque les femmes donnent la vie grâce à leur corps féminin. Si la femme est « souillée » par le viol, la communauté l'est aussi puisque la femme représente la maternité qui est symbole de futur et de continuation de la lignée. Pour mieux comprendre la crainte des participantes par rapport au viol et sa transmission symbolique sur leurs enfants, il faut se pencher sur la littérature qui parle des viols en temps de guerre. Dans un article intitulé « Le nettoyage par la souillure », Véronique Nahoum-Grappe (2000) montre que le viol surtout en temps de guerre est considéré comme une souillure pour toute la communauté puisque, lorsque femme tombe enceinte, elle porte en son sein, l'enfant de l'ennemi. La souillure issue d'une transgression sexuelle est une souillure sociale selon Levy Bruhl, qui affirme que c'est une « infraction à l'organisation sur laquelle repose la vie en commun » (Bruhl, 1963, p. 242).

C'est généralement dans les conflits armés qu'on voit que le viol nuit à la cohésion sociale.

Selon Tsjeard Bouta et al (2005), le viol en temps de guerre :

« is committed against civilians and soldiers. It is not an accidental side effect of war, but a crime against the individual and an act of aggression against the entire community or nation » (p. 33).

On voit donc que le but est de détruire la communauté, et que c'est pourquoi ces femmes sont rejetées par leur famille. Pour corroborer notre idée, Véronique Moufflet va dans le même sens que nous en affirmant : « La violence sexuelle est un (...) sujet de menace pour la vie (...) qui aboutit à une rupture dans les systèmes de soutien et les mécanismes de protection de la société » (2008, p. 120). Selon Karima Guenivet :

« La réalité anthropologique fait que l'humiliation, la terreur et la violence infligées par le violeur visent non seulement à dégrader la femme, mais aussi à dépouiller de son humanité la communauté à laquelle elle appartient[...] Ce lien entre la femme et la communauté s'étend de la femme au pays. La femme est l'incarnation de la terre, de la mère, de la nourrice et de la patrie, elle est aussi la gardienne de la tradition et des valeurs[...]. Souiller son image, c'est détruire le pays » (2001, p.19).

On voit alors que c'est la mère la première responsable de la transmission sociale des valeurs, des normes à son enfant et au-delà.

Étant donné que le viol fut un évènement traumatique dans la vie des participantes, elles surprotègent leurs enfants pour qu'ils ne se fassent pas violer à leur tour. Cette attitude met en lumière, l'idée selon laquelle, le monde extérieur est dangereux dans la perspective des participantes. Tout d'abord, l'espace public est vu comme un lieu d'agression sexuelle potentiel et devient un lieu de contrôle social (Lieber, 2008). Marylène Lieber dans *Genre*,

violences et espaces publics. La vulnérabilité des femmes en question enquête, sur le sentiment de vulnérabilité des femmes dans l'espace public. Les femmes craignent de se faire violer par un inconnu dans l'espace public la nuit, bien que la plupart des agressions sexuelles se produisent dans l'espace privé et par une connaissance. À cet effet, les participantes de l'étude ont quand même peur de l'espace public quand bien même elles savent que les agressions sexuelles sont commises par des proches. Les causes de ces craintes viennent de la construction sociale des genres comme le soulève Lieber (2008). Ces craintes sont intériorisées par les femmes et se transmettent par l'éducation ou la socialisation.

Le vécu d'agression sexuelle des participantes permet de partager ou de confirmer les craintes qu'elles ont par rapport à l'espace public. Toute personne est prédisposée à subir une agression sexuelle plus particulièrement les filles. Les participantes ont élevé différemment leurs filles avec une crainte accrue qu'elles se fassent agresser. C'est ce que les féministes nomment la socialisation différenciée selon les sexes. Dans notre étude, cette socialisation différenciée selon les sexes s'articule autour de la vulnérabilité des femmes face aux agressions sexuelles. Les stéréotypes qu'associent les femmes aux agressions sexuelles renforcent les rapports de domination entre les sexes et légitiment la distinction du genre. Les femmes « ont incorporé les discours qui les construisent comme femmes, c'est-à-dire vulnérables et physiquement impuissantes, en particulier face à la violence masculine ; elles se présentent comme l'objet d'une sexualité masculine agressive » (ibid, p.215). Face à cette « agressivité masculine » il faut se protéger et les femmes sont confinées dans l'espace privé. Les rapports de domination sont tellement intériorisés par les femmes et également renforcés par l'expérience individuelle, qu'on assiste à une auto-

relégation des femmes dans la sphère privée. Ainsi « les différences sexuées sont continuellement mises en scène et affectent de façon durable les pratiques corporelles. Les règles normatives de comportement face aux violences envers les femmes, et notamment le viol, s'inscrivent dans le corps, ce qui est crucial pour perpétuer une relation de pouvoir » (ibid, p.293). Les femmes se mettent à surveiller les lieux où elles se déplacent, elles s'interdisent des sorties à partir de certaines heures et pensent aussi qu'elles n'ont peut-être pas les capacités physiques pour se défendre. Le pouvoir politique s'insère dans l'intimité du corps des femmes et façonne l'histoire de toutes les femmes.

7.5 Impact des politiques d'immigration sur le vécu de grossesse

Les résultats ont montré que le vécu migratoire des femmes constitue une violence supplémentaire dans leur vie surtout au moment de la grossesse. Une participante a mis en lumière comment son statut d'immigrante, l'obligeait à subir de la violence psychologique de la part de ses différents partenaires. De peur de se voir retirer son enfant, elle supportait cette violence et avait peur de se confier aux professionnels de la santé. Ce récit permet de sortir de l'invisibilité les femmes dans un parcours migratoire. À cet effet, l'approche intersectionnelle paraît pertinente pour mieux saisir l'interaction entre le statut d'immigration, les vécus de grossesse et de violence sexuelle. Tout d'abord, permettez-moi de rappeler que l'intersectionnalité est:

« a conceptualization that attempts to capture both the structural and dynamic consequences of the interaction between two or more axis of subordination. It specifically addresses the manner in which racism, patriarchy, class oppression and other discriminatory systems create background inequalities that structure the relative positions of women, ethnicities, classes and the like. Moreover, it addresses the way that specific acts and policies create burdens that flow along these axes

constituting the dynamic or active aspects of disempowerment »
(Crenshaw, 2000, p.8)

Cette approche peut nous éclairer sur la façon dont les femmes immigrantes vivent la violence conjugale qui est façonnée par les politiques d'immigration. Par le biais de l'intersectionnalité, nous pouvons affirmer que les politiques et institutions d'immigration produisent et contribuent à l'oppression des femmes immigrantes. Dans le contexte des politiques d'immigration, l'oppression se situe au niveau des règles restrictives que les femmes doivent respecter avant d'accéder au statut de « citoyenne canadienne » permettant ainsi que certains hommes les fassent vivre toute sorte de violences entre autres psychologiques.

Diane Lamoureux (2016) parle aussi du caractère sexiste des politiques d'immigration et leurs impacts dans la vie des femmes :

« Qui ont tendance à comprendre des mesures qui instituent la dépendance personnelle des femmes (immigrantes) par rapport aux hommes, y compris dans les pays où cette dépendance a disparu (à tout le moins relativement au statut juridique formel) en ce qui concerne les femmes nationales » (p.113).

Elle argumente que les femmes immigrantes ont moins d'indépendance que les femmes nationales faisant ainsi que l'expérience des femmes n'est pas homogène.

Rendues vulnérables par les procédures d'immigration, les femmes immigrantes peuvent vivre dans un statut de précarité :

« La relégation dans le statut de salarié précaire et dans des activités dévalorisées aux droits minorés, constitue une voie d'accès au séjour

marginalisante et elle-même invisibilisante » (Morokvasic et Catarino, 2007, p. 30).

La participante immigrante de cette étude a vécu une double marginalisation et invisibilité : d'une part à cause du vécu d'agression sexuelle, mais également à cause de son statut légal au Canada. Le conseil canadien pour les réfugiés reconnaît également cette oppression que les femmes peuvent vivre dans leur relation :

« les inégalités de pouvoir se jouent tant sur le plan personnel dans les échanges entre personnes, qu'au plan systémique par le biais de règles, des structures et des pratiques » (Consulté en ligne le 9 Août 2018).

La violence envers les femmes qui sont dans un contexte migratoire devient légitime puisque les personnes se servent de la loi, pour exercer leur violence. Pour preuve, sous certaines conditions, la loi autorise l'expulsion hors du Canada d'une mère immigrante sans ses enfants, si ces derniers ont la citoyenneté canadienne.

Les critères pour accéder à la citoyenneté canadienne individualisent les oppressions que vivent les femmes immigrantes et les rendent responsables des effets coercitifs de cette oppression. Beaucoup de femmes n'auront pas le courage de dénoncer la violence qu'elles vivent de peur de réduire leurs chances d'accéder à la citoyenneté. Par ailleurs, les femmes immigrantes notamment les étudiantes internationales n'ont pas le même accès aux soins de santé puisqu'elles ne sont pas couvertes par la RAMQ (Régime d'assurance maladie du Québec). Par exemple, lorsqu'elles tombent enceintes, elles doivent être couvertes par des assurances privées. Ce fut le cas de notre participante, qui a dû se battre pour avoir la couverture de la RAMQ lors de son accouchement. Dans cette situation, on comprend mieux la crainte d'exprimer la souffrance qu'on vit pendant la grossesse de peur de se faire

traiter de « mauvaise mère » et de « mauvaise immigrante ». En agissant de la sorte, l'État perpétue une vision patriarcale de l'immigration.

Conclusion et recommandations

La présente étude a permis de se pencher sur le vécu de grossesse des survivantes d'agression sexuelle. En nous basant sur les récits des cinq participantes, il a été possible de mieux comprendre leur expérience, la perception qu'elles ont de la maternité, de l'accouchement et du rapport au corps. Le mémoire avait pour but de répondre aux questions suivantes : 1) Comment les femmes perçoivent-elles leur grossesse en lien avec leur passé d'agression sexuelle? 2) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la grossesse qu'elles attribuent à leur vécu d'agression sexuelle? 3) Quelles sont leurs expériences dans les services de santé et sociaux lors de la grossesse en lien avec leur passé d'agression sexuelle? À la lumière de cette triple question de recherche, il ressort que la médicalisation de la naissance est grandissante dans la société actuelle. Le croisement des normes sociales entourant le processus de la naissance et celle des agressions sexuelles crée une double victimisation des femmes les empêchant ainsi d'aller chercher l'aide dont elles ont besoin. Les résultats ont aussi permis de comprendre que l'accouchement revêt une puissante signification symbolique pour les femmes. Cela représente un passage et pour que ce passage se fasse dans de bonnes conditions, il faut auparavant qu'elles aient pu extérioriser leurs émotions négatives. On remarque donc le souci que l'enfant naisse dans un monde où elles auraient réglé leur passé d'agression sexuelle. La réalisation de ce « passage » ne peut se faire sans qu'on ouvre aux femmes la « porte » pour en parler.

On comprend aussi que le silence accompagne ces femmes durant les événements qu'elles ont vécus. Il y a le silence des agressions sexuelles, le silence tout au long de la grossesse et le silence de la souffrance. Il y a une loi du silence qu'elles ne peuvent pas briser. Elles

vivent donc tous ces évènements dans le silence. Celui-ci est révélateur du tabou entourant les agressions sexuelles et du mythe de la grossesse parfaite. Comme le mentionne David Le Breton, « le silence n'est pas substance, mais relation » (1997, p.80). La relation que la société entretient avec les femmes survivantes d'agression sexuelle est basée sur le silence.

En laissant les femmes parler librement de leur expérience, elles ont elles-mêmes parlé de leur accouchement. En effet, l'accouchement revêt une signification symbolique pour elles. C'est le passage de l'enfant de leur corps à la vie extérieure. Pour assurer une bonne transition, il est nécessaire pour ces femmes de se débarrasser de toutes les émotions négatives en lien avec le passé d'agression sexuelle. Mettre au monde un enfant, veut dire aussi que ce dernier est appelé à partager notre vie. Ainsi, il est important pour les femmes que les agressions sexuelles ne fassent plus partie de leur vie.

Le discours des femmes montre encore une fois que la violence sexuelle est un problème social, qui nécessite une intervention sociale. En effet, la médicalisation des problèmes sociaux ne fait que renforcer le sentiment de marginalisation des femmes. Il faut aborder le problème de la violence sexuelle et de la médicalisation du corps des femmes conjointement. Toutes les femmes sont maintenues dans un système de domination qui légitime la violence à leur égard.

Pour finir, les femmes de cette étude ont livré des récits chargés de force, de courage et d'espoir. Être survivante d'agression sexuelle et être enceinte n'est pas qu'un moment douloureux, mais c'est aussi un cheminement vers la guérison et l'affirmation de soi. Leur participation à cette étude est un moyen de lever le voile sur une situation que vivent

beaucoup de femmes dans l'ombre et donc un moyen de s'aider elles-mêmes et d'autres femmes.

La formation des médecins et le travail interdisciplinaire avec les sages-femmes

Les médecins peuvent être davantage formés sur les conséquences des agressions sexuelles pour mieux soigner les femmes. D'abord, dans le milieu hospitalier, ce sont les services d'urgences qui occupent une place privilégiée où la femme peut parler de son vécu d'agression sexuelle. En effet, les services d'urgences donnent une forme d'anonymat et ils sont aussi 24/7. Il est donc nécessaire de sensibiliser les médecins à la violence sexuelle, afin qu'ils puissent faire un dépistage et venir en aide efficacement aux femmes. Il faut aussi sensibiliser les médecins sur l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter les femmes vers des services adaptés à ses besoins. Il faut aussi organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels en santé. Les médecins doivent montrer une certaine ouverture pour que les femmes puissent se confier et ensemble décider de la meilleure façon de procéder pour qu'elles ne se sentent pas agressées de nouveau. Cependant, le dépistage de la violence sexuelle n'incombe pas seulement aux médecins, mais aussi aux structures hospitalières. Chaque hôpital doit avoir des protocoles de repérage, de prise en charge et d'intervention pour les femmes victimes de violence sexuelle. Le médecin peut avoir repéré qu'une de ses patientes vit avec les conséquences des agressions sexuelles, mais s'il n'a pas le soutien de son hôpital, cela ne changera rien dans la prévention en milieu hospitalier. Les médecins doivent porter une attention toute particulière aux gestes qui peuvent raviver la mémoire traumatique des femmes.

Avant tout, le médecin doit être en capacité d'accueillir et d'écouter la femme, sans la juger, il doit aussi se dire que c'est normal qu'elle soit confuse, effrayée, voire agressive. Le médecin doit la comprendre et ne pas chercher à nier les faits. Ensemble avec chaque femme, il faut établir un plan d'action pour son accouchement et faire en sorte qu'elle se fasse accompagner par une femme et non un homme si elle le désire.

Comme on l'a vu précédemment, il y a une différence entre la pratique des sages-femmes et celle des médecins. L'approche des sages-femmes est caractérisée par :

« Une vision de la grossesse comme un évènement a priori physiologique (non pathologique) et par une démarche holiste attentive aux aspects psychologiques, sociaux et subjectifs du vécu des femmes enceintes » (Cavalli, Gouilhers-Hertig, 2014, p. 86).

Pour les sages-femmes, l'accouchement est une expérience à multiples facettes, naturelle et normale dans la vie des femmes (Brabant, 2003). C'est un évènement que les femmes interprètent chacune à leur manière et les sages-femmes sont présentes pour les accompagner dans ce cheminement. Brabant explique que pour les sages-femmes, l'accouchement est un phénomène qui est compris dans une dimension holistique qui prend en compte : le spirituel, le social, l'intime etc.

Nous, [les sages-femmes], croyons que l'accouchement est un processus naturel et instinctif, à la fois un aboutissement et un début, qui affecte la femme en son entier, dans sa réalité intime, physique, sexuelle, psychique, spirituelle, familiale et sociale. C'est un grand saut dans l'inconnu, un passage, une transformation. Un évènement très personnel, mais aussi hautement social, puisqu'il vient changer la vie du conjoint, de la famille et, finalement, de toute la collectivité (Brabant, 2003, p.55-56).

L'accouchement est vu comme un rite de passage. De plus, il faut respecter le déroulement de l'accouchement et le rythme de chaque femme. Dans la pratique des sages-femmes, l'accouchement est « naturel et instinctif » cela veut dire, que le corps *sait accoucher*. Ainsi, la femme a un rôle central dans son accouchement et aussi au laisser-aller puisqu'on reconnaît la capacité de son corps à accoucher. Il faut donc être à l'écoute de son corps et des messages qu'il envoie pour vivre au mieux son accouchement. Comme le mentionne aussi Brabant (2003) :

« Entrer en travail, c'est accepter d'embarquer dans ce voyage dont nous ne connaissons pas encore tout l'itinéraire, seulement la destination, en ayant confiance que notre corps sait parfaitement comment s'y rendre » (p.179).

C'est la raison pour laquelle les sages-femmes conseillent aux femmes de se laisser guider par leur corps au moment de l'accouchement. Il faut que les femmes se laissent aller au gré des contractions en faisant confiance à leur corps. On constate donc, que dans les maisons de naissances, il n'y a pas une normalisation des comportements. Les femmes sont acceptées dans toute leur diversité.

Pour leur part, les gynécologues-obstétriciens :

« Se concentrent sur la détection et la prise en charge d'éventuelles pathologies, véhiculant ainsi une conception de la grossesse comme évènement a priori à risque » (ibid).

En milieu hospitalier, les femmes sont amenées à suivre des règles et à se conformer à des normes entourant leurs comportements. C'est un milieu qui laisse peu de place au laisser-aller. Ce contrôle sur le corps est expliqué par une volonté de gestion de risque et d'hygiène.

L'instinctif est mis de côté lors de l'accouchement et fait place au savoir du médecin. Généralement en milieu hospitalier, les femmes doivent respecter le protocole et elles ont donc ce sentiment de perdre leur autonomie et que leur accouchement perd de son authenticité (Grégoire et St-Amand, 2004). Ainsi, comme le rapporte Piché :

« Les corps des parturientes doivent se plier à la routine et au cadre physique de ce milieu [l'hôpital] où l'improvisation n'est pas permise : l'espace du corps doit s'ajuster au mobilier et aux instruments; ses rythmes à l'idée que le savoir médical se fait des phases de l'accouchement » (Piché, 1987 dans Manon Lachapelle, 2005, p.83).

On constate donc que les médecins et les sages-femmes ont deux approches différentes de l'accouchement. En favorisant l'embauche de plus de sages-femmes dans les hôpitaux et leur confiant plus de responsabilités dans le suivi de grossesse, on permet ainsi une meilleure expérience pour les femmes enceintes. Il faut également s'assurer que les sages-femmes ne soient pas les subordonnées des médecins et que le partenariat et des rapports égaux sont favorisés. La collaboration est nécessaire pour le bien-être des femmes et pour l'amélioration de l'expérience de tout le processus de la naissance. Il est important en tant que professionnel de la santé, de ne pas oublier le côté humain de la naissance.

Des pistes d'interventions pour le service social

Les services d'aide sont importants pour les femmes dans leur processus de guérison. Pour les femmes en entrevue, « ouvrir la porte » c'est-à-dire, avoir la possibilité de s'exprimer à un impact majeur dans le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il est donc nécessaire d'avoir des pistes d'intervention pour faciliter cette ouverture.

Avant toute chose, il est recommandé que la thématique du vécu de grossesse après une agression sexuelle soit abordée en intervention et en suivi médical. De cette manière, les femmes sauront qu'elles ne sont pas les seules à vivre cette réalité. C'est aussi un moyen de faire sortir de l'ombre cette problématique, qui reste malgré tout, peu documentée.

L'intervention auprès des survivantes d'agression sexuelle

Les participantes avaient à un moment donné de leur vie, reçu les services du Calacs. Elles ont pu aborder les conséquences des agressions sexuelles dans leur vie, sans avoir peur du jugement. Cela montre donc l'importance de l'intervention féministe auprès des survivantes d'agression sexuelle. Le Calacs est un organisme féministe qui lutte contre les violences sexuelles faites aux femmes et son approche est basée sur l'intervention féministe. Ainsi, l'approche féministe telle qu'utilisée dans les Calacs permet en partie de déconstruire les préjugés que les femmes ont envers elles-mêmes. L'intervention féministe permet aux femmes d'exprimer leurs émotions, de mieux comprendre les conséquences associées aux agressions sexuelles, de développer des moyens pour mieux gérer leurs émotions, et d'identifier des outils de résolution de problèmes. L'intervention féministe permet de recourir à la thérapie radicale qui :

« S'oppose à l'idée que les problèmes des gens soient uniquement de sources personnelles. Elle soutient qu'ils prennent leur racine dans les inégalités sociales créées par le système capitaliste et patriarcal dans lequel nous vivons. Les conditions sociales ont un impact significatif sur la structure psychique des individus. Ainsi, le but de la thérapie radicale est de redonner du pouvoir aux personnes en les aidant à combattre l'oppression intériorisée » (RQCALACS, 1998)

Le noyau central de la thérapie radicale est de combattre les oppressions intériorisées appelées les « flics » qui sont des discours moralisateurs qui donnent aux femmes une mauvaise image d'elle-même. Le travail consiste comme le souligne Coderre et Hart à :

« Détecter les messages-flics, les isoler du reste de la conscience, les dénoncer (en reconnaissant leurs sources externes), les déprogrammer et les reprogrammer en faisant référence aux compétences et aux capacités de la personne elle-même » (2003, p.194).

Ce travail permettra aux femmes avec le même vécu que les participantes de cette étude, de ne pas avoir peur et de prendre confiance dans leur rôle de mère. C'est un moyen de déconstruire les préjugés qu'elles avaient elles-mêmes sur la maternité pour finalement, la vivre pleinement et à leur manière.

La pratique de l'intervention féministe

Toutefois, en s'appuyant sur les écrits de Wise (1995), on remarque aussi que l'intervention féministe ne se concentre pas suffisamment sur la pratique. Selon l'auteure, les féministes s'attardent à la reconnaissance du mouvement féministe et de sa légitimation et par conséquent, néglige la mise en pratique de l'intervention féministe. Ainsi, dans la pratique, certaines intervenantes féministes sont confrontées à un sentiment d'échec:

« There are very many feminist practitioners in the field who have become guilty about not being able to live up to this Utopian vision [...] because the theory simply does not match the reality of their working lives. [...] This is what I mean when I suggest that the empowerment model of feminist social work may be de-skilling and disempowering feminist social workers: it sets them up to fail » (p.113).

Sans toutefois penser que la théorie féministe met en échec les intervenantes, je dirais qu'il est important de combiner l'approche féministe avec la méthode phénoménologique interprétative. Mes propos s'appuient, sur le fait que pendant les entrevues, les femmes ont parlé à partir de leur perception, du regard qu'elle porte sur elle-même et sur les événements qu'elles ont vécus. Ainsi, l'intervention doit venir de la femme puisque la compréhension et la perception qu'elle a d'un événement viennent du contexte dans lequel elle vit. White (1990) qui s'est inspiré de Bateson (1979) parle de « mapping » qui est un réseau de présuppositions et de principes. L'interprétation de n'importe quel événement peut se faire à partir de la « carte du monde » des personnes. Dans l'intervention, le récit, le fait de « se raconter » doit être central, pour mieux accompagner les femmes dans leur processus de guérison. C'est d'autant plus important, que c'est en intervention que certaines femmes parlent de leur agression sexuelle pour la première fois. La prise de parole est une reprise de pouvoir sur leur vie et c'est une libération du fardeau qu'elles portent en elles.

L'approche intersectionnelle

Outre les différentes approches d'interventions, il importe de prendre en considération la classe sociale, la race, le statut social dans l'intervention. Comme l'a dit bell hooks (1984), le fait d'être femme ne suffit pas à établir une sororité entre les femmes. C'est à cela qu'une approche intersectionnelle permet la conscientisation face aux inégalités qui peuvent exister entre les femmes même si elles ont une expérience commune. L'intersectionnalité favorise l'analyse de l'impact des réponses sociales à la violence sexuelle vécue par les femmes des minorités culturelles, en reconnaissant leur réalité et le besoin d'adaptation des services en matière de violence sexuelle. De plus, l'intersectionnalité permet :

« D'être attentif à la manière dont certains facteurs sociaux et structurels, qu'ils soient socioéconomiques, politiques, historiques ou culturels, s'entrecroisent et s'inter-influencent en créant des conditions de vie spécifiques » (Lessard et al, 2015, p. 14).

Dans ce sens et étant donné que le Canada est un pays avec une forte immigration, les intervenantes devraient avoir des connaissances sur les procédures d'immigration. En effet, les procédures d'immigration changent constamment et impliquent certaines contraintes et obligations. Elles pourront ainsi mieux conseiller les femmes immigrantes et aussi connaître leur réalité.

Pratique autoréflexive

Pour finir, il est important pour le travail social d'avoir une pratique réflexive pour ne pas reproduire les rapports de pouvoir. Selon Néliste (1997) :

« L'intervention est une action hiérarchique construite, le plus souvent, sur un mixte d'autorités bien entremêlées : morale, étatique, professionnelle et scientifique » (p. 39)

Cela place l'intervenant dans une position d'autorité et de pouvoir. De plus,

« L'intervention est aussi une série d'actes posés par un praticien, dans le cadre d'une organisation donnée, en vue d'apporter une réponse à la demande de services faite par un requérant et ceci selon l'éventail des réponses présentées par l'établissement » (Sherif, 1982 cité dans Zuniga, 1997, p. 90)

Il faut donc faire en sorte que la vision de l'organisme n'empiète pas sur le bien-être de la personne. Par ailleurs, lorsqu'on travaille avec des femmes des minorités culturelles, il est important de ne pas tomber dans un certain culturalisme qui « définit de façon

substantialiste les cultures » (Bayart, 1996, p. 12). C'est-à-dire qu'on se réfère à la culture pour justifier les comportements des groupes minoritaires. Le risque en intervention est de penser que dans la culture du pays d'origine de la femme, les hommes ne respectent pas les femmes ou que cette violence sexuelle est normale du fait de la situation politique du pays. De même, la femme peut penser à tort que c'est normal qu'elle se soit fait agresser dans son pays d'origine. Il nous revient en tant qu'intervenante, de déconstruire ce préjugé parce que partout dans le monde, la violence sexuelle envers les femmes est avant tout une cause sociale.

Cette recherche a permis de montrer qu'il existe un lien entre le vécu de grossesse et un passé d'agression sexuelle. Les entrevues menées auprès des cinq participantes ont mis en lumière les craintes, les préoccupations, les attentes et les espoirs des femmes survivantes d'agression sexuelle lors de leur grossesse. Au moment de la grossesse, les femmes se posent des questions sur leur fonction de mère et leur capacité à protéger leurs enfants des agressions sexuelles. Elles sont habitées par une culpabilité depuis leur agression, ce qui fait qu'elles se sentent responsables du drame qu'elles ont vécu. Cette culpabilisation met en doute leurs capacités de protection surtout lorsqu'elles attendent une fille. Ainsi, elles reconnaissent qu'elles vont éduquer leurs filles différemment de leurs garçons. C'est une situation qu'elles regrettent puisqu'elles sont conscientes que même les garçons sont susceptibles de se faire agresser sexuellement, mais les filles sont plus à risque.

De plus, ce mémoire a montré qu'il est aussi important pour les femmes de parler de leur vécu de grossesse avant l'accouchement. C'est un moyen de se libérer du fardeau de l'agression sexuelle et de préparer le passage pour l'enfant à naître. On s'aperçoit de toute

la complexité de la naissance qui dépasse le simple aspect de la biologie. C'est surtout un évènement social qui raconte une histoire propre à chaque femme. C'est pour cette raison que les femmes ont eu le besoin qu'on leur *ouvre la porte*. Elles auraient aimé parler de toutes les craintes et préoccupations qui les animaient durant la grossesse. Cette nécessité d'ouverture est une préparation pour l'accouchement, qui est un moment vécu de l'intérieur. Les femmes ont donc besoin de faire le ménage à l'intérieur d'elles pour aller chercher la force nécessaire pour mettre au monde leur bébé et l'accueillir dans les meilleures conditions. L'accouchement est un moment crucial pour les femmes. Il revêt la caractéristique d'un rite de passage ou d'une initiation. Les femmes doivent se laisser aller et elles ne veulent pas le faire tant qu'elles ont à l'intérieur d'elles les conséquences des agressions sexuelles.

Pour conclure, les femmes ont chacune à leur manière défini le sens profond de la naissance qui est, de l'ordre de l'intime et du social. Ce sont des témoignages précieux qui j'espère toucheront ceux et celles qui exercent en périnatalité.

Bibliographie

ABDEL-BAKI, A; POULIN, M. (2004). « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse »

ABRIC, J.-C. (1989). « L'étude expérimentale des représentations sociales », dans D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (pp. 187-203). Paris : Presses universitaires de France.

Akrich M., Pasveer B., (1996). « Comment la naissance vient aux femmes », Paris, *Les empêcheurs de tourner en rond*.

AKRICH, Madeleine, PASVEER, Bernike. (2004). « Embodiment and disembodiment in childbirth narratives ». *Body & Society*, 10(2-3), 63-84.

ANTOINE, P. and SMITH, Jonathan A. (2016) « Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie », *Psychologie Française* 62 (4), pp. 373-385

BARD, Christine (2004). « Les femmes dans la société française au XXe siècle », Paris, Armand Collin

BARTKY, Sandra (2002). « Suffering to be beautiful ». Dans : C. Muier et J. Murphy (edits). *Gender struggles. Practical approaches to contemporary feminism*, NY-Oxford: Rowman & Littlefield publishers.

BAYART, J-F. (1996). « L'illusion identitaire ». Paris : Fayard.

BENOIST, J., et P. CATHEBRAS (1993). « Conceptions et représentations du corps », Texte inédit en français, traduit de « *The Body : from an Immateriality to another* », *Social Sciences and Medicine*, vol. 36, no 7, pp. 857-865

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas (2006). « La construction de la réalité sociale », Paris, Armand Colin, 357 pages

BIBRING, G. L. (1959). « Some considerations of the psychological process in pregnancy ». *The Psychoanalytic Study of the Child*, 113-121.

BOURDIEU, Pierre (1998), «La domination masculine». *Actes de la recherche en sciences sociales* 84

BOUTA, Tsjeard; GEORG Frerks; BANNON, Ian (2005). « *Gender, Conflict, and Development* ». The World Bank, Washington D.C.

BRABANT, I (2003). « Une naissance heureuse. Bien vivre sa grossesse et son accouchement ». Montréal, Éditions Saint-Martin.

BRIÈRE, Paule (1987). « La pensée féministe sur la maternité », Montréal, Université de Montréal, mémoire de maîtrise en anthropologie

BROWNMILLER, Susan. (1970). « Le viol », Québec, Éditions l'Étincelle

BYDLOWSKI, Monique (2008). « La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité ». Paris 6, avenue Reille 75685 : P.U.F, 6^e édition

Castel, R (2003). « L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé? » Paris: Le Seuil

CAVALLI, S; GOUILHERS-HERTIG, S. (2014). « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical? » Dans *Accompagner la naissance: Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 85-106). Bangkok, Thailand: BSN Press.

CESBRON, Paul; KNIBIEHLER, Yvonne (2004). « La naissance en Occident », Paris, Albin Michel.

CHARRIER, Philippe; CLAVANDIER, Gaëlle (2013). « Sociologie de la naissance », Paris, Armand Colin

CHILAND, C. (2006). « L'Entretien clinique ». Paris: Presses universitaires de France.

CODERRE, Cécile, HART, Joanne (2003). « Pratiques d'intervention féministe auprès des femmes survivantes d'agression à caractère sexuel : le contexte franco-ontarien », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, Vol. 9, N° 1, p. 186-210.

COLES, J; JONES, K (2009). « Universal Precautions: Perinatal Touch and Examination after Childhood Sexual Abuse ». *Birth*, 36(3), 230-236.

COLLIN, Françoise (1992). « Le corps v(i)olé », dans *Les cahiers du grif*, (numéro thématique : Le corps des femmes), n° 12, Bruxelles, Éditions Complexe, 144 p., pp. 21-44, coll. « Complexe poche », n° 458.

CONRAD, Peter (1992). « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-223.

CORMON, Véronique (2004). « Viol et renaissance », Éditions, L'Archipel

CRENSHAW, Kimberle (1995). « Critical race theory: the key writings that formed the movement », New York, New Press: Distributed by W.W. Norton & Co., p. 349.

CRENSHAW, Kimberle (2000). « Background paper for the expert meeting on gender-related aspects of race discrimination », November, p.21-24

DAVIS, Angela (1982). « Femmes, race et classe », Paris : Des Femmes du M.L.F. éditent

DAVIS-FLOYD, Robbie E. (2003). « Birth as an American rite of passage » (2e éd.). Berkeley, CA: University of California Press.

DE BEAUVOIR, Simone (1949). « Le deuxième sexe », Éditions Gallimard, Paris

DE MIJOLLA, A. (2002). « Dictionnaire international de psychanalyse », Paris : Calman-Lévy

DESCARRIES, Francine ; CORBEIL, Christine (1987). « La maternité : un défi pour les féministes », dans Revue internationale d'action communautaire, Montréal, Éditions Saint-Martin, 18/58, automne 207 p., pp. 141-152.

DESCARRIES, Francine ; CORBEIL, Christine (2002) (sous la direction de), « Espaces et temps de la maternité », Montréal, Les Éditions du Remue-ménage, 456-477.

DELPHY, Christine (1970), « L'ennemi principal : Économie politique du patriarcat » Syllepse (Nouvelles questions féministes)

DEUTSCH, H. (1945). « The psychology of women », vol. 2. New York, Grune & Stratton.

DOBASH, Russel P; DOBASH Rebecca E. (1979), « Violence against Wives ». New York: The Free Press.

DORLIN, Elsa (2006), « La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française », Paris, La Découverte

DROLET-DOSTALER, A. (2013). « Vers une surnormalisation des médicaments psychotropes », Dans Moreau, N et Larose-Hébert, K (dir), La souffrance à l'épreuve de la pensée (pp 107-124). Québec : Presses de l'Université du Québec.

ERIKSSON, Carola; JANSSON, Lilian; HAMBERG, Katarina (2006). « Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study », Midwifery, 2006, Vol.22 (3), pp.240-248

FASSIN, Didier. (2006). « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », In Michel Foucault : sociologue ? Sous la dir. de Marcelo Otero, Sociologie et sociétés, Vol.

XXXVIII, no 2, automne 2006, Presses de l'Université de Montréal, p. 35 à 48.

FINNEMORE, Martha; SIKKINK, Kathryn (1998). « International Norm Dynamics and Political Change ». *International Organization*, 52(4), 887-917. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2601361>

FONDRAS, J-C (2005). « Qu'est-ce que la douleur ? Enjeux philosophiques d'une définition ». *Psycho Oncologie*

FORMARIER, M. (2007). « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, 2(89): 33-42.

FORTIN, Marie-Fabienne. (2010). « Fondements et étapes du processus de recherche » (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

FOUCAULT, Michel (1963). « Naissance de la Clinique », Paris, Presses Universitaires de France.

FOUCAULT, Michel (1976). « Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir », Paris: Gallimard.

FOUCAULT, Michel (1979). « Discipline and punish: The birth of the prison », Middlesex, Peregrine books.

FOURNIER, Laurent-Sébastien; RAVENEAU, Gilles (2008). « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », *Journal des anthropologues*, 112-113, 2008, 9-22.

GAGNON, Raymond (2017). « La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec », Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal

GOFFMAN, Erving (1975). « Stigmate : les usages sociaux des handicaps », Éditions de minuit. Paris.

GUENIVET, Karima (2001). « Violences sexuelles. La nouvelle arme de guerre », Paris, Michalon, 204 p

GRÉGOIRE, Lysane ; ST-AMAND, Stéphanie (2004). « Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement », Éditions du Remue-Ménage

GROTE, Nancy K; BRIDGE, Jeffrey A; GAVIN, Amelia R; MELVILLE, Jennifer L; IYENGAR, Satish; KATON, Wayne J (2010). « A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction », Archives of General Psychiatry, 04 October 2010, Vol.67(10), pp.1012-1024

HALVORSEN, Lotta; NERUM, Hilde; ØIAN, Pål; SØRLIE, Tore. (2013). « Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study », Birth, Vol.40 (3), pp.182-191

MARTISKAINEN, Heini (2011). « Devenir mère, dire sa maternité [Socialisations et émotions invisibilisées de la maternité en Finlande] », Revue des politiques sociales et familiales, pp 5-15

HIVON, Myriam; JIMENEZ, Vania. (2007). « Perception d'une naissance et naissance d'une perception: Où en sont les femmes? » Montréal: Centre de santé et de services sociaux de la Montagne.

HOOKS, Bell (1984). « Feminist theory from margin to center », Boston, MA: South End Press

HUSSERL (1990). « Premières Recherches logiques », Paris, PUF

JACQUES, Béatrice (2000). « L'expérience de la maternité sous influence médicale », Face à face [En ligne], 2, 2000, mis en ligne le 30 juin 2010, consulté le 08 août 2018.

JACQUES, Béatrice (2007). « Sociologie de l'accouchement ». Paris : Presses universitaires de France

JACQUES, Béatrice (2007). « De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? », Dans Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? », La santé de l'homme, n°391, septembre-octobre 2007.

JODELET, D. (1989). « Représentations sociales : un domaine en expansion » Dans D. Jodelet (Ed.), Les représentations sociales (pp. 31-61). Paris : PUF.

KAMMERER, Pierre (2005). « Adolescentes et mères. Leurs enfants, leurs amours, leurs hommes », Ramonville Saint-Agne : Edition : Erès

KELKEL, A. (2002). « Les legs de la phénoménologie ». Paris: PUF.

KITZINGER, Sheila (1984). « The experience of childbirth ». New York: Taplinger, 1972

KNIBIEHLER, Yvonne (2001). « Maternité : affaire privée, affaire publique », Paris : Bayard

KNIBIEHLER, Yvonne (2017). « Histoire des mères et de la maternité en Occident », Paris : Presses universitaires de France

LACHAPELLE, Manon (2005). « Accoucher en maison de naissance: récits de femmes québécoises sur le corps, la douleur et les émotions », Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université Laval

LAMARRE, A.M. (2004). « Étude de l'expérience de la première année d'enseignement au primaire dans une perspective phénoménologico-herméneutique ». Recherches Qualitatives, 24, 19-56.

LAMOUREUX, Diane (2016). « Les possibles du féminisme : agir sans « nous ». Coll. « Essais ». Montréal : Remue-Ménage, 281p.

LE BRETON, David (1984). « L'effacement ritualisé du corps » dans Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXIII : pp. 273-286

LE BRETON, David (1990). « Anthropologie du corps et modernité », Paris, Presses Universitaires de France

LE BRETON, David (1995), « Anthropologie de la douleur ». Paris, Collection Traversées, Métailié.

LE BRETON, David (1997). « Du silence », Métailié, 282p.

LE BRETON, David (2010). « Douleur et sens : les modulations de la souffrance », dans Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement, 2010, Vol.11(4), pp.177-181

LEDER, D., (1990). « The Absent Body ». Chicago: The University of Chicago Press

LEENERS, B., RICHTER-APPELT, H., IMTHURN, B., RATH, W. (2006). « Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women ». Journal of Psychosomatic Research, 61, 139-151

LEENERS, B., STILLER, R., BLOCK, E., GORRES, G., & RATH, W. (2010). « Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences ». Journal of Psychosomatic Research, 69, 503-510.

LEMAY, Céline., (1998), « L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans ». Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal.

LEMAY, Céline (2004). « Préface », dans Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement, sous la direction de Grégoire Lysane et St-Amand, Stéphanie, Éditions du Remue-ménage

LENEVEU, M-C (2013). « Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage », Éthique et Sante, Juin 2013, Vol.10(2), pp.66-69

LESSARD, Geneviève; MONTMINY, Lyse; LESIEUX, Élisabeth; FLYNN, Catherine; ROY, Valérie; GAUTHIER, Sonia; et GAUTHIER, Andrée (2015). « Les violences conjugales, familiales et structurelles : vers une perspective intégrative », Enfances Familles Générations, no 22, p.1-26

LEVI-STRAUSS, Claude (1970). « The elementary Structures of kinship ». Oxford: Alden Press.

LÉVY-BRUHL, Lucien (1963). « Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive », nouvelle Édition, Paris : Presses Universitaires de France.

LEV-WIESEL, R; DAPHNA-TEKOA, S; HALLAK, M. (2009). « Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress ». *Child Abuse and Neglect*, 33(4), 877-887.

LIEBER, Marylène (2008). « Genre, violences et espaces publics – La vulnérabilité des femmes en question », Paris : Presses de Sciences Po.

LOCK, Margaret. (2003). « Accounting for disease and distress: Morals of the normal and abnormal », dans R.F.G., Albrecht, S. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage Publications: 259-276.

LUKASSE, M., SCHEI, B., VANGEN, S., & ØIAN, P. (2009). « Childhood abuse and common complaints in pregnancy », *Birth*, 36, 3, pp.190-199.

MALHER, M., PINE, F., BERGMAN, A. (1980). « La naissance psychologique de l'être humain ». Paris, Payot (Ed américaine originale: 1975)

MARTIAL, Agnès (2012). « Paternités contemporaines et nouvelles trajectoires familiales », *Ethnologie Française*, vol. 42, p. 105-116.

MARTIN, Emily. (1987). « The woman in the body: A cultural analysis of reproduction ». Boston, MA: Beacon Press.

MERCADIER, C. (2004). « Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné », Paris, De Boeck.

MERLEAU-PONTY, Maurice (1945). « Phénoménologie de la perception », Éd, Gallimard

MINOIS, G (2003). « Histoire du mal de vivre : de la mélancolie à la dépression ». Paris: La Martinière

MONTGOMERY, Elsa; POPE, Catherine; ROGERS, Jane. (2015). « The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study », BMC pregnancy and childbirth, Vol.15, pp.194

MOROKVASIC, M; CATARINO, C. (2007). « Une (in) visibilité multiforme ». Plein droit, 75, (4), 27-30. Doi:10.3917/pld.075.0027.

MOUFFLET, Véronique (2008). « Le paradigme du viol comme arme de guerre à l'Est de la République Démocratique du Congo », Afrique contemporaine, N 222, 2008/3, pp. 119-133

MOREL, M-F. (2007). « Histoire de la naissance en France », adsp n°61, déc 2007

MOSS, P. et I. DYCK, (2002). « Women, body, illness - Space and identity in the everyday lives of women with chronic illness », Oxford, Rowman et Littlefield publishers, New York, Lanham, Boulder.

MURPHY, Peter (1995). « The body politics », Dans Troubled bodies, pp.103-124, Duke University Press, Durham, North Carolina

NAHOUM-GRAPPE, Véronique (2000). « Le nettoyage par la souillure ». Libération, 16 mars.

NÉLISSE, Claude, 1997. « L'intervention: catégorie floue et construction de l'objet », sous la direction de Nélisse, Claude, L'intervention: les savoirs en action, Université de Sherbrooke, G.G.C. Éditions, p.17-43

NELSON, S. (2003). « Women and sex ». In C. Squire (Ed.), The social context of birth (pp. 21-36). Thames Valley University, England: Radcliffe Medical Press.

OAKLEY, Ann. (1984). « The captured womb: A history of the medical care of pregnant women ». New York, NY: Blakwell.

OPP, K.-D. (2001). « Social networks and the emergence of protest norms », dans M. Hechter et K.-D. Opp (dir.), *Social Norms*, New York, Russell Sage Foundation.

OTERO, M. (2012). « L'ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression », Montréal: Les Éditions du Boréal.

PALMER, Becky Carolynn (2004). « The childbearing experience of women who are childhood sexual abuse survivors », Thèse de doctorat, University of British Columbia

PINES, D. (1982). « The relevance of early psychic development to pregnancy and Abortion ». *International Journal of Psychoanalysis* 63, 311–319.

PLAZA, Monique (1978). « Nos hommages et leurs intérêts », *Questions Féministes*, n 3, Paris, 1978, p. 93-103

POITTEVIN, Aude (2006). « Enfants de familles recomposées. Sociologie des nouveaux liens fraternels », Rennes, PUR.

QUÉNIART, Anne (1988). « Le corps paradoxal : Regards de femmes sur la maternité », Montréal, St-Martin.

RAVET, J-C. (2015). « Le biopouvoir et l'utilitarisme », *Relations* (776) : 23-24

RHODES, N; HUTCHISON, S. (1994). « Labor Experiences of Childhood Sexual Abuse Survivors ». *Birth*, 21(4), 213-220.

RIBAUD, C. (2002). « Phénoménologie de la douleur et représentation de la maladie ». Thèse de doctorat (PhD), Université René Descartes (Paris V), consulté sur internet http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/dea_claire_ribau.pdf, le 26 Octobre 2017

RICH, Adrienne Cécile (1980). « Naître d'une femme : la maternité en tant qu'expérience et institution », Paris, Éditions De- Noël/Gonthier, 297 p., coll. « Femme ».

RICOEUR, Paul (1994). « La souffrance n'est pas la douleur », in « Souffrance », Revue Autrement, Série Mutations. No. 142 - Février 1994.

RICŒUR, Paul. (1986). « Du texte à l'action : essais d'herméneutique II », Paris: Seuil.

RIVARD, Andrée (2010). « L'enfantement dans un Québec moderne: Générations, mémoires, histoire », Thèse de doctorat en histoire, Université Laval

RQCALACS, (1998). « Les groupes de soutien dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractères sexuels au Québec »

ROSSIGNOL, Michel; BOUGHRASSA, Faiza; MOUTQUIN, Jean-Marie (2012). « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque », Consulté en ligne le 21 Juillet 2018 : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

SAILLANT, F (2000). « Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, no 1, 2000, pp. 155- 171. Québec : département d'anthropologie de l'Université Laval.

SÁNCHEZ, Sosa (2013). « Les significations du corps, de la sexualité et de la reproduction dans le cadre de la médicalisation : une analyse intersectionnelle dans l'état de Morelos, Mexique », Thèse de doctorat, Université Laval, Québec

SAVOIE-ZAJC, L. (2000). « L'entrevue semi-dirigée », dans B. Gauthier (dir), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, 3^e éd., Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 263-285

SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret (1987). « The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology », *Medical anthropology quarterly*, 1, 6-41.

SCHÜTZ, Alfred (1966). « Studies in Phenomenological Philosophy » Tome 3, La Haye, Éditions Martinus Nijhoff

SCOTT, Joan (1988). « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique ». In : Les Cahiers du GRIF, n° 37-38, Le genre de l'histoire. pp. 125-153.

SEGALEN, Martine (1998). « Rites et rituels contemporains ». Paris, Nathan 128.

SENG, J; HASSINGER, J (1998). « Relationship strategies and interdisciplinary collaboration: Improving maternity care with survivors of childhood sexual abuse ». Journal of Nurse Midwifery, 43 (4), 287-295.

SHOBE, K.K; KIHLSSTROM, J.F (1997). « Is traumatic memory special? » Current Directions in Psychological Science, 6, 70-74.

SMITH, J. A; OSBORNE, M (2003). « Interpretative phenomenological analysis. » In J. A. Smith (ed.), Qualitative psychology: A practical guide to methods (pp. 51-80). London, United- Kingdom: SAGE Publications

SMITH, J. A; FLOWERS, P; LARKIN, M (2009). « Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research ». London, United-Kingdom: SAGE publications.

SPERLICH, M; SENG, J (2008). « Survivor moms: Women's stories of birthing, mothering, and healing after sexual abuse. Eugene », Oregon: Motherbaby Press.

ST-AMANT, Stéphanie (2013). « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale » Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat en sémiologie.

ST-AMAND, Stéphanie (2017). « Déconstruire l'accouchement pour retrouver l'enfantement », Dans, Maternité et Médecine. Silence, on accouche! Revue sociale et politique, A bâbord, N72, Déc. 2017-Jan. 2018

STEWART, D.E. (2012). « Clinical Practice: Depression During Pregnancy », *Obstetric Anesthesia Digest*, 2012, Vol.32 (4), p.208-209

TAHON, Marie-Blanche (1991). « Du verbe et de la chair », dans *Conjonctures*, Montréal, n° 15, automne, 146 p., pp. 33-50.

THÉBAUD, Françoise (2005). Éditorial, consulté 20 Novembre 2017 sur Clio, Histoire, Femmes et Société : <https://clio.revues.org/1440>

THIEL, Marie-Jo (2006). « Le mouvement de médicalisation de l'existence humaine ». *Revue d'éthique et de théologie morale*, no 241, p. 87-117.

TORIL, Moi (1994). « Simone de Beauvoir: The making of an intellectual woman »
Oxford: Blackwell

TIDY, H (1996). « Care for survivors of childhood sexual abuse ». *Mod Midwife*, Jul;6(7):17-9.

TOUPIN, Louise. (1998). « Les courants de pensée féministe », *Les archives NetFemmes*, <http://bv.cdeacf.ca/bvdoc.php?no=84258&col=CF&format=htm&ver=old>, consulté le 5 Novembre 2017

TUTTY, Leslie M.; ROTHERY, M. A.; GRINNELL, Richard (1996). « Qualitative research for social workers: phases, steps, and tasks », Boston: Allyn and Bacon, c1996

VADEBONCOEUR, Helene (2004). « La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: De quelle humanisation parle-t-on? », Université de Montréal, Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées

VAN GENNEP, A (1999). « Le Folklore français », Tome 1, Paris, Bouquins

VALENTINO, M (2010). « La perception douloureuse au cours de l'accouchement : au-delà de l'innervation » : 1019-1024, in R. Frydman et M. Szejer (dir.), *La Naissance : Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris, Albin Michel.

VAN DER HULST, L; BONSEL, G; ESKES, M; BIRNIE, E; VAN TEIJLINGEN; BLEKER, O (2006). « Bad experience: Good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(1), 59-76.

VAN DER KOLK, B. A (1997). « The psychobiology of posttraumatic stress disorder ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl), 16-24.

VON KAENEL, J.M (1994). « Éditorial : Autrement la souffrance. », *Corps partagées. Série mutation*. No.142: 11-15

WARSHAW, C (2002). « Women and violence ». In N. L. Stotland, & D. E. Steward (Eds.), *Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (pp. 477-548). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

WEST, Candace, ZIMMERMAN, Don (1991). « *Doing gender* » in Judith LORBER et Susan FARRELL (eds.), *The social Construction of Gender*, New York (N. Y.), Sage, p. 24.

WHITE, Michael; EPSTON, David (1990). « Narrative means to therapeutic ends », New York, W.W. Norton & Company

WISE, Sue (1995). « Feminist ethics in practice », dans *Ethical Issues in Social Work*, sous la direction de Hugman, Richard et David Smith, p. 104-119, Éditions Routledge, London, 200 p

ZÙNIGA, Ricardo (1997). « La construction des autonomies dans l'intervention Intentions et institutionnalisation », sous la direction de Nélisse, Claude, *L'intervention : les savoirs en action*, Université de Sherbrooke, G.G.C. Éditions, p.77-100.

Site internet

Centre de Documentation sur l'Éducation des Adultes et de la Condition Féminine (CDEACF). « Évolution de la loi relative aux agressions sexuelles ». En ligne.

http://bv.cdeacf.ca/bvdoc.php?no=1999_05_0013&col=CF&format=htm&ver=old.
Consulté le 10 Mai 2018

Conseil Canadien pour les Réfugiés (CCR). « Politique anti-oppression du CCR ». En ligne
<http://ccrweb.ca/fr/politique-anti-oppression-du-ccr>. Consulté le 09 aout 2018

Dictionnaire Larousse (2018). « Définition du viol ». En ligne.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/viol/82062>. Consulté le 15 Mai 2018

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2018). « La santé mentale : Renforcer notre action ». En ligne. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Consulté le 10 Juillet 2018

Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) (2013). « Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur ». En ligne. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/travail-et-accouchement-preparation-accompagnement-et-methodes-pour-composer-avec-la-douleur.pdf>. Consulté le 20 Juin 2018

Approbation Éthique

Numéro de dossier: 12-17-06

Date (mm/jj/aaaa): 01/29/2018



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation éthique

CÉR Sciences sociales et humanités

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Marguerite	Soulière	Sciences sociales / Service social	Superviseure
Morènikè	Idji	Sciences sociales / Service social	Étudiante-chercheuse

Numéro du dossier: 12-17-06

Type du projet: Mémoire de maîtrise

Titre: Violence sexuelle, grossesse et maternité: des récits non entendus

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
01/29/2018	01/28/2019	Initiale

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A



uOttawa

Faculté des sciences sociales
Faculty of Social Sciences

École de service social
School of Social Work

Annexe 1

Formulaire de consentement

Titre du projet: Violence sexuelle, grossesse et maternité : des récits non entendus

Chercheure principale: Morènikè Idji

Étudiante à la maîtrise

École de service social

Université d'Ottawa

Midji015@uottawa.ca

Superviseure: Marguerite Soulière

Professeure Adjointe

École de service social

120, privé Université, Pavillon des Sciences Sociales, local 12032

Ottawa, ON

K1N 6N5

613-562-5800 poste 6390

marguerite.souliere@uottawa.ca

Présentation verbale de la recherche par la chercheure

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, prends le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je t'invite à poser toutes les questions que tu jugeras nécessaires.

Invitation à participer :

Je suis invitée à participer à la recherche nommée ci-haut menée par Morènikè Idji et supervisée par Marguerite Soulière dans le cadre de son projet de mémoire de maîtrise à l'École de service social de l'Université d'Ottawa.

But de l'étude :

L'objectif principal de la recherche est de mettre en lumière, documenter et comprendre l'expérience de grossesse dans le cas des femmes qui ont vécu un viol ou une agression sexuelle dans le passé.

Participation :

Ma participation consistera en une entrevue individuelle d'environ 90 mn, menée par la chercheure principale, pendant laquelle je serai invitée à raconter mon expérience de grossesse(s). Cette entrevue sera enregistrée sur bande sonore. La chercheure principale et moi avons convenu à l'avance de la date et du lieu de l'entretien.

Risques :

Je comprends qu'il est possible que, vu le caractère sensible du sujet, que l'entrevue puisse susciter un inconfort émotionnel ou psychologique. Il se peut qu'on aborde l'expérience de violence sexuelle si je le souhaite même si cela n'est pas le sujet principal de la recherche. J'ai reçu l'assurance de la chercheure que tout se fera en vue de minimiser ces inconforts lors de l'entrevue, par exemple, l'absence de questions directes et intrusives. De plus, en cas de malaises psychologiques ou autres, je pourrai décider si je poursuis l'entrevue, si je prends une pause et continue plus tard, ou si je souhaite arrêter l'entrevue. La chercheure principale sera en

mesure de me fournir une liste des ressources ou du soutien disponible dans ma région de résidence, au besoin.

Bienfaits :

Au plan personnel, ma participation à cette recherche sera l'occasion de partager mon expérience subjective de grossesse(s). Sur le plan social, mon partage contribuera à l'avancement des connaissances en travail social et produira une discussion sur les réalités des femmes enceintes ayant vécu un viol ou une agression sexuelle dans le passé. Tout cela va permettre de réunir des informations qui pourraient aider les institutions qui apportent du soutien aux femmes.

Confidentialité et anonymat :

J'ai l'assurance de la chercheuse principale que l'information que je partagerai avec elle restera strictement confidentielle. Seule la chercheuse et sa superviseure Marguerite Soulière auront accès à l'information fournie. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé qu'à des fins de recherche et selon le respect de la confidentialité. Les données sont la seule propriété de la chercheuse Morènikè Idji et de sa superviseure Marguerite Soulière et seront détruites 10 ans après la fin du projet. La transcription de l'entrevue sera déchetée et l'enregistrement audio détruit.

L'anonymat sera assuré grâce à l'utilisation de noms fictifs. Mon nom et tout autre élément d'identification n'apparaîtront sur aucun document ou publication. Bien que certains de mes propos pourraient être cités dans le mémoire de la chercheuse

afin d'appuyer ses analyses, toutes informations signalétiques qui pourraient permettre mon identification seront retirées.

Conservation des données :

Les données recueillies seront enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio numérique, puis retranscrites intégralement par traitement de texte. Toutes les données, sauvegardées en format sécurisé, seront cryptées et conservées sur le réseau Docushare de l'Université d'Ottawa. Ces données seront conservées pour 10 ans et après les 10 ans, les données seront détruites.

Analyses secondaires :

Il se peut que les entrevues faites dans le cadre de cette étude puissent être analysées par la chercheuse principale dans le cadre d'une autre étude complémentaire à celle-ci. Je consens à ce que mon entrevue soit réutilisée à des fins d'analyses secondaires.

Oui

Non

Compensation :

En guise de reconnaissance pour mon temps, un montant de 25\$ me sera remis au début de l'entrevue. J'ai le droit de me retirer de l'étude ou de refuser de répondre à certaines questions, et je vais tout de même garder l'argent remis en compensation pour mon temps.

Participation volontaire :

Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront détruites ou conservées selon ma volonté.

Acceptation :

Je, _____ (nom de la participante), accepte de participer à cette recherche menée par Morènikè Idji de l'École de service social, de la Faculté de sciences sociales, de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par la professeure Marguerite Soulière.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheure ou sa superviseure.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, Ottawa, ON, K1N 6N5, (613) 562-5387 ou ethique@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

J'ai lu et je comprends le contenu du formulaire de consentement dans son entièreté.

Signature de la participante :

Date :

Signature de la chercheure :

Date :



Annexe 2

Violence sexuelle, grossesse et maternité : des récits non entendus

Guide pour les entrevues

Introduction

A. Présentation

Je fais une recherche dans le cadre de la maîtrise en service social, qui vise à mieux comprendre l'expérience de grossesse(s) de femmes ayant vécu un viol ou une agression sexuelle. Cette recherche me permettra de documenter le vécu des femmes afin de mieux comprendre comment elles vivent leur grossesse. Éventuellement, ce mémoire a pour objectif d'améliorer les interventions auprès de ces femmes.

Questions d'entrevues semi-dirigées

Question d'introduction générale :

Peux-tu me parler de toi? (âge, situation familiale, nombre d'enfants...)

Partie 1- La grossesse

L'objectif de ce thème est de connaître les circonstances, l'expérience, les perceptions et les représentations des femmes quant à la grossesse

1. Dans quel contexte es-tu devenue enceinte? (planifiée, en couple, célibataire...)
2. Qu'est-ce que ça représentait pour toi le fait d'être enceinte?
3. Comment s'est déroulée ta grossesse ?
4. Quelles sont les émotions qui t'ont accompagnée durant ta grossesse ?
5. Comment as-tu vécu les changements que tu associes à la grossesse ?

Partie 2- suivi médical

L'objectif de ce thème est de connaître les expériences des femmes par rapport au suivi médical

1. Par qui as-tu été suivie lors de ta grossesse ? Peux-tu expliquer ton choix ?
2. Raconte-moi comment as-tu vécu le suivi prénatal.
3. Dans quelle mesure le suivi prénatal a-t-il répondu à tes attentes ?
4. Qu'est ce que tu as trouvé le plus difficile par rapport au suivi médical ?
5. Qu'est-ce que tu as le plus apprécié ?

Partie 3- Les services reçus et le réseau de soutien

Ce thème a pour but de savoir comment les femmes évaluent les services reçus dans le système de santé

1. Quels sont les professionnels qui t'ont le plus aidée? Pourquoi? Comment?
2. Qu'est ce que les professionnels auraient pu faire de différent pour mieux t'aider lors de ta grossesse?
3. En ce qui concerne ton entourage familial, comment a-t-il aidé avec cette grossesse?
4. En cas d'une future grossesse, quel serait le scénario idéal de suivi prénatal et d'accompagnement à l'accouchement ?
5. Qu'est ce qu'on pourrait mettre en place afin de mieux aider les femmes enceintes ayant un vécu similaire au tien ?

Fin de la rencontre

Ce thème est de s'assurer que la femme va bien et d'avoir son opinion sur l'entrevue

Cette rencontre est presque terminée et je te remercie d'avoir répondu à mes questions. Cela va m'aider dans la rédaction de mon mémoire de maîtrise*.

1. Est-ce qu'il y a certains éléments dont nous n'avons pas discuté, mais qui seraient importants de mentionner?

2. Qu'est ce que tu as pensé de la rencontre et de mes questions?
3. Comment te sens-tu présentement?
4. Si, dans les prochains jours, tu sens le besoin de parler à quelqu'un de ce dont nous avons discuté aujourd'hui, est-ce que tu sauras à qui en parler?
5. As-tu des questions pour moi?

*Questionnaire pris du mémoire de maîtrise d'Isabelle Côté, Université d'Ottawa, 2012



uOttawa

Faculté des sciences sociales
Faculty of Social Sciences

École de service social
School of Social Work

Annexe 3

PARTICIPANTES RECHERCHÉES POUR UNE ÉTUDE

Tu es une femme et tu habites la région de Gatineau/Ottawa

Tu es une survivante d'agression sexuelle

Tu as vécu une ou plusieurs grossesses après l'agression sexuelle (La grossesse ne doit pas résulter de l'agression sexuelle)

Tu parles français

Tu te reconnais? Nous voulons t'entendre!

Nous sollicitons ta participation à ce projet de maîtrise, effectué, à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. **L'objectif principal de la recherche est de mettre en lumière, documenter et comprendre l'expérience de grossesse dans le cas des femmes qui ont vécu un viol ou une agression sexuelle dans le passé.**

Ta participation va consister en une entrevue individuelle enregistrée audio d'environ 90 minutes. **Chaque participante recevra un montant de 25\$. Compte tenu du temps limité de cette étude, le recrutement se fera sur la base du premier venu, premier servi**

Si cette étude t'intéresse, tu es cordialement invitée à me contacter. Je suis une étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa.

Morènikè Idji, chercheure principale

École de service social

Université d'Ottawa

Midji015@uottawa.ca

Ou

Marguerite Soulière, superviseure de la recherche

Professeure Adjointe

École de service social

120, privé Université, Pavillon des Sciences Sociales, local 12032

Ottawa, ON

K1N 6N5

613-562-5800 poste 6390

marguerite.souliere@uottawa.ca

Ce projet de recherche a reçu l'approbation déontologique du comité éthique de l'Université d'Ottawa. J'ai donc la responsabilité d'agir selon les principes éthiques de confidentialité et d'anonymat.

Pièce 12002 / Room 12002

12^e étage / 12th floor

120, rue Université / University Pvt.

Ottawa ON K1N 6N5



uOttawa

Faculté des sciences sociales
Faculty of Social Sciences

École de service social
School of Social Work

Annexe 4

Liste de ressources

Voici une liste de ressources gratuites pour t'aider si tu as besoin d'une intervention après cette entrevue

Liste de ressources pour la région de Gatineau

Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles (Calas), Outaouais

Case postale 1872, Succursale B

Gatineau (Québec) J8X 3Z1

819 771-1773

1 888 757-7757 (sans frais)

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h 00

calas@bellnet.ca

www.calas.ca

Centre d'intervention en abus sexuels

pour la famille (Ciasf)

92, boulevard Saint-Raymond, bureau 400 A

Gatineau (Québec) J8Y 1S7

819 595-1905

1 888 368-7243 (sans frais)

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h 00

et de 13 h 00 à 16 h 30

info@ciasf.org

www.ciasf.org

Ligne téléphonique d'écoute 24/7

Partout au Québec : 1 888 933-9007

Liste de ressources pour la région d'Ottawa

Pièce 12002 / Room 12002

12^e étage / 12th floor

120, rue Université / University Pwt.

Ottawa ON K1N 6N5

**Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel francophone
d'Ottawa (Calacs)**

40 Cobourg St, Ottawa, ON K1N 9E2

(613) 789-8096

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30

calacs@calacs.ca

www.calacs.ca

Fem'aid (ligne d'écoute pour femmes d'expression française), 24/7

Ontario, Canada

1 877 336-2433 (femaide)

ATS 1 866 860-7082

Ottawa rape crisis centre pour femmes d'expression anglaise(ORCC)

PO Box 20206, Ottawa, ON, K1N 9P4

Téléphone de bureau: 613-562-2334

Ligne d'urgence 24/7: 613-562-2333