



Collection  
**SANTÉ ET SOCIÉTÉ**

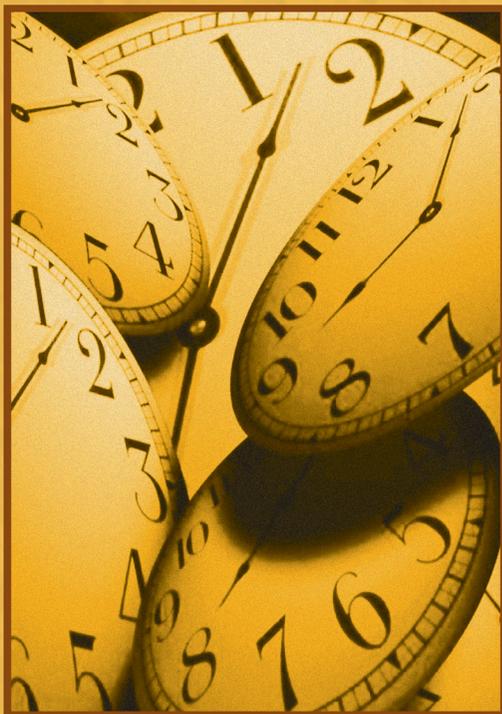
# Génération et cycles de vie

**Au carrefour des temps  
biologiques et  
psychosociaux**

*Sous la direction de*

**Laurence CHARTON**

**Joseph J. LÉVY**



**Presses  
de l'Université  
du Québec**







# **Génération et cycles de vie**

**Au carrefour des temps  
biologiques et  
psychosociaux**

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC  
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450  
Québec (Québec) G1V 2M2  
Téléphone: 418-657-4399 • Télécopieur: 418-657-2096  
Courriel: puq@puq.ca • Internet: www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

**CANADA et autres pays**

PROLOGUE INC.  
1650, boulevard Lionel-Bertrand  
Boisbriand (Québec) J7H 1N7  
Téléphone: 450-434-0306 / 1 800 363-2864

**FRANCE**

AFPU-DIFFUSION  
SODIS

**BELGIQUE**

PATRIMOINE SPRL  
168, rue du Noyer  
1030 Bruxelles  
Belgique

**SUISSE**

SERVIDIS SA  
Chemin des Chalets  
1279 Chavannes-de-Bogis  
Suisse



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

# Généralions et cycles de Vie

**Au carrefour des temps  
biologiques et  
psychosociaux**

*Sous la direction de*  
**Laurence CHARTON**  
**Joseph Josy LÉVY**

2009



**Presses de l'Université du Québec**

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450  
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Génération et cycles de vie : au carrefour des temps biologiques et psychosociaux  
(Collection Santé et société)

Textes présentés lors d'un colloque tenu le 16 mai 2006 à l'Université McGill  
dans le cadre du 74<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS.

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-2430-9

1. Temps - Aspect social - Congrès. 2. Étapes de la vie - Aspect social - Congrès.  
3. Condition de parents - Aspect social - Congrès. 4. Maladies - Aspect social - Congrès.  
I. Charton, Laurence. II. Lévy, Joseph J. (Joseph Josy), 1944- . III. Congrès de l'ACFAS  
(74<sup>e</sup>: 2006: McGill University). IV. Collection: Collection Santé et société.

HM656.T45 2009 304.2'37 C2009-940964-X

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada  
par l'entremise du Programme d'aide au développement  
de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible  
grâce à l'aide financière de la Société de développement  
des entreprises culturelles (SODEC).

## **Intérieur**

Mise en pages: INFOSCAN COLLETTE-QUÉBEC

## **Couverture**

Conception: RICHARD HODGSON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2009 9 8 7 6 5 4 3 2 1

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*

© 2009 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada  
Imprimé au Canada

# Table des matières

---

<b>PRÉSENTATION</b> .....	1
<i>Laurence CHARTON et Joseph Josy LÉVY</i>	

## **PARTIE 1** **TEMPS ET PARENTALITÉ**

### **CHAPITRE 1**

#### **LE TEMPS DE LA MATERNITÉ**

<i>Entre « choix » et organisations</i> .....	9
<i>Laurence CHARTON</i>	
1. Données utilisées et méthodes .....	10
2. Le temps du choix ou des significations que revêt un désir d'enfant/une naissance dans un parcours de vie .....	10
2.1. L'enfant comme garant de la continuité du groupe.....	12
2.2. L'enfant comme symbole de la relation affective du couple .....	13
3. L'enfant comme moyen de gratification immédiate pour ses géniteurs.....	14
3.1. L'enfant comme moyen d'acquérir du pouvoir.....	14
3.2. L'enfant comme moyen d'acquisition d'un statut social ...	15
3.3. L'enfant comme moyen d'élargissement de « son soi » à une identité plus large.....	17
4. Le temps du choix maternel.....	19

5. Le temps de la continuité .....	19
5.1. Une absence de nombre idéal d'enfants mais une importance des enfants dans la notion de famille .....	20
5.2. Une absence de planification des naissances .....	21
5.3. Une dissociation des étapes de maternité.....	22
6. Le temps de l'ajustement des expériences .....	22
6.1. L'expérience de la limite de la trajectoire .....	22
6.2. Une hiérarchisation des situations et des événements à partir d'objectifs individuels.....	24
6.3. Une attitude réactive à l'égard des situations « non planifiées ».....	25
7. Le temps de l'autorégulation.....	26
7.1. S'approprier une limite pour donner du sens à son existence.....	26
7.2. Utiliser la durée pour tester sa liberté .....	27
7.3. Une affirmation de sa liberté dans un acte social choisi et déterminé.....	28
Conclusion .....	31
Bibliographie.....	32

## CHAPITRE 2

### TEMPS ET RITES CONTEMPORAINS DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

<i>De la maternité à la parentalité</i> .....	33
---	----

*Denise LEMIEUX*

1. La première naissance : un terrain d'enquête à Montréal .....	36
2. La grossesse, aspects physiologiques et composantes sociales du devenir parent .....	37
2.1. Devenir enceinte : l'instant de la conception.....	38
2.2. La grossesse : signes, doutes et confirmation .....	39
2.3. L'échographie, outil diagnostique et rite intermédiaire du devenir parent .....	42
2.4. La préparation du nid : à deux ou à plusieurs .....	46
2.5. Cours prénataux et visites médicales : la préparation à l'accouchement.....	50
3. La naissance : un temps fort, ses rythmes, ses émotions et ses interactions .....	52
3.1. Des lieux divers pour accoucher .....	52

Conclusion : Des rites de la naissance aux rites de la parentalité .....	59
Bibliographie.....	61

### CHAPITRE 3

LES DIFFICULTÉS À CONCEVOIR COMME DÉCONSTRUCTION DU SENTIMENT DE FÉMINITÉ ET DU DEVENIR .....	65
--	----

*Denise MEDICO*

1. Méthodologie.....	67
1.1. Échantillonnage .....	67
1.2. Recueil des données .....	68
1.3. Analyse des données .....	68
2. Résultats .....	69
2.1. Les principales thématiques du discours des patientes .....	69
2.2. Les difficultés à concevoir comme crise existentielle.....	71
2.3. L'hypothèse des conflits et des paradoxes entre les différents temps.....	71
3. Pistes d'intervention... un temps personnel à (re)construire.....	72
Conclusion .....	73
Bibliographie.....	75

### CHAPITRE 4

LES TEMPS DE LA MORT D'UN ENFANT EN FIN DE GROSSESSE .....	77
--	----

*Dominique MERG-ESSADI*

1. Concepts pour penser la clinique du deuil périnatal.....	78
2. La situation de Madame C. ....	79
3. Le temps biologique ne correspond pas au temps psychique.....	80
4. La recherche d'un ajustement entre le temps psychique et le temps social .....	81
5. Le temps psychique ne rencontre pas la réalité sociale .....	83
6. Le temps psychique entre en conflit avec le temps biologique et le temps social .....	84
7. Le temps psychique fonctionne dans la résonance à des éprouvés .....	85
8. Le temps social de l'accompagnement .....	86
9. Le refus, décalage entre les temps psychique, biologique et social .....	87

- 10. La colère, rencontre du temps psychique  
et du temps biologique ..... 88
- 11. L’ambivalence, décalage entre temps psychique et biologique ... 88
- 12. Le délire, cheminement du temps psychique ..... 89
- 13. La difficulté d’investir un nouvel objet, lorsque le temps  
psychique n’a pas rejoint le temps biologique..... 90
- 14. Le déplacement, la force du psychisme contre le biologique..... 92
- 15. Le symbolique, lien possible entre temps biologique  
et psychique..... 93
- 16. L’adaptation du temps social et les possibles concordances  
entre temps biologique et temps psychique ..... 94
- Conclusion ..... 95
- Bibliographie..... 95

**CHAPITRE 5**

REPRÉSENTATIONS DE LA TEMPORALITÉ FACE À L’ÉVÉNEMENT  
DE LA GROSSESSE CHEZ LES GARÇONS ET CHEZ LES FILLES  
VIVANT EN CENTRE JEUNESSE ..... 97

*Hélène MANSEAU et Martin BLAIS*

- 1. Méthodologie..... 99
- 2. Résultats ..... 100
  - 2.1. Chez les adolescentes :  
la révélation suscite surprise et espoir..... 100
  - 2.2. Chez les adolescents: le scandale et la vie qui bascule .... 102
- 3. Discussion ..... 103
- 4. Limites de l’approche..... 105
- Conclusion ..... 105
- Bibliographie..... 106

**CHAPITRE 6**

TEMPS SOCIAUX ET RELATIONS GRANDS-PARENTALES  
CHEZ LES *BABY-BOOMERS* QUÉBÉCOIS ..... 107

*Ignace OLAZABAL et Anne-Caroline DESPLANQUES*

- 1. Les enfants du *baby-boom* et la nouvelle grand-parentalité ..... 110
- 2. Liberté d’action et articulation des temps sociaux..... 113
- 3. L’exercice moderne de la grand-parentalité ..... 114

4. La gestion des temps sociaux et la relation grand-parentale .....	116
Conclusion : une reconfiguration des liens .....	119
Annexe : Données sociodémographiques.....	121
Bibliographie.....	122

## CHAPITRE 7

RICHESSE DES TEMPS ET « PHILOSOPHIE DE LA FINITUDE » DANS LA TRANSMISSION DES RESSEMBLANCES FAMILIALES À VARSOVIE (POLOGNE).....	125
--	-----

*Nicoletta DIASIO*

1. Hérité et histoire .....	127
2. Le temps flottant du biologique .....	130
3. C'est le futur qui fait le passé : des « narrations subjonctivantes » .....	132
4. L'illusion d'une société qui dure.....	136
Conclusion .....	139
Bibliographie.....	140

## CHAPITRE 8

DE LA JEUNE FILLE À LA VIEILLE FEMME <i>Passages biologiques et passages sociaux</i> <i>chez les Moose du Burkina Faso</i> .....	141
--	-----

*Virginie VINEL*

1. Devenir femme et mère.....	144
1.1. L'acquisition des techniques féminines.....	145
1.2. Le processus de mariage .....	146
1.3. D'un corps de jeune fille à un corps de mère.....	151
2. La vieillesse : une interprétation sociale des changements biologiques.....	153
2.1. Ne plus avoir de force .....	153
2.2. Ne plus faire d'enfant.....	155
2.3. Attributs sociaux et psychologiques de la vieillesse féminine .....	160
Conclusion .....	162
Bibliographie.....	163

**PARTIE 2**  
**TEMPS ET MALADIE**

**CHAPITRE 9**

REPRÉSENTATIONS DU VIH ET DES TRAITEMENTS  
ANTIRÉTROVIRAUX ET RAPPORT AU TEMPS CHEZ  
DES JEUNES INFECTÉS PAR LE VIH/SIDA DEPUIS LA NAISSANCE ..... 167

*Joseph Josy LÉVY, Mylène FERNET, Jocelyne THÉRIAULT,  
Marie-Hélène GARCEAU-BRODEUR, Marie-Ève RICHARD, Lyne MASSIE,  
Joanne OTIS, Johanne SAMSON, Normand LAPOINTE, Guylaine MORIN,  
Karène PROULX-BOUCHER et Germain TROTTIER*

- 1. La maladie et ses temporalités ..... 168
  - 1.1. Le diagnostic comme événement ..... 168
  - 1.2. L’observance du traitement ..... 170
  - 1.3. L’espoir et les projets de vie..... 171
  - 1.4. La finitude de l’existence ..... 172
- 2. Méthodologie..... 173
  - 2.1. Profil des jeunes..... 173
  - 2.2. Collecte des données ..... 174
- 3. Résultats ..... 174
  - 3.1. Le diagnostic comme événement ..... 174
  - 3.2. L’observance du traitement ..... 176
  - 3.3. La finitude de l’existence ..... 177
  - 3.4. Les projets d’avenir ..... 178
- 4. Discussion ..... 181
- Conclusion ..... 183
- Bibliographie..... 184

**CHAPITRE 10**

LA DIMENSION TEMPORELLE DU MÉDICAMENT CHEZ LES PATIENTS  
ET LES MÉDECINS..... 187

*Lynn MARINACCI, Catherine GARNIER et Martine QUESNEL*

- 1. La dimension temporelle du médicament et son rôle  
dans la relation médecin-patient ..... 188
- 2. Méthodologie..... 191
  - 2.1. L’échantillonnage des médecins et des patients..... 192
  - 2.2. Les analyses des entrevues et des épreuves  
d’associations de mots..... 193
- 3. Les résultats de l’analyse du discours des patients  
et des médecins en fonction de la dimension temporelle ..... 195
  - 3.1. La temporalité dans les classes de discours des patients  
et des médecins..... 195

3.2. La temporalité dans les classes de discours des patients ...	196
3.3. La temporalité dans les classes de discours des médecins	198
4. La dimension temporelle des représentations sociales .....	199
5. Discussion et conclusion sur la dimension temporelle du rapport des femmes au médicament.....	206
Bibliographie.....	208

## CHAPITRE 11

### TEMPS BIOLOGIQUE, TEMPS SOCIAL

#### *Pour une reconnaissance*

<i>du concept de « biosociologie du temps » .....</i>	211
---	-----

*Laurence CHARTON*

1. Le concept de « biosociologie du temps » : quelques réflexions préliminaires.....	213
1.1. Le concept de temps biologique : ou la notion d'« horloge biologique » .....	213
1.2. Le concept de temps social ou la constitution sociale du temps .....	214
2. Pour une biosociologie du temps : quelques réflexions préliminaires.....	219
2.1. Interactions entre expériences du temps et événements vitaux .....	219
2.2. Complémentarité et distorsion entre rythmes biologiques et sociaux .....	222
2.3. Quelques conséquences du contrôle des rythmes biologiques par les rythmes sociaux .....	223
3. Proposition de quelques pistes de recherche permettant la consolidation du concept de biosociologie du temps.....	224
3.1. Quelques pistes de recherches centrées sur les contraintes sociales et les adaptations biologiques.....	224
3.2. Quelques pistes de recherches centrées sur les contraintes biologiques et les adaptations au corps social.....	226
3.3. Quelques pistes de recherches centrées sur les rouages des temporalités biologiques et sociales .....	227
Conclusion .....	228
Bibliographie.....	229

<b>LISTE DES COLLABORATRICES ET DES COLLABORATEURS .....</b>	<b>233</b>
--	------------



# Présentation

---

Laurence CHARTON

Joseph Josy LÉVY

Le temps soulève de grandes interrogations quand nous voulons le définir, mais il est aussi paradoxalement le plus proche de notre expérience. Avant de devenir objet de réflexions et d'analyses, il était et demeure l'élément-clé de notre perception du réel. La vie et ses événements ne nous sont accessibles en effet, que, comme l'écrit De Mori (2006, p. 18), «rangés dans un ordre temporel qui suppose les notions de simultanéité, de succession et de durée. Cet ordre n'est jamais établi une fois pour toutes, [car il] s'élabore [...] à travers les rapports que nous établissons avec la nature et la culture», et à travers les réactions et les représentations que ces rapports suscitent en nous.

Ce sont les philosophes, les théologiens et les scientifiques qui, les premiers, ont cherché à définir conceptuellement le temps, faisant ainsi apparaître le vocabulaire et les notions qui jalonnent toute réflexion sur ce sujet. Auparavant, le temps se saisissait dans la langue des mythes et des rites (Molet, 1990). Le temps *est* par les rythmes des astres et des saisons, par les cycles de reproduction de la vie et par les moments festifs qui instaurent le temps sacré dans la durée profane (Eliade, 1949). Dans cette optique, l'interprétation du monde naturel/cosmique et du monde social fait naître la croyance en un éternel retour (*Ibid.*, 1969), avec pour règle sociale dominante, une stricte observance des rituels d'initiation liés aux âges de la vie et des rituels liés à l'apparition du temps sacré. Dès que le temps se pense et se dit, il se détache de ces modèles traditionnels, et s'inscrit selon Ricoeur (1985), dans la *transcendentalité* et dans la

*conscience* du sujet. Le temps renvoie alors à des constructions et à des expériences complexes qui participent à une reformulation des rapports interpersonnels et sociaux (Gurvitch, 1963).

En ayant pour objectifs d'explorer les tensions temporelles, créatrices d'identités et d'organisations sociales nouvelles, nous avons organisé dans le cadre du congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), un colloque intitulé « Temps biologique, temps social » qui s'est déroulé à l'université McGill à Montréal le 16 mai 2006. L'objectif de ce colloque était de confronter nos réflexions sur le fondement du temps en partant de disciplines diverses (anthropologie, sociologie, sexologie, démographie), de terrains variés (Burkina Faso, France, Québec, Suisse) et sur des sujets se situant à l'intersection des temps biologiques et sociaux. Le présent ouvrage est né de ce projet et colloque sans toutefois en constituer les actes à proprement parler puisqu'il a été élargi par l'adjonction de collaborations complémentaires qui ont permis d'éprouver les hypothèses des rapports entre temps biologiques et temps sociaux à de nouveaux domaines.

Cet ouvrage s'articule autour de deux thèmes principaux : temps et parentalité ; temps et maladie.

## **TEMPS ET PARENTALITÉ**

Laurence Charton, à la suite d'entretiens avec des mères, souligne que la diversité des comportements et des trajectoires individuelles au regard de l'enfant est à saisir dans l'articulation des dimensions temporelles – biologique bien sûr, mais aussi celle du choix ou du sens accordé aux événements et de la biographie.

En se focalisant sur les moments qui entourent la grossesse et la naissance, Denise Lemieux montre à partir de l'analyse d'entretiens avec des parents que si la naissance demeure un passage et un moment fort clairement situé dans le temps, le devenir parent s'étire sur une longue période pré et postnatale. Bien que la naissance mette en relief les dimensions corporelles de la maternité, la présence du père sur le théâtre de la naissance déplace la signification de la naissance vers la parentalité et les rituels sont redéfinis pour symboliser cette nouvelle représentation. La naissance ne marginalise plus la mère et l'enfant mais associe le père à l'événement, cristallisant ainsi l'articulation des temporalités biologique et sociale.

Denise Medico étudie, quant à elle, le vécu de l'infertilité et ses liens avec les différents temps de femmes accueillies pour un counselling psychologique et sexoanalytique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à la procréation. Suite à l'analyse d'entretiens menés avec ces femmes, l'auteure met en évidence une crise existentielle qui se caractérise par une profonde déconstruction de leur identité de femme et d'adulte. Leur devenir s'est arrêté et avec lui l'impression d'être dans le monde. L'expérience du médical circonscrit les femmes dans une perception temporelle circulaire et met l'emphase sur la période reproductive comme un espace limité mais qui leur échappe. À travers ces expériences, elles vivent un temps personnel qui soit participe à les exclure du monde social lorsqu'il est celui du deuil et de l'immobilité, soit s'ouvre vers une réintégration lorsque la perception d'un devenir redevient possible et avec lui l'image de soi comme femme et adulte.

Dominique Merg Essadi, à partir d'entretiens avec une femme confrontée à l'accouchement d'un enfant mort-né, analyse comment un événement douloureux et inopportun peut conduire à une désharmonisation des temps psychiques, biologiques et sociaux. L'auteure relève par ailleurs que la dynamique sans cesse mouvante de ces temps permet un espace pour penser un mouvement de vie.

Hélène Manseau et Martin Blais mettent en évidence à travers l'analyse d'entretiens menés avec des jeunes résidant en Centre de jeunesse que l'annonce d'une grossesse est ressentie différemment selon le sexe. Pour les femmes, cette annonce est le plus souvent vécue comme l'événement leur permettant de clore le temps des difficultés. Les représentations de la maternité se cristallisent surtout autour de l'espoir de changer de vie, notamment à travers un changement de statut social. Les hommes ressentent pour leur part des angoisses et du désarroi à l'annonce de cet événement qui semble mettre fin à leur temps de jeunesse. Loin d'y trouver là l'occasion d'un statut social renouvelé, la très grande majorité d'entre eux disent ne pas se sentir prêts à être pères. Les auteurs montrent que les expériences individuelles, tout en étant uniques, sont porteuses de schémas temporels culturels normatifs.

Ignace Olazabal et Anne-Caroline Desplanques envisagent la question de l'organisation du rapport au temps chez des grands-parents *baby-boomers* québécois. À partir d'entretiens, ils analysent ainsi les contraintes temporelles qui s'exercent dans les relations intergénérationnelles, montrant l'existence de modèles différents de grand-parentalité mais où l'organisation

des différents temps sociaux (du travail professionnel à celui des loisirs) module les moments de rencontre avec les petits-enfants qui s'inscrivent dans des « relations événementielles » organisées.

Dans un autre registre, Nicoletta Diasio, se fondant sur des données provenant d'une recherche ethnologique menée en Pologne, met en relief, à partir de l'étude des ressemblances familiales, les interprétations de l'histoire, nationale et familiale, de même que les relations entre le biologique et le social qui se font jour dans les discours sur l'hérédité qui sous-tend la compréhension des ressemblances. Cette étude permet de saisir les continuités et les ruptures temporelles qui accompagnent les constructions des rapports entre les générations.

Virginie Vinel, dans son étude sur les passages biologiques et sociaux chez les Moose du Burkina Faso, une analyse qui s'appuie sur une étude ethnographique, montre comment les transformations biologiques, de la jeune fille à la vieille femme, s'arriment à des processus socioculturels et temporels, renvoyant à des apprentissages de comportements et d'affects qui obéissent à des codes symboliques et relationnels complexes.

## **TEMPS ET MALADIE**

La structuration du temps est une dimension importante dans le rapport à la maladie. Celle-ci comme le montrent les travaux socioanthropologiques constitue un événement qui vient bouleverser le quotidien des personnes atteintes, les obligeant à une réorganisation des temporalités. La notion de maladie chronique, qui met bien l'accent sur le temps constitue à cet égard un champ d'études important, comme le montre les résultats d'une étude qualitative menée auprès de jeunes adolescents vivant avec le VIH/sida depuis la naissance. Réalisée par une équipe de recherche (Joseph Josy Lévy, Mylène Fernet, Jocelyne Thériault, Marie-Hélène Garceau-Brodeur, Marie-Ève Richard, Lyne Massie, Joanne Otis, Johanne Samson, Normand Lapointe, Guylaine Morin, Karène Proulx-Boucher, Germain Trottier), cette étude, menée à partir d'entretiens met en évidence que le rapport à la maladie affecte le rapport au temps de quatre façons. La première, à travers l'annonce du diagnostic, met en évidence les différentes réactions à cet événement dont la valence affective présente des variations importantes. La seconde dimension porte sur la question de l'observance au traitement qui nécessite un encadrement biomédical important et s'accompagne de nombreuses contraintes quotidiennes qui nécessitent des stratégies

multiples qui contribuent à la routinisation du traitement. En troisième lieu, la maladie chronique met en évidence le rapport à la mort qui reste significatif même si l'espoir de la repousser est évident, grâce aux progrès de la médecine, d'où la projection de ces jeunes dans des projets d'avenir à la fois professionnels et familiaux.

Lynn Marinacci, Catherine Garnier et Martine Quesnel, quant à elles, à partir d'une analyse des systèmes représentationnels des médicaments (antibiotiques, anti-inflammatoires et antidépresseurs) mettent en relief les différences dans le rapport au temps à la fois entre les catégories de médicaments et entre les médecins et les patients. L'analyse des entretiens met ainsi en évidence des registres temporels variés qui renvoient à des préoccupations qui reflètent les contraintes liées au diagnostic, à la prise des médicaments, aux temporalités du vécu et à la durée de la maladie. Ces représentations varient aussi en fonction du genre (homme ou femme), de la génération et de l'expérience, ce qui suggère que les représentations temporelles liées aux médicaments sont modulées par un ensemble de facteurs, démontrant ainsi la construction éminemment sociale de la dimension temporelle.

Cet ensemble de travaux met en évidence la richesse de l'étude des rapports entre temps biologiques et psychosociaux qui demanderaient à être repris et complétés à partir d'autres recherches comparatives qu'il resterait à développer.

Le texte final de Laurence Charton s'articule autour d'un concept qui reste à construire, et dont la construction constitue sans doute son enjeu théorique majeur. Ce concept est celui de la « biosociologie du temps » – qui fait la conjonction entre le temps biologique et les autres perspectives temporelles. Au temps biologique est associé la temporalité cyclique, orchestrée par les cycles du soleil, de la lune et de ses dérivés ; comme l'alternance du jour et de la nuit, la succession des saisons, la périodicité « lunaire » féminine, les gestations de la vie et de la mort. Aux temps sociaux, est liée la temporalité linéaire, avec ces repères qui permettent de classer, de planifier et d'(auto)évaluer l'acteur au sein de son groupe, à partir de notions de simultanéité, de succession et de durée, en même temps que celles de passé, de présent et d'avenir. Après avoir rappelé les différents temps qui s'organisent autour des notions de temps biologiques, et temps sociaux, l'auteure propose d'appréhender les trajectoires humaines à travers l'articulation et l'interaction de ces temps – cyclique et linéaire, biologique et social. L'objet de son article est, d'une part, d'explicitier quelques-uns

des présupposés de ce concept de « biosociologie du temps » ; d'autre part, de proposer des axes de recherche qui devraient contribuer à construire ce concept tout en administrant la preuve de sa richesse théorique.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- De Mori, G.L. (2006). *Le temps, énigme des hommes, mystère de Dieu*, Paris, Cerf, coll. « Cogitatio fidei », n° 250.
- Eliade, M. (1949). *Traité d'histoire des religions*, Paris, Payot.
- Eliade, M. (1969). *Le mythe de l'éternel retour. Archétypes et répétition*, Paris, Gallimard.
- Gurvitch, G. (1963). « La multiplicité des temps sociaux », dans *La vocation actuelle de la sociologie*, tome 2, Antécédent et perspectives, deuxième édition remaniée, Presses universitaires de France, [1<sup>re</sup> édition, Centre de documentation universitaire, Paris, 1958], p. 325-430.
- Molet, L. (1990). « L'année sacrée, la fête et les rythmes du temps », dans J. Poirier (dir.), *Histoire des mœurs I*, Encyclopédie de la Pléiade, Paris, Gallimard, p. 267-418.
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit 3. Le Temps raconté*, Paris, Seuil.

P A R T I E

---

1

# TEMPS ET PARENTALITÉ



## LE TEMPS DE LA MATERNITÉ

### Entre « choix » et organisations<sup>1</sup>

*Laurence CHARTON*

Aujourd'hui, près des deux tiers de la vie des femmes se déroule, dans les pays occidentaux, hors du temps de la procréation (Donati et Samuel, 2001). L'enfant reste pourtant un élément constitutif essentiel des trajectoires féminines. En France, en 2005, parmi les femmes âgées de 45 à 49 ans, seule une femme sur dix n'a pas eu d'enfants (Charton, 2009). En moyenne, ces femmes sont devenues mères vers 25 ans. Elles étaient pour les trois quart d'entre elles mariées à la naissance de leur premier enfant, et pour plus de quatre femmes sur cinq, mariées également au moment de la conception de cet enfant. Parmi les naissances qui ont eu lieu hors mariage, deux enfants sur trois ont été conçus dans le cadre d'une cohabitation hors mariage. Rares sont ainsi les femmes qui font le choix de ne pas avoir d'enfants, et qui décident d'avoir un enfant en dehors d'une histoire de couple.

---

1. Cet article reprend des passages publiés dans Charton L. (2006).

Le temps de la maternité dépend de trois temporalités. Du temps biologique tout d'abord, qui fixe les potentialités et les limites de la procréation, et qui s'échelonne de la puberté à la ménopause. Du temps du « choix » ensuite, c'est-à-dire des significations que revêt un désir d'enfant/une naissance dans un parcours de vie. Du temps biographique enfin, où s'organisent et interagissent les parcours conjugal, familial, de formation et professionnel. Ce sont ces deux dernières dimensions temporelles, qui seront explorées dans le cadre de cet article.

## **1. DONNÉES UTILISÉES ET MÉTHODES**

Pour appréhender ces deux dimensions du temps maternel : le temps du choix et le temps biographique, nous utiliserons un corpus d'entretiens collectés dans une région du Nord-Est de la France (Alsace-Moselle), entre novembre 2002 et février 2003, auprès de femmes désireuses d'adopter une attitude réflexive par rapport à leur vécu familial. Ces entretiens, type récits de vie, ont été réalisés auprès de 16 femmes hétérosexuelles, âgées de 38 à 55 ans, aux parcours familiaux et caractéristiques sociodémographiques variés (cf. tableau 1.1). Parmi les seize femmes interviewées, quatorze femmes ont connu l'expérience d'une maternité : deux d'entre elles ont eu un enfant en cohabitation hors mariage (Sara, Sylvianne) et deux femmes hors couple : à la suite d'une adoption en tant que célibataire (Marjorie) et d'une maternité sans reconnaissance du père (3<sup>e</sup> enfant d'Alice). Parmi les dix femmes mariées à la naissance de leur enfant, trois d'entre elles se sont mariées à l'annonce de leur grossesse (Alice – 1<sup>er</sup> enfant –, Claudine, Elena). Les deux femmes sans enfant au moment de l'enquête étaient âgées de 38 et 44 ans (Delphine et Sonia), elles étaient célibataires et n'étaient pas engagées dans une relation de couple.

## **2. LE TEMPS DU CHOIX OU DES SIGNIFICATIONS QUE REVÊT UN DÉSIR D'ENFANT/UNE NAISSANCE DANS UN PARCOURS DE VIE**

En saisissant la signification que revêt un désir d'enfant/une naissance dans un parcours de vie, c'est à une meilleure compréhension des comportements des femmes et des couples, et à travers eux de leurs spécificités sociales vers laquelle nous tendons. Outre le sens donné par les femmes à la naissance de leur enfant, le contexte personnel dans lequel cette naissance s'inscrit sera observé, notamment au regard du partenaire, et de

Tableau 1.1

## Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées

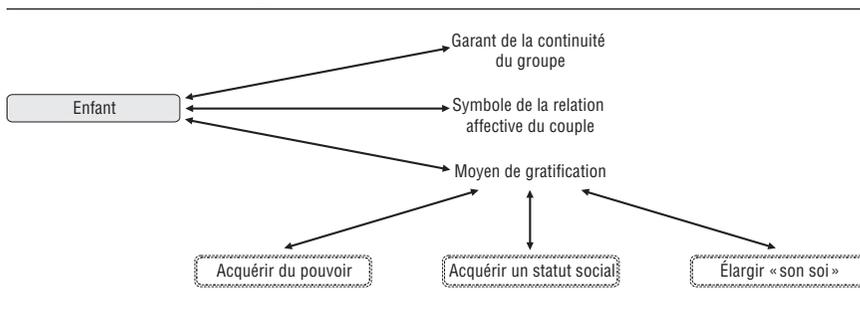
Prénom (pseudonyme)	Âge à l'enquête	État civil et situation familiale lors de l'enquête	Nombre d'enfants lors de l'enquête	Diplôme	Activité professionnelle lors de l'enquête
Nicole	55 ans	divorcée, vit en couple hors mariage	2	éducatrice spécialisée	metteur en scène
Claudine	51 ans	divorcée, vit seule avec un enfant	2	licence d'éducation physique	prof. d'éducation physique
Sylvianne	51 ans	divorcée, vit en couple hors mariage avec un enfant	2	école normale	institutrice
Alice	47 ans	divorcée, vit seule avec un enfant	3	brevet professionnel de couturière	agent d'entretien
Claire	47 ans	mariée, vit seule avec un enfant la semaine et en couple avec enfants le week-end	2	baccalauréat	au foyer
Pascale	45 ans	divorcée, vit seule avec un enfant. Se déclare en couple non cohabitant	1	brevet professionnel secrétariat	commerciale
Aude	44 ans	mariée, en couple avec 5 enfants	5	diplôme d'ingénieur	comptable
Catherine	44 ans	mariée, en couple avec 7 enfants	7	diplôme de psychologie	au foyer
Sonia	44 ans	célibataire, sans partenaire	0	brevet technique de laborantine	donne des cours de religion
Marjorie	43 ans	célibataire, vit seule avec un enfant	1	école d'assistante sociale	assistante sociale
Astrid	42 ans	divorcée, vit seule avec deux enfants	2	éducatrice spécialisée	secrétaire de mairie
Ève	41 ans	divorcée, vit seule avec un enfant	1	école normale	institutrice
Elena	39 ans	divorcée, vit seule avec un enfant	1	brevet professionnel d'agent administratif, diplôme en pratiques sociales	en recherche d'emploi
Sara	39 ans	célibataire, vit en couple hors mariage avec un enfant	1	Diplôme universitaire en chimie	commerciale
Delphine	38 ans	célibataire, sans partenaire	0	Maîtrise en langues étrangères	comédienne
Michèle	38 ans	mariée, en couple avec un enfant	1	Brevet professionnel d'agent de transport	secrétaire

l'écart existant entre l'annonce de l'événement et son occurrence. L'intérêt de la prise en compte de cet écart est donné par Ricoeur (1988, p. 38), lorsqu'il écrit à propos de l'intervalle qui sépare une décision d'une action que celui-ci « n'est pas nécessairement de temps mais de sens ».

Parmi l'ensemble des témoignages recueillis de femmes ayant un enfant à l'enquête, trois types de motivations associés à la venue d'un enfant (généralement du premier) ont plus particulièrement été retenus : tout d'abord, celles qui présentent l'enfant comme garant de la continuité du groupe, ensuite, celles qui présentent l'enfant comme symbole de la relation affective du couple et enfin, celles qui présentent l'enfant dans ce qu'il peut apporter à ses géniteurs au présent (de manières effectives ou imaginées dans un sens positif ou négatif). Dans ce troisième type de motivations, trois aspects associés à l'enfant peuvent également être retenus : le premier, attribue à sa venue le moyen d'acquérir du pouvoir, le deuxième associe l'enfant à l'acquisition d'un statut social spécifique, et le troisième aspect allie l'enfant à l'élargissement de son « soi » à une identité plus large (cf. figure 1.1).

Figure 1.1

### Significations associées à une naissance



## 2.1. L'ENFANT COMME GARANT DE LA CONTINUITÉ DU GROUPE

Dans la perspective de l'enfant comme garant de la continuité du groupe, celui-ci est associé « naturellement » au couple et à la notion de famille (Aude, Catherine). Il s'inscrit dans un projet familial global lié au mariage. Aude affirme ainsi : « *notre souhait général c'était d'avoir des enfants et je crois, que c'était vraiment lié d'être mariée et mère* ». Catherine déclare pour sa part : « *moi je ne me voyais pas ne pas être mariée et ne pas avoir*

*d'enfant* ». Le mariage constitue le point de départ à la constitution de leur famille si bien que le sens du couple semble aussi procéder de celui de l'enfant à venir. L'arrivée du premier enfant se présente comme une évidence, comme le dit encore Catherine : « *j'étais enceinte assez vite mais je ne me suis pas posée des masses de questions, c'était vraiment évident, quoi, d'avoir des enfants... je crois qu'on a laissé les choses se faire* ». L'enfant est lié au couple et leur mariage a marqué le point de départ de leur vie reproductive. Le couple marque la phase de passage pour devenir famille et permettre la continuité de la lignée. L'enfant dans ce processus est désiré dans la perdurance du groupe. Il est vécu en terme de fatalité/destin qui, tout en étant attendu, reste « abstrait » jusqu'à la naissance. L'enfant « se découvre » d'ailleurs à sa naissance, lorsqu'il prend sa place dans la lignée.

## 2.2. L'ENFANT COMME SYMBOLE DE LA RELATION AFFECTIVE DU COUPLE

Concernant les motivations qui présentent l'enfant comme symbole de la relation affective du couple, on relève que certaines femmes motivent leur première grossesse par le désir exprimé par leur compagnon d'avoir un enfant (Claire, Sara). Claire raconte : « *Jérôme [son premier enfant], on a mis deux ans pour l'avoir. À un moment donné, on a dit, bon ben on arrête, j'arrête de prendre la pilule et il serait peut-être temps d'avoir un enfant, mon mari a dix ans de plus que moi, donc lui, il voulait être père* ». Le premier enfant de Claire s'inscrit dans le désir de paternité d'accéder à un nouveau statut (« être père »). Elle justifie ainsi sa décision d'avoir un enfant pour faire plaisir à son mari, décision qui semble par ailleurs avoir été prise sous l'influence d'une norme culturelle de procréation (« *il serait peut-être temps* »). L'enfant semble se présenter pour Claire comme symbole de son couple, du lien affectif la liant à son époux.

C'est pour répondre également au désir d'enfant de son conjoint, six mois après sa mise en couple, que Sara justifie sa maternité hors mariage. Alors qu'elle ne partage pas ce désir, elle accepte avec une certaine fatalité de répondre à la demande de son conjoint, comme elle le rapporte : « *c'est pas un désir d'enfant, ça, c'est sûr, c'est certain, c'est pas un désir d'enfant, je l'ai vécu plutôt comme une contrainte au départ, je me disais, bon, il va falloir que j'y passe et tout, je l'ai fait pour lui faire plaisir quelque part et après quand l'enfant est né, ça a été* ». Pour Sara, la venue de cet enfant est étroitement liée au destin de son couple, au lien affectif qui l'unit à son conjoint. L'enfant a en effet été conçu dans

le désir de son conjoint. Tout en acceptant cet enfant pour leur couple, ces femmes vivent souvent la grossesse comme une « contrainte » en raison d'une certaine identité sociale qu'elles semblent associer à la maternité, et au rôle de reproductrice assigné traditionnellement à la femme. Sara déclare par exemple ne rien avoir changé durant sa grossesse à son rythme de vie et notamment professionnel ; elle relate : « *j'avais pris l'avion pour aller en réunion à Lyon, j'avais sept mois de grossesse, il y avait beaucoup de précautions pour moi mais moi-même, il n'y en avait pas plus que ça* ». Ainsi, la reconnaissance de la grossesse vient de l'extérieur alors que Sara semble tout faire de son côté pour ne pas la reconnaître. C'est peut-être aussi parce que Sara, tout comme Claire, n'ont pas désiré dans leur parcours personnel cette grossesse, que ces femmes déclareront au cours des entrevues avoir eu un *baby-blues* après la naissance. Avec cet enfant, elles doivent désormais s'adapter à leur nouveau statut de femme-mère.

### 3. L'ENFANT COMME MOYEN DE GRATIFICATION IMMÉDIATE POUR SES GÉNITEURS

Le sens donné à l'enfant résulte aussi de ce qu'il peut apporter – plus ou moins consciemment – au présent à ses géniteurs. Il peut, entre autres, se présenter comme un moyen d'acquérir du pouvoir, un statut social, ou d'élargir « son soi » à une identité plus large.

#### 3.1. L'ENFANT COMME MOYEN D'ACQUÉRIR DU POUVOIR

L'enfant ne semble pas se désirer ici au travers du couple, il paraît davantage s'inscrire dans un cheminement individuel de vie (Alice). Une fonction instrumentale peut être attribuée à l'enfant, notamment celle d'une « compensation » par l'acquisition d'un certain pouvoir<sup>2</sup>. Alice raconte ainsi sa troisième maternité, « désirée », qu'elle a vécue hors couple :

*j'ai pas vécu avec son père, on était ensemble, enfin, ensemble, on ne peut pas dire ensemble... Il [son troisième enfant] était voulu et tout de suite, je savais que j'étais enceinte, sans faire un test, je le sentais, j'étais enceinte et je me suis dit, ça y est, c'était un garçon, j'étais sûre que c'était un garçon, malgré, bon, que j'avais pas*

---

2. A. Neal et H. Groat (1976) ont observé par exemple que l'enfant dans des milieux économiquement défavorisés avait un rôle de compensation à un isolement et à une impuissance sociale.

*encore fait... [d'échographie], c'était tout le début mais je le sentais, je sais pas comment l'exprimer mais je le sentais. Quand il [son partenaire] m'a dit, quand il a appris que j'étais enceinte, parce que moi, je voulais pas lui dire, mais bon, les collègues... qu'il aimerait bien que ce soit un garçon, je lui ai dit, « écoute, tu souhaites ? c'est moi et de toute façon tu n'as rien à voir avec... alors bon on s'est engueulé un petit peu, je lui ai dit « bon, écoute, c'est simple, reste dehors et ne viens plus » [...] quand j'ai accouché, j'ai exprès dit quand j'étais à l'hôpital, que si jamais il vient, que je veux pas le voir, qu'il ne rentre pas dans ma chambre, je voulais voir personne, enfin, si, mes amis sont venus, mais j'étais tellement heureuse d'avoir... c'est mon fils maintenant, il est à moi, à personne d'autre, je ne partagerai plus.*

Cette recherche de pouvoir à travers l'enfant est rendue encore visible, par l'importance qu'Alice attribue au sexe de l'enfant et à son patronyme, elle explique :

*moi, je voulais absolument un garçon... bon, le nom je m'en fichais, j'avais tellement de noms, mais le principal c'était que ce soit un garçon et qu'il soit en bonne santé, alors bon, j'étais vraiment heureuse... bon, avec tous les trois, parce que c'étaient des garçons déjà... mais lui, il [son troisième enfant] portera MON NOM, il sera à MOI [insistance] parce que, s'il porte son nom [de son père], je suis obligée de partager, alors il a droit à des week-ends et tout et ça, moi, je ne voulais plus.*

Si Alice a fait son enfant, il semble aussi que son enfant se fait « elle ». C'est elle qui a décidé de sa venue, qui a « attendu l'occasion » et puis qui a assumé sa décision. C'est elle aussi qui a donné son nom à l'enfant, permettant la création de sa propre lignée. Ce processus marque une revendication individuelle et exclusive de son enfant qui exclut son partenaire. C'est pour Alice, l'enfant du contrôle de son existence.

### **3.2. L'ENFANT COMME MOYEN D'ACQUISITION D'UN STATUT SOCIAL**

Le désir d'enfant peut se manifester aussi en réponse à un désir de sociabilité et de reconnaissance (Astrid, Claudine, Michèle, Nicole, Pascale).

L'intervalle observé entre le mariage et la naissance se reflète comme un moyen de suivre son parcours en séparant les étapes. Le couple et la famille apparaissent comme des entités distinctes, tout comme le statut de mariée, puis de mère mariée. C'est ce nouveau rôle qui permet d'ailleurs

une propre re-connaissance. Michèle explique par exemple qu'au moment de son mariage, le désir d'enfant n'«était pas un désir immédiat». Elle affirme :

*on voulait d'abord un peu profiter de la vie commune à deux et puis avoir un enfant plus tard [...] puis moi j'ai décidé, avec mon mari bien sûr, j'ai décidé d'arrêter ma méthode contraceptive. Je me suis dit, non, ça y est, ça fait deux ans qu'on vit en couple célibataire, si on peut dire, et puis là, c'était le moment de fonder une famille.*

Tout comme le mariage a été préparé par une cohabitation hors mariage, Michèle a préparé la venue de son premier enfant en décidant d'attendre quelques années avant de «mettre un enfant en route». Il paraît important dans le parcours de Michèle, non seulement de se préparer aux événements, mais aussi de bien les séparer. Le mariage est l'événement qui lui a donné son statut de femme mariée et qui a concrétisé son «couple célibataire», tandis que la naissance se présente comme l'événement permettant d'accéder au statut de mère mariée et à la «famille». Pour Michèle, la famille se présente non seulement comme une étape ultérieure au couple, mais aussi comme l'image de son nouveau statut. Lorsque la décision d'avoir un enfant est mûrie, sa venue devient alors pressante, comme nous le laisse entendre la suite de son récit. Elle relate :

*je pense que j'étais aussi prête, comme j'étais prête pour le mariage, j'étais prête pour avoir un enfant. L'envie m'est venue très très rapidement, c'est-à-dire que j'étais à ce moment-là, à partir du moment où j'avais pris ma décision d'avoir un enfant, j'en voulais un tout de suite, donc j'ai arrêté la pilule et un mois après j'étais enceinte. Je pense que si j'avais dû attendre, comme beaucoup de femmes sont obligées d'attendre plusieurs mois ou plusieurs années, je crois que j'aurais eu des problèmes psychologiques à ce moment-là parce que c'était un désir très très intense qui est venu très rapidement aussi... autant quand on s'est marié, on planifie d'avoir un enfant très loin dans le temps, autant à partir du moment où j'avais décidé d'arrêter la pilule, ben, il fallait que je sois enceinte tout de suite et puis donc ça a marché.*

Après un temps d'attente, de maturation, lorsque la décision d'avoir un enfant est prise – lorsque Michèle se sent «prête» à devenir mère –, la nécessité d'avoir «rapidement» un enfant, se fait ressentir. Dès l'instant où Michèle a décidé d'être mère, l'enfant se présente comme un besoin vital. Michèle a rapidement été enceinte, ce qui lui a permis d'ailleurs de

bien vivre sa grossesse et son accouchement, comme elle le dit : « *durant toute la grossesse, j'étais vraiment épanouie, j'étais heureuse [très émue], c'était un **bonheur total*** ».

L'environnement amical où les premières naissances s'annoncent et le repère symbolique de l'âge jouent également un rôle dans la décision d'avoir ainsi un enfant. Le désir d'enfant s'est manifesté chez Astrid en réponse à un désir de sociabilité et de reconnaissance, comme elle l'explique :

*on avait aussi des amis autour qui avaient déjà eu des enfants, un premier enfant et tout ça coulait de source, comme ça, un petit peu, c'était vraiment dans l'esprit entre les amis aussi, on voulait quand même tous **fonder une famille** et l'enfant en faisait partie. La reconnaissance extérieure aussi est différente quand vous êtes enceinte... c'est pas que les gens vous respectent plus **mais moi je me suis sentie plus adulte à ce moment-là.***

L'enfant se présente comme « l'élément » de passage d'un statut à un autre, dont la reconnaissance peut être renforcée par l'officialisation de son couple, lorsque la grossesse s'annonce hors mariage. Le mariage se présente alors comme acte de légitimation de son nouveau statut de mère en formation.

### 3.3. L'ENFANT COMME MOYEN D'ÉLARGISSEMENT DE « SON SOI » À UNE IDENTITÉ PLUS LARGE

Le moment de la naissance dans un parcours de vie et la réalité de l'enfant peuvent aider certaines femmes à se positionner vis-à-vis de leur entourage, et notamment de leur mère et conjoint. Cet enfant peut marquer alors son affirmation et la prise de responsabilité, ouvrant un élargissement de « son soi » à une identité plus large (Elena, Marjorie, Sylvianne, Ève).

L'enfant peut être vécu alors comme un « flash existentiel » (Barbier, 1997). Ève relate ainsi son expérience :

*si la conception de Paul [son fils], ça s'est fait de façon un peu hasardeuse, la naissance de l'enfant et l'arrivée de l'enfant, ça était un **coup de tonnerre** dans ma vie. Tout à coup, j'ai réalisé quelle était **la réelle dimension de l'engagement...** ce que je n'avais pas réalisé dans mon parcours professionnel, ce que je n'avais pas réalisé dans ma vie de couple mais qui tout à coup devenait **incon-  
tournable** avec l'arrivée de cet enfant. Je me souviens très nettement*

*qu'il y a eu un revirement, je disais, il y a un avant et un après. Je crois que ça m'a beaucoup responsabilisée, par rapport à tous ces engagements successifs que j'ai pris sans vraiment les prendre.*

Ève s'est sentie pour la première fois « responsable » d'elle-même à la naissance de son enfant.

Dès l'instant où les femmes prennent conscience de leur réalité en tant que sujet dans un projet, elles semblent retrouver un engagement de vie, un sens à leur vie. L'enfant paraît ainsi les avoir dotées d'une identité vis-à-vis d'elle-même et d'une identité sociale, qu'elles n'avaient vraisemblablement pas trouvé par ailleurs.

Dans ce rapport à l'enfant, les grossesses et les naissances peuvent s'inscrire alors dans un cheminement personnel, au gré des affirmations, des résistances et des choix personnels de vie.

Si l'enfant tient une place importante dans les parcours des conjoints contemporains, sa venue n'est donc pas conditionnée uniquement par des motivations affectives. Elle n'est pas par ailleurs forcément dépendante d'une histoire conjugale. L'enfant peut remplir des fonctions différentes selon les individus et les situations de vie. Outre l'enfant comme symbole des liens affectifs unissant le couple, il peut aussi se présenter comme garant de la lignée, comme l'occasion d'acquérir une identité sociale et un pouvoir inaccessibles par d'autres moyens, ou encore comme révélateur de « son soi ». Ces fonctions peuvent en outre interagir au sein d'un couple, et ne prétendent pas épuiser l'ensemble des significations de la procréation pour chacun des parents, couples ou individus. Ces motivations illustrent cependant des « images-guides de la famille » (Kellerhals *et al.*, 1982) et des comportements individuels et sociaux à l'origine, probablement, aussi bien du calendrier de la première naissance (et des suivantes) que du mode de réorganisation du groupe familial (taille de la famille) et des relations entre partenaires. Une naissance constitue un événement spécifique dans un parcours de vie. Elle a une importance de par ce qu'elle est pour l'individu, intimement, et de par ce qu'elle sous-tend, induit, dans sa dimension sociale. Le sens de cet événement se reflète également dans la manière dont il s'inscrit. Cette manière peut se saisir comme un moyen de « gérer », plus ou moins consciemment, sa vie, à travers un certain rapport au temps. Pour cerner toute la portée de cette dimension, et en particulier du degré d'« action » de l'individu dans son parcours familial, il convient maintenant d'appréhender le temps du choix maternel à la lumière des cheminements individuels.

#### 4. LE TEMPS DU CHOIX MATERNEL

Le déroulement d'un parcours nécessite l'adhésion de l'acteur. Si un parcours est porteur de valeurs contextuelles lui permettant une spontanéité propre de déroulement, il reste cependant étroitement attaché à l'acteur car c'est lui qui évalue et décide. Ainsi, tout comme l'histoire n'est pas tout à fait un objet (Aron, 1938), un parcours n'en n'est pas un non plus ; il ne le devient que si l'acteur s'en évacue, à la façon d'un spectateur désincarné et non situé. L'analyse d'un parcours paraît alors devoir être abordée non pas à partir d'une méthode empirique qui considère le parcours comme objet, mais à partir d'une méthode réflexive. Comme l'écrit par ailleurs Ricoeur (1988, p. 120) : « La réceptivité du vouloir aux valeurs sociales, *comme* la réceptivité aux valeurs organiques, est réciproque de la décision souveraine qui invoque les valeurs reçues. Cette réceptivité ne devient passivité et esclavage que par démission et aliénation ». Tout parcours familial doit se comprendre comme inscrit dans la structure même du vouloir humain, c'est-à-dire comme lié aux affects de l'acteur. Un parcours peut se saisir par conséquent par son rapport au vouloir.

À partir de l'analyse de l'ensemble des récits de vie recueillis, il s'agira de cerner dans cette partie le lien entre rapport à l'existence, au temps, et parcours familial. Plus particulièrement, nous mettrons en évidence les parcours où le temps est vécu « pour ce qu'il est, [...] ne se projetant pas dans quelque avenir que ce soit » (Maffesoli, 1998, p. 19) où la vie est perçue dans une continuité ; les parcours où le temps est « orienté vers un but » (Maffesoli, 1998, p. 38), pouvant être ajusté au fil des expériences ; et ceux où le temps est « suspendu », faisant inscrire le parcours familial dans une atemporalité où la vie se façonne en fonction des références propres à l'acteur, à son temps propre.

#### 5. LE TEMPS DE LA CONTINUITÉ

Les événements familiaux peuvent se présenter comme instants successifs, monotones, de présents qui passent, d'un temps de la continuité. Comme l'énonce G. Bachelard (1992, p. 16) : « le temps n'a qu'une réalité, celle de l'instant. Autrement dit, le temps est une réalité resserrée sur l'instant et suspendue entre deux néants ». Cette conception du temps ne vaut que par la succession d'événements réguliers et par l'acceptation d'un présent pour ce qu'il est, et non projeté dans un avenir. C'est un « temps de la certitude » (Bessin, 1994) et de la continuité, où l'institution familiale « soutient le temps » (Roussel, 1989).

Dans ce rapport au temps, l'acteur semble « suivre » son destin et la succession des générations (Aude, Catherine, Claire). Catherine, mariée et mère de sept enfants au moment de l'entretien, présente son parcours familial : *« c'est quelque chose qui s'est enchaîné comme ça, de manière linéaire et régulière, avec une certaine régularité, sans interruption »*. Il s'agit d'un parcours familial régulier et continu. Elle poursuit :

*ça s'est construit sans beaucoup de réflexion, enfin beaucoup de réflexion... sans que ce soit quelque chose que je m'étais dit au départ, ça c'est sûr que non... c'est venu, ben, comme je dis, on a un enfant, un après l'autre... et quelquefois il y a des événements, je sais pas... j'ai eu pas mal d'amies qui ont eu des enfants handicapés, qui ont été touchées par la maladie et tout ça, ça vous arrête, donc il y a plein de choses qui ont pu... mais effectivement je ne me suis jamais dit ça... j'ai pas géré.*

Les différents événements jalonnent régulièrement et sans rupture le parcours de Catherine. C'est un parcours qui se construit dans une succession d'instantanés non prémédités, où Catherine (comme Aude et Claire) prend le temps comme il vient.

Le « sens » qui peut être attribué à l'enfant dans ce temps biographique se trouve dans sa naissance même et non projeté vers un quelconque objectif lointain et idéal. La succession des naissances, mais aussi l'absence d'un choix délibéré de ne pas avoir un autre enfant laisse entrevoir également l'absence d'une notion de « limite ». Lorsque l'enfant est envisagé au présent, rattaché aux valeurs familiales des générations passées, il ne peut ainsi lui être associé l'idéal du nombre.

### 5.1. UNE ABSENCE DE NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS MAIS UNE IMPORTANCE DES ENFANTS DANS LA NOTION DE FAMILLE

La question du nombre idéal d'enfants paraît en effet n'avoir que peu de sens dans le modèle de famille auquel adhèrent les personnes qui vivent leurs événements dans l'instant et dans une temporalité de la continuité. Catherine affirme par exemple :

*vous m'auriez dit, à dix-huit ans, vous allez avoir sept enfants... je pense que j'aurais dit, bon ben d'accord, je ne me marie pas, salut les potes, on va faire autre chose... c'était pas du tout structuré comme ça... j'ai rencontré des mamans qui me disaient « ah ! moi j'ai toujours rêvé d'avoir quatre enfants... », moi je n'ai jamais rêvé,*

*je ne me suis jamais imaginée, avec des enfants aussi bizarre que ça puisse paraître, avant d'être mariée, d'être dans le bain... il était évident que j'allais en avoir mais ça restait... hyper abstrait.*

Si Catherine déclare avoir toujours aimé les familles nombreuses, elle dit aussi n'avoir pas prémédité la taille de sa famille et le déroulement de son parcours familial. Aude affirme également ne pas avoir eu une idée précise du nombre d'enfants souhaité; elle dit: «*c'était un à la fois... quand j'en ai un, je sais*». L'enfant semble ne pas avoir été «vécu avant sa naissance», il n'est pas un projet, il est une réalité.

L'enfant est vécu au présent, il est plus ou moins vécu comme un événement du destin, en tous les cas, il se présente comme une potentialité de l'instant. Pour pouvoir penser «nombre», il faut pouvoir penser à une «limite», car un nombre s'envisage en référence à un nombre limite. Or lorsqu'on vit son existence dans une temporalité de l'instant, dans la continuité des générations, la limite n'est pas concevable.

Le sens que l'on peut donner à l'enfant dans cette conception de l'existence découle du sens que l'enfant donne à la famille. Le sens de la famille procède, en effet, de celui de l'enfant. De telle sorte que le désir d'enfant et le sens donné à l'enfant ne diffèrent pas ou très peu entre enfants d'une même fratrie.

## 5.2. UNE ABSENCE DE PLANIFICATION DES NAISSANCES

S'il est difficile de penser «nombre», il est tout aussi difficile de concevoir une planification. Une planification nécessite en effet la possibilité de se projeter, de faire des projets. Elle nécessite de pouvoir se référer à une limite. Aude affirme ainsi :

*c'est vrai que sur l'espace on s'est pas posé trop de questions, et puis c'est vrai, tant qu'on décide pas, on en veut plus, il n'y a pas trop de raisons de... et puis après le quatrième, c'était moins... on s'est calmé un petit peu... quatre en cinq ans... on discutait pas du nombre mais du suivant, à la limite du suivant... moi, j'aurais peut-être été plus pressée que mon mari et puis après on s'est dit, il faut rester raisonnable, il faut assurer, il faut... cinq enfants, les études... c'est plus par raison... on s'est dit, bon, on va s'arrêter là.*

En l'absence de planification, les naissances se succèdent régulièrement. La limite – l'arrêt – n'est pas projetée mais «conscientisée» au présent. Elle se présente en tant que «raison» face à un péril possible pour

le groupe, à une menace qui pourrait compromettre sa cohérence. Il semble que le « désir d'enfant » d'Aude ait été « freiné » par son mari. Pour Aude, le « je » pour avoir des enfants, fait place au « on », quand il s'agit de limiter sa descendance, peut-être parce que contrairement à elle, son mari, issu d'une plus petite famille, peut plus facilement concevoir cet arrêt qu'il justifie par des motifs rationnels.

### **5.3. UNE DISSOCIATION DES ÉTAPES DE MATERNITÉ**

Dans le modèle de la famille qui s'inscrit dans une temporalité de la continuité, l'enfant ne devient « visible » qu'au moment de sa naissance.

Il se pense à sa naissance et non dans un quelconque projet individuel. Outre sa non-planification dans un parcours personnel, cette vue fait que l'enfant n'est pas « rêvé », « imaginé », « désiré » dans son identité sexuelle, dès sa nidation embryonnaire, il se vit au présent, à sa naissance.

## **6. LE TEMPS DE L'AJUSTEMENT DES EXPÉRIENCES**

Lorsque l'occurrence d'un événement – ou sa non-occurrence – est à appréhender en fonction d'un projet, le présent est vécu comme orienté par le futur. De telle sorte que l'existence, la vie, « se construit » en fonction d'une trajectoire. Celle-ci n'est toutefois pas régulière car ce futur est « plein d'incertitudes ». Le présent tourné vers le futur se module au fil des expériences qui peuvent réajuster le sens (la direction) d'un parcours de vie.

Cette conception de l'existence – d'une trajectoire qui s'ajuste en fonction des expériences – se retrouve dans les récits de la majorité des femmes que nous avons rencontrées (Alice, Astrid, Claudine, Elena, Ève, Marjorie, Michèle, Nicole, Pascale, Sara, Sylvianne). Tout en reconnaissant dans leur récit l'idée d'une existence tournée vers le futur, il semble en effet qu'elles ont également le sentiment de participer activement à l'orientation de leur trajectoire familiale, et qu'elles utilisent plus ou moins consciemment leur parcours comme support d'individualisation.

### **6.1. L'EXPÉRIENCE DE LA LIMITE DE LA TRAJECTOIRE**

La conscience et le refus de la limite de la trajectoire individuelle influencent la manière dont l'acteur vit le présent. La perception du temps paraît étroitement liée à la façon dont l'acteur transige avec la conscience qu'il

a de son existence, c'est-à-dire du rapport à sa mort. Si la vie paraît d'abord révélée par le sentiment, la mort est d'abord découverte par la connaissance. De telle sorte que le temps, le rapport à l'existence, se vit au rythme de cette conscience et du degré d'acceptation de cette limite. Avec le témoignage de Michèle, c'est toute la complexité du rapport au temps et à la mort qui est abordée; elle raconte :

*je trouve que depuis l'âge de vingt ans, ma vie a passé très vite. **Les vingt dernières années ont passé très vite, très, très vite.** On a vécu intensément, on a fait plein de choses, on a profité de tout ce qu'on pouvait profiter, mais c'est vrai que j'ai l'impression aussi **que plus on vieillit, plus les années passent vite aussi**, et moins on a le temps de faire ce qu'on aimerait faire, **on se fait vraiment manger par le temps...** avant vingt ans, c'est là justement où j'avais vraiment l'impression **que ma vie était pas longue**, mais où j'avais le temps de faire des tas de choses, c'est peut-être l'inconscience, aussi l'insouciance [rires] mais là, depuis surtout qu'on a une vie familiale, surtout depuis la naissance de Caroline [sa fille], ces treize dernières années, moi je ne les vois pas passer, quoi... chaque année, on se dit, c'est pas possible... mais en même temps, moi, je ne me vois... si, bien sûr, quand je regarde dans le miroir ou sur les photos, avec le recul, **on se voit vieillir**, après je peux dire, en prenant connaissance de **l'image de soi**, mais je veux dire psychologiquement ou mentalement non, j'ai toujours vingt ans, quoi, j'ai pas l'impression de... mûrir, si, quelque part, si bien sûr, mais de vieillir, j'ai pas l'impression.*

Le temps qui passe et donc avec lui la limite de l'existence, Michèle l'appréhende à travers son image et en particulier la vieillesse. C'est donc du dehors que l'idée de la finitude pénètre en elle – apparemment plus intensément vers vingt ans, au-delà de « l'insouciance » –, car c'est « une loi empirique et non d'essence » (Ricoeur, 1988, p. 431). L'accélération de l'existence paraît pouvoir être rapprochée d'un sentiment de « compte à rebours » face à l'inéluctable, ce que Ricoeur (1988, p. 433) appelle « la certitude du devoir-mourir ». La mort apparaît comme un événement empirique s'inscrivant sur une trajectoire empiriquement délimitée, notamment par les âges. Au fil des années et des âges, l'« espérance de vie » qui se présente aussi comme capital de vie s'épuise, le « temps est compté », de telle sorte qu'apparaît alors, pour Michèle, le sentiment de se faire « manger par le temps ».

Il existe une limite de l'existence de la vie humaine, mais il existe aussi pour les femmes une limite biologique pour avoir un enfant<sup>3</sup>. L'âge de quarante ans est souvent accepté par de nombreuses personnes comme étant cette limite. Ce n'est donc pas la « nature » qui délimite la fin du temps fertile des femmes mais un âge-repère précis rationalisé au-delà duquel une naissance apparaît fréquemment comme tardive, voire médicalement non recommandée. Le témoignage de Marjorie qui a commencé des démarches pour adopter un enfant en tant que célibataire à l'âge de 36 ans montre l'importance de l'intériorisation d'un âge à la maternité ; elle déclare en effet : *« je pense que j'étais vraiment prête et je pense que l'âge aussi a joué, j'avais pas envie d'attendre encore des années et d'être plus âgée sans que ce soit une histoire biologique mais par rapport à l'âge concret »*. Il existe un âge symbolique considéré vraisemblablement comme « normal » pour devenir mère. Par rapport à l'éventualité d'avoir un deuxième enfant, Elena déclare également :

*je n'envisage pas d'avoir d'autres enfants parce que j'ai un désir maintenant de m'investir dans une vie professionnelle et puis... les quarante ans étant à l'horizon, il y a déjà un calcul qui se fait... je me dis, avoir un enfant à quarante ans, ça veut dire que l'enfant a une vingtaine d'années quand tu en as une soixantaine.*

À l'enfant, Elena oppose des âges-repères et une situation professionnelle. Le calcul auquel procède Elena semble fait également en vue d'une « rationalisation » de son existence.

Tout en distinguant dans leur récit l'idée d'une existence tournée vers le futur, les femmes ont également le sentiment de participer activement à l'orientation de leur trajectoire familiale, en utilisant plus ou moins consciemment leur parcours et les événements familiaux comme supports d'individualisation.

## 6.2. UNE HIÉRARCHISATION DES SITUATIONS ET DES ÉVÉNEMENTS À PARTIR D'OBJECTIFS INDIVIDUELS

La durée entre deux naissances peut par exemple volontairement être choisie, qu'elle soit relativement courte ou au contraire plus longue. Claudine déclare : *« on voulait que les enfants soient ensemble... avoir*

---

3. Cette limite biologique existe aussi pour les hommes mais elle est moins clairement délimitée et conscientisée.

*deux enfants, pour moi, c'était mieux que deux individus séparés, là aussi c'était un choix et puis forcément l'âge, là aussi, je ne pouvais pas trop attendre non plus*». L'enfant n'est pas vécu ici dans son individualité, mais par ce qu'il apporte à Claudine. Il se présente d'ailleurs comme double («avoir deux enfants, pour moi»). C'est un choix d'enfants dans un parcours personnel. De même, un nouvel enfant peut entrer en concurrence avec d'autres projets de la vie. De sorte qu'un projet d'enfants s'inscrit dans les biographies par autogénération de projets.

Lorsque les relations au sein du couple chancèlent, le projet d'enfants peut aussi s'éloigner parce que le sens de l'enfant ou le non-sens procède du destin du couple. Le sens de l'enfant (et en particulier des cadets) est directement rapporté aux ambivalences du couple, car vecteur de relations affectives et dépendant de la volonté des conjoints.

Lorsque le désir d'enfants n'est pas partagé par les deux partenaires, ou qu'un problème de fertilité vient contrecarrer ce projet, celui-ci peut devenir aussi un enjeu pour le couple, jusqu'à conduire parfois à une séparation. Le désir d'enfants peut ainsi concurrencer d'autres désirs et ne plus s'élaborer, forcément dans le cadre d'une relation de couple. Il devient un choix par rapport à soi, à sa propre existence, qui peut entrer en concurrence avec d'autres projets de vie personnels et de couple.

### **6.3. UNE ATTITUDE RÉACTIVE À L'ÉGARD DES SITUATIONS «NON PLANIFIÉES»**

Une manière d'organiser son existence peut consister également à ne pas subir les événements ou circonstances «non planifiés». Un événement familial planifié, comme une deuxième naissance par exemple, mais «empêché» par une situation imprévue, tels une maladie ou le chômage, peut volontairement ne pas être reporté pour avoir le sentiment de rester maître de sa vie.

De même, un événement non prémédité, par exemple des complications à la naissance du premier enfant ou l'annonce d'une grossesse qui se révèle non désirée par le partenaire, peut influencer le déroulement des événements qui avaient jusqu'alors été planifiés, en remettant en cause toutes les certitudes acquises voire, en remettant en question un parcours familial pouvant conduire à une rupture conjugale notamment.

## 7. LE TEMPS DE L'AUTORÉGULATION

En planifiant des événements-repères entre sa naissance et sa mort, l'acteur – qui a pris conscience de son existence – peut chercher à riposter à sa condition de mortel en s'appropriant le sens de sa vie, à partir de ses propres limites. Définir les projets dans une durée déterminée peut revenir à défier le temps d'une trajectoire de vie en y inscrivant sa propre conception du temps. L'acteur peut alors consciemment situer les limites des projets qui se succèdent pour lui permettre, au gré de ses choix, d'avoir « prise » sur son existence. Mais il peut aussi vouloir braver toute idée-limite – par la pensée – par l'attention qu'il peut porter aux circonstances, en produisant un temps « suspendu » (Delphine, Sonia).

### 7.1. S'APPROPRIER UNE LIMITE POUR DONNER DU SENS À SON EXISTENCE

Pour individualiser son existence, l'acteur « conscientise » d'abord sa temporalité. En individualisant sa temporalité, il s'écarte (sciemment) de la temporalité commune du groupe.

L'événement d'un parcours se présente alors comme une création de valeurs. Le choix de l'événement s'élabore et se fonde sur les propres motivations de l'acteur par rapport à ses valeurs personnelles. Delphine raconte par exemple qu'elle s'est sentie en décalage temporel par rapport au temps qui semble rythmer « normalement » le déroulement d'une vie. Elle déclare :

*je suis consciente du fait que... j'allais dire, dans un premier jet comme ça, que tout a été **très tard**... dans ma vie... en commençant par **ma puberté tardive**, **ma première relation tardive**, **mon choix professionnel tardif**, **ma prise de conscience d'un désir d'enfants tardif**... **tout est tard** et qu'il se trouve qu'en plus, **tout est compliqué** parce que je n'ai jamais eu de relations très longues, finalement, elles ont toujours été **complexes, très complexes**, donc c'est comme si finalement je **me** mettais **moi-même** des bâtons dans les roues, c'est... j'ai une vie assez **compliquée** ou je **me** forge une vie assez **compliquée**... **mes choix** de vie sont **complexes**, je **me** rends compte, je **m'en** rends compte maintenant, quoi, enfin ça fait déjà longtemps que je **m'en** rends compte, j'en suis **consciente**.*

Delphine ne se retrouve pas dans les repères temporels qui marquent, selon elle, le déroulement « normal » d'une existence. Pour elle, tout apparaît « très tard » ce qui rend sa vie « compliquée » et « complexe » puisque

différente de celle d'autrui. En ayant une « conscience » d'elle-même très marquée, soulignée notamment par la tournure du langage, Delphine s'approprie son existence et se donne ses propres limites qui vont aussi lui permettre d'élaborer sa propre temporalité. Elle produit les conditions de production de sa propre histoire.

## 7.2. UTILISER LA DURÉE POUR TESTER SA LIBERTÉ

Le temps est l'événement qui nous arrive, mais c'est aussi comme le dit Ricoeur (1988, p. 425) : « la durée que nous sommes ». Le changement ou l'attention portée à tout contexte peuvent permettre de « casser » le rythme qui relie l'acteur au caractère inexorable du temps qu'il subit. L'acteur peut ainsi parsemer son parcours d'une succession d'événements-ruptures ou au contraire en éliminer l'étalonnage.

En réorganisant son existence, Sonia par exemple a également réorganisé le rythme de sa vie. Elle explique comment son expérience spirituelle a notamment eu des répercussions sur ses rencontres :

*après, de par la foi, les possibilités de rencontres ne se sont plus représentées... j'ai fréquenté un groupe qui était assez... je veux pas dire légaliste, disons, assez sectaire sur certaines manières de voir... donc ça a pu influencer... ça a pu freiner... effectivement, ça a même freiné, c'est clair... bon je suis quelqu'un d'assez optimiste de nature, donc, je veux dire, à la limite, même s'il devait y avoir des années de perdues pour moi, elles seraient bien vite rattrapées... on sait en général que les grandes attentes procurent de grands rebondissements.*

Sonia, après sa remise en question, a contrôlé les événements qui ont ponctué sa vie. Après avoir « freiné » l'occurrence de certains événements, elle signale pouvoir ensuite les accélérer afin de permettre aux « années de perdues » d'être « bien vite rattrapées ». Sonia s'approprie le rythme de son existence et affirme :

*je pense que s'attacher au temps qui passe, pour moi, c'est une mauvaise notion parce que vingt, vingt-deux ans, c'est une minute par rapport à l'éternité [...] au fond, ce n'est pas forcément le temps qui régit la qualité d'une vie [...] regardez une maladie, elle a toujours une période d'incubation, pourquoi est-ce qu'un germe ne se déclare pas tout de suite, hein ! je crois que des fois des choses qui prennent beaucoup de temps qui sont euh... très insidieuses où on a l'impression qu'il ne se passe rien, c'est là qu'il se passe beaucoup de choses.*

Par l'attention qu'elle porte à son existence, Sonia semble vouloir s'en approprier la durée. En «gérant» sa durée («vingt, vingt-deux ans, c'est une minute par rapport à l'éternité»), elle maîtrise le temps de son existence. Elle cherche à «contrôler» sa vie en se libérant de la contrainte du temps qui passe dans une forme d'attente mûrissante («période d'incubation»). L'acte qui suit peut se présenter alors comme un «acte de maturation», d'un débat intérieur. La durée peut être utilisée pour affirmer une certaine liberté par rapport à sa condition humaine, mais la liberté semble aussi s'affirmer dans un acte. Un peu comme un acte de vie, car à l'image d'«une maladie» qui se déclare, celle-ci peut, dans une certaine mesure, faire re-jaillir la vie.

### 7.3. UNE AFFIRMATION DE SA LIBERTÉ DANS UN ACTE SOCIAL CHOISI ET DÉTERMINÉ

Si la durée peut se présenter comme mode d'affirmation de soi tout autant que comme moyen de réflexivité, l'événement peut paraître tout aussi important dans l'existence de l'acteur, notamment en tant qu'«acte-repère» et «acte-inaugural».

C'est cette affirmation à travers un événement socialement reconnu, mais choisi, tels que la naissance de l'enfant (Delphine) ou un mariage (Sonia), qui semble confirmer pour l'individu sa place dans l'existence humaine.

Le désir d'enfant, Delphine ne l'éprouve pas vraiment avant son trente-quatrième anniversaire. Il semble avoir été déclenché par l'angoisse de l'irréversibilité du temps :

*C'est venu, mais alors, je sais très précisément, à l'âge de 34 ans, à mon anniversaire de mes 34 ans... c'est extrêmement lié à l'âge, au chiffre 34 parce que j'ai pris conscience de mon âge, du temps qui passait [...] quand j'ai eu trente-quatre ans, je me suis dit [...] «mon Dieu, mon Dieu, tu es une femme sans enfant, si tu en veux un, c'est maintenant ou jamais», et donc le réveil de l'horloge biologique, la sonnette d'alarme...*

Le désir d'enfant de Delphine paraît venir de l'«extérieur». C'est un repère symbolique porté par l'âge («très précisément à l'âge de 34 ans, à mon anniversaire de mes 34 [...] au chiffre 34») qui éveille en elle, en effet, ce désir et qui est d'ailleurs clairement délimité («je sais très précisément»), jusqu'à s'affirmer ensuite de manière «catégorique». L'affirmation de ce désir s'observe en outre au niveau du rapport au projet, du

rapport à soi et du rapport aux motifs. Il imbibe peu à peu catégoriquement et entièrement l'existence de Delphine. Elle raconte comment ce désir est devenu «impératif» et sans alternative possible :

*La première question, c'était est-ce que **mon désir est suffisamment impérieux** [...] et je me suis aperçue au bout de plusieurs mois que **c'était pas envisageable du tout pour moi... que c'était que j'avais un besoin, un vrai, un vrai désir...***

Si Delphine prend la décision de quitter son compagnon parce qu'il ne souhaitait pas d'enfant, cette décision sera prise après plusieurs années de réflexion. Durant trois ans, Delphine «se met» face à elle-même («*je réfléchissais*»), c'est-à-dire face à ses choix et contradictions («*est-ce que mon désir est suffisamment impérieux*», «*est-ce que [...] je pouvais me passer de **ce désir-là** ?*»). Après un temps d'indétermination, Delphine «se libère» et affirme sa détermination à avoir un enfant. A partir de ce moment-là, le projet d'enfant devient un (authentique) impératif. Elle affirme :

***Maintenant je sais que j'ai un désir d'enfant très fort et que effectivement, je sais aujourd'hui que je suis prête à avoir un enfant toute seule, à le faire je ne sais pas encore comment mais j'ai réfléchi je crois à toutes les possibilités [petit rire], je les ai classées... comme ça fait vraiment longtemps que je réfléchis à tout ça, donc en gros ça fait quatre ans que je réfléchis à toutes les possibilités, donc je sais dans quel ordre j'envisage les possibles c'est-à-dire que j'ai numéroté les différentes façons de faire un enfant dans le couple, hors couple, en mettant un ordre c'est sûr qu'idéalement j'aimerais rencontrer un homme, qu'on s'aime, qu'on vive ensemble et qu'on fasse un enfant ensemble, bon, si ça n'arrive pas d'ici mon trente-neuvième anniversaire on va dire, là, je passerai à d'autres possibilités, entre autres effectivement peut-être demander à un ami qui serait capable d'envisager la chose, donc ça, c'est encore tout un boulot... mais ça, ça serait la solution numéro deux et comme ça j'en ai quatre... mais, mais effectivement, j'envisage de faire un enfant effectivement toute seule, s'il le faut.***

Son projet est affirmé catégoriquement («*maintenant je sais*», «*je sais aujourd'hui*», «*je suis prête à avoir un enfant toute seule*») et sa préférence est consacrée sans retour («*je sais dans quel ordre*», «*j'ai numéroté les différentes façons de faire un enfant*», «*si ça n'arrive pas d'ici mon trente-neuvième anniversaire*», «*faire un enfant effectivement toute seule s'il le faut*», «*j'ai un désir d'enfant très fort*»). En même

temps que le projet devient catégorique, Delphine se détermine elle-même catégoriquement («*pour moi [...] j'avais un besoin, un vrai, un vrai désir*»). Dès l'instant où son projet s'affirme, Delphine «s'unit» à son choix, comme le laisse entendre encore la suite de son récit :

*Moi, je pense que chez une femme, c'est quelque chose déjà de biologique, je pense qu'on a toutes ça en nous biologiquement... j'ai du mal à imaginer que des femmes ne puissent pas vouloir d'enfant, jamais... il y a des femmes qui disent non, non je ne voudrais jamais d'enfant, mais je pense qu'il y a forcément une période de leur vie où elles en voudront un, soit elles sont pas encore arrivées à l'âge où... où tu te dis, c'est maintenant ou jamais, simplement elles n'en sont pas, encore là, euh... je pense que les femmes qui n'en veulent pas, qui n'en veulent réellement pas du tout parce qu'après il y a des femmes qui n'ont pas pu, qui n'ont pas eu l'occasion dans leur vie de réaliser ça, je pense que les femmes qui n'en ont réellement jamais voulu par choix, j'imagine ça comme quelque chose de très, très, très rare, très exceptionnel... j'arrive pas à imaginer ça autrement... actuellement, j'ai un réel, j'ai envie d'un enfant, j'ai envie d'être maman, j'ai envie de transmettre des choses à... à un enfant, à un petit être humain, je m'imagine pas, je suis émue [très émue]... je m'imagine pas... vieillir sans enfant et sans petits-enfants, souvent, je m'imagine vieille et souvent je m'imagine avec des petits enfants et après je rigole, et je me dis ben dis donc, pour avoir des petits-enfants, il faut commencer par avoir des enfants... j'ai envie d'avoir un bébé dans mes bras, j'ai envie de... de... de donner la tétée, de faire grandir un enfant... avec tous les stades, la maternelle, l'école primaire... et au-delà, transmettre quelque chose à un être humain qui va **grandir après moi, quoi***

Delphine s'identifie pleinement à son projet, de telle sorte qu'il n'est pas envisageable pour elle qu'une femme puisse volontairement décider de ne pas avoir un enfant («*j'arrive pas à imaginer*»). Elle est son projet, tandis que la constellation des motifs apparaît fixée dans son ordre définitif («*bébé dans mes bras*», «*donner la tétée*», «*tous les stades la maternelle, l'école primaire*», «*les petits-enfants*»). On peut dire que le désir d'enfant de Delphine a «surgi» (au trente-quatrième anniversaire) à la suite d'une triple détermination: le projet a été déterminé (avoir un enfant), elle se détermine (désir impérieux d'enfant), ses raisons sont déterminées (transmettre, perdurer). L'enfant paraît enfin se présenter dans l'histoire de Delphine comme «présent» («*j'ai envie de transmettre des choses*», «*j'ai envie...*») et «futur» («*je m'imagine avec des petits-enfants*», «*transmettre*

*quelque chose à un être humain qui va grandir après moi*»). Il lui permet de vivre et de perdurer, il lui permet de nier le temps qui passe, d'être un « moi éternel », mais aussi de s'inscrire de la sorte dans la communauté humaine.

## **CONCLUSION**

Au terme de cet article, nous relèverons que la diversité des comportements et des trajectoires individuels au regard de l'enfant, comme de tout autre événement familial, est à saisir dans l'articulation des dimensions temporelles – biologique bien sûr, mais aussi celle du choix ou du sens accordé aux événements et de la biographie. La pluralité des parcours familiaux doit ainsi se comprendre, au croisement de l'interdisciplinarité humaine, comme étant une diversité de raccordements entre l'individuel et le social.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Aron, R. (1938). *Introduction à la philosophie de l'histoire. Essai sur les limites de l'objectivité historique*, Paris, Gallimard.
- Bachelard, G. (1992). *L'intuition de l'instant*, Paris, Stock, 1992 (1<sup>re</sup> éd. 1931).
- Barbier, R. (1997). *L'approche transversale. L'écoute sensible en sciences humaines*, Paris, Anthropos.
- Bessin, M. (1994). «Les seuils d'âge à l'épreuve de la flexibilité temporelle», dans *Le temps et la démographie, Chaire Quetelet 1993*, Louvain-la-Neuve, Academia/l'Harmattan, p. 219-230.
- Charton, L. (2006). *Familles contemporaines et temporalités*, Paris, L'Harmattan, coll. «Logiques sociales».
- Charton L. (2009). «Du désir d'enfant à la première et deuxième naissance», dans A. Régnier-Loilier (dir.), *Photos de familles. Premiers résultats de l'enquête. Étude des relations familiales et intergénérationnelles*, «Les Cahiers de l'Ined».
- Donati, P. et O. Samuel (2001). «Le temps de la procréation féminine», *Temporalistes*, vol. 43, p. 6-14.
- Kellerhals, J., J.-F. Perrin, G. Steinauer-Cresson, L. Voneche et G. Wirth (1982). *Mariages au quotidien. Inégalités sociales, tensions culturelles et organisation familiale*, Lausanne, P.-M. Favre, coll. «Regards sociologiques».
- Maffesoli, M. (1998). *La conquête du présent. Pour une sociologie de la vie quotidienne*, Paris, Desclée de Brouwer (1<sup>re</sup> édition, Presses universitaires de France, 1979).
- Neal, A. et H. Groat (1976). «Alienation correlates of Catholic fertility», *American Journal of Sociology*, vol. 76, p. 460-473.
- Ricoeur, P. (1988). *Philosophie de la volonté I. Le volontaire et l'involontaire*, Vol. 1, 3<sup>e</sup> éd., (1<sup>re</sup> éd. 1950), Paris, Aubier Philosophique
- Roussel, L. (1989). *La famille incertaine*, Paris, Odile Jacob.

## TEMPS ET RITES CONTEMPORAINS DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

### De la maternité à la parentalité

*Denise LEMIEUX*

Tout comme la valeur relative accordée à l'enfant, l'attitude envers le temps semble une dimension importante de la transformation des comportements démographiques. Après le temps destin lié aux maternités d'antan, l'entrée des femmes dans le temps géré (Roussel et Girard, 1982 ; Lemieux, 1989) est associée à leur participation accrue au travail salarié mais aussi aux innovations techniques dans le champ de la contraception qui permettent de choisir et de planifier désormais le nombre, sinon le moment, de l'arrivée des enfants désirés. Pourtant, si la contraception offre une maîtrise accrue des temps de la procréation tandis que la médicalisation de la naissance permet de mieux contrôler les risques pour la mère et l'enfant, la grossesse et l'accouchement demeurent des expériences personnelles à dimensions multiples où les changements du corps féminin s'imposent à divers degrés. Même encadrées par des pratiques médicales

et sociales visant à faciliter l'entrée dans la parentalité (Lemieux, 1996; De Koninck et Malenfant, 2001), les transformations du corps et les rythmes de développement du fœtus continuent de modeler l'expérience du temps des femmes, et indirectement des hommes, au cours de cette étape de la vie où le temps biologique ne saurait être éludé. La gestation et l'accouchement au cœur du devenir parent s'inscrivent aussi dans des trajectoires complexes marquées par le genre, qui comportent d'autres temporalités d'origine sociale : le temps du couple, les temps personnels mais aussi les temps du travail, des sociabilités et des loisirs. Daly (1996) attire l'attention sur l'enchevêtrement des temps sociaux qui se répercutent sur le temps familial ; une telle analyse est tout autant pertinente pour ce qui est de la grossesse et de la naissance pourtant délimitées par les neuf mois de la reproduction humaine.

En effet, la gestation ne relève pas uniquement des rythmes biologiques, si déterminants soient-ils, et des contrôles qu'y surajoute une médecine de plus en plus interventionniste ; la grossesse est un temps d'attente, de préparation et d'anticipation de l'arrivée d'un nouvel être humain incluant son intégration dans un projet conjugal, familial et dans les projets individuels de ses parents. L'événement est donc au confluent du passé, du présent et du futur comme le révèlent les études sur le désir d'enfant et les projets de procréation (Dandurand *et al.*, 1994 ; Charton, 2006). Au terme de la période de gestation, la naissance constitue un temps fort de l'existence encadré par des rites dans toutes les sociétés : rites de séparation et de marges de la femme en couches, rites de passage pour définir l'acquisition d'un statut et d'une identité de mère et de père, rites d'accueil pour saluer l'arrivée du nouveau-né et lui attribuer un nom et une filiation, rites d'agrégation pour marquer le retour de la mère à la vie quotidienne. S'inspirant des analyses historiques ou ethnologiques de la naissance<sup>1</sup> comme un rite de passage dont il s'agira de repérer la persistance et les mutations contemporaines (Segalen, 1998), cet article propose une lecture des composantes temporelles de la grossesse et de la naissance dans le contexte actuel à partir de témoignages de femmes et d'hommes sur l'arrivée d'un premier enfant. Un des changements notables

---

1. Sur l'histoire de la naissance, voir : Van Gennep, A. (1981) ; Gélis, J. (1994) ; Knibiehler, Y. et Fouquet, C. (1997). Pour le Québec voir : Gagnon, J.-P. (1978) ; Lemieux, D. et Mercier, L. (1989).

des observations effectuées dans notre enquête consiste dans l'inclusion du futur père dans les rites de marge, un phénomène observé ailleurs en Occident (Madsen et Munck, 2001 ; Bigot *et al.*, 2005 ; De Montigny et Lacharité, 2005), mais dont il importe de mieux connaître les variantes sociales et culturelles ainsi que les significations.

Si grossesses et naissances sont longtemps demeurées des domaines propres aux femmes, constituant à divers degrés des temps de marges accompagnés de rites et d'interdits, les sociétés modernes ont accentué depuis plus d'un siècle la médicalisation de la naissance en confiant aux experts, médecins, infirmières, nutritionnistes, la surveillance et l'organisation de la mise au monde. Tout au long du xx<sup>e</sup> siècle, des normes furent graduellement imposées aux mères par les médecins au nom de la science et de la technique, tandis que l'hôpital comme lieu de naissance édictait ses propres codes et devenait la scène sociale privilégiée des rites de naissance (Mitchinson, 2002 ; Baillargeon, 2004). Un peu partout en Amérique du Nord, les sages-femmes avaient presque disparu (Laforce, 1985), alors qu'en Europe elles furent intégrées à l'organisation moderne de l'accouchement. Bernadette Tillard (2002) dans une monographie sur la naissance dans un quartier populaire de Lille-Moulins en France, montre bien l'orchestration des pratiques médicales et sociales pour encadrer un événement où le médical a pris le relais des anciens rites. De son côté, Robbie Davis-Floyd (1994) présente les pratiques des hôpitaux américains comme autant de rituels dont la performance vise à transmettre les valeurs d'une société technocratique. La résistance à ces modèles au nom de valeurs humanistes témoigne d'une volonté d'affirmation des individus dans ce registre éminemment intime de leur vie.

À partir des années 1980, dans le sillage du féminisme et de l'individualisation, les mouvements pour l'humanisation de la naissance ont remis en question certains aspects des pratiques hospitalières, questionnant la technicisation de la mise au monde et préconisant une réappropriation de l'accouchement par les femmes et les familles (Laurendeau, 1983 ; Saillant et O'Neil, 1987 ; Quéniart, 1988). Au Québec, ce questionnement a conduit à la création de quelques Maisons de naissances (à peine 1 % des naissances ont lieu dans ce cadre) ainsi qu'au rappel des sages-femmes encore bien peu nombreuses offrant à titre expérimental une alternative au milieu hospitalier. Dans plusieurs hôpitaux, il a également conduit à la création de chambres de naissances où les accouchements se déroulent dans un environnement moins technique quand rien ne laisse prévoir de

complications<sup>2</sup>. C'est aussi avec l'émergence de nouvelles représentations de la paternité que la présence du futur père au côté de l'accouchée s'est imposée peu à peu comme nouvelle pratique et que sa participation aux cours prénataux est devenue plus fréquente<sup>3</sup>. Par ailleurs, l'environnement technique et les savoirs médicaux visant à réduire les risques encourus par l'enfant et la mère ont continué à se développer. En témoigne la normalisation de la césarienne qui, comme l'a observé De Koninck (1990), est la résultante des interactions entre les femmes et les experts. En tenant compte de ce contexte en mutation des lieux, des techniques et des professionnels de la naissance ainsi que de la redéfinition partielle des rôles parentaux, cet article propose d'explorer selon une approche qualitative, les expériences du temps de parents montréalais au cours de la grossesse et de la mise au monde en s'attardant aux dimensions changeantes des rituels entourant ces temps de la vie.

## **1. LA PREMIÈRE NAISSANCE : UN TERRAIN D'ENQUÊTE À MONTRÉAL**

Pour aborder ces rapports entre temps biologique, temps individuel et temps social, je vais recourir aux données d'une enquête sociologique effectuée au Québec en 1997-2000 qui portait sur la construction du familial après la première naissance<sup>4</sup>; la problématique mettait l'accent sur les dimensions relationnelles, rituelles et temporelles du devenir parent. Tout en interrogeant un seul des parents, l'entrevue abordait tour à tour la naissance, la grossesse, les congés parentaux, la vie avec l'enfant au quotidien, les rituels, la division des tâches, les changements dans le couple et la parenté, le retour au travail ainsi que les modes de gardiennage. Cet article portera uniquement sur la grossesse et l'accouchement.

- 
2. Hélène Vadeboncoeur a consacré une thèse de Ph.D à ce dernier phénomène. Elle en livre quelques résultats dans «L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée?», *Le médecin du Québec*, vol. 40, n° 7, juillet 2005, p. 77-86. Voir aussi, Vadeboncoeur, H. *et al.* (1996) et Spector-Dunsky, L. *et al.* (1983).
  3. Cf. De Montigny, F. et C. Lacharité (2005). Dans cette enquête effectuée en 2000, 78 % des pères avaient suivi des cours prénataux et 98 % étaient présents à l'accouchement. Sur genre, maternité, paternité, voir : Dulac, G. (1994); Castelain-Meunier, C. (1998); Neyrand, G. (2000); Descaries, F. et Corbeil, C. (dir.) (2002).
  4. *La construction du lien familial autour de l'enfant : naissance, rituels et temps familiaux*, Projet financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, CRSHC, 1997-2000, sous la direction de D. Lemieux avec la collaboration de deux assistantes de recherche, G. Proulx et R. Larosée.

Les récits de naissance ont été recueillis auprès de 34 parents (22 mères et 12 pères)<sup>5</sup>, dans la vingtaine ou la trentaine, dont la moitié étaient mariés et la moitié vivaient en union de fait. Seul un membre du couple était interrogé, mais l'autre conjoint(e) assistait parfois à l'entrevue. Issues de milieux très divers, les personnes rencontrées habitaient Montréal ou des petites villes des environs; une dizaine d'entre elles venaient de l'étranger, mais toutes les entrevues se sont déroulées en français. La plupart des femmes occupaient un emploi, quelques-unes étaient étudiantes au moment de la grossesse et un petit nombre était sans emploi. Appartenant en majorité à des couples à deux emplois, les témoins se répartissent entre professions libérales ou techniques, employés et ouvriers, étudiants ou parfois sans emploi; leur niveau de vie et leur degré de formation couvrent donc un très large spectre avec une prédominance vers les catégories à haut niveau d'éducation. La majorité (32) avait un seul enfant et dix d'entre eux attendaient le second; deux couples avaient un deuxième enfant en bas âge. Les accouchements se sont déroulés pour la plupart dans divers hôpitaux de Montréal ou des environs et quatre ont eu lieu dans des Maisons de naissances. Neuf accouchements se sont faits par césarienne et deux accouchements sont survenus avant terme.

L'approche par récits de vie utilisée ici ne vise pas à recueillir des faits à partir de questions précises mais bien des témoignages autour de thèmes: ils racontent des expériences vécues, accompagnées de perceptions, de représentations, de sentiments. Dans ces témoignages, les thèmes varient, certains événements sont à peine évoqués, d'autres sont mis en relief. Ces histoires de naissance sont donc singulières et difficiles à comparer; mais à travers leur narration s'exprime la mémoire d'une expérience corporelle, relationnelle et sociale au confluent de plusieurs temporalités. Dans l'analyse, le croisement des récits par thème permet de dégager une sociographie partielle de ces expériences du devenir parent difficiles à cerner.

## **2. LA GROSSESSE, ASPECTS PHYSIOLOGIQUES ET COMPOSANTES SOCIALES DU DEVENIR PARENT**

Chez la majorité des personnes rencontrées (22/34), un projet de procréation existait et l'arrivée de l'enfant a été préparée en fonction d'une installation conjugale ou professionnelle préalable. On attendait de vivre ensemble dit

---

5. Le corpus initial comportait 36 parents. Deux ont été retirés sans modification de la numérotation.

une jeune femme qui devient enceinte peu de temps après leur arrivée au Canada. Un jeune homme qui vit en couple depuis longtemps explique qu'ils envisageaient de faire les choses par étapes : « *On est resté en appartement ensemble, donc on se connaissait. On va suivre les étapes, c'est-à-dire on va se marier, on va s'acheter une maison et on va avoir des enfants. Moi, c'était plutôt une stabilité que je voulais* » (Père, entrevue 35). Pour d'autres, un changement dans leur vie précipite la décision. Dans quelques cas, la naissance précède l'installation du couple.

Le nombre de naissances non planifiées parmi ces premières naissances est assez élevé (12 sur 34 naissances). Qu'on les qualifie de surprise ou d'accident, elles surviennent cependant dans des contextes divers, ce qui en modifie la perception. On retrouve assez peu dans ces récits cette représentation d'un temps destin encore observée par Bernadette Tillard (2002) dans un quartier populaire du Nord de la France. L'existence d'un projet d'enfant chez un couple rend la grossesse imprévue facile à intégrer bien qu'elle puisse interférer avec d'autres projets.

## 2.1. DEVENIR ENCEINTE : L'INSTANT DE LA CONCEPTION

Les récits des débuts de grossesse révèlent de façons diverses la persistance des indicibles du corps à une époque où la technique fait de la conception un projet volontaire et contrôlé. Devenu père à un moment de sa vie où « les plans de match » étaient modifiés à cause d'une réorientation professionnelle suscitant un changement de ville et une perte d'emploi pour sa conjointe, un homme conclut le récit de la naissance survenue dans ce contexte de stress par une boutade : « *Je peux même te montrer le vidéo si tu veux ! [rires] J'ai pas le vidéo quand on l'a conçue par exemple ! [rires]* » (Père, entrevue 13). Qu'une naissance soit voulue ou qu'elle soit imprévue, comment imaginer ou décrire l'instant où la vie se crée ?

Plusieurs recourent à une onomatopée. Une femme rappelle l'opposition de son conjoint à une naissance quand ils se sont connus, leur rupture de trois ans, des aventures avec d'autres copains, puis la rencontre unique qui a produit cette naissance : « *Ça fait que, à un moment donné ça a commencé de même, tout d'un coup ! Ça faisait trois ans. On n'a pas pris de protection et ça a marché tout d'un coup, de même. Paff !* » (Mère, entrevue 29). Pour décrire l'événement inattendu, un autre récit redouble même l'exclamation :

*Ce n'était pas un accident, je ne peux pas dire un accident, mais c'était pas prévu, disons. Puis quand j'étais aux Antilles, bien mes menstruations n'arrivaient pas, puis là je me disais, c'est la chaleur, tout ça change là, il faut que je travaille, tu sais. Le stress, tu laisses ton cœur là-bas, ça fait que je ne m'en faisais même pas, je n'y pensais même pas. Jusqu'à temps que je me dise, le deuxième mois... oups! Oui, alors là, j'ai passé un test puis c'était positif; ça fait que là, ça a fait « ough! » (Mère, entrevue 4).*

Devenue enceinte alors qu'elle se croyait stérile, une femme affirme : *«J'en voulais des enfants car j'avais arrêté la pilule tu vois. Mais je ne savais pas que j'étais enceinte. Ça a duré pendant un an et demi après que j'ai arrêté la pilule et là, boum!, c'est arrivé comme ça»* (Mère, entrevue 30). *«Puis, il y avait des moments où elle avait l'impression que oups! Ça y était»* dit un homme pour évoquer les déceptions de sa femme à chaque fin de cycle pendant l'année et demi où ils ont voulu procréer (Père, entrevue 1). Pour un autre père, une expression populaire traduit assez bien un événement soudain, difficile à percevoir :

*C'est arrivé quasiment comme un cheveu sur la soupe, là. On ne travaillait pas nécessairement à ça. Puis c'est arrivé!* (Père, entrevue 33).

## 2.2. LA GROSSESSE : SIGNES, DOUTES ET CONFIRMATION

Les récits de grossesse contiennent toute la gamme des transformations du corps et des façons de vivre ce temps d'attente. *«J'étais en pleine forme»*, dit l'une, quand l'autre confie : *«Je n'aime pas beaucoup être enceinte. Physiquement, c'est dur tu sais; il y en a qui aiment ça, mais moi ce n'est pas une condition dans laquelle j'aime être»* (Mère, entrevue 5). Au contraire, la première dit : *«J'ai vraiment vécu ça à pleine vapeur. J'ai eu une super belle grossesse, je n'ai pas eu de maux de cœur; j'ai pété le feu, là. J'étais vraiment bien, enceinte. Je pense que la plus belle année de ma vie, c'est l'année que j'ai porté ma fille»* (Mère, entrevue 15). À l'aise ou non avec ce corps en mutation, l'une et l'autre vivent cette période en maintenant une vie professionnelle active.

La plupart éprouvent des malaises étalés sur les premiers mois et parfois au-delà. Exceptionnellement, des difficultés majeures, l'impossibilité de s'alimenter ou des saignements qui font craindre une fausse couche nécessitent un suivi médical accru, des périodes d'alitement (2 cas) ou plus rarement (2 autres cas) des séjours à l'hôpital. L'attente de jumeaux (1 cas)

s'accompagne d'une grande fatigue causée par l'anémie, tandis que le diabète ou la tension artérielle suscitent aussi des supervisions accrues. Les expériences présentées dans ces récits varient donc énormément et un même témoignage contient souvent des souvenirs contrastés. C'est le cas d'une jeune cadre, à l'emploi d'une grande entreprise, qui malgré une grossesse accompagnée d'évanouissements et de difficultés à s'alimenter qui l'oblige à quitter son emploi, évoque le plaisir de porter un enfant :

*Mais j'ai beaucoup aimé ça malgré le physique qui en prenait un coup. J'ai bien aimé ça ! J'ai aimé le fait de porter un enfant. J'ai aimé les changements du corps. J'ai aimé la vision de l'entourage, tu sais là, c'est comme si tu deviens chouchoutée un peu là ! On ne le dira pas mais c'est ça ; c'est agréable. C'est un privilège d'avoir un bébé dans son ventre et puis de le porter. Je ne comprenais pas ma sœur qui en a eu un et qui disait qu'elle avait ça en dedans d'elle et en voulait un autre. Puis je ne comprenais pas. Elle me disait : « Tu vas voir, ça vient d'en dedans ! (Mère, entrevue 27).*

Par contre, une jeune femme garde un mauvais souvenir de cette période où les malaises s'ajoutent à la perception d'un rejet par son milieu de travail :

*Bien moi j'ai eu une grossesse pas difficile tant que ça physiquement, mais je pense que j'ai été en burn-out quand j'ai été enceinte. C'est que pour moi ça a été vraiment dur d'être enceinte. Je garde de très mauvais souvenirs. J'étais très fatiguée. Je faisais beaucoup de stress, beaucoup d'insomnie. C'était dur par rapport au travail. En tout cas pour plein de raisons. Là-bas, ils n'acceptaient pas que je sois enceinte et ils me le faisaient sentir beaucoup. C'était comme un bon 7 mois assez difficiles parce que finalement les sages-femmes m'ont arrêtée vers le 13 mai et j'ai accouché juste le 19 juillet. Donc, j'ai été retirée de mon milieu de travail (Mère, entrevue 2).*

Fort heureusement, les débuts de grossesse peuvent être accompagnés de symptômes à peine perceptibles et une femme se rend même au troisième mois sans se douter qu'elle est enceinte. Une autre le découvre en passant une série de tests afin de participer à une expérience pharmaceutique.

Qu'il y ait malaises prononcés ou légers, le test de grossesse sert de marqueur du début de grossesse et plus d'un couple y recourt une deuxième fois pour s'assurer de la véracité de l'information. Malgré le résultat positif, on exprime parfois un doute face à une transformation encore invisible, telle cette jeune femme déçue de n'éprouver aucun symptôme qui répétait sans cesse selon son conjoint : « *Je suis enceinte, puis,*

*qu'est-ce que ça change ?* » (Mère, entrevue 34). Un écart entre le résultat du test et le peu de changement constaté est également exprimé par un père qui espérait ce moment depuis longtemps :

*C'était planifié! Comment j'ai réagi? [silence] De ce que je me souviens là, je pense que... on en voulait tellement et c'était tellement prévu que bon, c'était super agréable mais ça n'a pas eu l'impact que j'aurais pensé... C'était comme: «Ah, c'est super!», ah, OK! on va passer à autre chose. Car, c'est comme si on avait juste, juste, juste ça dans la tête. On avait assez hâte qu'elle tombe enceinte! Là, j'avais hâte à l'étape suivante... comme préparer la chambre, préparer la venue du bébé. Ça, j'avais hâte! C'était de passer à l'action, d'être dedans pour vrai! (Père, entrevue 31).*

C'est une véritable incrédulité qu'exprime pour sa part un jeune ouvrier qui voit sa femme malade au point d'être hospitalisée mais qui n'arrive pas à croire qu'elle attend un enfant :

*Mais moi, je ne croyais pas qu'elle était enceinte jusqu'à temps que j'ai vu l'échographie! Je ne pouvais pas croire qu'il y avait un bébé là-dedans... Non, je croyais. Quand elle m'a dit: «Je suis enceinte!», j'ai dit: «Ah, oui? C'est pas vrai! Je ne suis pas papa, moi! Je vais attendre que ça sorte et là, je vais le croire!». Même, elle était grosse, j'ai dit: «Hein!» [...] Je ne peux pas croire comment ça se fait qu'une femme peut mettre au monde un enfant, même si on te l'explique à l'école; et là, je trouvais ça long! Honnêtement, 9 mois, c'est trop long! (Père, entrevue 32).*

Devant l'incertitude du dénouement de la grossesse, qui exacerbe la difficulté de croire à leur paternité et maternité prochaines, ils ont attendu le quatrième mois pour l'annoncer à leur entourage. C'est aussi le cas de cette femme qui a fait deux fausses couches avant de mener à terme son premier enfant. Pour se protéger d'un éventuel échec, elle dit avoir attendu la seconde échographie pour annoncer l'événement à ses parents et collègues: «*J'étais quasiment obligée de le dire car j'étais à 4 mois et demi. Donc ça ne paraissait pas beaucoup mais quand même!*» (Mère, entrevue 22). Si l'annonce aux proches suit en général la confirmation du test de grossesse, il arrive qu'on hésite à informer son milieu de travail par crainte de perdre un emploi précaire (Père, entrevue 35).

Avec le temps, les rondeurs du ventre rendent cependant visible l'état de future mère, un état qui constitue un processus plus qu'un statut. Dans une analyse fine de ce phénomène, Quéniart (1988) situe dans le lien corporel avec le fœtus (le lien du ventre), mais aussi dans les échanges

avec autrui, la perception du corps enceint avec ses intériorisations et ses mises à distance. Une jeune étudiante de notre enquête évoque le regard des autres sur son corps mais affirme son indifférence :

*Je finissais mon secondaire 5 avec une grosse bedaine<sup>6</sup> à l'école. Tout le monde me regardait là [rire]. Tout le monde me regardait et ils disaient : « Ah ! Elle est enceinte et elle est à l'école ! ». Moi, ça ne me dérangeait pas. Ce qui était important pour moi c'était de finir mon secondaire (Mère, entrevue 20).*

Lorsque son copain la présente à sa famille, disant c'est ma copine elle est enceinte, une jeune femme avoue un léger malaise : « C'était évident, j'avais la bedaine de l'autre côté de la rue ». Une autre dit fièrement avoir fait la manchette de son journal de quartier en se promenant à vélo avec sa bedaine jusqu'au dernier mois (Mère, entrevue 11). Un père évoque cette lente métamorphose qui laisse enfin croire à la réalité de la grossesse :

*Au début, tu n'y crois pas ! Car tant que tu ne vois pas la bedaine... De toute façon, en n'étant pas malade ni rien, comment fais-tu pour savoir qu'elle est enceinte ? [...] C'est quand la bedaine a commencé à grossir, et là on s'est mis à sentir les petits coups, surtout quand je suis allé chez le médecin avec elle. Là, oui ! Avant tu y crois plus ou moins (Père, entrevue 34).*

Mais bien avant cette transformation de l'apparence et des regards sur soi, d'ailleurs différemment appréciés, l'échographie vient confirmer l'état de futur parent.

### 2.3. L'ÉCHOGRAPHIE, OUTIL DIAGNOSTIC ET RITE INTERMÉDIAIRE DU DEVENIR PARENT

Si le test de grossesse amorce dans le doute et l'incrédulité un état de futurs parents, l'échographie rend visible le fœtus ; cette imagerie médicale introduit dans le temps de la grossesse des moments forts, chargés d'émotions :

*Car pour moi, c'était la première fois. C'était comme une grande expérience ! Tu as quelque chose en dedans de ton ventre et le docteur avec son expérience peut te le faire voir sans qu'il soit encore né. Il avait l'air bien. Le docteur te montre ses petits ongles et tout ça.*

6. Bedaine, est un mot québécois très répandu ; probablement une altération de l'ancien français *boudine*, « nombril », et par métonymie, « ventre ».

*Et ça c'est sa tête. Et je disais tout le temps: « C'est quoi son sexe ? C'est quoi son sexe ? ». Je voulais le savoir..... Et je disais aussi: « Est-ce que son cœur bat ? ». C'est ça qui est important. Je lui ai dit: « Son cœur bat ? ». Il a dit: « Oui, oui! On va te faire écouter son cœur! » Ça c'était vraiment une belle expérience pour moi! Écouter le cœur de mon bébé, de le voir sans qu'il soit encore né là (Mère, entrevue 20).*

Par la suite, cette jeune femme, qui vit seule sa grossesse car le père ne détient pas de papiers d'immigration, personnalise son lien en parlant à « son enfant » et en lui faisant écouter de la musique. Pour la plupart des futurs parents, l'échographie présente une première découverte de l'enfant réel et amorce ou consolide un sentiment d'identité paternelle et maternelle :

*Mais à l'échographie, tu vois. Et là, le technicien commente en disant: « Oh, regarde! Ça c'est la tête, ça c'est le cœur et le foie et la rate et les poumons. Oh, regarde, il vient de mettre son poing dans sa bouche! Ah! il a le hoquet. Ah, il vient d'avalé quelque chose! »....Nathalie n'a rien dit de plus à l'échographie. Tu vis le moment présent et tu ne t'amuses pas à penser à d'autres choses (Père, entrevue 34).*

Certains auteurs qui ont étudié l'usage et les effets de cette technologie sur l'expérience de la maternité et de la paternité (Quéniart, 1988 ; Felloux, 1991 ; Bigot *et al.*, 2005) insistent sur la transformation qu'elle introduit dans le rapport à l'embryon. Tillard (2002) rapproche de la magie la perception populaire de cette technique qui fait voir l'intérieur du corps. Selon Quéniart, le rapport intime et charnel au fœtus devient par cette technique extérieur et visuel. Mitchell va plus loin en observant que l'échographie contribue à séparer femme et embryon et accélère l'individualisation du fœtus (Mitchell, 2001 ; Goupil-Dormany, 2002).

C'est aussi la possibilité de séparation entre un temps d'incertitude et la confirmation visuelle de l'événement qui transforme aisément l'échographie en un rite de passage. Dans nos données, où l'on peut identifier 24 mentions d'échographies, la plupart évoquent ses effets rassurants face aux risques de la grossesse ou commentent la possibilité de connaître ou non le sexe de l'enfant. À propos de ce savoir inédit, les personnes se répartissent en deux groupes distincts selon qu'elles désirent ou non cette information, une division qui renvoie à des milieux et des situations différentes. Les témoignages qui expriment un contenu sémantique élaboré au sujet de l'échographie semblent répondre à une situation d'incertitude

plus marquée quant à l'issue de la grossesse ou aux aspects identitaires du devenir parent. Entre autres, dans les unions conjugales récentes avec grossesse non planifiée, l'échographie semble confirmer et parfois amorcer le lien du père avec l'enfant mais aussi renforcer celui du couple à travers l'engendrement.

*Oui, j'ai eu deux échographies en tout. J'étais « émerveillée »! Je ne pouvais pas croire que c'était elle. J'étais émerveillée mais je pense que c'était plus C., car il était collé à l'écran. Il a dit : « Wow! ». Il a acheté le vidéo, il a tout acheté ce qu'ils vendaient... Il entra à la maison et il les regardait tout le temps. C'était vraiment quelque chose d'émotionnel pour nous la première fois qu'on a vu Sarah. C'était de la joie et en même temps, on ne pouvait pas croire que c'était vraiment elle, qu'on a vraiment fait un enfant (Mère, entrevue 21).*

Dans un autre cas où la naissance précède la cohabitation, la jeune femme remarque qu'après chaque échographie son copain acceptait davantage de se reconnaître comme le père de l'enfant :

*Le prénom, on en avait discuté mais c'était le nom de famille moi qui m'avait frappé. Mais tout d'un coup il est arrivé et c'était Madison. C'était pas longtemps après qu'on ait été à une échographie. En tous cas, ça l'a marqué beaucoup. Dans l'évolution de la grossesse et de notre relation. Ça a été comme à chaque fois... je pense que ça a été bon, que j'aie quatre échographies finalement. D'une fois à l'autre j'avais l'impression qu'il se sentait beaucoup plus concerné. On le voyait **mieux de fois en fois** (Mère, entrevue 10).*

Pour une femme d'origine africaine qui se croyait stérile après dix années de mariage, l'existence de deux embryons révélée à la première échographie est accueillie avec silence et joie. L'épisode de la seconde échographie lorsqu'elle apprend le sexe des enfants et qu'elle choisit leurs noms, exprime la signification sacrée de cette double grossesse. Elle y évoque le récit biblique où Rachel devient mère par procuration avec la volonté de Dieu. Si ses enfants à naître reçoivent des noms qui incarnent tour à tour le miracle et la prophétie, le récit révèle ici non pas l'accès à une identité de mère (car elle se dit déjà mère des enfants de sa sœur qu'elle a élevés), mais surtout l'abandon de son identité de femme stérile (Mère, entrevue 26).

Après deux fausses couches et des examens génétiques et médicaux qui les bouleversent quant à leur aptitude à procréer, un couple vit l'échographie comme la confirmation d'une grossesse normale. Eux aussi procèdent à la nomination qualifiée de *baptême in vitro* :

*En fait, moi je voulais savoir le sexe. Donc, ça on l'a su à quatre mois. On a su tout de suite que c'était une fille donc on avait déjà choisi le prénom ; on l'a comme baptisée in vitro. Pour moi, c'était important de savoir à qui j'avais affaire [rire]. Disons que les mauvaises surprises ou les surprises en général, j'étais plus très forte. Je voulais savoir où je m'en allais. Je n'imaginai rien de spécial. Moi, de toute façon...nous, on était très axé sur « Pourvu que tout aille bien ! Et qu'elle soit normale ! ». Tu es rendue à la troisième expérience donc tu t'en fiches un peu du caractère et du sexe. Tout ce que tu veux, c'est que le bébé soit normal (Mère, entrevue, 22).*

Si l'échographie semble marquer dans plusieurs cas une transition entre l'inconnu des débuts de grossesse et l'état avéré de « parent en devenir », jouant partiellement un rôle de rite d'institution au sens évoqué par Bourdieu (1982), sa fonction de rite de passage intermédiaire du devenir parent s'affirme aussi par son lien étroit dans plusieurs discours avec le début des préparatifs matériels ou symboliques pour accueillir l'enfant, ce qui inclut pour quelques-uns le choix du prénom.

S'il permet de connaître le sexe de l'enfant, un bon tiers des parents rencontrés écartent volontairement ce pronostic offert par la médecine, ce dont témoigne une jeune femme diplômée dans une profession scientifique :

*D'ailleurs, tout le monde était convaincu que je le savais mais que je gardais le secret. C'est impossible en 1998 de ne pas le demander, de ne pas le savoir ! Mais pour moi, je me dis qu'est-ce qu'il reste d'autre ? Tu appelles : « Salut, il est arrivé ». Pour moi c'est banal. Ça ne laisse pas de place à la surprise (Mère, entrevue 5).*

Le choix d'ignorer le sexe avant la naissance est plus souvent le fait de parents scolarisés, ingénieurs, musiciens, médecins ou d'infirmières. Ces couples recourent volontiers à l'échographie comme technique médicale pour s'assurer du bon développement du fœtus, mais ils écartent la possibilité de connaître le sexe de l'enfant en gestation pour des raisons diverses. Le témoignage suivant explique ce refus par le désir de garder la possibilité de rêver des deux sexes :

*C'était important qu'on ne le sache pas car on voulait avoir une surprise à la fin de tout ça. Puis aussi, c'était important pour moi de ne pas savoir c'est-à-dire dans le sens que je peux rêver des deux sexes : « Ah, si on a une fille, on fera ça ! », « Si on a un garçon, on fera ça ! ». Des fois, imaginer c'est plus plaisant que de savoir. Des fois, on achète des billets de loterie juste pour imaginer ce qu'on fera si on gagne. C'est un peu comme ça. On ne voulait absolument pas le savoir... Nous, on voulait un bébé en santé, c'est tout ce qu'on voulait ! Et même pour la deuxième fois, c'était ça !... (Mère, entrevue 28).*

Conserver le mystère vis-à-vis de l'entourage, éviter la déception face à une préférence exprimée par l'un des conjoints, se prémunir contre une erreur possible au moment de l'échographie, l'ignorance maintenue du sexe de l'enfant jusqu'à la naissance, renvoie sans doute à diverses motivations. L'existence d'incertitudes ou d'erreurs de diagnostics suscite par ailleurs la surprise : « On avait plusieurs suggestions, mais nous autres on pensait avoir une fille. On était tellement sûr, là, c'est fou ! On n'a même pas pensé à un nom de gars. J'ai décoré la chambre en fonction de ça. Quand on a su, là, on était vraiment en choc. Je ne voulais pas croire le médecin ! [rires] On était tout confus » (Mère, entrevue 17). Un père présente aussi comme un choc l'arrivée du petit garçon alors qu'ils attendaient une fille déjà dotée d'un prénom.

Si la plupart des personnes évoquent le test de grossesse et l'échographie dans les histoires de naissance, les récits varient considérablement concernant les préparatifs matériels concernant la venue de l'enfant qui traduisent plutôt la diversité des styles de vie, des conditions sociales mais aussi la durée inégale des histoires conjugales.

#### **2.4. LA PRÉPARATION DU NID : À DEUX OU À PLUSIEURS**

Préparer la layette et le berceau fait partie des gestes immémoriaux préluant à une naissance. Ces jeunes femmes en emploi ont en général peu évoqué de travaux de tricot et de couture jadis associés à l'attente. Bien que quelques mères en devenir cousent une pièce de la layette, en général les achats se substituent au fait main sans oublier les dons qui circulent abondamment entre amis et dans la parenté<sup>7</sup>. Trois mères ont été l'objet d'un « *shower* » de bébé de la part de leurs amis comme le raconte un père :

7. Sur les dons après la naissance, Ouellette, F.-R. et R.B. Dandurand (1992). Sur la signification changeante de ces dons dans le cas des mères adolescentes, voir Charbonneau, J. (2003), et en particulier le chapitre 6.

*Et puis là on a eu des cadeaux. Tout ce que tu peux penser, balançoires, «bébelles», parc, etc. Puis après ça, ici, on en a eu de la famille. Puis mon beau-frère, lui, tous les jouets dont il peut se débarrasser, il nous les donne [désignant le parc à jouet]. On est à la veille de ne plus pouvoir mettre un bébé là-dedans. Je la mets là-dedans, à un moment donné, on ne l'entend plus. Puis là, je la déterre un peu et on voit qu'elle est encore là... [rires] (Père, entrevue 13).*

Le flux d'objets se poursuit du «*shower*» à la naissance selon un autre père qui constate que d'autres en auraient eu plus besoin qu'eux. Une jeune femme fait le même constat d'abondance des objets reçus :

*Ah oui des cadeaux on en a eu! [rires] On en a tellement eu que maintenant on est obligé de le changer de chambre parce que sa chambre n'est plus assez grande [rires]. Il est bien gâté. On a eu beaucoup d'argent pour acheter des choses... on a rien acheté en fait pour le bébé, tout nous a été donné en cadeau. La poussette, le thermomètre automatique à 100\$! On a tout eu en cadeau. On a vraiment été gâtés pour ça. L'ameublement de la chambre, c'est le mari de ma mère qui a tout acheté (Mère, entrevue 20).*

Malgré cette contribution des proches à la préparation, un certain nombre d'informateurs et surtout d'informatrices persistent à affirmer qu'ils font ces activités à deux. Pour leur part, c'est ensemble qu'un couple a tout acheté :

*Bien, premièrement, on a fait sa chambre. On a mis beaucoup de temps sur sa chambre. On a magasiné, et pas à peu près pour lui, pour que ce soit parfait!... C'est effrayant comment on a mis du temps pour qu'il soit confortable! Et puis je regarde juste le petit mobile qui tournait autour de son lit, on en a fait des magasins, tu ne peux pas savoir combien! Puis c'est quelque chose que, il s'en foutait pas mal de ce bidule-là. Puis on a mis des efforts ah! On a magasiné longtemps... On a acheté les jouets, le linge, euh... Tout ce qu'il avait besoin, il l'avait (Père, entrevue 31).*

Quelques femmes de milieux populaires évoquent plutôt leurs achats d'un vêtement à la fois, tandis que la famille complète les achats :

*Bien, vu que je recevais de l'aide sociale, les achats ont été limités. Bien moi, à chaque fois que je magasinais et que je voyais des choses en spécial chez Wal-Mart, je prenais l'argent et j'allais acheter des choses. Alors dans son bureau, il y avait le linge déjà. Puis sa couchette, bien je l'ai eu en cadeau de ma famille, mais on a acheté le matelas et tout (Mère, entrevue 29).*

C'est parfois dans les milieux populaires que l'on tient davantage à connaître le sexe de l'enfant pour ajuster ses achats à des critères de genre : « *Quand j'ai su que j'allais avoir une fille, je me suis promenée dans tous les magasins [rire] et j'achetais toutes les affaires roses. Elle avait toujours du linge rose, rose, rose, rose...* » (Mère, entrevue 20).

Alors qu'en milieu populaire français, le landau semble un objet symbolique quasi obligatoire que chaque famille acquiert à grand prix (Tillard, 2002), préparer la chambre du nouveau-né est un geste symboliquement associé à la naissance dans presque tous nos récits. Plusieurs couples réaménagent leur logis tandis que quelques couples ont déménagé pour réaliser cet objectif.

*On savait déjà, quand on a choisi cette maison-là, que c'était pour une famille de quatre enfants. Donc ce que j'ai fait pour la naissance, c'est que j'ai aménagé la petite chambre qui est ici ; ce que j'ai fait c'est que j'ai enlevé les boiseries, j'ai repeint, j'ai décapé les boiseries, repeint, reposé tout ça... on a acheté quelques meubles (Père, entrevue 7).*

L'aménagement peut demeurer simple et plusieurs futurs parents recyclent des objets et transforment leur environnement comme si le geste lui-même de préparation, peu importe l'activité, comportait une signification symbolique de construction de la famille en marche qui englobe aussi d'autres proches.

*Ah! bien! c'est une chambre très, très terne au départ, c'est une chambre qui nous servait de débarras. Les murs étaient blancs. On a fait un plancher qui se lave bien, on a mis de la couleur. Les murs ont tous reçu leur couche de peinture, elle a mis une tablette aux trois quarts de hauteur tout le tour pour pouvoir mettre les toutous et les bébelles, là. Naturellement il a fallu dénicher des meubles mais on a rien eu à acheter, tout nous a été donné. On a eu beaucoup de cadeaux aussi (Père, entrevue 14).*

La transmission d'un lit d'une génération à l'autre nécessite une adaptation pour répondre au goût du jour :

*Il y a un meuble, c'est-à-dire la table à langer, qu'on a acheté. La couchette, c'est la mienne, c'est-à-dire que j'ai couché dedans quand j'étais bébé. Mon oncle l'a rénovée pour la rendre conforme car elle était loin des normes d'aujourd'hui (Père, entrevue 34).*

Ceux et celles qui ne peuvent préparer la chambre du bébé parce qu'ils ne disposent pas d'un espace suffisant ou qu'ils habitent chez leurs parents vont préciser que la chambre de l'enfant est dans leur chambre. La crainte concernant le dénouement de la grossesse en incite aussi certains à reporter ces préparatifs à la toute fin. C'est le cas d'une jeune femme d'origine antillaise qui invoque sa culture pour expliquer pourquoi ils ont attendu la naissance pour assembler la couchette :

*Car il y a une croyance qui dit que... il y a beaucoup de gens qui préparent la chambre avant ; mais nous, c'est le contraire. Il faut attendre que l'enfant soit vraiment là. Je n'ai pas fait vraiment de préparatifs avant qu'elle vienne au monde, sauf l'achat de deux ou trois habits pour qu'elle ait quelque chose à se mettre sur le dos après sa naissance. Je ne sais pas si c'était important que je fasse ce choix-là. J'ai fait ce choix-là pour être sûre qu'elle va entrer dans le monde, qu'elle va être née et qu'elle est correcte (Mère, entrevue 21).*

C'est pour une raison qualifiée de superstition mais appuyée par son expérience de grossesses non menées à terme, qu'une femme de milieu aisé repousse les préparatifs :

*Donc moi j'ai, par superstition, attendu la deuxième écho. Là, moi je fais beaucoup de couture. Je fais énormément de chose pour son lit, pour sa chambre. Ça me plaisait énormément. Et... j'ai acheté les meubles assez tard, trop tard d'ailleurs parce que je me suis aperçue qu'on n'achète pas des meubles de bébé au mois de juillet. [...] Alors j'ai acheté ce qu'il y avait dans le magasin. Donc on a acheté les meubles en juillet et je l'ai eu à la fin août (Mère, entrevue 22).*

Deux femmes précisent qu'elles ont fait la peinture elles-mêmes parce qu'elles voulaient que le tout soit complété à temps. Un homme dit qu'il se réserve les aspects financiers de la préparation :

*Mais on a essentiellement aménagé sa chambre, c'est surtout Rachel qui a travaillé là-dessus, moi je travaillais les autres aspects. Je préparais les finances du couple, je regardais la planification financière, plus l'aspect financier des choses. Puis on était plus... Elle c'était plus le quotidien, comme la chambre (Père, entrevue 14).*

Les proches et en particulier les futurs grands-parents contribuent au besoin à ces préparatifs si la future mère est affaiblie ou trop accaparée par ses activités professionnelles :

*J'avais déjà des difficultés à me ramasser et à survivre là, alors là, on mange. Le reste, si je n'avais pas eu d'autre monde autour de moi, ma mère et du monde qui pensait à ça, je n'aurais même pas eu de plaisir [à ces préparatifs], je ne serais même pas entrée dans les magasins pour trouver du linge, des affaires [de bébé]. À un moment donné, il y a eu la chambre, la fin de semaine de la Reine au mois de mai. Puis encore là, moi j'étais au repos et on a fait venir ma gang de frères avec mon conjoint; ils ont repeint l'appartement, arrangé la chambre. Mais vraiment, c'est ma belle-sœur, ma mère qui ont préparé le lit; on a un lit familial qu'on passe de génération en génération: elles l'ont monté, l'ont tout arrangé (Mère, entrevue 2).*

C'est aussi le cas d'une jeune femme qui termine un stage d'études en même temps que sa grossesse. «*Bon, ma belle-mère au début voulait faire ça juste avec mon conjoint, mais finalement on a fait ça un peu tout le monde ensemble. Au bout de la ligne on a un peu établi que chacun avait son mot à dire là-dedans et c'était amusant, tout le monde a participé*» (Mère, entrevue 12). Des futurs grands-parents, parfois des oncles et tantes contribuent aux paiements comme aux rénovations et aux déménagements.

Derrière l'avalanche d'objets transmis et de gestes concrets de préparation, l'attente de l'enfant se concrétise et implique déjà l'entourage et les générations précédentes mais surtout les parents en devenir qui poursuivent des activités qui ont presque valeur de rite. Malgré l'insistance sur les achats faits à deux, une certaine division des tâches selon le genre semble se créer dans ces préparatifs sans qu'il s'agisse de frontières très étanches. Peut-être répond-elle à ce besoin de vivre la grossesse selon une sorte de scénario de préparation parallèle aux transformations corporelles de la gestation. Organisée par le système de santé, la préparation à l'accouchement concerne plus directement les futurs parents.

## **2.5. COURS PRÉNATAUX ET VISITES MÉDICALES : LA PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT**

Outre la préparation matérielle, les futurs parents acquièrent des savoirs concernant les aspects médicaux de la grossesse et de l'accouchement. Les cours prénataux, qui au Québec ne sont gratuits que pour des catégories

à risque de la population, n'ont pas été mentionnés par la majorité des parents rencontrés. On devine dans le discours de quelques jeunes mères qu'elles faisaient partie des catégories ciblées par les programmes de santé (selon des critères de pauvreté, jeune âge et toxicomanie) et ont été l'objet d'un suivi du Centre local de services communautaires (CLSC). Une d'elles se moque de son adhésion pendant la grossesse aux normes strictes concernant les aliments et les interdits d'alcool et de cigarettes qu'elle imposait aussi à son conjoint. C'est le long séjour du nouveau-né à l'hôpital qui semble avoir été l'occasion de manifester leur solidarité de couple et les qualités de père du conjoint. Une autre femme mentionne le régime strict imposé par la nutritionniste vu son diabète.

L'accompagnement du conjoint dans le parcours de la grossesse semble une norme sociale partagée dont la force est évoquée par une jeune femme qui a vécu sa grossesse dans la solitude.

*Je ne parle pas de tous les pères mais surtout les pères de ma communauté. Eux autres, ils ne s'engagent pas dans la grossesse avec nous... On peut dire que c'est à cause de la culture. Parce que eux autres disent que tu es la mère, tu as l'enfant, c'est toi qui portes l'enfant. C'est toi qui devrais ressentir tout ce que tu dois ressentir. Ils ne partagent pas vraiment avec toi (Mère, entrevue 20).*

Quelques pères disent qu'ils ont accompagné leur conjointe aux visites médicales mais seuls 11 des couples rencontrés mentionnent explicitement les cours prénataux et même ils le font de façon indirecte, tel ce père d'ailleurs très impliqué dans la grossesse mais qui avoue qu'il avait oublié avoir suivi de 6 à 8 cours au CLSC. Enfin, un père qui en réalité se conforme à la norme, fait de l'ironie au sujet de l'objectif des cours et du rôle du père à l'accouchement :

*Non. Ce n'est pas vrai que tu es à côté de ta femme et que tu fais [respiration saccadée]. Moi je ne me suis pas trop approché d'elle. Pas plus que trois pieds. [...] Je me suis assis et puis... Je niaise, là mais il y a bien des gars qui ont peur de donner la main à leur femme parce qu'ils ont peur de la ramasser cassée... quand elle serre, là. C'était utile, oui et puis non, parce que je suis bon en biologie et je lis beaucoup. Si j'ai besoin de savoir quelque chose je vais prendre les livres et je vais le trouver. C'était juste une activité et comme elle y allait, je n'étais pas pour l'envoyer toute seule, ça paraît mal! [rires] (Père, entrevue 13).*

Bien que quelques personnes révèlent avoir acquis des connaissances sur la grossesse surtout par des lectures et sur Internet, on peut supposer que la participation à des cours prénataux fut en réalité plus fréquente que les 11 mentions explicites, vu le discours précis de la plupart des mères et des pères sur l'accouchement. On peut croire en effet que ces cours facilitent leur anticipation de l'événement, par exemple pour identifier les signes du déclenchement du travail, la durée ainsi que les étapes et modalités de l'accouchement, les choix d'anesthésie. Paradoxalement, la plupart des mentions de cours prénataux surgissent lorsqu'il y a une distorsion entre les enseignements reçus, et ce qui survient d'inattendu, et même de dramatique, le moment venu.

### **3. LA NAISSANCE : UN TEMPS FORT, SES RYTHMES, SES ÉMOTIONS ET SES INTERACTIONS**

Les récits d'accouchement présentent l'événement en tenant compte du caractère unique de chaque accouchement, plus ou moins long ou rapide, plus ou moins ardu, des souffrances et dangers que présente la situation, des décisions à prendre, de la prise en compte de ce que vit l'autre et de ses propres émotions. En examinant le lieu et le temps de l'accouchement, les témoignages permettent donc d'entrevoir la complexité et la richesse des interactions mère, père, nouveau-né, mais aussi celles des parents avec les professionnels sur la scène contemporaine de la naissance.

#### **3.1. DES LIEUX DIVERS POUR ACCOUCHER**

Tout d'abord, des innovations techniques s'y déploient tandis que des attentes s'expriment pour préserver ce moment unique de la vie des parents. Les attentes des parents et leurs choix répondent à des valeurs personnelles mais le lieu de l'accouchement dépend aussi de l'accessibilité et des complications prévues ou imprévues à l'accouchement.

Les maisons des naissances offrent un cadre qui se veut plus flexible, au décor domestique et personnalisé favorisant l'intimité. Les quatre femmes qui ont choisi d'accoucher avec des sages-femmes dans une maison de naissances ont vécu des accouchements relativement faciles. Elles retournent à la maison le jour même ou le lendemain matin, même si elles ont peine à gravir l'escalier de leur logis. Celles et ceux qui se prévalent de ce court séjour en maison de naissance motivent leur choix par la liberté de mouvement (accoucher sur un banc de naissance ou debout « comme

une déesse»), la personnalisation du suivi, l'approche moins technique, une recherche d'intimité: «*Moi, ça allait de soi. Je ne voulais pas accoucher dans un hôpital, je ne sais pas, tout le côté trop médical, ça ne m'intéressait pas. Je ne me voyais pas prise à être obligée d'accoucher selon les images que j'avais d'un hôpital. Alors que la maison des naissances, on accouchait comme on voulait, comme on pouvait. C'était surtout ça*» (Mère, entrevue 2).

Une femme qui a pratiqué le yoga prénatal et qui dit avoir adoré accoucher évoque son choix de décor et de lumière :

*Bien c'est toi qui décides. On en avait parlé avant, et puis moi j'avais dit que je voulais la chandelle. À un moment donné elle a essayé d'ouvrir la lumière de sa chambre et puis j'ai réagi bien fort et puis elle a dit: «OK, je vais sortir ma lampe de poche» [rires]. J'ai accouché à la lampe de poche. Elle a rien vu! Bien en fait, il n'y a pas grand chose à voir. Le travail se faisait tout seul et puis quand elle a vu le bébé, elle a fait tous les examens à la lampe de poche [rires]. Elles ne se sont vraiment pas tracassées. Pour elles, c'est vraiment naturel et ça se passe bien, il n'y a pas de problèmes. C'est une belle ambiance pour ça* (Mère, entrevue 11).

On retrouve des valeurs similaires (romantisme, recherche du naturel, éclairage tamisé, individualisation de l'événement) chez des mères qui accouchent à l'hôpital. Dans certains hôpitaux, si l'accouchement ne requiert pas d'intervention nécessitant un appareillage technique, un couple peut disposer d'une chambre d'accouchement.

Une femme y a apporté la musique qu'elle écoutait pendant la grossesse ; son conjoint dit que ça calmait tout le monde y compris l'enfant. Une autre qui s'est procurée une chemise de nuit pour l'accouchement refuse d'enfiler la jaquette d'hôpital. Certains hôpitaux offrent une chambre en cohabitation selon un modèle plus poussé d'intégration du père au lieu de la naissance, le faisant séjourner et participer aux soins. Une enquête par questionnaire semble révéler un taux de satisfaction plus élevé à ce genre d'installation (De Montigny et Lacharité, 2005). Trois couples s'en prévalent, le père partageant l'hospitalisation et les soins jusqu'à la fin. L'un d'eux ne semble pas avoir apprécié ces 5 jours d'hospitalisation suite à une césarienne car en prodiguant des soins à sa conjointe et à l'enfant, il a eu l'impression de pallier la pénurie d'infirmières. D'autres qui disposaient aussi d'une chambre précisent qu'ils ont préféré aller se reposer à la maison. Au soir de la naissance, une femme dit avoir elle-même suggéré à son conjoint d'aller célébrer sa paternité avec des copains.

C'est aussi au nom de valeurs dites naturelles que quelques mères accouchant à l'hôpital choisissent de ne pas demander la péridurale ou se proposaient de la refuser. Une femme explique qu'elle est déçue de son propre accouchement qui a dû être provoqué et déçue d'elle-même parce qu'elle a demandé la péridurale. Au contraire, une autre femme qui a vécu deux fausses couches apprécie le cadre sécuritaire de l'hôpital et dit qu'elle ne se préoccupe plus comme elle le faisait lors de sa première grossesse de la couleur des murs et de l'existence d'un bain tourbillon. Elle demande d'emblée la péridurale<sup>8</sup>, heureuse de contrôler la douleur ce qui lui a permis d'apprécier pleinement son accouchement malgré l'atmosphère peu intime du lieu :

*Mais tu sais, ce n'est pas très intime, hein! Il y a l'infirmière, le résident, le patron. Tu as au moins 3 personnes plus 2 ou 3 autres infirmières qui venaient aider à ce moment-là. C'est quand même du monde. Tu ne te sens pas en famille tout de suite. Mais c'est ça! Tout le monde discute, fait des blagues. Puis très vite, ils prennent le bébé, le pèsent, le mesurent et ils lui font des tests pour vérifier les réactions. Donc, il se passe plein de trucs! La chambre est relativement petite. Tout le monde essaie de déplacer ses chariots et ses truc » (Mère, entrevue 22).*

Dans un cas, le médecin estime qu'une femme demande trop vite l'anesthésie mais se rend à sa demande; dans un autre, c'est le père qui incite sa conjointe qui souffre horriblement à accepter la péridurale. Une femme attend son conjoint pour prendre une décision. Leur choix de la péridurale est suivi d'une césarienne car elle accouche de jumeaux. Son long récit des péripéties de la naissance fait état des connaissances acquises à ce sujet lors de cours prénataux. Une autre mère dit devoir à l'arrivée de son médecin qui l'a soulagée avec une péridurale d'avoir évité la césarienne que suggérait l'interne.

Le niveau de difficultés propre à chaque accouchement et l'accord tacite entre parents et médecin concernant la protection de l'enfant à naître sont évoqués lors de certaines décisions comme de recourir à la césarienne,

---

8. Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2002, plus de 60 % des accouchements au Québec se sont déroulés avec la péridurale (*Page media*, septembre 2004).

un recours qui survient 9 fois dans les 34 naissances<sup>9</sup>. À l'exception d'une césarienne planifiée la veille parce que le bébé s'est retourné, dans les autres cas, la décision se prend rapidement et dans un climat de tension au cours de l'accouchement. On invoque la lenteur du travail ou le danger appréhendé pour l'enfant dont le rythme cardiaque diminue dangereusement. Face à une telle situation, une mère décrit l'aspect rationnel de la décision mais exprime sa déception, elle qui envisageait la naissance un peu comme une fête et qui n'a fait qu'entrevoir son bébé après la naissance :

*J'ai eu un travail qui a duré à peu près douze ou treize heures, puis finalement il y a eu une césarienne d'urgence parce que le bébé était en détresse fœtale. Ils sont capables de mesurer le pouls du cœur, etc. Puis son cœur, définitivement, il ralentissait beaucoup trop. Ça fait qu'il a fait ça deux, trois, puis quatre fois, ça fait qu'ils ont décidé de faire une césarienne d'urgence. Alors, en dedans de dix minutes à peu près il est né, même pas. Quand c'est décidé, c'est décidé. Moi, ils sont partis avec et je ne l'ai pas vu avant 24 heures. Oui, je l'ai vu juste le lendemain. Ça c'était vers midi et moi je l'ai vu juste le lendemain matin. Moi je ne l'ai pas vu, le père était là. Lui il l'a vu, il courait après et il le suivait partout (Mère, entrevue 5).*

Vivant une expérience semblable, une autre mère témoigne du choc vécu par son conjoint :

*Puis finalement, la provocation n'était pas assez vite pour eux, donc ils ont décidé de faire une césarienne. Ça été un choc un peu car on a suivi des cours prénataux comme tout le monde. Ils parlent un peu de la césarienne mais dans les cours c'est comme oui, il n'y a pas beaucoup de chances que vous ayez une césarienne. Ça va être un accouchement naturel. Alors on s'est préparé dans notre tête pour ça, pour pousser, pour la douleur. Finalement, arriver là et d'avoir une césarienne, c'était un peu choquant pour les deux. [...] C'était stressant pour moi et encore plus stressant pour Jimmy car moi, j'avais eu l'épidurale et j'étais droguée un peu. Mais pour lui, avec sa tête claire, « OK, on a mis ta femme en haut et on va la faire opérer dans 2 minutes. Mets un masque et ne dis pas un mot! Si tu*

---

9. Sur ce partage de valeurs entre experts et femmes qui accouchent, voir l'étude de De Koninck, M. (1990). Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de 1997 à 2001, le taux des césariennes passe de 16,7 à 18,5%. Site Internet, 29 avril 2002.

*tombes, tombes par là et pas par là. » Pour lui, ça n'a pas été humain du tout. C'est entre autres pour ça qu'on a changé de médecin, on a changé d'hôpital pour le deuxième (Mère, entrevue 28).*

Une autre femme attribue au traumatisme vécu par son mari lors de la première naissance, leur forte réticence à envisager une seconde naissance. Un père raconte qu'il a crié après les médecins parce que le cœur de l'enfant faiblissait ; il évoque la scène dramatique de la césarienne et le stress de la salle d'opération avec son décor :

*C'est pas un environnement très personnalisé ou feutré, c'est très technologique. Tu as plein d'équipements, un éclairage qui est très intense. C'est comme si rendu à un certain moment, mon état d'émotion avait atteint un niveau où il pouvait arriver n'importe quoi, pis ça ne pouvait pas m'affecter (Père, entrevue 1).*

Pour un autre couple, un accouchement à 32 semaines de grossesse a nécessité le transfert d'urgence en ambulance de la parturiente vers un hôpital spécialisé. Le père qui a failli rater la naissance évoque la rapidité infinie et le bonheur intense de l'événement et décrit l'entrée dans le monde de son enfant :

*Car il était...il entrait de plain-pied dans la société mais une société un peu mécanique, très scientifique. L'aspect humain était là, les médecins étaient bien, bien, tout, bien gentils et attentionnés. Au moment de l'accouchement, il y avait une foule de robes bleues, vertes, oranges. Il y en avait de toutes les couleurs, il y avait des médecins partout. Puis ça sentait le, le, le cas spécial qui arrive sans doute souvent mais qui arrive moins souvent qu'un accouchement naturel ou avec moins de, de, de risque de complications, si on veut. Malgré tout, ça, ça a tellement bien été (Père, entrevue 33).*

Si le décor familial ou technique rend contrastés ces récits d'accouchement, c'est pourtant d'autres aspects que retiennent les protagonistes. La douleur de la mère, l'angoisse, le temps en sont des éléments majeurs, un temps où le corps s'empare des événements et où le travail suit les rythmes de plus en plus rapprochés des contractions préluant à la naissance. La sortie de l'enfant par expulsion vaginale ou par opération chirurgicale en est une sorte d'apogée, moment fort un peu hors du temps, de même que ce premier contact qui constitue aussi une rencontre à deux avec l'enfant.

Contrairement à la présence aux cours prénataux, c'est une majorité des futurs pères de cette enquête qui assistent à l'accouchement (32/34), ce qui révèle l'ampleur de cette nouvelle pratique au Québec et la transformation qu'elle suppose de la représentation de la naissance selon le genre<sup>10</sup>. La norme de présence du père semble d'ailleurs assez largement répandue. Des deux hommes qui sont absents, l'un vivait hors du pays et l'autre dit (récit de la conjointe) qu'il ne veut pas voir souffrir sa femme. Dans sept autres cas, la mère choisit également une autre personne pour assister à l'événement avec le conjoint, soit une amie, une mère, une sœur ou belle-sœur. Une femme explique pourquoi elle a résisté à une telle suggestion :

*Et quand il a vu les vidéos, il paniquait quasiment, il avait mal au cœur et il n'était pas bien. Même les sages-femmes l'avaient remarqué et elles m'avaient demandé s'il n'y aurait pas quelqu'un d'autre qui pourrait m'accompagner. Et moi j'ai la tête dure, alors j'avais dit non, non, non, il va être capable. Et il est venu, puis il était absolument génial. Il m'a massé le dos pendant des 5 heures de temps, il était présent, puis il était ben correct. Il était comme ce à quoi je m'attendais qu'il soit, là.*

Interrogée sur le point de vue de son conjoint dans la décision, elle rattache la force de la norme non pas à ses besoins personnels de soutien mais à la présence et au rôle du père :

*Bien pour moi, ça allait de soi... il ne pouvait pas ne pas être là. Il faisait partie de la famille, du tout. C'était lui le père. Je ne pouvais pas penser que ce soit quelqu'un d'autre qui soit là. Pour moi, c'était évident, c'était sa place à lui. Je me souviens, lui, quand il a pris Annie, parce que c'est lui qui l'a eue dans les bras le plus longtemps. Il lui a donné de l'oxygène quand elle est arrivée. C'est lui qui a coupé le cordon. Et je me souviens, il l'avait dans les bras, à regarder sa fille, c'était un beau moment (Mère, entrevue 2).*

La plupart des femmes insistent sur l'aide apportée par leur conjoint, soutien psychologique, calme, aide apportée à la respiration. Bien que d'autres y voient une présence morale plus qu'une aide concrète, elles expriment leur compréhension devant son anxiété ou devant le fait qu'il soit sorti de la chambre parce qu'il s'est senti mal (Mère, entrevue 8) ou s'en tienne à un rôle de spectateur attentif :

10. Il ne semble pas exister de statistiques générales. Dans l'enquête De Montigny, F. et Lacharité, C. (2005), sur 160 pères, 98 % ont assisté à la naissance.

*C'était important que mon chum soit là avec moi. Par contre, c'est plus l'infirmière qui m'a aidée à accoucher que mon chum [rire]. Mais c'était bien qu'il soit là car ça aide moralement. C'est quand même des moments que tu vis qu'une fois. S'il n'avait pas voulu disant comme : « Écoute, je me sens pas bien. Je vais tomber dans les pommes! », je ne l'aurais pas obligé, mais non. En plus, il était à côté. Ils ne sont pas plantés devant toi à te regarder avec le bébé qui sort. Ils insistaient beaucoup pour que le père vienne voir. Il a dit : « Écoutez! Sortez-le et on verra après ». Ils disaient : « Venez voir monsieur, on voit la tête! ». Et tu arrives et tu vois 1 cm de peau vaguement. Il fallait qu'il coupe le cordon et tout ça. Mais il n'était pas très actif. Lui, il regardait. Mais je pense qu'il était anxieux. Moi, j'étais anxieuse mais j'avais des choses à faire (Mère, entrevue 22).*

Devant l'émotion de son conjoint après la naissance, c'est donc elle qui coupe le cordon.

Dans un autre accouchement en présence du conjoint de l'accouchée, d'une amie et d'une voisine, c'est la voisine qui répond à l'offre du médecin de prendre le nouveau-né. Les femmes qui ont sollicité une deuxième personne pour les accompagner, distinguent entre le rôle de soutien et celui de père :

*À l'accouchement, il y avait mon amie, Marjorie, Charles et une autre amie, Donna. J'ai aimé ça qu'il y ait du monde avec moi [rire]. Marjorie me calmait, mais les autres m'énermaient. Charles et Donna n'arrêtaient pas de parler. Marjorie était vraiment... C'est elle qui est restée avec moi quand j'ai accouché. J'ai dit à Charles : « J'en peux plus ». Je l'ai mis dehors. Je ne pouvais plus le voir (Mère, entrevue 21).*

Si quelques hommes expriment leur désarroi devant la souffrance de leur conjointe à laquelle ils ne peuvent apporter de soulagement, plusieurs des pères rencontrés disent avoir apprécié ce moment extraordinaire ; certains disent avoir versé des larmes :

*Bien j'ai adoré ça, il y avait juste ma femme et moi qui étaient là, puis... bien naturellement le docteur, là. La majorité du travail a été fait par l'infirmière en chef. La plupart du temps elle était toute seule, à un moment donné il y a une autre infirmière qui est venue l'assister puis après ça le médecin est arrivé. Ça faisait trois fois qu'on le « pageait ». Naturellement à une heure de préavis comme ça, il a trouvé que c'était vite lui aussi. Il est arrivé pour ramasser*

*le bébé finalement. C'était un beau moment, un mélange de tension, de plaisir et puis de toutes sortes d'affaires. Ça ne se décrit pas, je pense, il faut le vivre (Père, entrevue 14).*

Malgré tout le stress d'une naissance prématurée et très rapide, un père évoque l'immense regret qu'il aurait eu s'il avait suivi sa première impulsion de retourner chercher la valise à la maison :

*Alors avoir été absent de l'accouchement, ça aurait été [rire], aurait été très, très dur ! Car j'ai vraiment participé activement. J'y tenais, j'y tenais... De un, j'ai essayé d'être attentif à elle. Bon finalement j'avais juste un rôle de figurant ! Le moment le plus beau, pour moi, c'est quand j'ai coupé le cordon. Ça je ne sais pas mais c'est comme si j'avais mis un rêve autour de ça ! Ça vraiment été un rêve aussi ! De, de, de... que je puisse couper le cordon, ben je me suis dit : « C'est magnifique parce que c'est moi qui lui donne la vie maintenant ! » (Père, entrevue 33).*

## **CONCLUSION : DES RITES DE LA NAISSANCE AUX RITES DE LA PARENTALITÉ**

Après la naissance qui réunit un trio et inaugure l'unité familiale, les visites des proches le jour même et les suivants amorcent l'intégration de l'enfant à un cercle plus large. Visites à l'hôpital, cadeaux, choix du nom (Lemieux, 2005), baptêmes, Noël et autres célébrations de saison, servent aussi de rites d'accueil : ils constituent autant de rites épars de la naissance échelonnés dans le temps et parfois reportés assez loin comme ces baptêmes et ces fêtes de bienvenue qu'on célèbre 8 ou 12 mois plus tard ou ces visites de grands-parents au pays d'origine dans l'année qui suit la naissance.

En nous attardant surtout dans cet article aux moments qui entourent la grossesse et la naissance, le devenir parent est apparu également précédé de gestes et de rites bien antérieurs qui socialisent à l'accouchement mais aussi à la situation de mère et de père en devenir. Bien que la naissance demeure un passage et un moment fort clairement situé dans le temps, le devenir parent s'étire sur une longue période pré et postnatale et les rites qui y sont associés, s'émiettent et se multiplient, un phénomène déjà observé concernant les rites de mariage. Dans cette panoplie de rites sociaux, l'échographie offre une telle dimension rituelle par la visualisation du fœtus soutenant des changements identitaires dans le devenir parent, un phénomène observé par d'autres auteurs. Dans ses effets et par ses

fonctions identitaires au sein du processus, on pourrait le comparer par ailleurs à ce que les ethnologues observent quant aux rites de mariage contemporain (Segalen, 2003 ; Lemieux, 2003 ; Arseneault et Roberge, 2006) qui diminuent en fréquence et en même temps se multiplient au gré des individus et des moments de la mise en couple.

Les récits d'accouchement présentent une grande diversité, entre ceux qui se déroulent avec facilité ou lentement et ceux qui se déroulent par voie vaginale ou qui requièrent une césarienne. Un point commun, presque tous les futurs pères assistent désormais à la naissance et quelques-uns séjournent à l'hôpital, une pratique de marge qui prolonge leur intégration à la scène sociale de l'accouchement au côté de la mère. Bien que la naissance mette en relief les dimensions corporelles de la maternité, la présence du père sur le théâtre de la naissance déplace la signification de la naissance vers la parentalité et les rituels sont redéfinis pour symboliser cette nouvelle représentation. La naissance ne marginalise plus la mère et l'enfant mais associe le père à l'événement.

Bien que les cours prénataux et autres enseignements du monde de la santé apparaissent comme une source majeure de savoirs mais aussi de normes concernant les façons de vivre la grossesse et d'accoucher, les futurs parents souscrivent également à l'objectif d'assurer le bien-être de la mère et de l'enfant, ce qui suppose une adhésion aux décisions des professionnels de la santé motivées par un danger appréhendé. Ils apparaissent aussi comme désireux de participer à ces décisions et de vivre cet événement selon un respect de leur vie familiale et de leur intimité. Les changements amorcés sur la scène contemporaine de la naissance vont sans doute se poursuivre et ils en seront des acteurs incontournables.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Arseneault, C. et M. Roberge (2006). «Réflexion sur le rite contemporain des fiançailles. Vers une hybridation des rites matrimoniaux ?», *Ethnologie*, vol. 28, n° 2, p. 29-51.
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants, La médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions du remue-ménage.
- Bigot, S., B. Céroux et G. de Ridder (2005). «Le suivi médical de la grossesse. Les pères en devenir face à leur implication», dans D. Le Gall (dir.), *Conditions et genres de vie*, Paris, L'Harmattan, p. 135-151, coll. «Logiques sociales».
- Bourdieu, P. (1982) «Les rites comme actes d'institution», *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 43, p. 58-63.
- Castelain-Meunier, C. (1998). *Pères, mères, enfants*, Paris, Flammarion.
- Charbonneau, J. (2003). *Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Charton, L. (2006). *Diversité des familles contemporaines et temporalités*, Paris, L'Harmattan, coll. «Logiques sociales».
- Daly, K.J. (1996). *Families and Time. Keeping Pace in a Hurried Culture*, Londres, Sage Publications.
- Dandurand, R., L. Bernier, D. Lemieux et G. Dulac (1994). *Le désir d'enfant : du projet à la réalisation*, rapport préliminaire de recherche déposé au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Davis-Floyd, R.E. (1994). «The rituals of American Hospital Birth», dans D. McCurdy (dir.), *Conformity and Conflict. Readings in Cultural Anthropology*, New York, Harper Collins, p. 323-340.
- De Koninck, M. (1990). «La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 14, n° 1, p. 25-41.
- De Koninck, M. et R. Malenfant (2001). «Les rapports sociaux et l'application de mesures sociales. Le cas de la conciliation grossesse/travail», *Recherches sociographiques*, vol. 42, n° 1, p. 9-32.
- De Montigny, F. et C. Lacharité (2005). «Devenir père : un portrait des premiers moments», *Enfances, familles, générations*, n° 3, automne, p. 1-12.
- Descarries, F. et C. Corbeil (dir.) (2002). *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Éditions du remue-ménage.
- Dulac, G. (1994). «La condition masculine. L'univers complexe de la parentalité», dans F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 499-518.
- Fellous, M. (1991). *La première image. Approche socio-anthropologique d'une innovation technique médicale*, Paris, Nathan.
- Gagnon, J.-P. (1978). *Rites et croyances de la naissance à Charlevoix*, Montréal, Leméac.

- Gélis, J. (1994). *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, XVI<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Fayard.
- Goupil-Dormany, I. (2002). «Compte rendu du livre de L.M. Mitchell *Baby's First Picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subject* (2001), Toronto, University of Toronto Press», *Recherches féministes*, vol. 15, n° 1, p. 157-159.
- Knibiehler, Y. et C. Fouquet (1997). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Perrin.
- Laforce, H. (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- Laurendeau, F. (1983). «La médicalisation de l'accouchement», *Recherches sociographiques*, vol.24 , no 22, p. 203-234.
- Lemieux, D. (1989). «Du temps destin au temps géré: une conquête ou un piège pour les femmes?», dans G. Pronovost et D. Mercure (dir.), *Le temps social*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 205-221.
- Lemieux, D. (1996). «Les enfants qu'on a eus! Les politiques sociales dans les perceptions et les stratégies de femmes de la trentaine évoquant leurs maternités», *Lien social et politiques. RIAC*, n° 36, automne, p. 123-131.
- Lemieux, D. (2003). «La formation du couple racontée en duo», *Sociologie et Sociétés*, vol. 35, n° 2, p. 59-77.
- Lemieux, D. (2005). «Nommer le premier enfant. Discours et pratiques de parents québécois dans un contexte de changements familiaux et juridiques», dans A. Fine et F.R. Ouellette (dir.), *Le nom dans les sociétés occidentales contemporaines*, Toulouse, Presses de l'Université du Mirail, p. 163-189, coll. «Les Anthropologiques».
- Lemieux, D. (2008). «De couple à parent: des récits de transition selon l'approche des parcours de vie», *Enfance, Famille, Génération*, automne. <[www.erudit.org/revue/efg/2008/v/n9/](http://www.erudit.org/revue/efg/2008/v/n9/)>
- Lemieux, D. et L. Mercier (1989). *Les femmes au tournant du siècle, Âges de la vie, maternité et quotidien*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- Madsen, S.A. et H. Munck (2001). «Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement», *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 1, p. 27-38.
- Mitchell, L.M. (2001). *Baby's First Picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subject*, Toronto, University of Toronto Press.
- Mitchinson, W. (2002). *Giving birth in Canada, 1900-1950*, Toronto, Buffalo et Londres, University of Toronto Press, coll. «Studies in Gender and History», n° 9.
- Neyrand, G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père*, Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance, Paris, Presses universitaires de France.

- Ouellette, F.-R. et R.B. Dandurand (1992). «Le soutien: Les relevailles aux premières naissances», dans A. Turmel (dir.), *Actes du colloque de l'ACSALF*, 1990, Montréal, Éditions du Méridien.
- Quéniart, A. (1988). *Le corps paradoxal, Regards de femmes sur la maternité*, Montréal, Saint-Martin.
- Roussel, L. et G. Girard (1982). «Régimes démographiques et âges de la vie», *Les âges de la vie*, Tome I, Cahiers de l'INED, n° 96, Paris, Presses universitaires de France, p. 15-23.
- Saillant, F. et M. O'Neil (dir.) (1987). *Accoucher autrement*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Segalen, M. (1998). *Rites et rituels contemporains*, Paris, Nathan.
- Segalen, M. (2003). *Éloge du mariage*, Paris, Gallimard.
- Spector-Dunsky, L. et al. (1983). «La satisfaction à l'égard de la naissance parmi les couples utilisant la chambre de naissance ou la chambre traditionnelle», *Santé mentale au Québec*, vol. 8, n° 2, p. 47-54.
- Tillard, B. (2002). *Des familles face à la naissance*, Paris, L'Harmattan.
- Vadeboncoeur, H, B. Maheux et R. Blais (1996). «Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession?», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 3, n° 2, p. 224-242.
- Vadeboncoeur, H. (2005). «L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée?», *Le médecin du Québec*, vol. 40, n° 7, p. 77-86.
- Van Gennep, A. (1981). *Les rites de passages*, Paris, Éditions A. et J. Picard (réimpression de l'édition de 1901).



## LES DIFFICULTÉS À CONCEVOIR COMME DÉCONSTRUCTION DU SENTIMENT DE FÉMINITÉ ET DU DEVENIR

Denise MEDICO<sup>1</sup>

Les travaux de recherche et la littérature consacrée à l'infertilité dans une perspective psychosociale se cantonnent le plus souvent dans des approches quantitatives et positivistes visant à identifier et mesurer la présence ou l'absence d'un malaise psychologique. Ce malaise, ou souffrance, psychologique est généralement opérationnalisé par quelques indices mesurables. La plupart des travaux utilisent des tests standardisés afin de mesurer le stress, l'anxiété, le fonctionnement sexuel et l'entente maritale (*marital adjustment*). Ces mesures ont été le plus souvent effectuées chez les

- 
1. Je tiens tout particulièrement à remercier les docteurs Benchaa-Magnin, Chardonnes, Lucas et Mock pour m'avoir permis de recueillir cette expérience et m'avoir fait découvrir le plaisir de travailler avec des femmes faisant appel à la médecine de la reproduction. Merci aux femmes ayant partagé leur expérience de vie. Et finalement, un merci très spécial à Joseph Lévy pour m'avoir encouragée à entendre, comprendre et rendre.

femmes, en cours de traitement médical de l'infertilité (le plus souvent dans les premières phases) et seuls quelques travaux ont abordés la question sous un angle longitudinal (Berg et Wilson, 1991 ; Leiblum et Greenfeld, 1997 ; Daniluk, 2001 ; Sydsjö *et al.*, 2005).

Les travaux sur le stress et l'anxiété semblent indiquer des niveaux assez élevés chez les patientes, sans pour autant dégager d'indices d'un fonctionnement pathologique. En ce qui concerne les questions de la sexualité et de l'entente des couples, il est difficile d'après la littérature actuelle de dégager un consensus sur l'impact que l'infertilité et ses traitements médicaux pourraient avoir sur la sexualité (Leiblum et Greenfeld, 1997 ; Coëffin-Driol et Giami, 2004). Les travaux plus quantitatifs tendent à ne pas trouver d'associations entre l'infertilité et des difficultés sexuelles, alors que, ceux utilisant des méthodologies qualitatives, ou se basant sur l'expérience clinique, semblent en faire état. De manière générale, l'infertilité semblerait être associée plutôt négativement avec des indices de satisfaction sexuelle et de spontanéité sexuelle (Leiblum *et al.*, 1998 ; Kowalcek, 2001 ; Bianchi-Demicheli *et al.*, 2003 ; Coëffin-Driol et Giami, 2004). Les femmes sembleraient dans ces cas plus affectées dans leur sexualité que leur partenaire homme (Greil *et al.*, 1989 ; Leiblum *et al.*, 1998 ; Jordan et Revenson, 1999 ; Rantala et Koskimies, 1988). Les travaux plus expérimentiels ou cliniques rapportent que leur sexualité devient progressivement un outil au service de la reproduction, et lorsque l'outil ne fonctionne plus, il se vide de son sens (Bianchi-Demicheli *et al.*, 2003 ; Coëffin-Driol et Giami, 2004 ; Daniluk, 2001 ; Möller, 2001).

Dans ces travaux, le vécu comme la sexualité sont généralement réduits à quelques indices mesurables par des tests standardisés. Ces tests déjà existants n'ont par ailleurs pas été développés pour ce contexte de vie particulier. Les résultats qui en émanent permettent difficilement de comprendre l'expérience de vie des patients confrontés à la problématique des difficultés à concevoir. Mais surtout, ils offrent peu de pistes d'intervention clinique pour leur accompagnement. Ainsi, la manière dont les personnes construisent cette expérience particulière, le sens qu'il prend dans leur vie, leur manière d'y réagir et les diverses répercussions sur leur image d'elles-mêmes (identitaire et sociale, de genre, corporelle...) sont peu, voire pas abordés.

Notons également que l'état actuel de la recherche ne permet pas de distinguer si les effets rapportés sont dus à la situation d'infertilité, à la répétition des échecs des traitements ou à un effet délétère de la prise

en charge médicale de la reproduction. La sexualité des personnes en traitements d'infertilité est rarement évaluée avant la prise en charge en procréation médicalement assistée.

En résumé, ces travaux disent très peu de ce que vivent réellement les patientes. Ils informent encore moins sur la manière dont les professionnels de la santé, intervenants et cliniciens, peuvent les aider. Leur vécu est fragmenté dans des mesures standardisées et peu adaptées à leur expérience particulière d'individus confrontés à des difficultés à concevoir et demandant à la médecine de les aider.

Je me suis donc intéressée au sens que prend cette expérience dans la construction d'une narration de soi, **comment elle participe à coconstruire l'individu dans sa perception de son existence** et comment celui-ci se vit pendant qu'il traverse ces difficultés et qu'il consulte une psychologue-sexologue pour en parler.

## **1. MÉTHODOLOGIE**

### **1.1. ÉCHANTILLONNAGE**

Un échantillon de 13 femmes a été sélectionné sur une population de 35 cas qui ont été vus entre 2002 et 2004 dans deux centres de procréation médicalement assistée de Suisse romande et qui ont reçu un accompagnement psychologique. La sélection s'est effectuée à partir des critères suivants: elles sont nullipares, ont moins de 40 ans, ne manifestent pas de troubles psychiatriques et ont été vues au moins 6 fois et au plus 22 fois (les suivis ont duré selon les personnes entre 2 et 12 mois suivant la fréquence choisie par la patiente). Ces critères ont été retenus afin d'apporter une relative homogénéité du matériel clinique recueilli, tant au plan des variables sociodémographiques que de la prise en charge psychosexologique. Les caractéristiques des femmes de l'échantillon sont les suivantes: elles vivent dans un couple hétérosexuel depuis au moins 2 ans (maximum de 13 ans), proviennent de milieux coéconomiques moyens et aisés, elles ont entre 27 et 39 ans pour un âge moyen de 33 ans (2 ont moins de 29 ans, 6 ont entre 30 et 34 ans et 5 entre 35 et 39 ans). Les étiologies de l'infertilité identifiées par les examens médicaux sont variées. Des facteurs féminins seraient en cause pour 4 d'entre elles, pour 4 autres ce seraient plutôt des facteurs masculins, pour 2 autres l'étiologie serait mixte et aucune étiologie médicale n'a pu être déterminée pour les 4 dernières.

## **1.2. RECUEIL DES DONNÉES**

Les données ont été recueillies lors de séances de counseling volontairement entrepris. Les suivis de durée variable ont été pour 4 femmes de moins de 9 séances, 6 femmes ont consulté entre 9 et 16 fois et 4 ont effectué 17 heures ou plus de counseling. Les données ont été recueillies par l'auteur de cet article. Elle a une formation en psychologie, en recherche qualitative et en thérapie sexoanalytique. Le contenu de ce qui est dit par les patientes ainsi que les réactions affectives qui auraient pu se produire pendant les séances ont été recueillies sous forme de notes pendant les entrevues. Elles étaient ensuite complétées après les entrevues.

Le cadre théorique et la méthode d'intervention s'inspire de la théorie sexoanalytique tout en favorisant un processus dialectique basé sur les besoins des patientes et sur leur discours tel qu'il se coconstruit. La psychologue encourage les femmes à exprimer leurs émotions, leurs soucis, leurs perceptions de leur vécu actuel tout en étant ouverte à une exploration des significations qu'elles peuvent y trouver dans le présent et dans leur histoire personnelle. Si l'essentiel du travail est axé sur le réel et l'expérience consciente, des associations plus en profondeur, à travers notamment l'analyse des rêves ou des narrations personnelles des patientes sont encouragées. Un des objectifs majeur du suivi est de permettre aux femmes de donner un sens à leur vécu et de dépasser le sentiment de malaise et de stress qui les pousse généralement à consulter.

## **1.3. ANALYSE DES DONNÉES**

Les notes ont ensuite été analysées selon une procédure inspirée des analyses qualitatives thématiques proches de la théorie ancrée. Une première catégorisation par thèmes a été établie par patiente, relevant la spécificité de son discours tel qu'il se construit lors des séances. Puis une seconde catégorisation a permis de construire des thèmes partagés au niveau horizontal. Je présenterai ici essentiellement cette seconde perspective. Mais ces données proviennent d'un travail de soutien psychologique et, par conséquent, elles portent en elles une temporalité et une visée d'évolution. Cette évolution, et les sens qu'elle peut prendre dans ses rapports aux éléments d'analyse, seront présentés en dernière partie des résultats.

## 2. RÉSULTATS

L'analyse des données semble indiquer que le vécu des patientes confrontées aux difficultés à concevoir et aux traitements médicaux de l'infertilité exprime une profonde **crise existentielle**. Une crise qui semble vécue comme une déconstruction de soi comme femme, comme personne adulte, comme une rupture de leur devenir qui n'est plus perçue comme ancré dans un temps social et biologique, le temps est perçue comme étant «entre parenthèses». Ce moment se caractérise par une **déconstruction de leur identité personnelle et de femmes et un temps paradoxal**. Les réactions des patientes prises dans ces paradoxes sont d'abord l'arrêt dans la crise puis l'ouverture vers un temps personnel à construire ou à reconstruire et dans lequel la personne peut continuer à se percevoir en évolution et ainsi s'inscrire dans un temps social en devenir.

Pour rendre intelligible ma présentation et résumer au mieux le vécu des femmes que j'ai entendues, je suivrai un chemin allant du plus descriptif au plus analytique. Je commencerai par décrire les principaux thèmes présents dans les discours des femmes lorsqu'elles évoquent leur vécu. Je verrai ensuite comment comprendre ces temps paradoxaux et comment leur donner un sens qui parle à la personne concernée. En conclusion je présenterai deux manières de vivre la crise et les paradoxes que les patientes expriment, l'une dans l'arrêt et la déconstruction, l'autre vers la réintégration.

### 2.1. LES PRINCIPALES THÉMATIQUES DU DISCOURS DES PATIENTES

Le thème le plus fréquent et qui revient dans les propos de presque toutes les femmes est celui d'une **déconstruction de la féminité**. Elles parlent ainsi de leur féminité en termes de manques, de «pas encore». Cette déconstruction est vécue comme une grande souffrance personnelle et comme une mise à l'écart du monde social. Elles disent par exemple :

*Je ne suis pas une femme.*

*J'ai réalisé que je ne me considérais pas comme une femme inconsciemment.*

*J'ai envie d'un bébé mais paradoxalement je retarde, j'attends beaucoup de choses de ça, un déclic, être une femme, un changement dans mon couple.*

Corollaire du premier, le second thème spontanément évoqué par les patientes est celui de **l'ancrage corporel** de cette féminité qui est lui aussi vécu comme inutile ou inadéquat. Ainsi **le ventre est identifié comme une zone problème**, une zone douloureuse et porteuse de nombreuses significations toujours négatives. Au-delà des significations, le ventre vit concrètement la douleur, il est meurtri. L'image corporelle en est atteinte voir distordue. Le ventre peut être perçu comme un ventre vide (de bébé, de sens, de possibilités) mais aussi comme exagérément creux, comme une marque d'absence visible par tous et qu'il faut alors cacher. Chez d'autres femmes, à l'opposé, il est rempli d'air, « d'autres choses qui prennent la place du bébé ». Alors il ballonne, ressemble à un ventre plein, un ventre de femme enceinte. Pour d'autres encore, le ventre est fermé, inatteignable. Il est incapable de recevoir, incapable de garder, c'est un mauvais espace, une zone aride. Elles diront d'elles qu'elles ne sont « pas un bon réceptacle », qu'elles sont « handicapées de l'ovaire ». Il est intéressant de noter que ce vécu corporel douloureux, ainsi que les distorsions perceptives du corps qui l'accompagnent, sont présentes chez les femmes quelle que soit l'étiologie des difficultés à concevoir. Même lorsque l'homme est identifié par la médecine comme facteur principal de l'infertilité, la femme va développer une perception de soi comme inadéquate ou incapable.

Un troisième thème est rapporté par la plupart des femmes, celui du **blocage**. Il prend plusieurs formes, celui du temps entre parenthèses, de l'arrêt, de l'absence d'évolution. Les femmes disent sous différentes formes que « c'est comme si ma vie était en attente ». Pour beaucoup ce blocage s'exprime sous la forme d'un arrêt dans le développement général de soi. Elles se perçoivent encore – toujours – à nouveau comme « une petite fille ». Comme si la femme ne pouvait advenir qu'à la condition d'être capable d'être mère dans son corps et dans son ventre. Cette perception du temps personnel – du devenir – arrêté dans son évolution évoque pour les personnes le temps de l'enfance, mais une enfance sans fin dont il est impossible de sortir, une enfance de l'incapacité. Elles ont l'impression d'être figées dans une relation d'enfant face au monde et aux autres adultes. Ainsi elles disent fréquemment leur désarroi d'être toujours des petites filles qui ne peuvent plus grandir, elles se comparent aux autres femmes, aux mères, aux adultes et se situent explicitement dans une position à la fois d'extériorité et de subordination.

Dans les propos des femmes, une autre forme de blocage temporel est fréquemment évoquée, celle d'une **répétition** du temps dans un **destin** (personnel ou familial) et dans des deuils interminables. On retrouve ainsi une proportion impressionnante de deuils non faits, impossibles à faire ou restés en suspens, des histoires familiales qui se répètent et des impressions d'être enfermées dans des destins face auxquels elles ont des sentiments ambivalents (appartenance en même temps que culpabilité et sentiment d'injustice). Ainsi plusieurs femmes rapportent des répétitions de situations d'infertilité dans leur famille (réelles ou non) et se sentent prises dans ces destins familiaux tragiques.

## **2.2. LES DIFFICULTÉS À CONCEVOIR COMME CRISE EXISTENIELLE**

Les différentes thématiques présentes dans les discours des femmes ayant des difficultés à concevoir évoquent une crise existentielle. Cette crise s'exprime par une remise en question de la féminité et, de manière plus générale, d'une remise en question du devenir. Le temps est perçu comme arrêté – voir comme un retour en arrière dans le développement de soi. Comme elles le disent souvent : « je suis une enfant », « je ne suis pas une femme ». Cette crise se vit comme un désancrage face au monde, au social et donne le sentiment de ne plus appartenir (au monde des femmes d'abord et à celui des adultes ensuite).

Au-delà de ce constat, je m'interroge sur les données existentielles qui ont pu amener, faciliter ou simplement maintenir cette crise que je retrouve chez bon nombre de femmes et qui leur donne l'impression qu'elles sont bloquées douloureusement. Je tente ainsi de faire sens avec ce que les travaux psychosociaux ont montré en utilisant des mesures comme le stress et l'anxiété, en espérant ainsi comprendre et surtout trouver des pistes d'intervention psychosociales et sexologiques, pour que cette crise puisse être dépassée, travaillée, intégrée.

## **2.3. L'HYPOTHÈSE DES CONFLITS ET DES PARADOXES ENTRE LES DIFFÉRENTS TEMPS**

Différentes perceptions du temps se superposent, créant chez les femmes que j'ai entendu une difficulté à construire ou maintenir un sentiment cohérent face à leur temporalité et ultimement face à elles-mêmes. Elles sont tout d'abord constamment ramenées au **temps biologique de la fécondité**. Celui-ci est perçu comme linéaire et limité. Il va inexorablement vers

le vieillissement, le «trop tard» et le «je ne pourrai plus». La médecine et ses statistiques ont fixé un seuil, celui des 40 ans. Les femmes se situent souvent face à ce chiffre fatidique et perçoivent le temps comme étant inexorablement et rapidement en marche vers ce «trop tard» que représentent les 40 ans.

Le **temps social** se fait l'écho du temps biologique. Il définit des étapes de vie dans lesquelles la maternité symbolise un passage, ou du moins, un moment clé dans la vie des femmes. Celle-ci est vécue comme inaccessible et tous les ancrages sociaux et identitaires qui l'accompagnent sont donc remis en question. Parallèlement, le **temps personnel** – et identitaire – se déconstruit dans une position paradoxale du sujet pris entre un temps du «pas encore» et du «trop tard». Entre ces deux positions, l'espace d'inscription de soi dans un temps social se rétrécit, voir devient paradoxal. Ce vécu est amplifié par l'expérience du **temps médical** : celui des traitements et des cycles d'ovulation. Ce temps médical est essentiellement circulaire, se répétant à chaque cycle mais marqué par l'attente et le retour incessant au point de départ. Chaque tentative est au départ porteuse d'espoir. Puis, au fil des tentatives et des échecs qui sont nombreux en médecine de la reproduction (au mieux, les chances de réussite sont d'environ 25 %, elles seront de 4 à 5 % à 40 ans), chaque essai signifie de plus en plus la répétition d'une impossibilité et le blocage dans le temps.

Il me semble important de soulever ici le fait que, pour la majorité des couples et selon mon expérience clinique, les tentatives de conception ont duré plusieurs mois, voire années, avant qu'ils ne soient orientés vers une unité de médecine de la reproduction. L'expérience de l'échec est donc déjà bien marquée au moment du début de la prise en charge médicale. Les premières tentatives en PMA représentent pour ces couples un regain d'espoir, mais les échecs répétés que la majorité vont vivre, accompagnés des attentes entre les traitements, pour les résultats et les différentes interventions médicales plus ou moins invasives font que cette situation d'infertilité prend pratiquement toute la place dans les préoccupations des patientes et représente souvent une répétition de sentiments d'échecs déjà vécus.

### 3. PISTES D'INTERVENTION... UN TEMPS PERSONNEL À (RE)CONSTRUIRE

Les femmes que j'ai rencontrées se sentent souvent enfermées dans un devenir en déconstruction. Elles évoquent leur corps comme un objet qui ne se laisse pas féconder (ce qui traduit la perception des patientes face à

leur corps), comme un ventre lieu de problèmes. La limite temporelle de l'âge est perçue comme une inévitable menace qui s'approche et que les tentatives médicales scandent en les renvoyant toujours plus à l'impossibilité de leur désir de conception. Elles vivent l'expérience répétée d'un temps médical circulaire et d'un temps social dans lequel elles ne peuvent plus s'ancrer puisqu'elles ne sont pas dans les temps. Alors, la plupart des femmes que j'ai vues se sentent bloquées, prises dans une crise existentielle qui déconstruit leur identité de femmes et la perception qu'elles ont de leur devenir.

Dans une perspective de l'évolution thérapeutique, deux constructions du temps personnel et du rapport au monde se sont dessinées au fil des séances. L'une est associée au mal-être existentiel, au blocage et à l'exclusion ; l'autre à la réintégration et au sortir de la crise.

Dans le mode du **blocage et de l'exclusion**, les récits sont marqués par le deuil (de la fécondité, de l'enfant, de soi comme mère ou d'un être cher du passé), l'immobilité et le désancrage social. La personne se sent hors du monde et « étrangère ». Quand la crise évolue et se résout, une nouvelle construction des rapports au devenir individuel, et par association au temps et au monde, se fait jour, celui de la **réintégration**. Le temps n'est plus bloqué, un devenir personnel de femme et d'adulte est à nouveau concevable. Alors, même en dehors de la maternité, l'individu est dans le monde. C'est alors – qu'il devient – et que la souffrance psychologique peut devenir autre chose que crise, blocage et paradoxe. Que la difficulté à concevoir ne prenne plus toute la place et qu'un devenir de femme se reconstruit<sup>2</sup>.

## CONCLUSION

Dans cet article, j'ai tenté de donner un sens aux malaises, stress ou anxiétés que peuvent vivre des femmes confrontées à des difficultés à concevoir et ayant recours à la médecine de la reproduction. Au-delà des parcours personnels et des différences dans les ressentis de chacune, j'ai été frappée

---

2. Pour une présentation plus détaillée du travail psychologique et sexoanalytique effectué avec les femmes en médecine de la reproduction, voir Medico, D. (2005), « La sexo-analyse comme travail de la fonction symbolique en clinique d'infertilité », V<sup>e</sup> séminaire international de sexoanalyse, Québec.

par certains éléments de ressemblance, par les mêmes paroles qui revenaient spontanément, par une certaine similitude dans la manière de se construire, et surtout de se déconstruire.

L'analyse des entretiens avec les femmes a mis en évidence une crise existentielle qui se caractérise par une profonde déconstruction de leur identité de femme et d'adulte, et par la perception que leur devenir s'est arrêté et avec lui l'impression d'être dans le monde. De plus, l'expérience du médical circonscrit les femmes dans une perception temporelle circulaire et met l'accent sur la période reproductive comme un espace limité mais qui leur échappe. Lors de la période de crise qui caractérise le moment de la demande de consultation, elles vivent dans une temporalité paradoxale qui participe à les exclure du monde social et de la perception d'un devenir. Lorsque la crise se résout, dans la reconstruction d'une image de soi comme femme et adulte, la perception d'un clivage entre les temporalités s'estompe au profit d'une réintégration de leur devenir.

Il est évident que seules les femmes ayant ressenti le besoin de consulter une psychologue ont été entendues et que cet article ne rend pas compte du vécu de toutes les femmes ayant des difficultés à concevoir et faisant appel à la médecine de la reproduction, ce qui n'est pas mon intention. L'objectif de cet article est de comprendre le vécu des femmes qui demandent à être entendues, de les comprendre pour mieux les aider. Il évite la question des comparaisons et des classifications en niveaux de souffrance, de stress ou d'anxiété. La classification en catégories de réactions psychologiques pathologiques ou normales ainsi que la mesure d'indices de souffrance n'est pas inutile, elle permet dans une certaine logique d'identifier et délimiter des groupes ayant besoin d'une aide de ceux n'en nécessitant pas. Cependant, cette vision des soins me semble fort éloignée d'une conception humaine et globale de la santé ainsi que de la clinique et de la relation d'aide. C'est pourquoi mon travail s'axe d'abord sur l'expérience et le vécu, sur le sens que les personnes associent à leur souffrance et à leur recours à la médecine et, ultimement mais d'abord, à leur vie.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Berg, B.J. et J.F. Wilson (1991). «Psychological functioning across stages of treatment for infertility», *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 14, p. 11-26.
- Bianchi-Demicheli F., D. Medico, H. Lucas et D. Chardonnes (2003). «Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction», *Médecine et Hygiène*, vol. 61, p. 599-602.
- Coëffin-Driol, C. et A. Giami (2004). «L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature», *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, vol. 32, n° 7, p. 624-637.
- Daniluk, J.C. (2001). «Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples», *Journal of Counseling and Development*, vol. 79, p. 439-449.
- Greil, A.L., K.L. Porter et T.A. Leitko (1989). «Sex and intimacy among infertile couples», *Journal of Psychology and Human Sexuality*, vol. 2, p. 117-138.
- Jordan, C. et T.A. Revenson (1999). «Gender differences in coping strategies with infertility: A meta-analysis», *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 22, n° 4, p. 341-358.
- Kowalcek, I., N. Wihstutz, G. Buhrow et K. Diedrich (2001). «Coping with male infertility, gender differences», *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 265, p. 131-136.
- Leiblum, S.R., A. Aviv et R. Hamer (1998). «Life after infertility treatment: A long-term investigation of marital and sexual function», *Human Reproduction*, vol. 13, n° 12, p. 3569-3574.
- Leiblum, S.R. et D.A. Greenfeld (1997). «Love, sex, and infertility: The impact of infertility on couples», dans S. Leiblum (dir.), *Infertility, Psychological Issues and Counseling Strategies*, New York, John Wiley & Sons, p. 149-166.
- Medico, D. (2005). «La sexoanalyse comme travail de la fonction symbolique en clinique d'infertilité», V<sup>e</sup> séminaire international de sexoanalyse, Québec.
- Möller, A. (2001). «Infertility and sexuality. An overview of the literature and clinical practice», *Scandinavian Journal of Sexology*, vol. 4, p. 75-87.
- Nachtigall, R.D., G. Becker et M. Wozny (1992). «The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility», *Fertility and Sterility*, vol. 57, p. 133-141.
- Oddens, B.J., I. den Tonkelaar et H. Nieuwenhuys (1999). «Psychosocial experience in women facing fertility problems – A comparative survey», *Human Reproduction*, vol. 14, n° 1, p. 255-261.
- Rantala, M.L. et A.I. Koskimies (1988). «Sexual behavior of infertile couples», *International Journal of Fertility*, vol. 33, n° 1, p. 26-30.
- Sydsjö, G., K. Ekholm, M. Wadsby, S. Kjellberg et A. Sydsjö (2005). «Relationships in couples after failed IVF treatment: A prospective follow-up study», *Human Reproduction*, vol. 20, p. 1952-1957.



## LES TEMPS DE LA MORT D'UN ENFANT EN FIN DE GROSSESSE

*Dominique MERG-ESSADI*

L'approche de psychologue clinicienne permet d'entendre les représentations les plus personnelles des sujets, comme ce fut le cas lors d'une rencontre avec une jeune femme venue nous voir à la suite de son accouchement d'un enfant « mort-né ». Nous avons eu ainsi accès à son récit, dans son contexte et sa chronologie, mais aussi à sa souffrance et à son fonctionnement psychologique. Or, parallèlement aux entretiens de soutien, cette même personne a répondu à une demande, faite sur Internet, d'entretiens de recherche par une étudiante en psychologie (Soroka, 2007), sur le thème de la mort périnatale et le travail de deuil, ce qui a permis de croiser des fragments de discours de notre clinique, avec les éléments tirés de ces entretiens de recherche. Ce dispositif permet une approche comparative intéressante des temps du deuil dans l'élaboration psychique du sujet, par rapport au temps biologique et au temps social, dans le respect de la déontologie professionnelle.

Les étapes identifiées par la clinique d'une part, et les entretiens de recherche d'autre part, auprès d'une seule et même personne sont ainsi reconstruits et, à partir de ces éléments, les décalages entre les différents temps peuvent être repérés.

## **1. CONCEPTS POUR PENSER LA CLINIQUE DU DEUIL PÉRINATAL**

Dans le cadre psychanalytique, le deuil peut être compris comme une répétition de la première séparation, celle de l'unisson narcissique de la dyade symbolique mère-nourrisson (Racamier, 1992 ; Bowlby, 1978, 1984). Chaque sujet va donc faire face à une perte sur la base de la reviviscence des deuils originaires. Ainsi, chaque perte d'objet dépendra de l'histoire de l'endeuillée, de sa structure psychique, de ses expériences précoces, mais aussi de la qualité de l'investissement envers le défunt. Partant de ce point de vue théorique, la perte d'un enfant avant sa naissance, selon la structure de la personne, sera non seulement celle du fœtus en tant que tel, mais aussi celle d'une partie de soi-même et de ses projets. Ainsi peuvent coexister des parties vivantes, des investissements sur des projets, et des parties endeuillées, refusant l'idée de la perte de soi ou de l'enfant attendu (Soubieux, 2008). Après la mort d'un fœtus, « ce bébé en soi » se transforme et renaît sous la forme d'un fantasme nostalgique.

La notion de nostalgie a été évoquée par Freud (1915), comme une forme de transformation de la souffrance. Le travail de deuil se situe ainsi au cœur d'une interaction entre douleur, souffrance et dépression (Bacqué, 1992). L'investissement nostalgique permettrait une position intermédiaire entre le deuil et la dépression, il permet un décalage temporel de la prise de conscience de la réalité de la perte. Denis (1994) synthétise cette possibilité de percevoir de manière décalée le temps physique de la perte par le temps psychique : « le deuil admet la perte, la dépression la refuse, la nostalgie la contourne » (p. 146). La perte est donc psychiquement mise en suspens. La nostalgie permet de penser l'absent.

Pour autant, si les mouvements dépressifs sont constitutifs d'un deuil (Hanus, 2001), deuil comme « maladie normale » (Winnicott, 1975), comment une future mère pourrait-elle développer une nostalgie à l'égard d'un être en devenir, d'un enfant qui reste à naître ? La femme qui perd un enfant en cours de grossesse a-t-elle perdu quelqu'un dont elle peut

convoquer les souvenirs ? Elle perd des projections, des représentations, des imaginaires de sa vie avec un enfant. Ces questions se posent également, *a fortiori*, pour le futur père d'un enfant à naître.

Les aller-retour entre déni de la perte, lutte contre la perception du manque et confrontation à la réalité, se retrouvent dans les travaux sur le deuil (Deutsch, 1949 ; Klein, 1968 ; Bowlby, 1978, 1984). Golse (2001) s'est intéressé au fœtus comme objet mélancolique après des interruptions de grossesse. Il repère combien un fœtus investi est brutalement désinvesti dans l'immédiat après l'annonce d'une anomalie ou d'un décès. La perte est dans ces cas plutôt blessure narcissique que deuil d'un objet avec qui a pu s'établir une relation. En effet, l'investissement parental de l'embryon se situe entre un degré zéro narcissique et une véritable esquisse pré-objectale (Missonnier, 2004)

L'impossibilité d'élaborer la perte, de procéder à un remaniement psychique peut se compenser par une incorporation (Abraham et Török, 1987). L'endeuillé fait dans un premier temps mine d'avaler la perte par l'incapacité à en parler, à l'introjecter, d'où le décalage entre temps biologique et temps psychique. Ces perspectives permettent de situer le cas de Madame C.

## **2. LA SITUATION DE MADAME C.**

Lorsque la jeune femme, Madame C., rapporte son récit, elle semble très au clair, ayant bien en tête le temps physique des étapes de l'annonce du décès, de ses pressentiments et des étapes qui ont suivi. Pour autant, la mort de son enfant n'est pas psychiquement intégrée, et, la nouvelle grossesse qui va suivre lui fait revivre tous les temps de la grossesse antérieure dont elle n'a pas accepté l'issue.

L'annonce de la mort, les démarches administratives liées au décès font violence à l'imaginaire de cette mère, qui refuse la réalité. Dans son discours, elle va répéter avec colère des mots entendus, des formulations officielles attestant du décès, martelant l'information de la mort de son enfant. Il semble que la dimension sociale de la mort donne une représentation de l'irreprésentable.

Dans cette histoire, le temps physique va précéder ce travail psychique difficile. Le temps physique va presque se substituer au temps psychique, en faisant répéter une naissance à la date anniversaire de la mort du premier enfant attendu, comme une mise en acte de ce qui a du mal à s'élaborer psychiquement.

Madame C., 37 ans, mariée, a été enceinte deux mois après avoir arrêté la contraception. Toute sa grossesse s'est bien passée. Arrivée en fin de grossesse, quelques jours avant le terme, une vive douleur dans le ventre l'amène à se rendre à l'hôpital, avec le pressentiment que son bébé ne va pas bien. Effectivement, lorsqu'elle arrive à la maternité, le diagnostic est irrévocable : son fils, Noa, est mort. Cet événement a lieu le 10 janvier 2006.

Dès le premier mois suivant, Madame C. prend rendez-vous pour un entretien avec nous, dans le cadre d'un soutien psychologique, sur recommandation d'une amie. Nous la rencontrons trois fois de suite, puis elle a dit aller mieux. Trois mois plus tard, Madame C. nous rappelle avec une demande pressante d'être soutenue, cette fois de manière plus intensive, étant à nouveau enceinte. Entre-temps, elle reste en relations avec d'autres personnes par Internet, et rencontre à plusieurs reprises Laure, l'étudiante à qui elle se confiera.

Le discours de Madame C. nous ouvre la voie de ce qu'elle a désiré, même inconsciemment, ce qu'elle désire, et, lorsqu'elle va mal, l'absence de désir.

L'histoire, à l'instar du contenu, sert notre analyse des temps subjectifs de la vie et de la mort de son premier enfant, sur une période de neuf mois, sans développer ici les interprétations ni le travail psychothérapeutique.

### **3. LE TEMPS BIOLOGIQUE NE CORRESPOND PAS AU TEMPS PSYCHIQUE**

Lors du premier contact, le récit est très cohérent, le ton est au départ détaché, laconique, allant droit au sujet. Puis, très vite, l'évocation des scènes décrivant le bébé mort, les funérailles, font remonter des sanglots. Le discours se désorganise : elle parle du début de sa grossesse, puis à nouveau du moment de la naissance, des ressentiments autour des démarches administratives, de l'hospitalisation, et à nouveau de la période de grossesse. Le ton est très décousu, le débit rapide.

Régulièrement, elle commente son état, apportant des précisions sur l'évolution de son humeur dans le temps. Chaque fois, elle justifie ses émotions, mais s'inquiète de la durée pendant laquelle elle pourrait rester aussi bouleversée. En fin d'entretien, elle fournit une description des traits dépressifs observés sur elle-même. Là, son discours se fait plus distancié. Sa profession, infirmière, lui permet d'utiliser un vocabulaire professionnel.

La prise de conscience de la naissance de l'enfant et de sa mort est effective dans le discours. Le temps de la réalité biologique est intellectuellement intégré. Cet enfant est mort, Madame C. dit en avoir parfaitement conscience. Par ailleurs, la douleur intense qu'elle éprouve l'inquiète, elle s'interroge sur la durée de l'état dans lequel elle se trouve. En décalage entre son ressenti émotionnel et son analyse intellectuelle de la situation, elle interprète son état comme anormal. Le temps biologique de cette naissance se situe dans une réalité qui n'est pas acceptée sur le plan psychique. Émotionnellement Madame C. ressent des sentiments pour son enfant comme s'il était là, et cette contradiction entre ce qu'elle sait et ce qu'elle vit est difficile à supporter. Ses émotions et ses paroles nous font entendre que la mort de son bébé n'est pas psychiquement intégrée.

Manifestement, la rationalisation avec laquelle elle reprend son histoire, le style descriptif, lui sert à mettre à distance momentanément sa souffrance. Être dans le temps du narrateur la sort temporairement de l'état douloureux qu'elle éprouve. Pour autant, elle n'est pas totalement distancée, puisqu'elle manifeste des pleurs et verbalise sa peur de rester dans cet état douloureux de souffrance.

#### **4. LA RECHERCHE D'UN AJUSTEMENT ENTRE LE TEMPS PSYCHIQUE ET LE TEMPS SOCIAL**

L'imprévisibilité de la mort de son enfant à la veille de la naissance vient faire irruption dans une vie plutôt réglée, où même le moment de la naissance a pu être programmé. Ce parallèle est souligné par Madame C., qui a tout fait pour que sa grossesse se déroule dans des conditions optimales.

En effet, Madame C. a été enceinte de son premier enfant un mois après avoir arrêté la contraception. Ce court laps de temps entre son souhait et sa réalisation ne la surprend pas. C'est comme si son désir, partagé avec son conjoint, pouvait naturellement être suivi d'effet dans la réalité. Enthousiaste, elle affirme avoir eu la conviction d'être enceinte avant confirmation des tests. La facilité avec laquelle elle est tombée enceinte l'a confortée

dans l'évidence du lien entre ses désirs et leur réalisation, opérant sur le principe de la pensée magique. L'arrivée de cette grossesse coïncide avec le temps social, convenu comme idéal pour le couple. Le moment opportun de son projet d'enfant semble avoir ici une incidence sur le temps biologique, celui de la conception.

En opposant l'imprévisibilité de la mort de son enfant à son habituel contrôle des situations à vivre, Madame C. a du plaisir à rapporter sa compétence personnelle, sa connaissance de son état de grossesse antérieure à toute confirmation extérieure, au temps de certification sociale *« je l'ai senti... j'ai fait la prise de sang, j'ai pas attendu d'avoir un retard de règles [...] j'ai eu une nausée [...] c'était positif [...] j'étais sens dessus dessous d'avoir su... je m'y attendais pas tellement donc euh... je l'avais quand même senti »*. L'évocation de la grossesse la fait sourire et anime la tonalité de sa voix *« c'était bien [sourire]... J'étais même pas trop fatiguée, je me suis bien ménagée, je dormais bien, j'ai fait tout [en élevant la voix] ce qu'il fallait »*. Illustrant son respect des recommandations propres à toute femme enceinte de plusieurs anecdotes, elle exprime aussitôt un sentiment d'injustice et d'incompréhension.

Pour cette jeune femme, au-delà de la perte de l'enfant s'ajoute la perte de son sentiment de maîtrise. La maîtrise de la pensée sur le corps lui a échappé à partir de l'annonce du décès de l'enfant, lorsque le temps biologique est venu contrer celui du désir.

En relatant la mort de son bébé, Madame C. évoque un pressentiment, s'appropriant la connaissance du diagnostic avant son attestation. *« Parallèlement si je dis ça c'est parce que j'ai aussi senti que le bébé était mort... je l'ai senti avant... je le savais... je sentais les choses. »* Ce pouvoir d'anticipation par la pensée, traduit par des pressentiments, semble être un des fondements de son fonctionnement.

Aussitôt après avoir parlé de ses pensées mortifères, Madame C. cherche des mobiles à sa culpabilité. Puis, elle se plaint de n'avoir à ce jour aucune cause au décès de Noa, ce qui renforce son sentiment de culpabilité : *« je croyais l'autre fois que j'avais tué le petit parce que justement on n'a rien trouvé dans l'autopsie... pas de cause »*. Ensuite, elle déclare savoir à quel moment son bébé est mort, et décrit avec précision ce qui s'est passé quelques jours avant le terme : *« la nuit j'ai eu une douleur très très vive dans le ventre, je croyais que c'étaient les contractions »*. Inquiétée sur le moment, elle s'était rendormie. Cette douleur est

survenue dans la nuit du samedi au dimanche. Le dimanche soir, elle ne sentait plus le bébé bouger. Le lundi matin, sans faire part de ses inquiétudes à son conjoint, parti travailler, elle s'est rendue à l'hôpital pour un contrôle : « *il n'a pas bougé de la nuit, je ne l'ai pas senti lundi matin [...] je suis arrivée à l'hôpital, ils m'ont gardée forcément.* » Une fois le diagnostic posé par la sage-femme, confirmé par le médecin, Madame C. a téléphoné elle-même à son conjoint, lui demandant de venir la rejoindre à l'hôpital : « *j'étais obligée de lui mentir pour venir à l'hôpital, je pouvais pas lui dire que le bébé était mort, j'avais peur qu'il ait un accident de la route, je lui ai dit de vite venir parce que j'allais accoucher.* » Lorsqu'elle rapporte qu'elle « *ne pouvait pas lui dire* » nous pouvons aussi entendre qu'il n'était pas possible pour elle d'intégrer, au sens de l'acceptation psychique, que l'enfant était mort.

## 5. LE TEMPS PSYCHIQUE NE RENCONTRE PAS LA RÉALITÉ SOCIALE

Dans la période consécutive à la confirmation du décès de son bébé, à la suite de l'appel téléphonique à son conjoint, Madame C. n'a plus pu réagir tant sur le plan des réactions motrices que sur le plan psychique : « *j'étais en état de choc, j'étais prostrée...pouvait plus pleurer/ pas parler, j'étais assise dans mon fauteuil tout l'après midi [...] j'ai pleuré... ça n'allait plus.* » L'irreprésentable de la mort de son enfant en elle lui rendait toute conséquence pratique irréalisable « *je leur ai dit: je veux une césarienne, soit j'ai une césarienne soit je rentre [...] je savais très bien que je n'aurais pas de césarienne quelle que soit la comédie que j'allais faire.* » Pour elle, à ce moment, il s'agissait certainement d'échapper à cette réalité, qui était insensée : devoir mettre au monde un enfant mort : « *c'est inhumain* » ; « *décéder avant de naître c'est... [silence] enfin/ c'est impensable aussi pour nous [...] c'est difficile à réaliser oui... il est mort avant d'être né... oui c'est... physiologiquement il est mort avant d'être né... c'est... vrai mais il était vivant avant d'être né [...].* »

Il lui tient à cœur de rappeler qu'avant d'avoir le statut de mort il a été vivant. Constaté que sur le livret de famille l'acte de naissance soit barré lui est insupportable. Par là, on ne reconnaît pas le fait que cet enfant a eu une vie *in utero*, ni qu'elle-même l'ai bien senti bouger en elle, pendant neuf mois :

*dans le livret de famille [...] l'acte de naissance il est barré ça c'est difficile hein il faut changer la loi hein/ faut que les gens qui écrivent la loi... faut que ça soit des femmes à qui c'est arrivé et là elles comprendront parce que l'acte de naissance c'est barré il y a juste un lieu de décès qui est complété et c'est même pas écrit décédé, c'est écrit: « enfant sans vie » [...] je suis restée tout l'après midi avec ce livret de famille ouvert/ avec acte de naissance barré [imite le geste de barrer avec la main sur la table] et l'acte de décès pas rempli/ le médecin et la sage-femme sont venus me voir le soir pour me demander comment j'allais et je leur disais: regardez mon enfant n'est même pas né regardez c'est marqué là [...] mais je sais moi que trois jours avant encore mon bébé était vivant/ mais in utero.*

En effet, sur le plan législatif, l'enfant mort-né est inscrit comme enfant né sans vie, mais il n'a pas d'acte de naissance. Il a seulement un acte de décès. Son inscription est possible si son terme est au-delà de 22 semaines de gestation ou son poids de plus de 500 g, sous son seul prénom, sans le patronyme familial. Pour cette mère, comme pour nombre d'autres, cette inscription sans acte de naissance est vécue comme une négation de l'existence de l'enfant. Le moment de la naissance de son enfant n'est pas légalement authentifié. Cette réalité juridique ne correspond pas à sa réalité, ce qui alimente sa révolte. La concrétisation de la naissance, par l'inscription dans le livret de famille d'une part, et, dans son corps par l'accouchement d'autre part, n'a pas de prise sur son inconscient. Au fond d'elle-même son fils est encore là, son désir est encore là, ses sentiments sont encore là. Le temps psychique ne correspond pas à la réalité biologique et sociale.

## **6. LE TEMPS PSYCHIQUE ENTRE EN CONFLIT AVEC LE TEMPS BIOLOGIQUE ET LE TEMPS SOCIAL**

Ressassant les étapes de la naissance, les gestes observés et réalisés autour de son bébé mort, elle se remémore des scènes vécues « ...de l'extérieur ». Physiquement présente, elle a mémorisé chaque détail, mais cela ne signifie pas que psychiquement elle ait intégré le fait que son enfant ne soit plus en vie. En effet, elle voyait, savait des choses, sans pour autant les avoir intégrées comme réelles: « ...je n'y croyais pas... j'avais l'impression que j'allais me réveiller/c'est comme le lundi pendant 2 h je me suis dit quel sale cauchemar/ mais là je pleurais pas parce que je croyais que j'allais me réveiller en fait mais quand j'ai compris après j'ai pleuré... je réalisais pas/ je crois que j'avais pas bien réalisé ». Son récit la place comme

observatrice de scènes qu'elle a vécues comme une automate, sans penser. Cette attitude-là lui permettait alors de mettre psychiquement à distance la souffrance liée à l'événement :

*je suis restée à l'hôpital jusqu'au dimanche suivant et le dimanche suivant c'était le terme prévu/ donc c'était déjà une sale journée mais entre-temps j'ai quand même beaucoup d'ami(e)s qui sont venu(e)s me voir/ mes parents qui sont venus me voir/ mon père qui s'occupait du cercueil tout ça /mon mari on l'a enterré/ et puis les journées se sont passées/ il n'était pas là/ il n'était pas là hein je voyais bien que y avait pas de berceau/ j'avais compris hein.*

Après tout ce temps, après les visites, les démarches, Madame C. révèle qu'elle attendait toujours son fils, qu'une part de doute était possible, lorsqu'elle dit « *je voyais bien que y avait pas de berceau* ». Le temps du terme, c'est-à-dire de la date présumée de la naissance, était nécessairement pour Madame C. un « sale temps ». Ce temps social, au travers de la date prévue, vient rappeler le décalage entre son souhait et la réalité biologique.

## **7. LE TEMPS PSYCHIQUE FONCTIONNE DANS LA RÉSONANCE À DES ÉPROUVÉS**

Reprenant la description de la scène de la naissance, Madame C., associe la mort de son enfant à la sienne : « *on avait tout préparé/ on lui a mis son doudou avec lui son petit pyjama/ il avait 3,3 kg et 51 cm et puis mon mari l'a bercé un petit peu... mon mari lui a chanté une petite chanson [s'effondre à nouveau] moi je voulais mourir [pleure]* ». Vouloir mourir, c'est peut-être refuser de vivre une réalité trop difficile, trop douloureuse.

Or, la question de sa propre mort n'a pas émergé seulement au moment de la mort de son fils :

*j'avais très peur d'accoucher, j'avais peur [...] j'avais toujours tellement peur [...] ce mardi-là j'ai aussi dit : je vais mourir en accouchant [...] tout le monde était là dans la chambre hein j'ai dit : vous savez docteur je vais mourir en accouchant/ je vous assure et ne me dites pas mais non c'est pas possible/ parce que là je voyais bien que tout est possible, regardez un enfant peut mourir dans le ventre à 4 jours du terme/ j'ai dit je vous assure je vais mourir d'une complication.*

Sur le ton de la démonstration, sans affect, elle associe sa hantise de décéder en accouchant à l'expérience d'une amie proche : *« une très très bonne amie qui est décédée y a maintenant 2 ans/ d'une hémorragie en donnant naissance à son enfant »*. Ainsi, l'association de l'accouchement avec la mort, déjà latente chez toute femme, est liée pour Madame C. à l'expérience de la perte d'une amie autour d'une naissance. Rationaliser lui permet aussi de mettre la souffrance à distance.

Cette association avec l'idée de sa propre mort est renforcée par la mort de son bébé au moment du terme. Pourtant, elle déclare, laconique : *« je le pensais vraiment/ mais bon je suis pas morte hein/ et en fait dans tout ça/ moralité de l'histoire c'est que l'accouchement/ tout s'est bien passé »*. Ce constat d'un bel accouchement vient en contradiction avec le drame que vivent ces jeunes parents. La biologie ne rend pas compte de l'état émotionnel, biologie et psychisme apparaissent ici distincts, déliés.

## 8. LE TEMPS SOCIAL DE L'ACCOMPAGNEMENT

La sortie de la maternité a été très difficile et douloureuse : *« j'avais tellement lu dans les livres qu'on rentrait à deux, on sort à trois [...] que après il faut prévoir une poussette ou un maxi cosy mais nous on a dû prévoir un cercueil et ça je l'ai vu dans aucun livre qu'il faut prévoir un cercueil quand on sort de la maternité [très émue] »*. Madame C. explique sa difficulté à quitter le service de maternité, à retourner dans son foyer et appréhender la réalité du manque : *« je ne voulais pas sortir de l'hôpital, à l'hôpital je n'étais pas confrontée à la réalité... je disais je peux encore rester une journée/ j'aurai pu rester 2 mois à l'hôpital [...] je voulais pas être confrontée à la réalité/ je ne voulais pas voir la chambre vide »*. Pour autant, la première chose qu'elle a faite en rentrant chez elle, a été de se précipiter dans la chambre du bébé et a éclaté en sanglots.

Inconsolable, elle part avec son conjoint pour un séjour chez son père, dans le Sud de la France, pour penser à autre chose. Loin de sa maison, elle vivait un autre temps, et prolongeait ce temps suspendu entre la naissance de l'enfant mort-né et le retour au domicile : *« je disais bon on reste encore chez toi papa hein et puis encore un jour encore un jour/ au bout de 2 semaines il a dit... enfin il m'a dit qu'il était grand temps que je rentre chez moi/ que la chambre est vide mais que je rentre chez*

*moi* ». Ne pas rentrer après le séjour à la maternité, ne pas quitter la maison paternelle, sont des attitudes défensives pour retarder, éviter la confrontation avec la réalité.

L'entourage de Madame C. lui a donné des temps, des délais, pour passer d'un cadre à un autre. Ainsi, à la clinique, le personnel soignant qui l'a entourée après le décès de son nouveau-né a organisé sa sortie au bout d'une semaine. Pour son père, après deux semaines chez lui, il a été « grand temps » que la jeune femme rentre chez elle. Le temps social de l'accompagnement est évalué en fonction de critères extérieurs à la personne endeuillée, dépendant des ressources possibles pour les interlocuteurs, et de l'idée qu'ils peuvent avoir de ce qui serait bien pour elle, pour son travail d'acceptation de la réalité. Le séquençage en semaines paraît intégré par Madame C. comme une fréquence de référence dans son accompagnement. En effet, lorsqu'elle s'est adressée à nous pour une demande de soutien, elle a programmé de venir toutes les semaines. Il lui a semblé possible de poursuivre sa nouvelle grossesse à condition de pouvoir venir de semaine en semaine.

## 9. LE REFUS, DÉCALAGE ENTRE LES TEMPS PSYCHIQUE, BIOLOGIQUE ET SOCIAL

Le refus d'affronter la réalité s'est traduit dans ses actes. Madame C. ne supportait pas de retourner dans sa maison, lieu préparé pour abriter le nouveau-né. Mais, surtout, elle ne pouvait pas se toucher le ventre, qui abritait son bébé, les traces de sa maternité. C'est une partie d'elle-même qui était partie avec cet enfant, alors que la grossesse était investie sur un plan narcissique. Ce premier-né, un fils, a provoqué en elle un vide, un manque. Cette amputation d'une partie d'elle-même lui rend impossible le contact physique de sa main avec son ventre. Sa main ne devait pas toucher le vide laissé par l'absence de bébé :

*après pendant une semaine/ pendant une semaine/ moi je pouvais plus me toucher le ventre donc je prenais ma douche et je me lavais tout mais je pouvais pas me toucher le ventre/ l'eau elle coulait si y avait du savon y avait du savon/ si y avait pas de savon y avait pas de savon/ je pouvais pas toucher le ventre/ et... je pouvais pas faire ma petite toilette non plus avec ma main je pouvais pas me toucher la peau/ donc il fallait que je prenne un gant/ je pouvais pas me toucher.*

L'impossibilité de toucher le ventre, ainsi que l'appréhension de la reprise des rapports sexuels, renvoie à l'impossible fusion entre vie et mort.

Le corps qui a abrité l'enfant mort semble acquérir une valeur symbolique qui touche au sacré. Aussi, le contact physique peut convoquer le fantasme de profanation. Un interdit s'est imposé qui n'a pas été relié à quelque chose de conscient. Ce refus du contact physique est probablement lié au refus de la réalité de la perte de l'enfant conçu dans le corps maternel.

## 10. LA COLÈRE, RENCONTRE DU TEMPS PSYCHIQUE ET DU TEMPS BIOLOGIQUE

Autant l'acceptation de la mort de son bébé est difficile, autant il lui est insupportable d'entendre des paroles lui promettant « *un autre enfant* ». En effet, certaines paroles de l'entourage, dites dans l'intention de consoler les parents, peuvent être perçues comme une minimisation de l'importance de cet enfant-là. Exaspérée de la précipitation des siens à lui prédire une autre grossesse, la jeune femme revendique d'avoir son enfant, le fils qu'elle attendait : « *je suis très nerveuse quand on me dit [...] t'en fais pas t'inquiète pas t'en auras un autre/ Je ne veux pas un autre/ à la limite je préférerais Noa mais je ne veux pas un autre [élève la voix] je veux peut-être un deuxième peut-être un troisième mais pas un autre/ ça certainement pas hein/ combien de fois je l'ai entendu/ un autre/ un autre un autre/ je ne veux pas d'autre* ». Son entourage projette ce qu'il croit être une possible réparation. L'intention est positive, mais renforce chez Madame C. la négation de l'existence de son fils Noa. Son insistance pour préciser que ce n'est pas d'un autre qu'elle veut rappelle que c'est son fils Noa qu'elle veut.

## 11. L'AMBIVALENCE, DÉCALAGE ENTRE TEMPS PSYCHIQUE ET BIOLOGIQUE

Peu après le décès de Noa, alors qu'elle parle du manque de son bébé, Madame C. pense être à nouveau enceinte.

*je n'ai toujours pas de retour de couches...et ça fait 3 mois...c'est long... c'est pas guéri la plaie n'est pas guérie s'est pas fermée... le corps n'est pas guéri et la tête non plus d'ailleurs [...] j'ai fait une prise de sang y a un mois... on sait jamais peut-être que entre-temps... on sait jamais/ mais concrètement j'ai pas de règles [...]*

*je disais : si c'est positif je pleure/ si c'est négatif je pleure et j'ai pleuré c'était négatif parce que... j'étais quand même un peu déçue... mais avec du recul c'était quand même mieux/ en mars j'étais pas prête/ maintenant je suis plus prête.*

Son discours est confus, mais surtout très ambivalent. D'un côté elle pense être prête à être à nouveau enceinte, d'un autre côté cette hypothèse lui semble trop compliquée dans l'instant : «*j'ai une problématique qui est assez... qui est pas réglée du tout du tout du tout/ et pourtant j'ai qu'une idée en tête hein/ c'est de retomber enceinte/ mais...ça sera plus pareil*».

Dès la confirmation de sa grossesse, elle nous contacte :

*Il fallait que je vous voie. C'est terrible. Je suis enceinte. Je suis enceinte de nouveau. Mais je devrais être heureuse et je suis triste. Je suis terriblement angoissée. Mais rien n'y fait et je sais que je vais rester dans cet état. En même temps comment je peux vivre, comment je peux aller travailler dans un état pareil. Je me dis comme ça que je devrais être heureuse d'être enceinte. Mais pas du tout. Je suis vraiment mal. Ça m'inquiète même.*

Socialement Madame C. arrive à la finalité de son désir, attendre un enfant. Pour autant, l'ambivalence, propre à toute femme enceinte, est ici amplifiée.

L'enfant qu'elle attendait reste Noa. Puisqu'elle ne l'a pas, elle le désire toujours. Du moins consciemment. Qui désire-t-elle au fond ? Est-ce vraiment Noa ou ce qu'il représente pour elle ? Le projet de couple, le désir d'une femme d'être mère, le désir d'une petite fille d'avoir un bébé ? Cet enfant représente la somme des imaginaires construits depuis plusieurs années. En effet, différentes théories de l'enfant imaginaire renvoient aux désirs archaïques, nés dans la relation de l'enfant devenu adulte à ses propres parents. Avec la mort d'un bébé, tout semble s'écrouler, et pourtant la part archaïque, basée sur le désir reste présente.

## **12. LE DÉLIRE, CHEMINEMENT DU TEMPS PSYCHIQUE**

Le désir de Madame C. de voir son fils vivant entre en conflit avec la réalité de sa mort. Le temps psychique n'ayant pas enregistré Noa comme mort, la proximité biologique de la grossesse suivante autorise la construction imaginaire d'un lien entre le désir et la réalité :

*j'ai pensé que c'est lui, qu'il est revenu/je vous assure j'ai le sentiment que c'est lui. Et pourtant je sais bien que ce n'est pas lui. Mais c'est lui que je veux, c'est mon Noa. Je m'en veux d'être enceinte alors que mon fils Noa il n'est pas là. C'est injuste/ c'est lui qui devrait être là/ Je ne sais pas ce que je ressens... mais je suis presque en colère de penser qu'il y a un bébé là dans mon ventre/ Je crois que c'est lui...*

Dans le même temps, Madame C. sait que cela n'est pas vrai, que ce n'est pas Noa qui revient. Cette histoire lui permet de donner corps à l'ambivalence qu'elle ressent, de trouver une raison d'en vouloir à son bébé. Sa haine est si forte qu'elle exprime des vœux de mort à l'encontre de ce deuxième enfant :

*En fait je pense à tout ce qui peut arriver... Je ne veux pas penser qu'il pourrait y avoir un bébé/ alors je pense que la grossesse va s'arrêter. Tout pour moi est signe que je vais faire une fausse couche : si je ne dors pas bien ou si j'ai sommeil, si je prends du poids ou si j'en perd/ Quoi qu'il m'arrive je pense que de toutes façons je vais le perdre. Mon mari me dit que c'est dans la tête/ lui a envie d'y croire et il se réjouit même/ Là ça me fait mal parce que pour moi c'est comme s'il ne pensait plus à Noa [pleurs]. Il n'y a que quand je suis au travail où j'arrive par moments à ne pas y penser, mais ça revient et là je m'effondre.*

Partagée entre le temps de remémoration de Noa et la nouvelle d'une autre grossesse, ses émotions la bouleversent. Redoutant une fausse couche, elle essaie, sans succès, d'ignorer qu'elle est enceinte.

### **13. LA DIFFICULTÉ D'INVESTIR UN NOUVEL OBJET, LORSQUE LE TEMPS PSYCHIQUE N'A PAS REJOINT LE TEMPS BIOLOGIQUE**

Comme pour s'épargner une trop grande souffrance, elle s'interdit d'investir cet enfant-là :

*Mais pour moi le terme de la grossesse c'est la mort/ je veux même pas entendre ce mot/ les médecins se débrouillent comme ils veulent, mais je sais très bien qu'à un moment donné il faudra qu'on me le dise/ on a plein de papiers à remplir pour la sécu/ pour tout ça/ mais les 3 premiers mois je veux pas entendre ce mot/ JAMAIS/ qu'on me parle pas de ça et je voudrais pas connaître le sexe !... J'ai trop peur*

*de... je veux plus m'attacher ah! non non non/ je pars du principe alors voilà il va mourir/ comme ça je m'attache pas et y aura pas de... je ferai aucun projet/ aucun/ parce que là j'en avais des projets hein!/.... tout était organisé hein!/ là je ferai plus de projet hein!/ rien rien rien de rien/ ça c'est sûr ça c'est certain par contre et là je changerai pas/ je ferai tout ce qui faut/ amniocentèse/ écho/ y aura beaucoup d'exams/ prise de sang toutes les semaines/ certainement une césarienne... un mois avant/ ils font ce qu'ils veulent et ça m'est égal hein! mais... qu'on me demande pas de m'investir... pas un seul projet quoi... tant qu'il sera pas vivant... rien/ j'irai à la maternité sans valise/ il sera toujours temps de la ramener après hein!/ ça c'est pas grave c'est rien c'est des brouilles hein!/ rien/ juste... j'irai aux échographies en me disant/ bon voilà il y aura sûrement un problème mais je me laisserai pas avoir comme je me suis laissée avoir comme ça/ non non non... quand on s'attend au pire et que c'est le meilleur qui vient... c'est que positif/ parce que là j'ai attendu le meilleur et c'est le pire qui est arrivé/ ça c'est sûr/ si mon mari veut connaître le sexe/ le médecin lui dit/ lui note sur un bout de papier/ et puis voilà quoi... mais.*

Lorsque l'évolution de la grossesse est confirmée, que le risque de fausse couche est passé, Madame C. reste intimement persuadée que l'enfant ne naîtra pas vivant. Affirmant cela, elle cherche par tous les moyens à se faire rassurer. Suivie par son gynécologue, elle consulte également dans l'établissement hospitalier où elle vient pour son soutien, doublant ainsi les temps de surveillance médicale :

*Mon gynéco fait tout pour me rassurer, mais moi je m'imagine quand même que tout peut arriver. Personne ne peut me garantir qu'il n'arrivera rien, je le sais bien. J'ai besoin d'une surveillance toutes les semaines. Je sais qu'il me faut ça, même si entre-temps je continue à me dire que je ne peux pas avoir une naissance vivante. Je sais c'est étrange comme formulation, mais c'est tout ce qui peut me venir : je ne peux pas me voir avec une naissance vivante.*

Entre deux consultations « maintenant je me dis que ne je pourrai pas vivre ça. J'ai déjà vécu le pire avec Noa, je ne peux pas imaginer autre chose, je ne peux pas me projeter avec une naissance vivante. Je ne peux pas dire autrement ». Il semble que Madame C. est encore en attente de la naissance de Noa, alors qu'elle sait qu'il est mort. Aussi, elle ne peut pas se représenter la réalité du deuxième enfant.

#### 14. LE DÉPLACEMENT, LA FORCE DU PSYCHISME CONTRE LE BIOLOGIQUE

Nous nous sommes rencontrées régulièrement, à sa demande. Aussi, lorsqu'elle a rapporté une nouvelle source d'inquiétude consécutive à un examen médical, une amniocentèse, nous avons été surprises. En effet, elle n'avait pas fait part de questionnements quant à l'indication et la décision d'un tel examen. Or, faire une amniocentèse correspond à l'accès au caryotype du fœtus, donc des informations sur le risque qu'il soit porteur éventuel d'une anomalie génétique. De plus, un tel examen demande un geste technique qui comporte un risque sur l'évolution de la grossesse, étant donné qu'une aiguille est introduite au travers de la paroi maternelle pour prélever du liquide amniotique.

Tous ces éléments font, en principe, réfléchir les futurs parents quant à la pertinence de cet examen et ses conséquences éventuelles. Selon Madame C., le médecin lui aurait conseillé cet examen pour la rassurer :

*Pour être sûr qu'au moins il n'y avait pas d'anomalie. Moi maintenant j'ai peur qu'on me dise qu'il a quelque chose. Si je n'ai pas tout de suite les résultats je me dis que c'est qu'il y a quelque chose. Et puis j'attends ces résultats chaque jour. Je regarde mon téléphone comme s'il allait sonner. J'ai peur qu'on m'appelle au boulot. Qu'est-ce que je ferais ? je laisserais tout en plan ? déjà là j'ai du mal à aller travailler, je ne pourrais plus m'en remettre. J'attends les résultats. Je me dis que s'il y a rien à l'amniocentèse ça ne veut quand même pas dire que ce bébé pourra vivre. Mon fils n'avait aucun problème. Il n'y a même pas d'explication.*

Là où le médecin a tenté d'objectiver un élément qui puisse être rassurant, l'angoisse a trouvé un nouveau point d'ancrage. Devant la souffrance exprimée par cette femme, le gynécologue a pensé éliminer une source possible d'inquiétude, en lui faisant faire un examen complémentaire. Or, l'état anxieux étant chez cette femme associé à des éléments plus profonds, difficilement accessibles à la conscience, la rationalisation n'a pas de prise. L'examen devient un mobile supplémentaire pour donner corps à l'état anxieux. Elle nous dira avoir eu la hantise de ne pas être une bonne mère. La mort de son premier né est venue, pour elle, confirmer son sentiment d'incompétence à être mère.

## 15. LE SYMBOLIQUE, LIEN POSSIBLE ENTRE TEMPS BIOLOGIQUE ET PSYCHIQUE

Admettre que son premier né est mort lui fait douter de son statut de mère. Néanmoins, malgré la non-acceptation de la mort de son fils, Madame C. chemine, et cherche ses propres attestations de son identité de mère :

*Malgré tout je suis maman ! la sécurité sociale m'a payé un congé de maternité/ d'ailleurs elle m'a dit l'autre jour/ parce que je suis en profession libérale hein ! si j'avais rien je devais reprendre le travail hein !/ c'est bête mais/ mais la dame elle m'a dit « vous savez je vais juste vous dire quelque chose/ vous êtes maman vous avez un fils/ est-ce que vous avez une autre question parce que moi je vois pas d'autres questions/ et vous êtes en congé maternité jusqu'au 27 mars » ces mots la c'était plus important que tout/ « vous êtes maman vous êtes en congé de maternité.*

La corrélation entre le fait d'être maman et le congé de maternité semble fonctionner comme une attestation. L'enfant n'est pas là, Madame C. ne sais plus qui elle est, comment se définir. Le fait qu'on lui dise « Vous êtes en congé de maternité » vient, pour elle, faire preuve de son identité de maman, fonctionnant comme une réparation.

Ainsi, les résonances de paroles entendues, de citations, peuvent atteindre ou non la personne qui se trouve en errance entre les faits, les éprouvés et la reconnaissance sociale de ces états objectifs et subjectifs :

*je me souviens j'avais entendu la formule « la vie ne tient qu'à un fil » en janvier je ne sais plus dans quel contexte/ ben oui la vie ça ne tient qu'à un fil/ ça m'a fait mal d'entendre ça/ parce que la vie qui ne tient qu'à un fil pour moi c'est l'enfant et son cordon/ et sa vie n'a tenue qu'à un fil /ce maudit cordon/ la vie ne tient qu'à un fil/ dans ma tête ça prend maintenant une autre dimension...pour moi c'est vrai/ c'est pas juste une formule épatante/ la vie ne tient qu'à un fil/ c'est vrai/ la vie la mort ça ne tient qu'à un fil/ chez moi le fil n'était pas bon/ ou je ne sais pas ce qu'il faut dire / mais la vie ne tient qu'à un fil c'est vrai [silence].*

Comme pour les enfants, les mythes ont valeur ici d'apaisement, faisant lien entre ce qui se vit et ce qui se dit.

## 16. L'ADAPTATION DU TEMPS SOCIAL ET LES POSSIBLES CONCORDANCES ENTRE TEMPS BIOLOGIQUE ET TEMPS PSYCHIQUE

Dès le moment où Madame C. a éprouvé un mieux-être, elle nous a appelé par téléphone :

*Je voulais vous dire que soudain je me sens mieux, l'angoisse s'est apaisée. Ce matin à l'échographie j'ai appris que c'était une fille. Je ne veux pas trop me réjouir, mais j'ai tellement envie d'aller acheter des choses, des vêtements pour elle. C'est plus fort que moi, j'ai dit à mon mari que j'avais des idées pour aménager la chambre différemment. C'est juste des changements de place pour les meubles, mais c'est la première fois que ça me paraît bien de déplacer le petit lit, de placer la commode autrement. En plus ce sera plus pratique aussi.*

L'accès à la connaissance du sexe de l'enfant à naître provoque ici un effet sur l'état anxieux de la patiente. Madame C. personnifie le bébé dans son ventre, parle de la fille qu'elle attend, la nomme «elle». Cela provoque un mouvement dans ses représentations. La jeune mère a même le plaisir de nous confier le prénom choisi. Elle laisse une respiration de trois semaines avant de demander un entretien.

À présent, son inquiétude se déplace sur la question de la date de naissance. Reliant cette date à celle de la naissance de son fils, elle souhaite tout faire pour éviter de faire coïncider les deux dates. En effet, la date théorique calculée pour cette naissance est le 10 janvier 2008, correspondant à la date de naissance de Noa, 10 janvier 2007. Dès le début de sa grossesse, Madame C. s'était mise d'accord avec son gynécologue pour que l'accouchement soit déclenché trois semaines avant le terme théorique calculé, arguant de son angoisse.

En revanche, la date annoncée à l'entourage est trois semaines après le terme théorique, soit fin janvier. En procédant ainsi, elle s'évite la pression des questions et des attentes des proches à l'arrivée de l'échéance annoncée. Les trois semaines ont probablement une valeur signifiante pour elle, c'est aussi les délais qu'elle s'accorde entre nos entretiens lorsqu'elle va bien ! Or, à présent, la grossesse se développant de manière harmonieuse, tous les critères médicaux étant rassurants, la jeune femme a une nouvelle inquiétude. Selon elle, son gynécologue pourrait l'inciter à laisser l'évolution normale se poursuivre. Ce faisant, elle imagine la possibilité pour sa fille de naître à la date anniversaire de la naissance et de la mort de

Noa. Or, elle souhaite tout mettre en œuvre pour éviter une fusion des deux dates. D'un air déterminé, elle lance « *s'il n'accepte pas/ je m'ouvrirai le ventre moi-même!* ».

Invitée à aller plus loin dans l'importance pour elle du choix de la date de naissance de son enfant, Madame C. expose son souhait : accoucher mi-décembre et pouvoir passer les fêtes de Noël en famille avec la petite. L'émotion à cette évocation la rend nostalgique de l'absence de Noa, le fils. C'est alors qu'elle dit être heureuse que le deuxième enfant soit une fille, consciente des superpositions entre son manque et son désir.

Relancée sur sa possibilité de maîtrise, elle réfléchit au temps social adéquat pour acheter des vêtements ou des objets pour l'enfant à naître. L'envie est présente, mais Madame C. se crée des règles pour conjurer le sort, l'important est, pour elle, de retrouver une voie pour se projeter dans l'avenir. Ainsi, ce n'est qu'après la naissance qu'elle s'autorisera à investir dans des effets personnels pour sa fille. Peut-être à ce moment là, dans le temps du cadeau, le temps social s'accordera-t-il à la rencontre entre les temps biologique et psychique ? Néanmoins, la dynamique sans cesse mouvante de ces temps social, biologique et psychique permet un espace pour penser, un mouvement de vie.

## CONCLUSION

L'approche de la question du temps de la mort d'un enfant au cours d'une grossesse met en lumière la perte d'une partie de soi-même, une blessure narcissique. La possibilité de créer un temps psychique distinct du temps biologique permet un répit temporaire dans la traversée des étapes du deuil. Le temps social permet de confronter cette construction psychique à l'épreuve de la réalité. Réciproquement, l'élaboration psychique, de même que la cohérence des temps dans le discours, tend vers une inscription d'une réalité dans l'histoire du sujet.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abraham, N. et M. Török (1987). *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.
- Bacqué, M.-F. (1992). *Le deuil à vivre*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Blin, D. et M.-J. Soubieux (1997). « La mort prénatale : À deuil infaisable, une issue : la nostalgie, », *Le Carnet psy*, n° 31, p. 19-22.

- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Tome 2 : la séparation angoisse et colère*, Paris, Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. Tome 3 : la perte tristesse et dépression*, Paris, Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. et B. Golse (2001). «De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation», *Le Carnet psy*, n° 63, p. 30-33.
- David, G. (2004). «L'embryon et l'éthique : du toc ?», dans S. Missonnier, B. Golse et M. Soulé (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Presses universitaires de France, p. 273-283.
- Delaisi de Parseval, G. (1997). *La part de la mère*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Delaisi de Parseval, G. (1997). *Les deuils périnataux*, Études, vol. 387, n° 5, p. 434, 457-466.
- Denis, P. (1994). «Nostalgie : entre deuil et dépression», dans N. Amar, C. Couvreur, M. Hanus (dir.), *Le deuil*, Paris, Presses universitaires de France, p. 143-149.
- Deutsch, H. (1949). *La psychologie des femmes II/ Maternité*, Paris, Presses universitaires de France.
- Flis-Trèves, M. (2004). *Le deuil de maternité*, Paris, Calmann-Lévy.
- Freud, S. (1986). «Deuil et mélancolie», extrait de *Métapsychologie*, Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> publication 1915), p. 145-171.
- Hanus M. (2001). *Les deuils dans la vie*, Paris, Éditions Maloine.
- Klein, M. (1968). «Le deuil et ses rapports avec les états maniacodépressifs», dans M. Klein, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 341-369.
- Missonnier, S. (2004). «L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel», dans S. Missonnier, B. Golse et M. Soulé (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*, Paris, Presses universitaires de France, p. 119-144.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines. Psychanalyse et psychoses*, Paris, Payot.
- Séchaud, E. (1999). «Clinique de la prime parentalité, états et processus», dans E. Séchaud et al. (dir.), *Psychologie clinique : approche psychanalytique*, Paris, Dunod, p. 123-162.
- Soroka, L. (2007). *Mourir avant de «n'être» ou la question «d'un possible» deuil ?*, Mémoire Master 1, Université Louis Pasteur, Strasbourg.
- Soubieux, M.J. (2008). *Le berceau vide*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- Winnicott, D.W. (1975). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- Zonabend, F. (1997). «Les mal-morts», dans R. Frydman et M. Flis-Trèves (dir.), *Mourir avant de n'être ?*, Paris, Éditions Odile Jacob, p. 17-26.

## REPRÉSENTATIONS DE LA TEMPORALITÉ FACE À L'ÉVÉNEMENT DE LA GROSSESSE CHEZ LES GARÇONS ET CHEZ LES FILLES VIVANT EN CENTRE JEUNESSE

Hélène MANSEAU  
Martin BLAIS

Si l'on pense aux grandes étapes du développement de la personne humaine telles que les décrit par exemple Erickson *et al.* (1986), le temps social apparaît en grande partie s'être développé en synchronisme du temps biologique. C'est à partir de cette synchronie qu'on peut qualifier certains événements de normatifs, c'est-à-dire des événements qui s'inscrivent dans une séquence temporelle attendue (tels que la mort des parents, une grossesse après l'union, etc.) et suivant une série d'apprentissages jugés nécessaires pour être en mesure d'y faire face adéquatement. D'autres événements surviennent au contraire alors qu'ils n'auraient pas dû survenir, sinon de façon très improbable (agressions, accidents, etc.) ou encore ils surviennent à un moment où ils ne sont pas attendus (le décès d'un enfant avant ses

parents, une grossesse chez l'adolescente, etc.). Ces derniers sont qualifiés de paranormatifs (littéralement : à côté de la norme). Si la grossesse et la parentalité sont des événements normatifs chez les adultes qui en ont fait le choix, elles prennent, lorsqu'elles surviennent à l'adolescence, le caractère d'un événement paranormatif, où le temps biologique fait irruption à un moment inattendu dans le temps social. Le temps biologique devance alors le temps social et la grossesse prend le sens véritable d'événement en tant qu'il marque le temps.

Cet événement qui marque le temps est un événement qui opère une rupture de l'intelligibilité (Olazabal et Lévy, 2006). On a alors l'impression que la conscience de cet événement peut faire tout basculer, dont précisément la notion du temps. Dans le langage populaire, ce rapport à l'événement s'exprime de la manière suivante : « Au moment où j'ai appris la nouvelle, le temps s'est arrêté ». La notion du temps devient alors sujette à interprétation, puisqu'elle n'a pas toujours la même intensité. L'événement qui marque le temps reconstruit le présent en ouvrant de nouveaux possibles ou en les refermant dans le pire des cas (Fecteau, 2000). Il a des retentissements différents et traduit des schémas socioculturels différents et propres à la personne qui est soumise à cet événement. Il peut tout aussi bien signifier la renaissance à la vie comme la mort de son existence (Lévy, 2006).

Laplantine (2006) propose trois réactions différenciées à son occurrence. Une première forme de réaction à un événement consiste à tenter d'établir une preuve afin de l'inscrire dans un schéma intelligible. L'événement est ici traité comme un indice, comme l'événement médical ou judiciaire qui n'est que le départ d'une enquête plus poussée visant à en déterminer les causes.

Une deuxième forme de réaction identifiée par Laplantine (2006) relève de la révélation. L'événement est alors traité comme s'il permettait de mettre au jour ce qui était jusqu'alors invisible et de révéler un ordre des choses qui était resté caché. L'événement n'a plus un caractère indiciel, comme dans la preuve, mais au contraire un caractère iconique. Laplantine établit une analogie entre l'événement-révélation et le miracle : il est une *manifestation* dont l'acte de compréhension se rapproche davantage de la foi que de la preuve. Cette « énigme n'est pas à proprement parler dissipée ; il subsiste un mystère qui, dans sa supériorité, son "aura", est précisément objet de foi » (Laplantine, 2006, p. 31).

L'événement peut aussi être vécu comme scandale. Contrairement aux phases précédentes, loin de révéler ou démontrer quoi que ce soit, il introduit un désordre dans le comportement qui fait dériver, balbutier ou revivre. Il provoque « un déficit d'interprétation, un manque, un moins, une défection de significations » (Laplantine, 2006, p. 32). L'événement-scandale doit faire renoncer à un univers homogène explicable ; il introduit un doute dans l'esprit, oblige à la modestie.

Dans la suite de ce chapitre, nous appliquerons cette approche de l'événement au phénomène de la grossesse à l'adolescence, tel qu'il est vécu par des jeunes des deux sexes pour mieux comprendre les réactions qu'il suscite et la façon dont il influence le rapport au temps.

## **1. MÉTHODOLOGIE**

Vingt adolescentes enceintes et vingt-quatre adolescents ayant vécu un épisode de leur vie où ils ont cru devenir père ont été rencontrés. Ces jeunes étaient placés en centre jeunesse (internat) soit parce que leur sécurité a été jugée compromise en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse, soit parce qu'ils avaient commis des délits criminels. L'objectif initial de cette étude était de mieux comprendre les représentations de l'amour, de la sexualité et de la grossesse à l'adolescence chez des jeunes en difficulté de même qu'à implanter un programme d'intervention qui corresponde à leurs besoins exprimés.

La moyenne d'âge des adolescentes rencontrées était de 15,8 ans (variant de 14 à 17,5 ans). Douze d'entre elles avaient été victimes d'abus sexuels. Elles ont été rencontrées pendant le premier trimestre de leur grossesse, peu de temps après la confirmation, par un test de grossesse, qu'elles étaient enceintes.

Les adolescents interviewés avaient en moyenne 16,4 ans (variant de 14 à 18 ans). Ils avaient répondu affirmativement à un questionnaire qui comportait une question visant à savoir s'ils avaient déjà connu un épisode où ils croyaient être le père d'un enfant. Ces jeunes hommes, lors d'entrevues en profondeur, nous ont fait état de 37 épisodes où ils avaient cru devenir pères. Précisons, toutefois, que les épisodes racontés n'aboutissaient pas tous à la naissance d'un enfant.

Les quarante-quatre entrevues réalisées auprès des deux groupes d'adolescentes et d'adolescents ont été retranscrites intégralement et codées par thèmes avec le soutien du logiciel de traitement de données alphanumériques (NUD\*IST). Seuls les propos associés à l'annonce de la grossesse comme événement sont ici rapportés.

## **2. RÉSULTATS**

L'analyse des témoignages recueillis fait ressortir que les adolescentes et les adolescents expérimentent l'annonce de la grossesse de manière totalement différente. Ainsi, pour les adolescentes, cette annonce de la grossesse prend surtout la forme d'une révélation inattendue qui donne l'espoir de revivre ou de changer de vie. Pour les adolescents, il en est tout autrement : cette annonce de paternité sème le doute, suscite de l'agressivité et donne le vertige ou le sentiment de basculer. Notre expérience en centre jeunesse nous permettra d'esquisser une intervention qui pourrait se situer dans le domaine de l'écologie temporelle pour tenter de favoriser, par une intervention structurée, des ajustements meilleurs que ceux qui résultent d'imprévoyances et de conjonctions aveugles (Grossin, 1996, p. 52).

### **2.1. CHEZ LES ADOLESCENTES : LA RÉVÉLATION SUSCITE SURPRISE ET ESPOIR**

Pour les adolescentes rencontrées, la grossesse apparaît comme une surprise ou une révélation, au sens de Laplantine (2006), et nous semble résulter d'un profond sentiment d'infertilité (Manseau, 1997). Leurs difficultés d'adaptation et une faible estime d'elles-mêmes, clairement exposées par les adolescentes en cours d'entrevues, les incitent à croire qu'un événement aussi grandiose ne pouvait se produire pour elles.

Spontanément, seize des jeunes femmes rencontrées se sont exprimées à ce sujet. Nous pouvons d'abord constater que c'est l'aspect inattendu de cette importante nouvelle qui caractérise le plus les réactions décrites. Ainsi, des expressions telles : « j'étais sûre que j'étais pas enceinte », « ça me rentrait pas dans la tête, ça se peut pas », « ça n'arrive qu'aux autres », « surprise », permettent de voir que, dans la plupart des cas, les jeunes femmes ne s'attendaient vraisemblablement pas à devenir enceintes. Cette révélation semble relever du miracle. Voyons deux réactions éloquentes en ce sens :

*J'tombais jamais enceinte, jamais jamais, puis quand j'suis tombée enceinte j'ai dit: ben voyons ça se peut pas, j'suis jamais tombée enceinte pis c'est maintenant que je tombe enceinte, quand j'suis en centre d'accueil (Cha).*

*J'ai arrêté de prendre la pilule, puis de toute façon, j'avais encore dans la tête que j'pouvais pas avoir un enfant, ça fait que y a pas de problème, pourquoi que j'continue à me protéger contre pour avoir pour pas avoir d'enfant si j'peux pas en avoir? (Léa).*

Cet événement est surtout ressenti comme un événement joyeux. Ainsi, six jeunes femmes se disent heureuses d'apprendre la grande nouvelle. Les sentiments évoqués sont ici traduits par des expressions telles que: «*c'est merveilleux*», «*je me sentais revivre*», «*c'est le fun*», «*je suis contente*», «*je suis heureuse*». Un nombre égal (six) de participantes envisageant positivement leur état de grossesse précisent que ce grand événement leur permettra de changer de vie. Les propos sont ici très précis. Il est question de «*changement de vie accéléré*», «*cesser la drogue*», «*devenir quelqu'un*» et globalement, d'une autre vie qui va commencer. Voici des exemples de témoignages :

*Si j'ai décidé de le garder, c'est que je savais que je pouvais être capable de, comment je peux dire cela... d'être responsable de cet enfant-là. Même si j'suis jeune, j'ai dit: écoute, ma mère avait 23 ans, en tout cas c'est plus vieux que 16 ans pis y ont pas été capables. Pis y en a qui ont 35 pis qui ont été capables pis y en a qui ont 16 ans pis qui ont été capables... C'est de l'aimer beaucoup, l'aimer pour qu'y se sente bien. Qu'il ne vive pas dans une atmosphère d'agressivité. Qu'il ne sente pas... toi t'es une erreur d'avoir venu au monde. J'me suis faite assez dire ça que j'étais une erreur d'avoir venu au monde, que tu sais, je sais comment ça fait mal à un enfant (Jen).*

*Quand je suis arrivée ici, ça n'avait pas d'allure, je me battais quasiment avec eux autres; là tu sais... J'en faisais des conneries. Mais à la minute où j'ai su que j'étais enceinte, ça a tout changé, là j'ai arrêté de faire mes conneries... (Léa).*

En somme, face à l'événement qui devient de plus en plus visible, de plus en plus tangible, les adolescentes envisagent la possibilité d'une renaissance qui «*ouvre de nouveaux possibles*». Les adolescents, de leur côté, voient plutôt des portes qui se referment face à cet événement marqueur du temps.

## 2.2. CHEZ LES ADOLESCENTS : LE SCANDALE ET LA VIE QUI BASCULE

Au moment de l'annonce d'une paternité éventuelle, plusieurs adolescents disent s'être sentis complètement dépassés. Ils semblent expérimenter un désordre qui s'apparente au scandale, au sens de Laplantine (2006), qui fait balbutier, voire dériver plutôt que de leur permettre de revivre comme cela est le cas d'après les propos des adolescentes.

Six jeunes hommes ont dit avoir ressenti colère et frustration lorsqu'ils ont appris cette nouvelle majeure dans leur vie. En voici un exemple :

*Quand je l'ai appris, j'étais assis, j'étais assis dans mon salon, parce que j'étais en appartement avec elle [...]. Ça faisait 5 mois que j'étais en fugue, comme là j'ai parlé là, j'ai monté, pis j'ai pogné les nerfs. J'y dis check ben ça toi tu vas le regretter un jour. Elle m'a dit quoi c'est tu des menaces ça ? Tu vas tu me frapper pis toute ça ? J'ai dit non je ne vais pas te frapper, c'est pas des menaces, c'est un fait ok. Fait que ne viens pas faire chier. J'suis sorti pis ça finit là (Paul-Émile).*

Pour certains, l'effet surprise de la nouvelle est tel qu'ils doutent pouvoir être véritablement le père des enfants conçus. On semble ici rejoindre la réaction décrite par Laplantine (2006) qui consiste, face à un événement marquant, à tenter d'établir des preuves pour admettre au plan cognitif la vérité du choc, laquelle prend par la suite la forme d'un scandale qui pourra entraîner colère et incrédulité : « *Je me disais : c'était quasiment impossible qui soit mon jeune là* » (David) ; « *Je n'étais pas certain mais là elle m'a dit que ça ne peut pas être quelqu'un d'autre* » (Stéphane).

Ici, la preuve de l'événement ne semble pas accessible. Ainsi, les adolescents rencontrés ont peine à inscrire cet événement dans un schéma intelligible même si, dans leurs témoignages, ils reconnaissent par ailleurs avoir eu plusieurs rapports sexuels non protégés avec leurs partenaires.

En grande majorité, les jeunes hommes rencontrés disent ne pas être prêts à être pères. Ils n'en ont pas les moyens, ils veulent vivre leur vie de jeunesse ou n'ont pas encore rencontré la bonne personne pour être la mère de leur enfant. Leurs problèmes et leur hébergement en internat leur apparaissent également être des obstacles majeurs pour assumer leur paternité.

*J'vais à l'école aussi t'sais fait que pis ma blonde aussi elle va à l'école pis elle est rendue au CEGEP. Fait que si on a un enfant ça va tout couper notre éducation là. Pis ça ne marchera pas. [...].*

*J'pas pour la forcer pis deuxièmement mettre mon enfant dans la marde. Je ne veux pas qui vienne, là j'suis même pas en appartement, j'ai une p'tite job à 7,25 \$ de l'heure. Je ne peux pas ben ben subvenir à ses besoins, pis c'est beaucoup de responsabilités (Dan).*

*T'sais j'sais pas 16 ans, j'ai même pas d'argent, je n'ai pas fini mon école, comment tu veux que j'aie un enfant, aucune idée (Clarence).*

*Un enfant là, t'sais ça ne me dérangerait pas d'en avoir tout plein là mais que j'sois plus vieux là. Quand j'aurai fait ce que j'ai à faire là, mais que j'sois prêt à m'en aller sur le marché du travail (Dan).*

*Je n'étais pas encore prêt pour ça, j'voulais encore jouir de ma jeunesse (Dany).*

Les adolescents rencontrés mettent l'accent sur la vie de jeunesse avec laquelle ils devront rompre s'ils devaient s'engager sur la voie de la paternité. Aussi se sentent-ils surtout mal à l'aise et frustrés face à cet événement qui les accable. Selon eux, leurs conditions de vie actuelles ne leur permettent absolument pas de prendre soin adéquatement d'un enfant.

### 3. DISCUSSION

Les extraits de témoignages présentés montrent que l'événement de grossesse est vécu différemment par les adolescentes et les adolescents. Il se produit un événement qui correspond à l'irruption du temps biologique dans un temps social généralement consacré à autre chose qu'à la responsabilité parentale. Pour résumer la distinction majeure entre adolescentes et adolescents, nous pourrions dire que pour les premières, l'événement prend le caractère principal d'une révélation, alors que pour les seconds, il prend essentiellement un caractère de scandale.

En effet, par la grossesse, les adolescentes apprennent sur elles-mêmes quelque chose qu'elles ne croyaient pas possible étant donné leurs difficultés personnelles et leur sentiment d'infertilité. La grossesse prend donc chez elles le caractère d'une *conception immaculée* (Manseau, 1997), une révélation qui les ouvre à une dimension d'elle-même : la capacité d'enfanter. Cette expérience subjective possède un caractère mystique pour les adolescentes tant elle soulève leur incrédulité et les conduit à une tentative authentique de conversion de leur vie actuelle. Ainsi, elles se calment, entreprennent de résoudre leurs difficultés, prennent la résolution d'être une meilleure mère que celle qu'elles ont eue, etc.

Quant aux adolescents, leur réaction face à la grossesse de leur partenaire suggère qu'il s'agit d'un événement scandale. La difficulté à croire à la survenue de l'événement et son inintelligibilité montre son caractère scandaleux, inattendu, faisant rupture. À ce titre, l'événement leur apparaît insensé, incohérent avec le sentiment d'invincibilité qu'ils pouvaient ressentir à l'égard de la prise de risques sexuels.

L'opposition qui sépare les adolescentes des adolescents face à la révélation de la grossesse peut être désastreuse dans la mesure où l'on tient compte de l'importance des deux parents pour l'éducation d'un enfant. Rappelons également que la majorité des adolescentes rencontrées ont été victimes d'abus sexuel. La maternité leur apparaît comme un symbole de réparation et une importante source de valorisation. Les jeunes femmes rencontrées ont moins de 16 ans et se sentent généralement prêtes à envisager éduquer un enfant, bien qu'elles éprouvent des difficultés sévères d'adaptation. Les adolescentes hébergées en centre jeunesse se retrouvaient enceintes dans des proportions deux fois plus élevées que les jeunes de leur âge qui ne sont pas placées et elles décideraient aussi deux fois plus souvent de poursuivre leur grossesse (Manseau, 1997). Plusieurs auteurs ont montré que les adolescentes risquent d'être déçues par ces maternités à long terme, d'autant plus que leurs partenaires masculins restent rarement auprès d'elles et de l'enfant (Furstenberg, 1987; Hayes, 1987; Miller, Card, Paikoff et Peterson, 1992). Dans les témoignages recueillis auprès des adolescents, il est apparu qu'un seul des sept adolescents dont la partenaire a poursuivi avec certitude sa grossesse prenait soin de son enfant, et ce, quelques fois par année. Les autres avaient perdu contact avec la mère de leur enfant ainsi que ce dernier.

Ces études-terrain ont conduit à l'élaboration de deux programmes destinés aux adolescentes et adolescents hébergés en centre jeunesse. *Entraînement à l'amour-propre* (Manseau *et al.*, 2000) s'adresse aux adolescentes afin de favoriser la prévention des grossesses non planifiées. Ce programme vise, chez les adolescentes, 1) le développement d'un concept de soi positif, 2) la prise de conscience de sa capacité reproductrice et de son pouvoir sur sa fertilité, 3) l'apprentissage à communiquer, 4) la négociation et la résolution de conflits avec ses partenaires sexuels et amoureux au sujet de la grossesse et du désir d'enfant ainsi que 5) la prise en compte de l'importance de la protection sexuelle et de la planification volontaire des naissances dans un temps choisi et propice pour elles.

*Le Programme qualitatif d'éducation sexuelle* (Manseau et Blais, 2007) s'adresse aux adolescents et vise à 1) vaincre l'isolement face aux questions sexuelles, 2) prendre position sur la paternité, 3) mieux composer avec sa masculinité, 4) approfondir l'intimité et à 5) maîtriser les habiletés nécessaires à l'utilisation du condom pour concevoir des enfants seulement dans un temps qui leur convienne.

#### **4. LIMITES DE L'APPROCHE**

Bien que nous ayons ici tenté de faire ressortir l'importance cruciale de tenir compte d'une démarche réflexive dans le domaine de l'écologie temporelle pour tenter de favoriser des ajustements meilleurs, nous sommes conscients des limites de notre approche. D'abord, nous avons fait état seulement des tendances temporelles générales des personnes interviewées. Ce découpage ne rend pas compte de la subtilité des temps différents vécus et à vivre chez tous les participants de l'étude. Chaque expérience est unique et mériterait un temps de réflexion plus long et moins limité face à une question aussi fondamentale qu'épineuse. Ensuite, les programmes d'intervention élaborés, tout en prônant une approche qui favorise la communication entre les adolescents et les adolescentes, ne permettent pas encore que soit établie une véritable intervention reposant sur l'étude approfondie de la temporalité. À l'instar de Ost (1997, p. 2), nous croyons que nonobstant l'éthique qui avance qu'il faille promouvoir le respect des temps et des rythmes de chacun, il faut aussi des responsabilités, des devoirs partagés. Au-delà de la seule cohabitation des temporalités, l'idéal visé est qu'elles s'harmonisent.

#### **CONCLUSION**

L'étude de la temporalité permet de révéler que les expériences individuelles, tout en étant uniques, dévoilent des schémas socioculturels enracinés. La grossesse chez les adolescents et adolescentes apparaît comme un événement paranormatif, c'est-à-dire en rupture avec les schémas temporels culturels normatifs. Sa prévention doit tenir compte des représentations différenciées de la temporalité et de l'événement selon le genre et favoriser le partage et la communication des adolescents des deux sexes sur ces dimensions. Nous sommes portés à croire qu'il faille œuvrer à la prévention active des grossesses au temps de l'adolescence qui, loin de réunir les personnes de sexe opposé, les séparent et les isolent.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Birouste, W. (1995). *Empreintes et figures du temps. L'expérience temporelle interrogée en ses présences éphémères, structurées et évolutives*, Toulouse, Eres.
- Collin-Vézina, D., M. Hébert, H. Manseau, M. Blais et M. Fernet, (2006). «Self-concept and dating violence among 220 adolescent girls from the Child Welfare System», *Child and Youth Care Forum*, vol. 35, p. 319-326.
- Erickson, E., J. Erickson et H.Q. Kivnick (1986). *Vital Involvement in Old Age*, New York, Norton.
- Furstenberg, F., J. Brooks-Gunn et L. Chase-Lansdale (1989). «Teenaged pregnancy and childbearing», *American Psychologist*, vol. 44, n° 2, p. 313-320.
- Grossin, W. (1996). *Pour une science des temps. Introduction à l'écologie temporelle*, Toulouse, Octares.
- Hayes, C. (1987). *Risking the Future : Adolescent Sexuality, Pregnancy, and Child-bearing* (Vol. 1). Washington, National Academy Press.
- Laplantine, F. (2006). «La preuve, la révélation, le scandale», dans I. Olazabal et J.J. Lévy (dir.), *L'événement en anthropologie Concepts et terrain*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 23-37.
- Lévy, J.J. (2006). «L'événement en anthropologie : De l'élémentaire au complexe», dans I. Olazabal et J.J. Lévy (dir.), *L'événement en anthropologie Concepts et terrain*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 10-21.
- Manseau, H. (1997). *La grossesse chez les adolescentes en internat : le syndrome de la conception immaculée*, Montréal/Laval , UQÀM/Centre jeunesse de Laval.
- Manseau, H. (2007). *Amour et sexualité chez l'adolescent*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Manseau, H. et M. Blais (2007). *Amour et sexualité chez l'adolescent : programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes – Guide d'animation*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Manseau, H., M. Blais et D. Brouillette (2000-2004). *Entraînement à l'amour-propre. Guide d'animation du programme*, Montréal/Laval, UQAM/Centre jeunesse de Laval.
- Manseau, M., M. Fernet, M. Hébert, D. Collin-Vézina et M. Blais (2007). «Risk factors of dating violence (DV) among teenagers under child protective service», *International Journal of Social Welfare*, vol. 16, p. 1-7.
- Miller, B.C., J.J. Card, R.L. Paikoff et J.L. Peterson (1992). *Preventing Adolescent Pregnancy*, Newbury Park, Sage.
- Ost, F. (1997). *Déployer le temps. Les conditions de possibilité du temps social*. <[www.w.dhdi.free.fr/recherches/théoriedroit/articles/ostpsoc.htm](http://www.w.dhdi.free.fr/recherches/théoriedroit/articles/ostpsoc.htm)>.

## TEMPS SOCIAUX ET RELATIONS GRANDS-PARENTALES CHEZ LES *BABY-BOOMERS* QUÉBÉCOIS<sup>1</sup>

Ignace OLAZABAL  
Anne-Caroline DESPLANQUES

Plus que jamais, et à cause de contraintes propres à l'ère postmoderne, la régulation des temps sociaux propres aux âges de la vie se retrouve en quelque sorte « a-rythmée ». De nombreux facteurs liés à l'imprévisibilité de l'avenir immédiat, comme le divorce, le travail atypique et les cycles

- 
1. Cet article provient d'une recherche financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), intitulée : *Grand-parentalité et représentations sociales du soutien intergénérationnel chez les baby-boomers issus de trois groupes ethno-culturels au Québec*. Lors d'une étude qualitative exploratoire nous avons comparé les représentations sociales et les pratiques de la grand-parentalité au sein de trois groupes ethnoculturels à Montréal (N = 34). Nous avons comparé les Québécois d'origine canadienne française à deux groupes ethnoculturels d'implantation ancienne (quatre générations et plus) : les Québécois d'origine italienne et juive ashkénaze, deux communautés ethniques qui représentent une part relativement élevée de la population de la province en comparaison avec les autres groupes ethnoculturels issus de l'immigration.

de l'économie mondiale, la maladie, etc., font qu'il soit devenu de plus en plus difficile de maintenir une dynamique routinière pendant la totalité de l'âge adulte, comme c'était le cas il n'y pas si longtemps, alors que «la société industrielle des Trente Glorieuses dessinait des parcours de vie relativement préformatés, avec des passages clairs et assez universels» (Le Bihan *et al.*, 2005, p. 6). Les canons traditionnels voulant que chacun des âges de la vie connaisse une stricte régulation des activités de la vie sociale et privée sont plus que jamais remis en question. Cette problématique nouvelle caractérise l'ensemble des âges de la vie, que ce soit l'enfance, l'âge adulte ou la vieillesse. Si la «conciliation travail-famille» constitue une priorité pour toutes ces personnes adultes parvenues au stade de la parentalité, qui doivent faire face à des responsabilités croissantes et multiples (Hurtubise *et al.*, 2006), les divorces et reconfigurations parentales ont altéré définitivement le temps de l'enfance qui se trouvera éventuellement partagé entre le temps «chez papa» et le temps «chez maman», sans compter les activités parascolaires auxquelles ils sont souvent soumis. Qu'en est-il maintenant du temps vécu après l'âge intermédiaire de la vie, ce qu'on appelait jadis le «troisième âge», celui de la retraite contemplative tournée sur la vie domestique et familiale? Si la notion des temps sociaux s'est transformée partout et pour tous, nous oserions avancer que cette notion connaît sa mutation la plus phénoménale chez la génération des jeunes vieux, lesdits *baby-boomers*.

Les membres de la première génération du *baby-boom* ont été remarqués, ici comme ailleurs, par leur conception de la vie après la retraite, qui tend à différer de celle des générations précédentes par un esprit particulièrement proactif (Caradec, 2004). C'est que le temps compte, mais il se compte aussi différemment grâce en partie à la hausse de l'espérance de vie dans de meilleures conditions de vie. On aborde cette étape nouvelle, la soixantaine, en concevant le temps comme quelque chose qui fuit, mais en se donnant l'illusion de le posséder en cumulant une grande diversité d'activités sociales, tout en demeurant fort sollicités par leurs enfants et leurs vieux parents dépendants, ainsi que par la vie associative, voire des activités bénévoles. La conception du vieillir et du vieillissement s'est transformée comme jamais avec cette génération, tout comme la conception du temps qui passe, fondée en bonne mesure sur le déni du vieillissement, de la maladie et de la mort. Alors que leurs parents étaient déjà, une fois pensionnaires, en situation de «mort sociale» (Guillemard, 1972), de nombreux enfants du *baby-boom* se refusent à revivre cet état d'exclusion sociale, désirant maintenir leur niveau de reconnaissance sociale par

l'entremise d'une participation sociale dans laquelle s'entremêlent famille, vie associative, bénévolat, militance politique, travail salarié et développement personnel. La participation sociale des jeunes grands-parents, notamment lorsque se pose la question de la vie après la retraite, est aujourd'hui plus diversifiée grâce en partie à l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et à la conscience du fait qu'il faut maintenir une grande vitalité pour « bien vieillir ».

Le changement social opéré au cours des dernières décennies est fait de bouleversements au plan de la conception des liens familiaux, de l'organisation du travail et des rapports sociaux (Hurtubise *et al.*, 2006), bouleversements qui ont aussi impliqué une redéfinition des temps sociaux comme la façon de les gérer. Le temps de l'âge adulte étant essentiellement fait de contraintes, les jeunes retraités essaieront de dresser cette temporalité, en renversant ses contraintes, afin de l'adapter à leur goût personnel, en tentant d'évacuer l'aspect contraignant de la complexe gestion du temps dans le monde contemporain. En fait, les parcours de vie des enfants du *baby-boom*, surtout en ce qui a trait aux parcours familiaux au moment de la soixantaine, sont placés, comme le dit Laurence Charton au sujet des parcours familiaux de femmes du *baby-boom*, « sous le signe du projet de maîtrise de l'existence, d'une rationalisation du parcours de vie, liée vraisemblablement à la connaissance du “devoir mourir”... » (2005, p. 67).

Cette possibilité d'exercer une activité dans divers terrains du champ social n'aurait été possible sans la remise en question de la vie après la retraite fondée sur le repli sur le couple et la famille. La nouvelle conception des liens familiaux, basée sur des rapports beaucoup plus souples et moins contraignants, a permis le développement d'un ensemble de rôles exercés à l'extérieur de la vie familiale. Les différentes sphères de la participation sociale, et par participation sociale, nous entendons la responsabilité que génère une position participative dans la communauté, la famille et la société (Raymond, 2007, p. 8), se traduisent dans un cumul de temps sociaux. On distingue en effet une multiplicité de temps sociaux (psychologique, domestique, parental, éducatif, professionnel, personnel, etc.) suivant une notion de temporalité qui fait référence à la concurrence des temps (Le Bihan *et al.*, 2005). Plus la participation sociale est intense, plus les temps sociaux tendront à être divers. Nous nous intéressons ici plus particulièrement à l'exercice de la grand-parentalité chez les enfants du *baby-boom* au Québec (en tant qu'il constitue un temps social) et

comment cet exercice se situe dans la gestion de l'ensemble de la participation sociale. Situons tout d'abord la classe d'âge en question d'un point de vue sociologique avant d'aborder le vif du sujet.

## 1. LES ENFANTS DU *BABY-BOOM* ET LA NOUVELLE GRAND-PARENTALITÉ

On appelle *baby-boomers*, à partir d'une perspective démographique concernant spécifiquement le Québec, les personnes nées entre 1945 et 1964. Cet ensemble de cohortes constitue une catégorie démographique importante, qui représente 28,4 % de la population (Institut de la statistique du Québec, 2007). Notre perspective étant davantage socioanthropologique, nous considérons qu'il existe une différence importante entre les enfants du *baby-boom* et les *baby-boomers* (Hamel, 1992; Dufour *et al.*, 1993) d'une part<sup>2</sup>, et, d'autre part, entre l'ensemble des diverses générations qui configurent le *baby-boom* démographique<sup>3</sup>. En ce qui concerne le premier point, notons des différences significatives entre les individus en ce qui concerne l'identification au terme de *baby-boomers* (Olazabal et Blein, à paraître). Pour celui qui ne se considère pas comme tel, le *baby-boomer* est celui qui a réussi et qui peut se permettre une retraite aisée. Ainsi, Lucie, une grand-mère de 58 ans, toujours sur le marché du travail, dira :

*Moi je ne me sens pas dans la gang des baby-boomers. Tu sais, les baby-boomers, ça veut dire du monde qui a été plus gâté alors que moi, tu sais, financièrement... Puis affectivement aussi. Puis qui se sont ramassés avec des emplois payants et plein d'avantages sociaux<sup>4</sup>.*

2. Évidemment, il ne s'agit pas de tous les enfants du baby-boom qui bénéficient de ce destin de génération favorable, mais, essentiellement, des baby-boomers, soit « les enfants de l'après-guerre qui ont souscrit au slogan : "Qui s'instruit s'enrichit". Il importe donc de distinguer les *baby-boomers* des enfants du *baby-boom*. Les *baby-boomers* constituent donc cette partie du *baby-boom* qui détient des diplômes universitaires, expressions par excellence de cette modernisation [que connut le Québec dans les années 1960] » (Dufour, Fortin et Hamel, 1993, p. 12). Aux États-Unis, Leonard Steinhorn note que : « les baby-boomers peuvent se permettre d'être idéalistes, car, dans l'ensemble, ils étaient mieux nantis, plus instruits et plus ouverts sur le monde que n'importe quelle génération avant eux » (2006, p. xiv).
3. Nous pouvons en effet, dans le cas du Québec, reconnaître trois générations parmi l'ensemble de ces cohortes, soit celle des premiers nés du baby-boom, une génération intermédiaire et la dite « génération X » (cf. Olazabal, à paraître; Dumont, 1986).
4. Voir annexe, p. 121, pour les données sociodémographiques. Bien entendu, nous utilisons des pseudonymes.

Ces considérations étant faites, il faut reconnaître que l'ensemble des premiers-nés du *baby-boom*, indépendamment du fait de l'instruction supérieure, a eu une influence marquante dans la société québécoise, ne serait-ce que par le fait de leur grand nombre et par le fait qu'ils ont, du coup, occupé l'ensemble des postes et des rôles massivement créés avec le développement de l'État-providence (Ricard, 1992). Par leur arrivée massive et subite sur la scène publique québécoise, les premières générations du *baby-boom* ont engendré « l'effet *baby-boom* », soit un « bouleversement général de l'équilibre social, des mentalités, des modes de vie et des conditions mêmes de l'existence » (Ricard, 1992, p. 49). Notre recherche porte sur les membres de ce premier ensemble, soit les enfants du *baby-boom* qui sont nés entre les dernières années de la guerre et le début des années 1950, cette classe sociodémographique que François Ricard a nommé la *génération lyrique*. Ce concept utilisé par Ricard est inspiré de Milan Kundera pour noter à quel point les membres de cette génération font table rase du passé, tout en prétendant que le monde est né avec eux. Ayant souvent bénéficié d'un « système de sécurité » et d'une « stabilité de repères » (Dumont, 1986), cette classe populationnelle s'inscrit dans le monde en jouissant de nombreux avantages générationnels (temps de paix, de prospérité économique, de l'établissement de l'État-providence, bref, de tous les possibles). Chauvel (2002) dit, en parlant des boomers français, qu'il s'agit d'une classe sociodémographique ayant bénéficié d'un « destin de génération » particulièrement favorable<sup>5</sup>.

Les données obtenues lors de la présente recherche sont fondées sur un échantillon reflétant un portrait sociodémographique qui, sans être uniforme – les parcours de vie des enfants du *baby-boom* ayant suivi des voies singulières –, montre que les représentations sociales des boomers

---

5. Louis Chauvel (2002) utilise le concept de « destin de génération », dans le cas de la France, pour se référer à ces cohortes ayant bénéficié de la prospérité des Trente glorieuses (Fourastié, 1979) et qui ont pu profiter de ce qu'il appelle « la moyennisation » et « l'aspiration vers le haut ». Il distingue les natifs d'avant et d'après 1951, dans la mesure où ceux qui naissent après 1951 ont plus de difficulté à intégrer le marché de l'emploi, mais aussi sont moins sujets à la mobilité socioéconomique ascendante que ceux nés avant 1951, car ils intègrent ce marché du travail après la crise de 1974 et aussi parce que leurs prédécesseurs nés avant 1951, caractérisés par le grand nombre, ont déjà monopolisé l'espace professionnel le plus désiré. Statistiques à l'appui, il rejoint en quelque sorte l'analyse de François Ricard au Québec.

sont marquées par des repères communs au plan de l'éducation reçue, des événements politiques vécus, de l'expérimentation de l'État-providence, etc. (Olazabal, à paraître)<sup>6</sup>.

Au Québec, 58,5 % des hommes et 70,7 % des femmes âgés de 55 à 64 ans sont grands-parents (Institut de la statistique du Québec, 2007). Compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie et du poids de cette génération du *baby-boom*, le fait d'être grand-parent, au Québec comme dans l'ensemble du monde occidental, n'est plus un phénomène éphémère. Comme le rappellent Schneider *et al.* (2005, p. 11), dans les sociétés occidentales, « si au début du xx<sup>e</sup> siècle on pouvait espérer connaître ses petits-enfants pendant dix ans, vingt exceptionnellement, il est courant de nos jours de demeurer en position de grands-parents plus de trente ou quarante ans ». La grand-parentalité est ainsi devenue plus que jamais une étape fondamentale dans la vie familiale en Occident, ne serait-ce que parce qu'elle s'inscrit beaucoup plus durablement dans le temps. Toutefois, les aïeux demeurent encore de grands oubliés de la sociologie de la famille car, comme le rappelle Attias-Donfut (2000, p. 12), « dans les sociétés modernes l'image du grand-parent reste fortement associée à la vieillesse, thème dévalorisé en raison de la minoration historique du vieux ». Or, l'image que les grands-parents *baby-boomers* projettent et souhaitent véhiculer est loin d'une vision misérabiliste du vieillissement, privilégiant généralement une vieillesse active et engagée socialement, à l'opposé de « la retraite-retrait » (Charpentier, 2007, p. 105). Ni cacochyme ni melliflue, pour reprendre les termes de Schneider *et al.* (2005), la retraite des grands-parents *baby-boomers* ne s'inscrit pas pour autant dans un âge idyllique occupé à voyager, à jouer au golf et à manger au restaurant ; en d'autres termes elle ne se passe pas en retrait de la société et n'est pas vouée au culte de leur propre personne, contrairement à l'idée répandue.

Cette activité se traduit, comme nous l'avons déjà mentionné, par une participation sociale accrue dans un ensemble de domaines (familial, associatif, communautaire, politique), participation qui s'accompagne d'une volonté d'épanouissement personnel à travers des activités ludiques et une

---

6. L'échantillon est composé de 34 Québécois(es) âgé(e)s de 56 à 63 ans recrutés dans la région métropolitaine de Montréal entre 2005 et 2007. Ces grands-parents ont en moyenne 1,9 enfant et 2,2 petits-enfants. Bien que majoritairement mariés ou veuves (26 sur 34), une part importante d'entre eux sont divorcés (9 sur 34) et plusieurs se sont remariés après leur divorce (5 sur 9). En outre, 28 % sont retraités alors que 62,5 % sont encore sur le marché du travail et que 9,5 % sont au foyer. Notons que nos sujets ont été recrutés sur une base volontaire grâce à l'affichage public, de publicité dans les journaux et par la méthode boule de neige.

perspective d'éducation permanente par l'entremise de voyages, de sorties culturelles, d'études universitaires, etc. C'est parce que les solidarités familiales ne souscrivent plus automatiquement à un modèle relationnel mécanique que de nombreux *baby-boomers* peuvent restreindre le temps familial au profit d'autres temps sociaux. Socialement et, souvent, professionnellement actifs, ces grands-parents remettent ainsi en question la conception conventionnelle (devenue ancienne) de cette étape de la vie, qui n'est plus synonyme d'un retrait de la société mais d'un engagement personnel, social et familial renouvelé. Or ce nouvel état n'aurait pas été possible en l'absence d'une liberté de choix découlant du vent de liberté plus général qui configura cette génération alors qu'elle entrait dans le jeune âge adulte, à la fin des années 1960.

## 2. LIBERTÉ D'ACTION ET ARTICULATION DES TEMPS SOCIAUX

Mieux outillés que les générations précédentes, les *baby-boomers* bénéficient d'une grande latitude pour déterminer la nature et le degré de leur participation sociale, en ajustant la dose accordée à chacun des temps sociaux qui composent leur univers relationnel. Les membres de cet ensemble générationnel ont désormais la possibilité de choisir.

Quand on leur demande de caractériser leur génération par un terme général, les personnes interviewées se réfèrent majoritairement au concept de liberté, entendant par là un mouvement menant à l'émancipation, rejoignant ainsi Steinhorn (2006, p. xiii) lorsqu'il écrit : «*les boomers devraient entrer dans l'Histoire comme la génération qui a livré une grande guerre culturelle pour faire avancer et triompher la liberté*». La notion de liberté, interprétée de façon inédite par cette génération sociale (Ricard, 1992 ; Remy, 1990), est centrale dans la mesure où elle conditionne la possibilité d'articuler les divers temps sociaux, cette articulation variant d'un individu à l'autre.

Les enfants du *baby-boom* participent à la suppression des contraintes sociales liées à la religion, aux tabous sexuels ou à l'ordre parental traditionnel, combat par excellence alors qu'ils sont jeunes adultes dans les années 1960 et 1970. Questionnée sur ce qui a marqué la période de ses 20 ans, Aline, 57 ans, grand-mère d'une petite-fille, explique :

*C'est une période de transit finalement. Une période où il a fallu faire des changements. Il a fallu se dégager de ce qui n'était pas bon. Ce qui était de trop. Ce qui était répressif finalement. Ce qui empêchait la personne d'être.*

L'idée de liberté est aussi liée à celle d'une volonté (« je veux »), plutôt qu'à un ordre traditionnel (« je dois »). Elle est au centre de leur conception des usages des temps sociaux, constituant le fil conducteur qui leur permet de s'accomplir dans chacun des temps sans vivre le choc des temporalités. Parlant de la liberté qui a habité leur carrière et leur vie en général, Aline et Paul vont en ce sens. La première résume ainsi cet état d'esprit : « *Les baby-boomers ? Si j'avais deux mots à dire, je dirais liberté puis de grands changements* ». Paul, évoque pour sa part le côté expérimental lié à l'esprit de liberté régnant :

*Je pense qu'on a essayé plein de choses, plein de voies, pour faire avancer la société le plus vite possible. Tu sais, c'est certain qu'on a fait des gaffes, par exemple, quand on commençait à enseigner puis qu'on avait toute cette liberté, parfois au bout d'un an ou d'un trimestre je me disais : « ah ! non, ce n'est pas une bonne façon de faire, ce n'est pas une belle approche pour enseigner la poésie ». Mais on pouvait le faire, tu comprends, et sans perdre son emploi, sans se faire reprocher par je ne sais quel comité, jugé, étiqueté. On pouvait faire des expériences.*

La quête de liberté transcende la vie des *baby-boomers* et cela se traduit dans leur conception des liens intergénérationnels. Les grands-parents rencontrés refusent d'ailleurs de se cantonner dans des rôles et des identités hérités ou préétablis et sont réticents à s'inscrire dans une image identitaire qui les placerait dans une position familiale déterminée par l'ordre traditionnel (Gourdon, 2003, p. 73). Tout au long de leur parcours de vie, ils se sont ainsi perçus comme étant radicalement décalés par rapport à leurs parents ou à leurs grands-parents tant sur le plan des mœurs que des valeurs. C'est une spécificité qu'ils entendent bien conserver maintenant qu'ils sont eux-mêmes devenus des grands-parents.

### **3. L'EXERCICE MODERNE DE LA GRAND-PARENTALITÉ**

Proactifs, ils suscitent la rencontre avec leurs petits-enfants sans que leurs enfants ne les sollicitent. C'est que, malgré leurs activités multiples, ils tiennent à donner le temps au temps, à consacrer à leurs petits-enfants le temps que leurs parents surchargés n'ont pas (Casman et Jamin, 2006). Ils exercent une « grand-parentalité gâteau », fondée sur des « dispositions aimantes » (Bourdieu 1993), qui n'est pas une invention des boomers, note Vincent Gourdon (2003, 2001), mais qui est issue du modèle institué par

la famille bourgeoise en France dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. C'est ce que nous avons appelé, à proprement parler, un exercice moderne de la grand-parentalité. Selon Paul,

*Le grand-père moderne, c'est celui qui prend du temps. Il n'y a plus personne qui prend le temps, tout le monde court parce qu'on a des urgences, tout le temps. Le grand-père moderne, ça serait celui qui dirait: moi, j'ai trop d'urgences, mais il y a deux ou trois petites choses que je trouve importantes, comme regarder le comportement des écureuils quand il fait beau... Et j'essaie de faire ça aussi avec Marie et Maxime. J'ai du temps, même si l'horaire est chargé. Ces valeurs-là, qui sont de vieilles valeurs qui ont toujours été là, sont un peu mises de côté parce qu'il y a une espèce de frénésie de la production, de la rentabilité, du sérieux, de l'efficacité.*

Bien que très présents, les grands-parents de notre étude ne font pas partie du quotidien de leurs petits-enfants. Ils entretiennent davantage une relation événementielle avec eux dans la mesure où les rencontres sont planifiées et sujettes à l'organisation d'activités spéciales. Nadine, grand-mère, cite le monologue d'Yvon Deschamps sur les grands-parents : « j'ai deux grands-mères : une qu'on sort juste au jour de l'An et l'autre dont on peut se servir tous les jours ». Elle explique que, pour certains petits-enfants résidant à proximité, elle est une grand-mère « dont on se sert tous les jours » mais, que pour d'autres, la distance et les horaires chargés font qu'elle essaie davantage « d'être témoin de leurs événements ». Encore sur le marché du travail, Lucie explique :

*J'essaie de planifier les journées pédagogiques pour pouvoir aller les voir. C'est souvent les vendredis ou les lundis. J'aime ça. Je m'en occupe, je fais les repas. Puis la semaine qui précède, je prévois toujours une petite activité, de nouveaux jeux ou une petite sortie, quelque chose de spécial.*

Les résultats de notre recherche rejoignent ainsi les observations de Schneider *et al.* (2005, p. 13) en France lorsqu'ils affirment que « les activités réalisées en famille sont transformées. On effectuait naguère les actes de la vie quotidienne ensemble ; on organise aujourd'hui des activités centrées sur la rencontre ».

On aurait ainsi atteint, comme le soulignent Attias-Donfut et Segalen (2001, p. 19),

un nouvel âge, celui des seniors, dynamiques, en bonne santé économique et physique. [...] les grands-parents *baby-boomers* se distinguent des générations précédentes par un engagement plus

massif, si on en juge au temps et à l'argent qu'ils consacrent à leurs petits-enfants. Devenus indépendants, tant sur le plan de leur existence que de leur résidence, ils incarnent en même temps l'avènement de nouveaux liens entre générations, plus forts que jamais.

Différents facteurs influencent le degré d'implication grand-parentale. On distinguera le grand-parent *multiactif* (qui répartit son existence entre les divers temps sociaux) et le *familiocentré* (ayant moins de temps à consacrer aux autres temps sociaux que celui de la famille). Le premier est encore sur le marché du travail ou fait du bénévolat, inscrit dans une vie associative active et s'impliquant plusieurs heures par semaine auprès de ses petits-enfants ou de ses vieux parents en perte d'autonomie. C'est le modèle type du *nouveau grand-parent* auquel répond la majorité des personnes rencontrées. Le *familiocentré* est retraité (ou une femme au foyer) et consacre la majeure partie de son temps social à sa famille. Souvent, il garde ses petits-enfants quelques jours par semaine et se réserve quelques jours pour lui. Les grands-mères d'origine italienne semblent souscrire plus facilement à ce modèle plus traditionnel de l'aïeul alors que celles d'origine canadienne-française ou juive ashkénaze sont plus *multi-actives*, bien que notre échantillonnage soit trop restreint pour établir une tendance générale. Quant aux grands-pères, ils voient pour la plupart leur rôle d'aïeul comme une seconde chance, une sphère où investir le temps qu'ils n'ont pu consacrer à leurs enfants à cause du travail ou pour le dire dans les termes de Caradec (2004, p. 39) : « certains hommes investissent le rôle de grand-père sur le mode de la compensation par rapport au rôle paternel qu'ils ont le sentiment d'avoir négligé ». Mais être l'un ou l'autre semble davantage relever du statut social que de l'origine ethnoculturelle. Les hommes moins à l'aise financièrement et qui auront occupé un emploi manuel pourront tendre davantage vers le modèle *familiocentré*. Leur retraite, qu'elle soit à l'état de projet ou déjà en cours, est conçue comme un soulagement qui leur permet de se consacrer à leur foyer et à leurs petits-enfants, alors que chez les mieux nantis et les plus instruits, il y a une volonté de maintenir une participation sociale plus large, suivant des temps sociaux plus amplement répartis.

#### **4. LA GESTION DES TEMPS SOCIAUX ET LA RELATION GRAND-PARENTALE**

Les *baby-boomers* interviewés revendiquent une vieillesse indépendante et active, ce qui s'inscrit dans une tendance occidentale. Schneider *et al.* (2005, p. 11) observent ainsi : « Encore jeunes et en santé, ces grands-

parents continuent à travailler lors de l'accès à la grand-parentalité. Lorsqu'ils prennent leur retraite ils continuent d'être très engagés sur les plans social, politique et associatif». Dans la société québécoise, la participation de cette cohorte au marché du travail est d'ailleurs en constante progression. Les personnes âgées de 55 à 64 ans représentent 11,8 % de la population active selon les données du recensement de 2006 (Institut de la statistique du Québec, 2007). À côté de leur implication professionnelle, bon nombre de *baby-boomers* âgés mènent également une vie associative et communautaire riche, comme le souligne par exemple Raymond (2007, p. 5) : « Contrairement à l'impression généralisée de démobilitation sociale, le taux de personnes âgées offrant de l'aide informelle à leurs proches ou s'impliquant dans des organisations communautaires ne cesse d'augmenter ». Les 55-64 ans consacrent en moyenne 202 heures par année à l'activité bénévole, ce qui fait de ce groupe d'âge le second groupe en termes d'implication bénévole – derrière les 65 ans et plus, qui y consacrent en moyenne 245 heures par année (Statistique Canada, 2006). Pour leur part, les femmes âgées de 55 à 64 ans se distingueraient, notamment en termes d'engagement, des femmes âgées de plus de 65 ans, qui semblent s'engager sans réellement se donner la possibilité de choisir (Charpentier, 2007). Ces chiffres contrastent avec le constat de Lafortune (2005, p. 122) qui, critiquant les sociologues utopistes sur la société du temps libre, affirme que « à l'ère de la flexibilité, les usages du temps libre suivent... les diktats de la quête du confort et du statut » et que « les valeurs individualistes s'articulent sur des choix de consommation et peu sur l'engagement politique ». Le constat de Lafortune concerne essentiellement les gens actifs sur le marché de l'emploi, qu'il soit régulier ou atypique.

Quoi qu'il en soit, les motivations de cet investissement observé chez les personnes retraitées sont multiples. En quête d'une vieillesse épanouie et productive, nombreux sont ceux qui, indépendamment de leur condition socioéconomique, participent à des activités qui leur permettent de se développer et de mettre leurs capacités et leur savoir au service de la collectivité (Michaud, 2007). Paul, qui est professeur de collège à la retraite et grand-père de deux petits-enfants, confie à ce sujet :

*J'ai des contrats à respecter, j'ai des rencontres dans les écoles, puis j'ai des réunions pour l'Université du troisième âge. J'essaie de tout faire pour tasser mes rendez-vous pour garder une journée par semaine pour mes petits-enfants, mais je trouve ça difficile.*

Outre les activités sociales, il faut y inclure le rôle de proche aidant qui consiste à offrir un soutien aux proches âgés pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. On observe au Québec depuis les années 1980 une mutation des soins en milieu institutionnel vers le milieu de vie naturel (la maison), ce qui contribue à augmenter le nombre de proches aidants ainsi que leurs responsabilités (Clément et Lavoie, 2005).

Par leur façon d'exercer et de gérer leurs multiples rôles sociaux, les grands-parents *baby-boomers* véhiculent un modèle grand-parental sensiblement différent de celui de leurs propres aïeux et parents. Il porte plutôt la marque d'un nouvel engagement personnel, social et familial caractérisé par une activité soutenue et plurielle (Attias-Donfut et Segalen, 2001). Ceci nécessite une organisation particulière qui permet de faire cohabiter toutes ces sphères d'activités, d'où la tendance marquée chez les grands-parents interviewés à concevoir les relations intergénérationnelles comme s'inscrivant dans un agenda. C'est que souvent on estime manquer de temps, surtout pour «ne rien faire» ou pour contempler le temps qui passe. Comparant son mode de vie avec celui de ses parents au même âge que lui, Lino explique : *«J'ai en fait moins de temps libre que mes parents. Leur temps libre était à la maison, les petits-enfants étaient à la maison alors ils les voyaient. Moi, il faut que je m'organise parce que mon temps libre est rare.»*

On pourrait penser que l'organisation des temps sociaux oblige à des choix cruciaux, mais tout porte à croire que, au contraire, cette combinaison de temps sociaux entraîne un sentiment de bien-vieillir (Baker *et al.*, 2005 ; Sigrist *et al.*, 2004). L'organisation des temps sociaux partagée entre le travail professionnel, les activités associatives, le bénévolat, l'épanouissement de la personne (nouveaux apprentissages, voyages, loisirs) semble bonifier la qualité du dévouement familial.

La plupart des personnes interviewées manifestent cependant le désir de ne pas être au service de leurs enfants, préférant prédéterminer leur rôle au sein de la lignée de façon à établir un lien qualitatif plutôt que quantitatif dans leur relation aux petits-enfants. Plusieurs grands-parents éviteront ainsi toute contrainte ou obligation sociale dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs petits-enfants. Lucie et Martin soulignent :

*J'adore les enfants, mais je ne voudrais pas les garder cinq jours semaine. Tu sais, c'est important pour moi que je maintienne une vie avec les adultes, avec des gens de mon âge, une vie sociale, intellectuelle et communautaire.*

*Moi je ne veux pas avoir de cédule de gardiennage. Il n'est pas question de ça. Si je décide que j'ai des travaux à faire, ma pelouse est due par exemple... Non, non, moi je suis à ma retraite là. Je n'en ai plus de boss puis je n'en veux pas. Je ne veux pas non plus avoir de poinçon là, tu sais. Je vais dépanner. Moi j'ai des besoins, j'ai des priorités.*

Alain exprime ainsi sa volonté de créer une relation volontaire avec ses petits-enfants :

*Je veux ce type de relation de confiance, sans obligation familiale, parce que c'est ton grand-père, ta grand-mère, parce que tu n'as pas le choix. Je veux une relation où tu le fais puis tu ne rechignes pas. Je veux que ça soit naturel.*

Tout en maintenant la « bonne distance » (Segalen, 2000) avec leurs enfants et leurs petits-enfants pour préserver leur espace de liberté, les grands-parents *baby-boomers* rencontrés n'en revendiquent pas moins une place de choix dans la vie de leurs petits-enfants. Malgré l'aspect restreint du temps relationnel, le temps accordé à l'exercice de la grand-parentalité est pourtant un temps de qualité, apprécié tant par les petits-enfants que par les enfants, un moment de plaisir pour les petits-enfants et de soulagement pour les enfants qui constatent la non-ingérence de leurs parents dans l'éducation des petits-enfants.

## **CONCLUSION : UNE RECONFIGURATION DES LIENS**

À l'aube de la retraite, le choc des temporalités tend à s'atténuer chez les nouveaux grands-parents, qui voudront se débarrasser des contraintes propres à l'âge de la parentalité et de la participation au marché du travail. Bien qu'ils continuent de gérer une multiplicité de temps sociaux, ils ne semblent pas en subir des conséquences néfastes (tensions familiales, stress, etc.), car ils pourront décider de leur agenda des activités en délaissant tout aspect contraignant. Ils projettent davantage l'image d'individus qui parviennent à régenter habilement leur temps en fixant clairement leurs limites, ce qui leur permet d'avoir un rythme de vie jugé satisfaisant.

Le lieu commun voulant que la famille ait été évacuée des préoccupations des enfants du *baby-boom* mérite d'être reconsidéré, comme l'ont montré Attias-Donfut et Segalen (2001), Attias-Donfut *et al.* (2002), Gourdon (2003, 2001) dans le cas des boomers français. Les liens intergénérationnels observés auprès de notre échantillon viennent infirmer les

thèses de Popenoe (1993) aux États-Unis ou de Dagenais (2001) au Québec qui suggèrent un « déclin de la famille » ou sa transformation abrupte. À l'inverse, la présence très marquée qualitativement, bien que dosée du point de vue quantitatif, des grands-parents *baby-boomers* auprès de leurs enfants et de leurs petits-enfants, apparaît comme une ressource de plus en plus importante à mesure que l'espérance de vie augmente. Nos observations rejoignent ainsi celles de Bengtson (2006), pour qui il n'y a pas tant une crise intergénérationnelle qu'une reconfiguration des liens. Pour Gourdon (2003, 2001), qui s'intéresse aux représentations de la grand-parentalité depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, on surévalue les mutations récentes. Si l'exercice de la grand-parentalité s'est transformé dans son contenu, passant d'un rôle hiérarchique familial à une relation davantage fondée sur de nouvelles « dispositions aimantes » (Bourdieu, 1993), fruit de relations libres et consenties fondées sur un temps de qualité, la fonction sociale grand-parentale demeure tout aussi d'actualité, voire davantage, compte tenu du fait que les grands-parents demeurent grands-parents plus longtemps que par le passé. Ce qui en revanche est nouveau, c'est qu'avec l'apparition de l'arrière-grand-parentalité, on tendrait à concevoir ces ancêtres comme jadis on concevait les grands-parents. On peut prévoir que ce stade se rapprochera davantage de la grand-parentalité d'antan, lorsque l'espérance de vie ne dépassait guère les soixante ans.

En somme, les *baby-boomers* diffèrent des générations précédentes par un plus grand morcellement de leur temps. Il est divisé en parties significatives qui permettent à l'individu vieillissant de reconstruire son identité. Cette nouvelle identité tend, comme le démontre Vincent Caradec (2004), vers un renouvellement de l'existence une fois accomplie la retraite du marché de l'emploi. Il s'agit là d'une stratégie effectuée de façon personnelle qui vise à éviter ce que Guillemard (1972) avait nommé la « mort sociale » pour qualifier la perte de prestige et d'investissement social des retraités des précédentes générations, lesquels voyaient souvent leur rôle limité au temps familial, tout en accusant la perte de considération dans les autres sphères de la participation sociale.

**ANNEXE  
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Pseudo	Sexe	Origine ethnique	Langue	Âge (année de naissance)	État civil	Niveau de scolarité	Statut d'emploi	Revenu familial annuel	Nombre de petits-enfants et âge
Paul	H	can.-fr.	F	62 (1945)	Divorcé Nouv. Union	Univ.	Retraite (professeur)	> 60 000 \$	1F-1G
Lino	H	italienne	F	65 (1942)	marié	Univ.	Retraité	> 60 000 \$	2 G
Martin	H	can.-fr.	F	65 (1942)	Divorcé Nouv. Union	Univ.	Retraité (administration)	> 60 000 \$	3:1F et 1G 1F
Lucie	F	can.-fr.	F	58 (1949)	Divorcée Veuve	Maîtrise	Gestionnaire	> 60 000 \$	2 F (5 et 3 ans) 3 G (7, 6x2 (jumeaux))
Alain	H	can.-fr.	F	59 (1948)	Marié	Sec. 5	Employé (boucher)	40 000-59 999 \$	2 G (9 et 10 ans)
Aline	F	can.-fr.	F	57 (1950)	Divorcée	Sec. 5	Secrétaire	< 19 999 \$	1 F (2½ ans)

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Attias-Donfut, C. (2000). «Nouvelle génération de grands-parents et mutations familiales», dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille : actes du 5<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 11-22.
- Attias-Donfut, C. et M. Segalen (2001). *Le siècle des grands-parents. Une génération phare, ici et ailleurs*, Paris, Autrement.
- Attias-Donfut C., M. Segalen et N. Lapierre (2002). *Le nouvel esprit de famille*, Paris, Odile Jacob.
- Baker L.A., L.P. Cahalin, K. Gerst et J.A. Burr (2005). «Productive activities and subjective well-being among older adults : The influence of number of activities and time commitment», *Social Indicators Research*, vol. 73, n° 3, p. 431-458.
- Bengtson, V.L. (2001). «Beyond the nuclear family : The increasing importance of multigenerational bonds», *Journal of Marriage and Family*, vol. 63, février, p. 1-16.
- Bourdieu, P. (1993). « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 100, p. 32-36.
- Caradec, V. (2004). *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*, Paris, Presses universitaires de France.
- Casman, M.-T. et C. Jamin (2006). *Des liens avec des fils d'argent : L'importance des relations avec les grands-parents*, Tournai, Labor.
- Charpentier, M. ( 2007). «Quand la militance ne bat pas en retraite. Femmes âgées, engagement social et solidarité», dans M. Charpentier et A. Quéniart (dir.), *Pas de retraite pour l'engagement citoyen*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 103-118.
- Charton, L. (2005). «Diversité des parcours familiaux et rapport au temps», *Lien social et Politiques*, vol. 54, p. 65-73.
- Chauvel, L. (2002). *Le destin des générations. Structure sociale et cohortes en France au xx<sup>e</sup> siècle*, Paris, Presses universitaires de France.
- Clément, S. et J.-P. Lavoie (dir.) (2005). *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Paris, Érès.
- Dagenais, D. (2001). *La fin de la famille moderne. Signification des transformations contemporaines de la famille*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Dufour, S., D. Fortin et J. Hamel (1993). « Sociologie d'un conflit de générations : les "baby boomers" et les "baby busters" », *Revue internationale d'études canadiennes*, hors série, hiver, p. 9-22.
- Dumont, F. (1986). «Âges, générations, société de la jeunesse», dans F. Dumont (dir.) *Une société des jeunes ?*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 15-28.
- Fourastié, J. (1979). *Les trente glorieuses*, Paris, Hachette.

- Gourdon, V. (2001). *Histoire des grands-parents*, Paris, Perrin.
- Gourdon, V. (2003). «Aux sources de la grand-parentalité gâteau (xviii<sup>e</sup> et xix<sup>e</sup> siècles) : deux siècles de représentation politique et sociale des grands-parents : familles, vieillissement et générations», *Recherches et Prévisions*, vol. 71, p. 63-74.
- Guillemard, A.-M. (1972). *La retraite, une mort sociale*, Paris, Mouton.
- Hurtubise, R., R. Joyal et F.-R. Ouellette (2006). *Familles ou mouvance. Quels enjeux éthiques ?* Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Institut de la statistique du Québec (2001). *Population immigrante par occurrence du lieu de naissance, régions administratives de Montréal et de Laval*, Québec, Les publications du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (2007). *Le Québec chiffres en main*, Québec, Les publications du Québec.
- Lafortune, J.-M. (2005). «Les usages sociaux du temps libre à l'ère de la flexibilité. Utopies et réalité», *Lien social et Politiques*, vol. 54, p. 115-124.
- Le Bihan, B., C. Martin et J. Charbonneau (2005). «Présentation : temporalités. Le temps : un enjeu social et politique», *Lien social et Politiques*, vol. 54, p. 5-10.
- Michaud, A. (2007). *Mémoire présenté à la Consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées*, Montréal, Conseil des aînés.
- Olazabal, I. (dir.) (2009). *Que sont les baby-boomers devenus ? Aspects sociaux d'une génération vieillissante*, Québec, Éditions Nota bene.
- Olazabal, I., L. Blein (2009) et N. Guberman «Être ou ne pas être un baby-boomer. Identité assignée et identité autoattribuée», dans I. Olazabal (dir.), *Les baby-boomers à l'aube de leur vieillissement. Aspects sociaux d'une génération déterminante*, Québec, Éditions Nota bene.
- Popenoe, D. (1993). «American Family decline, 1960-1990: A review and appraisal», *Journal of Marriage and the Family*, vol. 55, p. 527-555.
- Raymond, É. (2007). *La participation sociale, défi des sociétés vieillissantes*, Montréal, Rapport présenté dans le cadre de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés.
- Remy, J. (1990). *Nous sommes irrésistibles. (Auto)critique d'une génération abusive*, Paris, Seuil.
- Ricard, F. (1992). *La génération lyrique : Essai sur la vie et l'œuvre des premiers-nés du baby-boom*, Québec, Boréal.
- Schneider, B., M.-C. Mietkiewicz et S. Bouyer (dir.) (2005). *Grands-parents et grands-parentalités*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- Segalen, M. (2000). «Enquêter sur la grand-parentalité en France». *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 3, p. 75-91.
- Sigrist, J., O. Von Dem Knesebeck et C.E. Pollack (2004). «Social productivity and well-being of older people : A sociological exploration», *Social Theory & Health*, vol. 2, n° 1, p. 1-17.

- Statistique Canada (2006). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête canadienne de 2004 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, ministère de l'Industrie.
- Steinhorn, L. (2006). *The Greater Generation. In Defense of the Baby Boom Legacy*, New York, St. Martin's Press.

## **RICHESSSE DES TEMPS ET « PHILOSOPHIE DE LA FINITUDE » DANS LA TRANSMISSION DES RESSEMBLANCES FAMILIALES À VARSOVIE (POLOGNE)**

*Nicoletta DIASIO*

Il est beau de plonger dans une photographie, d'être immobile. Tu ne me reconnais pas, mais tu portes les yeux sur mon visage et ce sont les tiens que je porte, signe sûr, s'il en est, de commune appartenance. Et voilà que mon visage remonte à celui du grand-père. Avec le temps j'ai pris à ressembler à la photo sur la table de nuit de papa. Une face grave, un peu pensive, un froncement de lèvres habituées à être closes, il était comme ça sur son portrait. J'ai commencé du front à me rapprocher de sa forme de crâne, puis mes zygomatiques se sont décharnés, et mes joues se sont posées, dans une même descente de tension et attention. Ce ne sont que conjectures, mais elles me sont chères car, sachant ne ressembler ni à toi ni à papa, j'ai cherché dans de vieilles photos des linéaments qui me justifient. Quand j'étais enfant on ne disait pas de moi : c'est tout son père ou sa mère, phrases irritantes, mais aussi réconfortantes.

Je ressemblais au grand-père paternel, mort quand son fils était encore un enfant. Dans un album il portait l'uniforme de soldat de la première Guerre.

Le vieil homme du récit d'Erri De Luca parcourt son enfance à travers les photographies d'un imaginaire album de famille. Il évoque, en parlant idéalement à sa mère, sa propre fatigue de grandir : devenir homme, choisir un modèle, apprendre à ressembler constituent autant d'étapes vers l'affirmation de soi et son inscription dans une histoire collective. La justification à son existence jaillit d'une image, celle du grand-père, en qui il choisit de se reconnaître, cherchant à le reproduire dans un costume de Carnaval, dans un uniforme ou un froncement des lèvres. Se frayant une place dans une généalogie trop encombrée par le père et la mère, il *prend à ressembler*, par un acte volontaire, par un dépassement des contingences qui nous clouent à des identifications obligées. De Luca suggère qu'apprendre à ressembler soit un processus qui se fait dans le temps, par le temps, comme on dirait d'un maçon qui assemble autour de quelques éléments biologiques des briques de l'histoire de famille et de la trajectoire existentielle individuelle. Temps biologique et temps social se donnent à voir, comme l'image du grand-père, dans les linéaments et les postures, parfois au détour d'un geste, d'un son de voix, d'un rire. C'est le sujet d'une recherche que je mène sur la notion d'hérédité et de ressemblances familiales, conçues comme des modes socialement élaborés de penser la transmission de la mémoire, par une approche ethnographique dans un terrain polonais, à Varsovie, et un terrain italien, à Rome. Dans ce texte je me limiterai à soulever des questions apparues lors de la recherche varsoviennne. Dans ce contexte, je suis amenée à fréquenter et à vivre avec un nombre réduit de familles habitant différents quartiers de la ville : les faubourgs périphériques et ouvriers de Bielany, Mociny et Ursus ; le quartier populaire de Praga abritant une importante communauté orthodoxe ; le centre ville. Au-delà des méthodes de l'anthropologie participative, telle l'observation directe et participante, je conduis des entretiens et des récits de vie qui démarrent systématiquement par la reconstruction de la généalogie. L'outil généalogique permet de reconstruire des systèmes de parenté (terminologie d'appellation et d'adresse, règles de mariage et de transmission du nom et des biens, extension de la parenté, etc.), mais aussi de comprendre quelle est la connaissance de l'histoire familiale et comment en est transmise la mémoire. Ces entretiens sont souvent conduits avec plusieurs membres de la famille interviewés séparément (tels l'enfant, sa mère et sa grand-mère maternelle) ou ensemble, par exemple lors d'un repas familial. Cette démarche vise à restituer le caractère flottant, mobile et intersubjectif de la mémoire, conçue plutôt comme une reconstruction permanente, un récit à issues multiples, qu'une intrigue ficelée de façon stable et définitive. La collecte et l'analyse de ces éléments de la culture matérielle fonctionnels

à la transmission de la mémoire, à la fois des objets, des photos de famille, des enregistrements vidéo, des journaux intimes viennent intégrer la dimension discursive. Le partage de la vie quotidienne et de moments plus festifs permet une observation fine de l'expérience des acteurs.

## 1. HÉRÉDITÉ ET HISTOIRE

« L'hérédité est un discours protéiforme. Transmission des statuts, des privilèges et des biens, de la couronne, d'unités génétiques, des caractères propres à une espèce, le terme renvoie à de multiples significations ayant en commun l'idée de transmission le long d'une chaîne de filiation. Selon les éléments transmis, l'hérédité se rapporte soit au domaine social, soit à celui du biologique » (Gleize, 1994, p. 11). Noms, biens, caractères biologiques s'enchevêtrent dans les paroles de mes informateurs au sein de trames narratives qui font de l'hérédité un concept dynamique permettant de tisser des fils de proximité et de distance entre les membres de la famille. L'attribution de ressemblances est bien inscrite dans un discours sur l'hérédité, mais celle-ci ne se déploie pas dans un mouvement linéaire de transmission de caractères biologiques. Mise à l'épreuve des souvenirs et de la mémoire familiale, l'hérédité biologique est brouillée par le social, les lignes se fracturent et se croisent dans une temporalité qui bascule entre retours en arrière et bonds en avant.

Ce mouvement par ricochets est marqué par l'importance de repères temporels historiques : la Seconde Guerre mondiale, le conflit russo-polonais des années 1920, la famine, les migrations forcées. Ces événements donnent lieu à une sorte de mythe d'origine familiale. C'est le cas d'Iwona qui, pour la première fois dans sa vie, ose lire le journal intime de sa mère et y retrouve des faits racontés « mille et mille fois » dans son enfance : la participation de la mère à la résistance polonaise, le combat de la mère et du père contre les Allemands, même si dans deux armées clandestines différentes<sup>1</sup>, la recherche désespérée de nourriture. Elżbieta raconte la guerre d'un arrière-grand-père polonais recruté dans l'armée russe et obligé de se battre contre les siens ainsi que sa fuite à travers la campagne gelée dans le grand hiver nordique pour rejoindre son pays et ne pas avoir à combattre contre des Polonais. Adam, tout comme Hanna et Kazimierz, décrit l'abandon de la maison familiale en Ukraine, et les

1. La mère se battait dans l'*Armja Ludowa*, d'inspiration communiste, tandis que le père dans celle *Krajowa*, l'armée du gouvernement polonais en exil.

multiples recommencements qui jalonnent dans le temps et l'espace la dispersion et la reconstitution du groupe familial. L'articulation des mémoires historiques, collectives et familiales me paraît un trait spécifique au contexte polonais, comparativement à ce que j'observe en Italie, où l'événement fondateur du groupe de parenté est moins marqué par le rapport à l'histoire et plus à un événement interne, comme la maladie ou la mort.

En effet, dans les récits des interviewés polonais, l'événement historique se présente comme fondateur à deux titres. D'une part parce qu'il introduit une fracture spatiale, la plupart des familles varsoviennes étudiées ayant subi une migration des territoires orientaux à la capitale et, plus généralement, de la campagne à la ville<sup>2</sup>. La perte de la maison familiale, l'arrachement à un territoire, à un village aimé, à un hameau idéalisé laissent entrevoir une blessure souvent encore ouverte. Mais les faits historiques sont aussi considérés à l'origine d'une rupture dans la filiation, qui est un des nœuds d'articulation entre temps biologique et temps social.

La guerre introduit une importante incertitude sur l'ascendance, qu'elle se traduise par la non-reconnaissance de paternité, par la présence d'orphelins ou d'individus soupçonnés d'être orphelins. *Czas wojny* (temps de guerre), dit-on pour expliquer des incertitudes sur la paternité ou des disparitions. Un enfant solitaire sur une photo est décrit comme un « enfant de la guerre », *dziecko wojny*, même si la photo a été prise au début des années 1960. Ces généalogies sont traversées par le doute des origines et le vécu de l'abandon. Cette incertitude donne corps souvent à un double fantasme : celui de l'in-appartenance et celui d'une origine aristocratique, souvent étrangère (tour à tour russe, hongroise, tchèque, autrichienne). Parfois les deux se recoupent, comme dans le cas du récit de Elżbieta qui remanie l'histoire de la famille à chacune de nos rencontres : le grand-père soldat russe déjà évoqué pourrait être originaire de l'aristocratie à notre première rencontre, mais devient, au fil des entretiens, un enfant illégitime dont l'histoire est inconnue.

---

2. Le besoin de recueillir la parole de ceux qui avaient été délocalisés lors des migrations forcées de la guerre et de l'après-guerre est à l'origine, entre autres, de la recherche qu'Anna Sawisz a menée à Poznań sur la transmission de la mémoire familiale.

Le sentiment d'une fracture dans la continuité des générations me semble particulièrement révélateur car il mobilise toute une chaîne d'indices censés resituer la personne dans une filiation. Ces événements laissent leurs marques sur les traits qui unissent le groupe : les signes dont l'enfant est porteur sont des traces à lire comme sur une carte sur laquelle chacun doit retrouver sa place et sa position par rapport aux autres. Ainsi cherchant à s'expliquer la dissemblance entre les traits russes de sa fille et les siens, une mère affirme :

*je ne sais pas si les Russes ont des traits vraiment caractéristiques, les Polonais sont une nation<sup>3</sup> tellement mélangée, tellement de gens sont passés par ici, n'est-ce pas, et les Russes, et les Turcs, et les Tatars, et les Allemands, c'est une nation mélangée (pause), forte et donc la Polonaise classique n'est pas du tout une blonde aux yeux bleus, n'est-ce pas, c'est plutôt une femme aux cheveux châtain et aux yeux gris-verts.*

Ce portrait d'une « Polonaise classique » correspond en réalité à son propre portrait, un lacs de signes à interpréter selon la situation performative. L'incertitude et la mobilité construisent ainsi le noyau classique de la péripétie romanesque : les mésalliances et les recompositions familiales, l'origine obscure et l'agnition, les revers de fortune et les retrouvailles réparatrices.

La rupture dans la filiation peut alors être perçue comme la dispersion d'un patrimoine, familial et collectif, qui est à la fois social et biologique. Krysia, 37 ans, manager dans une entreprise de télécommunications, se plaint de la difficulté qu'ont les femmes divorcées en Pologne – elle en est une – à trouver un homme libre après les 35 ans. Je remarque en riant que ce n'est pas qu'un problème polonais. Elle répond que si : « à cause de la guerre, tous les hommes de valeur ont été tués par les Allemands ». À ma réplique sur le fait que la guerre a touché beaucoup de pays en Europe, elle souligne que non seulement la Seconde Guerre mondiale a duré plus longtemps en Pologne, mais que les victimes ont souvent été des officiers, des combattants et qu'aujourd'hui les femmes polonaises doivent s'accommoder avec l'absence des héritiers de ces hommes de valeur.

---

3. Le mot polonais qu'elle utilise, *naród*, a une densité sémantique difficile à traduire en français, car il renvoie à la fois à la « nation », mais aussi à l'appartenance ethnique ou religieuse, par exemple la « nation juive », selon l'ancien droit russe et polonais qui recoupaient nationalité et religion. Ce mot renvoie encore à celui de *ród*, qui signifie à la fois naissance, origine, lignée, race et qui est à la base du mot *rodzina*, famille.

En quelque sorte les non-nés des héros. La guerre permet donc d'expliquer une rareté de ressources sociales et reproductives souvent évoquée dans le discours. Cette raréfaction, qui rappelle « l'idéologie des biens limités » de Foster, prend du sens dans et par l'irruption de l'histoire dans la transmission biologique.

## 2. LE TEMPS FLOTTANT DU BIOLOGIQUE

La référence à l'hérédité revient comme un leitmotiv, mais le temps long du biologique n'est pas moins secoué que le temps historique par des soubresauts et des ruptures qui viennent perturber son écoulement constant et régulier. Dans le cadre du terrain étudié deux supports physiques de la consanguinité et de l'hérédité donnent lieu à une perception sélective des phénomènes dans le visible : le sang et les gènes.

Nicoletta : *À qui ressemblent vos enfants ?*

Iwona : *Nos enfants, Jakób quand il est né [pause], c'est difficile à dire parce qu'il était tout petit, mais quand il était enfant il ressemblait à son père, mais maintenant c'est mon sang, par contre Jula quand elle est née, elle était beaucoup plus semblable à sa grand-mère paternelle, à la mère de mon mari, et maintenant il me semble que ressortent mes gènes à moi, plus forts, tu sais, j'ai l'impression que ces gènes russes ressortent [rires].*

Le sang se manifeste comme connoté par une forte stabilité : c'est souvent par les verbes « être » qu'on le thématise : *to moja krew*, c'est mon sang. Ce sang porteur d'origine et de transcendance constitue une trame liquide qui traverse les générations et, par la mère, fonde une matrice de reconnaissance et d'interdits. Car, comme dit Lévi-Strauss on ne se marie, ni on ne mange trop près ni trop loin : le sang des cousins maternels n'est pas plus interdit que ce sang étrange et étranger qui est censé « *ne pas donner de beaux fruits* » comme « *le sang de Noir ou de Juif* » (Ewa, 68 ans, gardienne de cimetière à la retraite, Varsovie). Les enfants que je rencontre dans mon étude sont ainsi censés représenter à la fois les ascendants, la famille et le groupe social ou ethnocoreligieux. Par les talents, les marques du corps, les « dispositions » c'est la puissance de l'ancêtre qui fonde la puissance de l'individu dans la puissance de l'espèce.

Si le sang féminin est connoté par une plus forte stabilité, les gènes sont plus capricieux, ils pointent et se cachent, pour re-apparaître ensuite et à nouveau sombrer dans l'invisible. Ces gènes sont à la fois transmis

par le masculin et le féminin et, dans le hasard de leur jeu, ils dessinent une tension de pouvoirs et d'enjeux ; dans ce cas spécifique entre mari et femme, entre Polonais et Russe, entre intégration et mise en marge : ces gènes russes *wychodzą*, ressortent, ils sont plus forts, tout en étant non pas *rosijnski* – l'adjectif *politiquement correct* – mais *ruski*, rudes, populaires et pourtant revendiqués. Stabilité du sang et soubresauts des gènes sont censés influencer attitudes et dispositions, choix de vie et pathologies. Cette diffusion du discours génétique dans le discours commun est assez étonnante : le gène du plaisir, des voyages, des arts et de la mécanique. La presse que j'ai consultée et lue systématiquement à chaque terrain insiste sur ce penchant à la fois despotique et capricieux du patrimoine génétique : une chanteuse raconte avoir hérité de ses gènes paternels l'incapacité à se poser en un lieu (*Twój styl*, juillet 2000), une popstar déclare juger d'un coup d'œil l'homme qu'il lui faut, cet homme « *sain, porteur de bons gènes, qui peut faire de bons enfants* » (Pani, juillet 2002)<sup>4</sup>.

Ainsi le sang coule et, comme lui, les caractères physiques qui sont transmis sans fracture d'une génération à l'autre. Plus inconstants et intermittents, les gènes portent ce qu'un informateur appelle, « *les caractères silencieux* », les dispositions morbides et les traits de caractère qui « *sautent une génération* » : par exemple l'alcoolisme, grande hantise des interviewés qui lui attribuent mort et déchéance. Là aussi deux temporalités, l'une linéaire, l'autre fragmentée, l'une essentiellement féminine, l'autre participant d'un jeu de force entre les deux sexes : l'une et l'autre ancrées dans une sorte de matrice « ethnique » viennent se croiser dans l'expérience individuelle. L'asymétrie hommes-femmes, qui est une des variables introduites par les événements historiques, se re-propose ainsi dans le cadre d'une transmission supposée « biologique » mais profondément façonnée par l'ordre symbolique des relations de sexe et par la spécificité de l'histoire nationale polonaise. Dans un pays souvent exposé à ce que De Martino appelle une « fragilité de la présence historique » par les partages, les migrations, les guerres et les massacres, les femmes ont acquis une fonction charnière dans la transmission de la mémoire et dans la continuation du

---

4. À partir des années 1950 on assiste en Pologne à une diffusion massive d'ouvrages de vulgarisation sur l'hérédité et de la transmission de caractères physiques ou pathologiques : *Co wiemy o dziedziczno ci* (Ce que nous savons sur l'hérédité, 1951), *Podobny do ojca czy do dziadka?* (Semblable au père ou au grand-père?, 1959), *Z pokolenia na pokolenie* (D'une génération à l'autre, 1967), *Czy możemy mieć dzieci o niebieskich oczach* (Pouvons-nous avoir des enfants aux yeux bleus?, 1976).

groupe<sup>5</sup>. Ce rôle de la *matka bohaterka* (mère du héros), que j'ai développé ailleurs (Diasio, 2007), se joue à travers une activité nourricière, productive et reproductive et par une manière spécifique de transmettre «l'essence» de la polonité d'une génération à l'autre.

### **3. C'EST LE FUTUR QUI FAIT LE PASSÉ : DES « NARRATIONS SUBJONCTIVANTES »**

Au temps long de l'histoire, à celui remanié sans cesse de la mémoire familiale, au prétendu temps biologique de la reproduction et de la filiation, l'individu qui parle mesure la reconstruction de souvenirs personnels et le temps de sa propre finitude. Les entretiens sont souvent l'occasion de s'arrêter sur sa propre spécificité au sein de la famille, ce qui démarque, les ratés, les attentes déçues. Les temps longs de la transmission butent contre l'ici et maintenant du sujet. Le discours sur les ressemblances met les informateurs face au maniement d'une double temporalité, celle qui se renouvelle à travers les générations et celle axée sur l'individu. La rencontre de ces deux temporalités dans le discours sur l'hérédité façonne un sujet figure de l'impensable dans la société contemporaine : être soi et représentant d'autres, être fin et instrument au service d'un projet qui nous transcende. Cette double temporalité me paraît accompagner un des rêves, mais aussi une des impasses de la contemporanéité : être un individu, un être «non divisé», dans une collectivité qui fait de chacun de nous un fragment d'un projet plus vaste.

Ainsi, à côté d'un langage biologisant axé sur l'inévitabilité de l'héritage familial, à son cœur même, émerge un discours anti-biologisant visant à réaffirmer des choix non conformes. En écrivant son travail fondateur sur les cadres sociaux de la mémoire, Maurice Halwachs remarquait à quel point la mémoire familiale procède à la fois par assignation de position, elle inscrit, et par individuation, elle subjective dirions-nous aujourd'hui : «il n'y a point (de milieu) où l'on considère davantage chaque membre du groupe comme étant un être "unique en son genre" et auquel on n'en pourrait et on ne conçoit pas qu'en puisse s'en substituer un autre» (Halwachs, 1925, rééd. 1994, p. 163). Ce processus de mise en conformité et de subjectivation procède par une reconnaissance et une mise à distance :

---

5. La fragilité de la présence historique est ce que De Martino définit comme «le danger que la présence individuelle même se perde en tant que centre de décision et de choix et naufrage dans une négation qui frappe la possibilité même d'un comportement culturel quelconque» (E. de Martino, 1963, p. 103).

production et identification de signes et de leur organisation. « Les faits porteurs de sens sont retenus, c'est-à-dire ceux qui appuient une image de continuité familiale, "c'est tout le portrait de..." », les autres (l'absence de la ressemblance ou sa variabilité) sont évacués, sauf s'ils marquent des conflits ou des ruptures au sein de la parenté » (Gleize, 1994, p. 16). Dans les entretiens que je recueillis les faits évacués, les dérives expriment surtout des volontés particulièrement marquées d'être soi.

Le souci de différenciation est souligné surtout par les informateurs qui n'ont pas d'enfants. Cette constatation n'étonne pas. Les ethnologues ont bien démontré que la création d'ancêtres et la fabrication des descendants sont les deux faces du lien de filiation et de la perpétuation familiale. Ce qui est transmis aux enfants précède le groupe et lui donne un sens, mais c'est par les plus petits que ce sens est actualisé. Garants de la fragmentation et de la bonne recombinaison des temporalités familiales, les enfants réapparaissent, dans les récits de famille, quand on égrène les décès et les disparus : la naissance d'un bébé est souvent associée à la disparition d'un ascendant et marque en même temps un réaménagement dans l'ordre des générations. Ainsi Zosia (70 ans) me raconte que c'est à la naissance de sa quatrième petite-fille qu'elle s'est sentie devenir une « vraie » grand-mère, car cette naissance s'est produite en même temps que la mort de sa propre mère, arrière-grand-mère de la petite. Comme le montrent bien Attias-Donfut et Segalen (1998), la naissance est l'occasion d'une remise en ordre symbolique des générations, le nouveau-né facilite et renforce la promotion du parent dans le rang générationnel, mais cette translation des places ne va pas sans difficulté ni conflit. C'est l'enfant qui « fait » les parents et les grands-parents (une recherche anglaise de Daniel Miller a le beau titre de *How Infants Grow Mother*) et atteste la vitalité de la lignée, tout en marquant, avec l'ordre des naissances, l'ordre possible des décès. L'enfant n'est pas alors seulement le garant des temporalités familiales, mais aussi l'enjeu à une plus vaste échelle sociale de différents modes de penser le temps et la subjectivité<sup>6</sup>.

---

6. On parle beaucoup de crise du temps (Godard, 1992), de « malaise dans la temporalité » (P. Zawadzki, 2002) et plusieurs signes semblent l'attester : le sentiment d'être constamment soumis à une forte pression temporelle, un affaiblissement des démarcations dans les cycles de vie, le déclin de l'idée d'histoire, la difficulté à se projeter dans une dimension extra-subjective. Le processus de filiation me paraît souvent chargé d'utopies salvatrices à l'égard du temps et du sujet, ces utopies investissant l'enfant d'un pouvoir qui le dépasse ; la rhétorique même du « bonheur » de l'enfant trahit le rêve d'une société idéale où les adultes s'essayeraient à leur propre épanouissement par la préfiguration de l'enfant parfait. Je ne développerai pas ici ces questions qui méritent un traitement spécifique.

La présence ou l'absence d'enfants intervient donc dans le remaniement de l'histoire familiale, la lecture de son propre passé ne peut pas être disjointe des projets d'avenir : comme dans un bon polar, la fin de l'histoire donne sens à son début. Un extrait du journal de terrain du 26 octobre 2004 me paraît expliciter cette affirmation. Il a été écrit après l'entretien avec ma logeuse, femme entrepreneur de 40 ans :

*Kryisia est très inquiète, rechigne à faire l'entretien, elle me dit d'abord, « faisons-le vite, tout de suite » et puis elle reporte le rendez-vous, paraît avoir peur, dit ne rien savoir de sa famille. J'essaie de la rassurer. Le premier entretien est très vite expédié [...]. Quelques jours plus tard, le dimanche, après la messe, vers 11 h 30, Kryisia me demande si je veux sortir avec elle, elle veut me montrer la fontaine du quartier. Un malentendu linguistique m'avait fait confondre, le jour avant, les mots « fontaine » et « source » [...]. Malgré un problème au genou qui lui rend pénible la démarche, elle m'impose, s'impose, une marche de 20-25 minutes jusqu'à un jardin où jouent des enfants de deux à six ans environs. Des mères, quelques pères. [...] Nous prenons place sur un banc, le jardin n'est pas trop loin de la maison, mais assez pour que la cheville recommence à lui faire mal. Nous sommes sur le banc, deux femmes autour de la quarantaine, regardant jouer les enfants des autres. Et là elle commence à me raconter de ses problèmes de thyroïde, l'absence de quelques hormones, des difficultés à trouver le dosage du traitement, les sautes d'humeur. Progressivement son récit descend presque le long de son corps, elle me raconte d'un kyste à l'abdomen – elle me montre la cicatrice sous son pull – de fibromes utérins. [...] À y penser maintenant c'est comme si nous nous étions approchées progressivement au centre du tourbillon, par de larges volutes qui lentement progressent par un double mouvement, du haut vers le bas, de la tête au ventre, et rotatoire, un « tourner autour du pot » avant de dire ce qui ne peut être dit. [...] Ce qui ne peut être dit est que Kryisia ne peut pas avoir d'enfants.*

Elle raconte par la suite des tentatives de fécondation *in vitro*, l'histoire de son mariage, sollicitant mon avis sur des questions très personnelles. L'après-midi la langue se délie, le rapport au passé se renoue : un nouvel entretien, les films du mariage, les photos de famille, quelques secrets, notamment la mort d'un oncle probablement tué pour une vendetta.

Dans le cas des informateurs n'ayant pas eu d'enfants – il s'agit de personnes qui ont toutes plus de 30 ans – le malaise dans la filiation est expliqué par la difficulté de trouver un partenaire dans une société de consommation qui « a oublié de vraies valeurs ». Une nouvelle forme de raréfaction

de ressources matrimoniales dans l'espace social qui produit un achoppement dans la continuité du biologique. Chacun d'eux aborde ce malaise d'une façon spécifique : Krystyna l'explique avant l'entretien proprement dit, Paweł par le silence, Hanna à magnétophone éteint, quand elle souligne qu'elle renouera avec sa famille, une fois qu'elle aura eu des enfants. Le dénominateur commun est un récit dans lequel le futur semble déteindre sur le passé.

Le temps de la narration vient ainsi s'enchevêtrer à celui du biologique et du social. Dans sa réflexion sur les récits de maladie, Good souligne comme « la temporalité existe non seulement dans la structure du récit, mais dans sa transmission. Narrations et rituels sont des processus intersubjectifs qui réclament la présence de narrateurs et d'auditeurs en même temps qu'une forme "textuelle", et qui agissent en tant qu'événements au sein d'une expérience qui est vécue temporellement » (1998, p. 297). Les anthropologues qui, depuis quelques années, insistent sur la dimension narrative de l'expérience vécue et transmise soulignent, suivant des auteurs comme Bruner, Jauss ou Ricoeur, sa nature temporelle et intersubjective. Toutefois, il me semble que la phénoménologie de l'acte de suivre une histoire (Ricoeur, 1983), ainsi que la présence d'un auditoire dans le cadre de l'entretien ethnographique, sont encore trop peu thématisées, alors qu'elles interviennent directement dans la façon dont l'informateur construit, modifie, réélabore le récit de son expérience. À mon avis, ces remaniements temporels n'interviennent pas uniquement dans les récits de maladie, mais aussi dans la mise en intrigue de toutes « ces formes élémentaires de l'événement » (Augé, 1986), comme les naissances ou les décès, qui structurent une biographie et télescopent les discours sur le passé et sur le futur dans une même quête de sens. « Les narrateurs [...] sont généralement au cœur de l'histoire. Les récits qu'ils produisent sont davantage apparentés au "texte virtuel" du lecteur d'une histoire qu'au texte narratif "réel" d'un roman achevé. Leurs histoires changent au fur et à mesure que se déroulent les événements. Ils regardent l'avenir avec un mélange d'espoir et d'inquiétude, et donnent souvent plusieurs lectures conditionnelles du passé et du présent » (Good, 1998, p. 298-299).

De manière analogue, les narrations sur la mémoire familiale changent avec le temps et selon les événements, elles n'offrent pas, à celui ou à celle qui écoute, les mêmes visages, ni les mêmes voix ou les mêmes lieux : elles constituent des « narrations subjonctivantes » (Good, 1998) qui permettent de saisir le jeu entre transformation et continuité dans la construction même de la catégorie de l'« héritable ». Si parler du passé implique parler du futur, les scénarios changent selon le moment de l'entretien. Le

caractère toujours provisoire du récit a une dimension créative, une sorte de plasticité dans la trame qui permet d'incorporer des significations au fur et à mesure que l'expérience ou son interprétation change, du moment qu'«être au mode subjonctif c'est [...] avoir à faire, chez l'homme, aux possibilités plutôt qu'aux certitudes établies» (Bruner, 1986, p. 26).

Ces qualités provisoires de l'histoire ont ainsi une puissance créatrice : la structure de l'histoire (l'intrigue) est modifiée selon le vécu du narrateur, sa préfiguration du futur, le moment où est mené l'entretien, l'activité de l'auditeur «qui s'engage par l'imagination à donner un sens à l'histoire» (Good, 1998, p. 299). Cette «mise en intrigue» flexible et aux issues plurielles caractérise les récits sur les ressemblances familiales dans la mesure où ces dernières constituent une occasion de questionner et de comprendre l'intrusion du temps long, et parfois opaque, du biologique et de l'histoire dans le temps fini de l'individu et de ses relations proches.

#### **4. L'ILLUSION D'UNE SOCIÉTÉ QUI DURE**

Être soi et ressembler à autrui constituent ainsi les deux pôles d'une tension jamais résolue entre variabilité et souci de permanence : c'est ce dynamisme toujours renouvelé qui donne matière à narration à des scénarios ouverts. La notion de ressemblance est protéiforme et dialectique : nous avons vu comment, à l'instar de sa notion «parente» d'hérédité, elle renvoie à un processus de transmission le long d'une chaîne de filiation. Elle ne circonscrit donc pas un objet, mais renvoie à une relation de similitude ou différence entre des individus ou entre des éléments sélectionnés par la perception. C'est un zèle d'entremetteur qui veut «faire aller ensemble» et grouper des êtres : c'est par la possession commune d'un ou plusieurs caractères, par une quête de liaisons significatives, par le souci de relever des écarts différentiels entre les uns et les autres, qu'on arrive à recomposer des constellations d'individus partageant un être ensemble. La pensée sur les ressemblances semble alors partager avec la «pensée sauvage» de ces cultures australiennes, dont la richesse et ingéniosité du détail a charmé Lévi-Strauss, une «philosophie de la finitude» (Lévi-Strauss, 1962, p. 318), la volonté sans trêve de renouer les fils et thésauriser les aspects du réel, par un retour inlassable sur ces derniers, qu'ils soient physiques, sociaux ou mentaux. Par ce besoin d'introduire des diversités tout en gardant un souci de continuité, l'idée de ressemblance enchâsse le temps fini de l'individu dans le temps long du groupe et me semble rayonner de la même «fascination obscure, exercée toujours et partout sur les hommes de la notion

d'espèce [...] qui permet de fournir un mode d'appréhension sensible d'une combinatoire objectivement donnée dans la nature, et que l'activité de l'esprit, et la vie sociale elle-même ne font que lui emprunter pour l'appliquer à la création de nouvelles taxonomies » (*Ibidem*, p. 167).

Les airs de famille, toutefois, ne se réfèrent pas seulement à une taxonomie, mais à des processus qui impliquent des opérations cognitives autres que classificatoires. Ils ne fixent pas de catégories fondées sur des ensembles de traits, mais ils donnent lieu à un champ de tensions qui met en scène, et en doute, la hiérarchie entre les sexes, les âges, les statuts, les appartenances politiques ou religieuses. Ces tensions ouvrent un clivage entre la formalisation de la réalité telle que l'opèrent la vulgarisation et la banalisation de la génétique (le « tout biologique », le « tout déterminé ») et le monde phénoménal tel qu'il est vécu : la ressemblance est un *local knowledge* qui intègre comme elle peut, discontinuités et jeux performatifs, transmission biologique et événements circonstanciels. Matrice de reconnaissance *et* refus de la répétition, fabrication de similitudes *et* ouverture à l'altérité : toute pensée de la ressemblance permet de penser les transformations, les glissements insidieux, les contradictions. Les mêmes indices prennent un sens dans un contexte et le déjouent dans un autre : comme la couleur des yeux de Jula, 9 ans (Varsovie, faubourg de Mociny), tour à tour marque d'inscription dans la lignée paternelle, quand ils sont rêveurs, et dans celle maternelle dans ses moments coquets. Des connotations qui s'imprègnent de l'atmosphère et des exigences du milieu : visite à la grand-mère paternelle qui se reconnaît dans les yeux de la petite fille ou ressemblance extrême à la mère lors de la prise de parole pendant la communion solennelle, un des moments forts où on assume, par une apparition publique savamment mise en scène, son inscription à la fois dans la communauté et dans le genre<sup>7</sup>. Le rapprochement des deux photographies – celle de la

---

7. Ces stratégies performatives ont leur scène idéale lors des cérémonies familiales et religieuses. La première communion solennelle, en particulier, constitue un apprentissage et une mise en scène des différences de sexe : le vêtement (avec le port de la cravate pour le garçon et la robe pour les filles), les accessoires (le bouquet, la chandelle), le discours ou le chant que l'enfant doit mener devant l'assemblée, les postures (la position très sexuée des mains, des jambes, du dos), la place du parrain ou de la marraine sont choisis et confrontés avec ceux des parents et des grands-parents à leur propre communion, fixée dans les albums familiaux : à nouveau une forme d'inscription dans la génération et dans le genre à travers la reconnaissance, la mise en forme et le spectacle d'indices. C'est aussi le moment d'une séparation des sexes et des âges qu'on peut repérer, à l'intérieur de la scène photographique, par un dialogue moins intense et confiant des corps par rapport à ce qui transparaît dans d'autres images familiales.

communion solennelle de la mère et celle de la fille, chacune avec un cierge à la main, un ruban dans les cheveux – est là pour témoigner la force du lien, malgré les années, malgré le caprice de la mode, malgré ce noir et blanc qui vire au sépia.

La difficulté de tous mes informateurs à décrire la ressemblance comme s'il s'agissait d'un objet, leurs tentatives de se soustraire au regard inquisiteur de l'ethnologue n'étonnent donc point. Il ne s'agit pas uniquement des réticences que nous rencontrons souvent sur le terrain – « Je ne suis pas représentatif ! », « Mon histoire n'est pas intéressante ! » – mais de la difficulté à mettre le dernier mot sur une dimension qui, loin des rhétoriques de naturalisation, conçoit l'héritage comme un jeu d'influences et de réciprocités toujours en devenir. Ainsi les éléments les plus intéressants ne ressortent pas des entretiens, mais des échanges informels, des observations saisies dans la vie quotidienne, du jeu performatif qui consiste à poser les ressemblances en les jouant, en montant en épingle un signe pour rendre visibles des liens affectifs, sociaux, généalogiques qui existent par ailleurs. Ces stratégies performatives se prévalent parfois d'une mise en image des similitudes : une photo exposée dans une salle à manger montre deux sœurs et une cousine maternelle, fille de la sœur de la mère, affichant en gros plan des visages souriants encadrés de masses crépues et sombres, l'opulence de la chevelure constituant, selon une des deux sœurs, « *un air de famille* ». Dans le cas de Weronika et de sa fille Basia de 3 ans, les cheveux se prêtent au jeu de la « désaffiliation », pour reprendre une expression de Théry (1996), où la fillette est d'abord refusée parce qu'étrangère – « *tu n'es pas à moi, tu es noire, tu es une Africaine* » (la petite a des cheveux châtain et bouclés), « *tu as des cheveux d'Africaine* » – pour qu'ensuite le lien se renoue par le moment final de l'agnition et de la reconnaissance. Cette oscillation entre dys-connaissance et retrouvaille fait partie des jeux familiaux observés les plus fréquemment. En même temps, et c'est là que ces signes montrent, dans leur flexibilité, un intérêt particulier pour le chercheur, les cheveux de la « *petite Africaine* » sont conservés dans un bol minuscule placé en haut de l'évier, entre une petite plante et une éponge. On ne peut les voir que si on fait la vaisselle. Ce bol me semble définir par sa présence muette et rayonnante un micro-espace domestique réservé prioritairement aux membres féminins de la famille (les hommes qui fréquentent la maison n'y font pas de vaisselle), un lien-lieu partagé qui, marque d'une désaffiliation possible, contient en même temps le choix de la filiation et l'acceptation de son caractère inévitable.

La mise en exergue d'un signe s'accompagne ainsi d'un énoncé qui insiste, souligne ou réfute son caractère évident : si parfois il est difficile d'en parler au moment de l'entretien formel, ce discours est joué dans la relation, en particulier le rapport entre les sexes : des « *ma fille* », « *ton fils* » lancés dans l'espace domestique refont publiquement des parcours à tout moment renouvelés d'affiliation et de réinscription. Exclure le père du jeu de la reproduction ou la mère de celui du façonnement de l'enfant est une des stratégies d'appropriation qui répondent à d'autres enjeux, parfois joyeux, parfois conflictuels. La pensée de la ressemblance prend alors les contours d'un « "compromis" visible décidé face à l'indicible et à l'indiscernable, [...] un horizon (au sens étymologique de borne), une limite circulaire de la vue pour le sujet qui en est le centre et qui donc se déplacerait en même temps que lui » (Mady Lafargue, 1994, p. 126). Cette borne se déplace avec le sujet tout en marquant l'espace de sa relation avec les autres.

## CONCLUSION

La ressemblance constitue donc une façon de construire une appartenance dans le temps, à travers le temps et malgré les transformations qu'il produit sans cesse. Elle est un élément de régulation de rapports sociaux qui se modifient dans la durée, mais demandent aussi une illusion de permanence : ce que Javeau appelle « le dur désir de durer des partenaires dans et par leur relation elle-même » (1992, p. 66). Et qu'y a-t-il de plus permanent, dans l'imaginaire des sociétés occidentales contemporaines, que le biologique, qu'il soit conçu comme sang, gènes, pathologies ou traces physiques ? Le temps « faussement » biologique de l'hérédité constitue ainsi le point d'articulation entre l'événementiel du sujet et le temps long de la mémoire, ainsi qu'un instrument de lissage des soubresauts de l'histoire et de trajectoires individuelles morcelées et sans cesse remaniées.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Attias-Donfut, C. et M. Segalen (1998). *Grands-parents. La famille à travers les générations*, Paris, Odile Jacob.
- Augé, M. (1983). «La maladie, forme élémentaire de l'événement», dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, p. 35-81.
- Bruner, J.S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge, Harvard University Press.
- De Luca, E. (2002). *Non ora, non qui*, Milano, Feltrinelli (1<sup>re</sup> publication 1989). (Une fois, un jour, Verdier, 1992).
- De Martino, E. (1963). *Italie du Sud et Magie*, Paris, Gallimard (traduit de l'italien *Sud e magia*, 1959).
- Deleuze, G. (1968). *Différence et répétition*, Paris, Presses universitaires de France.
- Diasio, N. (2007). «Corps, genre, nation dans les récits de famille à Varsovie», *Revue des sciences sociales. Penser l'Europe*, n° 37, p. 56-67.
- Ginzburg, C. (1986). «Spie. Radici di un paradigma indiziario», dans *Miti, emblemi, spie*, Turin, Einaudi, p. 158-209.
- Gleize, P. (1994). «L'hérédité hors du champ scientifique», *Ethnologie française*, vol. 34, n° 1, p. 11-24.
- Godard, F. (1992). *La famille affaire de générations*, Paris, Presses universitaires de France.
- Good, B. (1998). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, CUP, 1994, tr. fr. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Institut Synthélabo – Empêcheurs de penser en rond.
- Halbwachs, M. (1994). *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Albin Michel (1<sup>re</sup> publication 1925).
- Javeau, C. (1992). «Microrituels et gestion du temps», *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 39, n° 92, p. 59-71.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- Mady-Lafargue M.-M. (1994). «La ressemblance sert-elle à penser l'hérédité?», *Ethnologie française*, vol. 24, n° 1, p. 118-129.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*, Paris, Seuil.
- Sawisz, A. (1990). «Transmisja pamieci przeszłości», dans B. Szacka et A. Sawisz (dir.), *Czas przeszły i pamięć społeczna*, Warszawa, IS-UW, p. 121-198.
- Théry, I. (1996). «Différence des sexes et différence des générations. L'institution familiale en déshérence», *Esprit*, n° 227, p. 65-90.
- Zawadzki, P. (dir.) (2002). *Malaise dans la temporalité*, Paris, Publications de la Sorbonne.

## DE LA JEUNE FILLE À LA VIEILLE FEMME

### Passages biologiques et passages sociaux chez les Moose du Burkina Faso

*Virginie VINEL*

Les passages des âges sont généralement appréhendés, en ethnologie, à travers la notion de rites de passage, mobilisant ainsi les travaux fondateurs de Van Gennep (1969 [1909]). Celui-ci, affirme que, dans les sociétés dites traditionnelles (qu'il nommait «demi-civilisées», p. 3), la vie individuelle consiste en une série d'étapes – naissance, puberté sociale, mariage, paternité... – marquées par des cérémonies qui ont pour objet de «faire passer l'individu d'une situation déterminée à une autre situation tout aussi déterminée» (p. 4). Il note rapidement que dans les sociétés européennes, ces passages d'âges s'accompagnent aussi d'actes spéciaux, par exemple l'apprentissage.

Arnold Van Gennep consacre son ouvrage à démontrer par l'examen d'une multitude de cas ethnographiques, que ces passages sont découpés en séquences cérémonielles organisées en trois temps : des rites préliminaires

ou de séparation, des rites liminaires ou période de marge, enfin, une phase postliminaire ou d'agrégation. L'auteur explique que ce schéma ne s'applique pas toujours simplement, que des dédoublements et enchevêtrements des rites et des phases interviennent, notamment dans les étapes des fiançailles et du mariage, et de la grossesse et de la naissance. Il inaugure donc l'observation de la ritualisation des passages d'âges, ouvrant la voie à une riche et abondante littérature ethnologique sur la question, mais surtout actant que les passages d'âges relèvent moins du biologique, même s'ils s'y appuient fréquemment, que de la construction sociale.

Marcel Mauss (1989 [1936]), quant à lui, dans «Les techniques du corps» démontre que le déroulement biographique est marqué par des techniques du corps pratiquées ou apprises selon les âges. Il souligne à juste titre que les techniques de l'adolescence sont sexuées, affirmant toutefois un peu vite qu'elles sont surtout «à observer chez l'homme» (p. 377). Rejoignant Van Gennep, Mauss relève que l'initiation s'avère un moment clé de l'éducation du corps et que des techniques du corps sont acquises définitivement pendant cette période. Mauss fait donc de la jeunesse<sup>1</sup> une période fondamentale des apprentissages corporels nécessaires à la vie d'adulte. Il met, en outre, l'accent sur l'intrication entre le biologique et le social dans les techniques du corps, parlant soit de «montages physio-psycho-sociologiques de séries d'actes» (p. 384), soit de «phénomènes biologicosociologiques» (p. 385). La part du social dans les techniques du corps semble l'emporter sur les aspects biologiques ou psychologiques, Mauss affirmant «qu'ils sont commandés par l'éducation et au moins par les circonstances de la vie en commun, du contact» et plus loin que «l'éducation fondamentale de toutes ces techniques consiste à faire adapter le corps à ses usages». Les apports fondamentaux de Mauss nous permettent donc de réfléchir aux passages d'âges comme des périodes d'acquisition de techniques corporelles enlaçant phénomènes biologiques et sociaux. L'articulation entre les travaux de Van Gennep et de Mauss conduit notre analyse vers une description des processus d'avancée en âge, jalonnés à la fois de phases d'acmé, les rituels, qui cristallisent les apprentissages corporels et sociaux, mais aussi de périodes du quotidien pendant lesquelles les hommes et les femmes acquièrent auprès de leurs aînés et de leurs pairs les techniques de travail, de repos, de soins propres à leurs

---

1. Depuis les travaux de Margaret Mead (1963 [1928]) ou de Philippe Ariès (1975), il est notoire que la notion d'adolescence est une construction occidentale spécifique. Je lui préférerais la notion de jeunesse pour parler de la période entre l'enfance et l'âge adulte, socialement et culturellement définie.

activités d'âges. Ce sont ces processus de transformations à la fois corporelles et physiologiques, socialisés par les rites et les apprentissages que nous nous proposons d'aborder dans ce chapitre.

Nous proposons d'analyser cette phase relativement longue, marquée de modifications corporelles et sociales qui transforment les jeunes filles en femmes, et les femmes en vieilles femmes chez les Moose du Burkina Faso. Ces changements s'articulent autour d'événements biologiques tels que l'apparition des premières menstrues, la grossesse, l'accouchement pour le passage à l'âge de femme, le déclin du corps, la fin de la procréation pour le passage à l'âge de vieille femme. Mais ces événements biologiques ne sont jamais, comme le soulignait déjà Van Gennep à propos de la puberté biologique (1969, p. 94-96), des données en soi pour la société. Elles sont intégrées dans un ensemble de représentations et de pratiques sociales. Les temps biologiques, ainsi socialisés, laissent le pas aux passages d'âges sociaux. Ceux-ci s'appuient également sur une socialisation continue qui façonnent les filles en femmes, puis en vieilles femmes avec leurs techniques et leurs états moraux définis normativement.

Les Moose<sup>2</sup> sont une population de six millions d'individus occupant le plateau central du Burkina Faso et présents dans les grandes villes du pays, notamment Ouagadougou, leur capitale historique. Une majorité réside toutefois en zone rurale, vivant de la culture du sorgho, d'un peu d'élevage, et des subsides envoyés par les émigrés. L'organisation sociale rurale reste fondée sur la structure familiale, articulée sur un principe de descendance patrilinéaire, une résidence patrilocale et des mariages arrangés entre familles. Des segments de patrilignage<sup>3</sup> habitent un même quartier. Les hommes d'un quartier sont donc apparentés, leurs épouses viennent d'autres quartiers limitrophes ou plus éloignés, les enfants s'appellent tous, selon la terminologie de parenté, des frères et sœurs. L'urbanisation dans des gros bourgs ou des villes entraîne des transformations de la structure sociale qui, bien qu'encore empreinte du principe patrilinéaire, voit disparaître les mariages arrangés ainsi que la résidence par quartier-lignage. L'économie de marché et le salariat remplacent l'économie de subsistance.

---

2. Ou Mossi.

3. C'est-à-dire des hommes descendants d'un ancêtre commun par la filiation patrilinéaire et leur famille. On peut parler de quartier-lignage.

L'enquête de terrain, dont sont issues les données présentées ici, a été réalisée de 1994 à 1998 dans un village rural et dans un bourg semi-urbanisé, sous-préfecture de la province du Boulkiemdé. L'enquête principale s'est tenue dans un groupe social de « gens du commun », des Sikoomse, qui ont pour particularité une initiation qui exclut la circoncision et l'excision, et un culte funéraire organisé autour d'un « fétiche » et des masques<sup>4</sup>. Des données complémentaires ont été recueillies chez des Nakoomse – les « nobles » de la société moose traditionnelle – de la sous-préfecture de cette province.

Bien que la société moose ne soit pas organisée par classes d'âges *stricto sensu*, comme peuvent l'être des sociétés d'Afrique de l'Est<sup>5</sup>, l'âge – social – joue un rôle de structuration des rapports sociaux qui recoupe la parenté et l'alliance. Ainsi, les femmes rencontrées en zone rurale se définissent dans l'enceinte de l'enclos familial et dans le quartier par leur appartenance à un groupe d'âge : les jeunes filles (sing. : *pvg sada*, plur. *pvg sadba*), les « épouses-mères » (sing. : *paga*, plur. : *pagba*), les « vieilles femmes » (sing. : *pvyãaga*, plur. : *pvyãase*). Ce sont les processus et les modalités de façonnage des filles en femmes, puis de femmes en vieilles femmes, qu'il s'agit de décrypter. Nous mettrons l'accent sur l'interprétation sociale des temporalités biologiques féminines, mais aussi sur les hexis corporelles qui caractérisent ces âges.

## 1. DEVENIR FEMME ET MÈRE

Le passage du statut de jeune fille (*pvg sada*) au statut de femme (*paga*) est effectif, chez les Moose, au premier enfement<sup>6</sup>. Mais à l'observation approfondie de la socialisation féminine, il apparaît que le façonnage d'une femme débute dès l'enfance, s'exerce de façon intensive pendant l'âge de jeune fille, puis lors des rituels de mariage et de naissance.

4. Cf. Vinel, 2000.

5. Cf. A-M Peatrik, 2003.

6. Cf. aussi à ce propos S. Lallemand, 1977.

### 1.1. L'ACQUISITION DES TECHNIQUES FÉMININES

Pour les Moose ruraux, les rôles féminins s'articulent autour des tâches nourricières, essentiellement la préparation des repas qui demande de nombreuses et longues opérations, et des fonctions maternelles<sup>7</sup>. Devenir une femme correspond donc, au premier chef, à acquérir les techniques du corps propres à ces activités qui procède d'un long apprentissage. La mère en est la responsable principale.

Il s'agit d'acquérir les techniques du port de la jarre d'eau et du bois sur la tête, du traitement des céréales (vanner, piler, moudre sur la meule dormante<sup>8</sup>), préparer la pâte de mil, les sauces qui l'accompagnent et différents mets, ainsi que la bière de mil. Ces acquisitions s'opèrent en trois phases : l'observation, l'essai puis l'obligation. Comme le souligne Pierre Erny (1997), l'apprentissage technique dans les sociétés traditionnelles fait partie du vécu. L'enfant participe aux tâches au fur et à mesure que ses capacités se développent. La petite fille commence d'elle-même à moudre la farine sur la meule dormante et à piler en imitant ses sœurs, sa mère et les coépouses. Elle déclare aussi son souhait de préparer le repas. Puis la mère stimule l'apprentissage en lui demandant d'exécuter des tâches (passer le balai ou lui donner les instruments pendant qu'elle prépare le repas, par exemple) et enfin elle l'oblige à prendre en charge des activités. Ainsi, après quinze ans, les jeunes filles remplacent-elles presque entièrement leur mère dans les tâches domestiques.

La préparation de la pâte de mil s'avère centrale dans cet apprentissage car elle cristallise et symbolise le rôle d'épouse. En effet, la cuisine est associée à la sexualité, la femme de cuisine étant sensée partager la nuit avec le mari. « Préparer fréquemment à manger à son mari » fait aussi partie des ultimes recommandations des mères aux jeunes mariées. La valeur de l'épouse s'apprécie aux repas qu'elle cuisine en qualité et en fréquence. L'épouse préférée est aussi, dans les représentations collectives celle qui cuisine fréquemment pour son époux. Ainsi, une informatrice âgée m'expliquait en ces termes le statut d'« épouse

---

7. Les femmes sont aussi une main-d'œuvre efficace dans les champs collectifs et individuels, mais les techniques acquises pour cette activité sont partagées avec les hommes (sarcler, semer notamment).

8. Dans le bourg étudié et dans les grandes villes, la meule dormante est abandonnée au profit des moulins mécaniques de quartier.

préférée» (*rūmde*): «Une bonne épouse doit préparer le repas souvent, donner à manger à son mari pour que son ventre soit bien rempli. Comme cela, il t'appellera la *rūmde*.»

Lorsque j'interrogeais les jeunes filles sur leurs relations avec leur mère, leur première réponse était: «*Ma mère m'apprend à préparer [à manger] (segle)*<sup>9</sup>». Batta et cuire la pâte de mil s'exécutent dans la courette de la femme, c'est-à-dire son lieu personnel. Là, la fille est initiée progressivement, puis vers treize ou quatorze ans, elle prépare son premier *sagbo* (pâte de mil). Ce premier essai est un temps fort de passage de savoir-faire et d'identité entre mère et fille. La jeune fille a alors acquis l'ensemble des techniques relatives à son rôle de future épouse. Si l'événement n'est pas ritualisé, il est signalé fièrement aux habitants de la cour.

Cette socialisation correspond donc à un façonnage du corps des filles en corps de femmes travaillant pour la collectivité. Cette transformation quotidienne et progressive trouve son pendant dans les rituels de mariage qui s'étendent sur plusieurs années.

## 1.2. LE PROCESSUS DE MARIAGE

Le mariage comprend plusieurs étapes qui lient deux familles avant d'unir deux individus. En effet, le mariage le plus courant procède de l'amitié entre deux personnes dont l'une promet sa fille à l'autre. Un homme peut aussi se montrer agréable envers un homme ou une femme plus âgés, dont il brigue la descendante (fille ou nièce), en leur offrant des présents (noix de kola, bière de mil, un peu d'argent) aux fêtes annuelles ou lors de rencontres au marché. La demande officielle comprend une série d'étapes accompagnées de prestations plus ou moins codifiées<sup>10</sup> – nommées *belengo* ou *pvgbelengo* – destinées aux parents de la jeune fille, particulièrement

9. La règle des tours de rôle n'est pas systématique car les femmes suivent de longues périodes d'abstinence pendant la grossesse et l'allaitement, mais l'acte de cuisiner reste associé à la sexualité.

10. Ces présents ne s'apparentent pas à une compensation matrimoniale car les biens ne sont pas exclusifs aux transactions matrimoniales, ils sont de faible ampleur, les prestations ne sont pas parfaitement fixées. Enfin, les bénéficiaires ne les thésaurisent pas pour obtenir une épouse, mais les distribuent aux membres de la famille (S. Lallemand, 1977).

à sa mère<sup>11</sup>. Le mariage correspond donc à l'alliance de deux groupes, mais il s'articule aussi sur les temporalités biologiques des filles et participe du changement social de la jeune fille en femme.

Ainsi, les jeunes filles sont mariées entre 17 ans, pour les plus jeunes, et 20 ans. Les femmes expliquent que lorsque leurs filles ont leurs premières règles, les mères cachent l'événement au père afin qu'il ne l'envoie pas immédiatement chez leur promis. En effet, aux yeux des hommes, les premières menstrues marquent la nubilité, alors que les femmes n'en pensent pas de même et tentent de repousser le plus longtemps possible le départ définitif de leur fille en invoquant qu'elles ne sont pas suffisamment « mûres ». Les filles orphelines de mères, sont mariées plus jeunes car elles n'ont personne pour les retenir.

Les rituels de mariage rappellent aux filles et aux mères que la séparation approche et forcent la maturation de la jeune fille : ainsi, un an avant son départ définitif, la jeune fille est séparée pendant quelques temps de sa famille pour rejoindre l'enclos familial de son fiancé. Ce départ s'apparente à un rapt comme en témoignent ces notes de terrain :

26 janvier 1994. Vers 21 heures, Nopoko est partie pour un court séjour dans la famille de son futur mari. Le départ a été subit. À 19 heures, un frère cadet du mari est arrivé en mobylette. Nous bavardions et je ne me doutais de rien (les jeunes filles savaient-elles ?). Nopoko a préparé rapidement quelques affaires, elle a

---

11. Le contenu des prestations peut varier d'un quartier à l'autre. Dans le groupe sikoomse étudié, elles se présentent ainsi : la première visite, nommée *pvgkosgo* (demander la femme), constitue la demande et la promesse solennelles de mariage. Les représentants du prétendant doivent apporter un canari de bière de mil, un coq, du tabac pour cent francs CFA environ et des noix de kola pour mille francs. Ces présents sont offerts au chef de lignage qui les partage avec les hommes présents, des chefs de famille. Les femmes ne reçoivent rien. Ce sont deux patrilignages qui s'accordent.

La deuxième visite officielle a lieu plusieurs années plus tard : on la nomme *reemrumsi*, les « animaux des beaux-parents ». Le présent comporte trois chèvres qui sont réparties entre les hommes du quartier et leurs épouses. La mère de la jeune fille reçoit le dos entier d'une chèvre, celui-ci symbolisant la peine qu'elle a mis à l'élever. Les femmes du quartier perçoivent toutes une part en tant que mères collectives des enfants du lignage. Des morceaux sont également portés aux tantes paternelles de la jeune fille.

La dernière étape, *reemrām*, c'est-à-dire « la bière de mil des beaux-parents », se déroule lorsque la fille a environ seize ans, un an avant son départ. Les présents sont plus nombreux : plusieurs canaris de bière de mil sont nécessaires, une chèvre et un coq sont obligatoires. Ce jour est une véritable fête à laquelle participent tous les membres du quartier-lignage, hommes, femmes et enfants. La mère obtient à nouveau ce morceau symbolique qu'est le dos d'une chèvre.

enfourché la mobylette derrière le jeune homme tout en pleurant et a disparu dans la nuit. Tanga, sa sœur voisine et amie, pleurait également. Toutes les jeunes filles étaient bouleversées. Les commentaires ont duré longtemps avant que nous allions nous coucher.

Les séparations subites et successives avec plusieurs sœurs ou cousines parallèles du quartier mettent les jeunes filles dans une situation de transition et d'instabilité qui caractérise la situation sociale des jeunes femmes dans un système patrilinéaire et patrilocal : alors que leurs garçons sont les piliers du lignage, elles sont mobiles entre les lignages. Ce séjour, de durée variable (d'une semaine à plusieurs mois) a pour rôle de préparer la jeune fille à ses rôles d'épouse dans sa nouvelle famille. Bien que n'ayant pas de rapports sexuels avec son fiancé, la jeune fille prend la place qu'elle occupera juste après son mariage : elle est prise en charge par la femme aînée, elle travaille avec les femmes et les filles de la cour, elle applique les techniques acquises dans sa propre famille au service de ses alliés. Elle est également choyée par les femmes qui lui préparent de bons repas pour son arrivée, et par son futur mari qui lui offre des cadeaux (pagnes, chaussures, argent). Le fiancé et sa famille démontrent ainsi à la jeune fille et à sa famille qu'elle sera bien traitée, car si le mariage est le fruit de l'alliance entre deux lignages, la famille maritale doit être agréable avec les fiancées afin de favoriser la reconduction des alliances et d'empêcher que les jeunes femmes ne s'enfuient<sup>12</sup>.

Le processus de transformation de jeune fille en épouse trouve un point d'acmé le jour du départ définitif, bien qu'il ne soit pas encore l'aboutissement du passage au statut de femme. Ce jour prend différentes formes selon les groupes sociaux et les villages. Il donne notamment lieu à davantage de festivités chez les Nakoomse que chez les Sikoomse. Toutefois, le rituel s'articule essentiellement sur le changement de domicile de la jeune fille et de responsabilité d'une famille à une autre.

Ainsi, le jour du mariage est marqué par plusieurs rituels de soumission de la jeune fille (et de sa mère) aux lignages paternel et marital. Le premier acte a lieu près des autels tutélaires du lignage paternel (*tēnkugri*) où les doyens du lignage demandent aux ancêtres leur assentiment pour ce

---

12. Les femmes mariées peuvent partir de chez un mari qu'elles n'aiment pas après le mariage. Toutefois, elles laissent derrière elles leurs enfants et tous leurs biens matériels. Dans le quartier sikoomse étudié, deux dixièmes des femmes convolent en seconde union. S. Lallemand (1977) a noté également dans les années 1960-1970, les successions de mariages chez les femmes du Yatenga, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'un phénomène contemporain.

mariage. Mère et fille sont présentes pendant les libations. Puis le soir, alors que les émissaires (généralement des frères ou des cousins cadets) du fiancé sont arrivés pour chercher la jeune fille, de nouveaux rituels sont effectués auprès des ancêtres de l'enclos familial. Hommes et femmes sont réunis en cercle alors que les doyens procèdent aux libations et au sacrifice d'un poulet, qui doit prouver aux yeux des émissaires maritaux la virginité de la fille. Si le poulet tombe sur le dos, sa vertu est démontrée, sinon, l'opprobre tombe sur la mère et la fille, la première étant tenue responsable des agissements de sa fille. Dans le groupe nakoomse, les jeunes filles devaient autrefois prouver leur virginité en enjambant une chèvre sur le seuil de l'enclos parental. Mentir aurait entraîné de graves conséquences comme la stérilité. Ce rite est abandonné aujourd'hui. Pour autant, dans les deux groupes sociaux étudiés, l'absence de virginité n'annule pas le mariage, mais chez les Sikoomse elle sera accompagnée par des «neveux» (gens du pardon) au lieu d'être le centre d'une délégation de femmes et des festivités.

Après avoir publiquement démontré l'état de la fiancée, la jeune fille est conduite dans sa famille maritale. Dans le groupe sikoomse, une dizaine de femmes, épouses du lignage, cousines parallèles patrilatérales, éventuellement des tantes paternelles, l'accompagnent et restent pendant deux jours auprès d'elle, dans la maisonnette de la femme aînée de sa nouvelle famille. Dans le groupe nakoomse, ce sont les femmes et les hommes de la famille maritale qui viennent chercher la fiancée lors d'un rituel d'échauffourée, accompagné de cris et de pleurs, entre les alliés, où les uns veulent prendre la fiancée et les autres la retenir.

Arrivée dans l'enclos marital, la nouvelle épouse (*pvgsaale*) entourée de ses accompagnatrices, reçoit les salutations des nombreux visiteurs, couverte d'un pagne, assise dans un coin de la maisonnette de la femme aînée. Elle se cache ainsi «parce qu'elle a honte» dit-on. La honte marque sa docilité, son abnégation, sa réserve, cette panoplie d'attitudes que la règle préconise pour une bonne épouse. Elle exprime également sa soumission à l'alliance concertée des deux lignages et la gêne qu'elle doit avoir du fait du commencement officiel de sa vie sexuelle. Certaines aussi cachent ainsi leurs pleurs.

Pendant les quelques jours qui suivent son arrivée, elle est très effacée, presque invisible. Elle vit dans l'ombre de la femme aînée (belle-mère ou première épouse) qui l'a prise en charge, travaillant avec et pour elle. Elle parle peu. Sa discrétion et son silence représentent sa soumission à l'autorité de cette nouvelle demeure : celle du mari et des femmes aînées.

Dans le même temps, elle est choyée par la famille : les femmes préparent de bons et copieux repas et l'attention est rivée sur elle. Les cadets du voisinage, les frères et les sœurs cadets, les fils et les filles classificatoires du mari, exercent dès le premier jour leurs plaisanteries. Ils l'appellent la *pvgrūmde* ou *rūmde* (littéralement : femme du jour c'est-à-dire, la préférée) à chacune de leur visite : « Eh *rūmde* ! Donne-moi à manger. » Ils font allusion à ses relations avec son mari, la jeune fille répondant par des rires.

Au terme d'une semaine, la vie quotidienne reprend le dessus. L'attention des unes et des autres se détournent de la nouvelle venue. Son comportement jusqu'à sa première grossesse dépend, en plus de sa personnalité, du statut de son mari (chef de cour ou cadet) et de la composition féminine de la cour. Quel que soit l'environnement familial, les jeunes épouses sont cooptées par le groupe des jeunes filles dont elles restent proches statutairement.

Le processus du mariage correspond à cet enchevêtrement de rites d'agrégation (les dons, les rencontres et prestations obligatoires, les sacrifices aux ancêtres), de marge (pendant le séjour chez les alliés, le jour du mariage) et de séparation (le premier départ, le jour du départ définitif) décrit par Van Gennepe (1969, p. 14). Long de plusieurs années, il s'articule à la puberté biologique sans y adhérer totalement. Il participe à la transformation sociale de l'enfant du lignage paternel en jeune fille mobile, instable, qui doit rejoindre le lignage marital, puis en nouvelle épouse. La période de la jeunesse féminine, faite à la fois de labeur mais aussi de liberté (Vinel, 2005), s'apparente à une longue période d'entre-deux pendant laquelle la jeune fille vit entre famille paternelle et famille alliée, enfance et âge adulte. La jeunesse féminine s'avère une période spécifique dans le cycle de vie féminin assortie d'attitudes hors norme par rapport aux autres périodes de la vie féminine : démonstration (coquetterie, badinage), soins attentifs à soi et sa parure, regroupement des pairs dans des moments de plaisir et de valorisation de soi (tressage) (Vinel, 2005). Le processus de mariage, quant à lui, connaît des périodes de liminarité telles que les définit W. Turner (1990) comme un temps suspendu, fait de silence, de soumission, d'absence de statut, d'humilité, d'obéissance générale, d'indifférence à l'apparence personnelle : lors du premier séjour dans la famille maritale et le jour du mariage.

Ce long processus de passage de la jeune fille en épouse se concrétise dans les changements du corps.

### 1.3. D'UN CORPS DE JEUNE FILLE À UN CORPS DE MÈRE

Le statut des femmes se manifeste dans leur apparence corporelle. Là encore le biologique apparaît largement réélaboré par le social.

La période de la jeunesse féminine se caractérise par une attention aiguë à la parure. Ainsi, les jeunes filles portent-elles des tee-shirts et des jupes colorés ; elles passent leur temps libre à se tresser. Leur mère, leurs amies ou elles-mêmes s'offrent des bijoux « fantaisie » pour se faire belles. La poitrine ferme et saillante cachée par les vêtements est une caractéristique à la fois physiologique de la jeune fille, mais surtout un marqueur de son statut. En effet, à la naissance d'un premier enfant, les seins sont tirés (*cf. infra*) et la poitrine des femmes mères est une poitrine affaissée : les « seins debout » (*bĩnse yase*) laissent place aux « seins tombés » ou « seins sacs » (*bĩnse lui* ou *bĩnse kordo*) caractéristiques de la femme mère (Lallemand, 1977, p. 235). Par ailleurs, l'allaitement continu amène les femmes des villages à porter la poitrine découverte, ce qui n'est pas autorisé aux jeunes filles. Si la traite des seins n'est plus d'actualité dans le bourg étudié, elle marque encore les femmes du village. Aux seins érotiques de la jeune fille succèdent donc les seins allaitant de la mère.

Cette transformation ne s'opère qu'à la naissance du premier enfant. Avant cela, la jeune épouse, en état transitoire, revêt à la fois des aspects corporels de jeune fille (les tee-shirts voyants, les tresses, la poitrine saillante) et de femmes (le pagne à la place de la jupe). Par ailleurs, alors qu'elle s'agrège au groupe des jeunes filles de la cour maritale pour les travaux domestiques et agricoles, les repas, elle ne dispose plus de la liberté de mouvement de celles-ci : elle doit toujours être accompagnée et est tenue de rester dans l'enclos familial les jours de marché<sup>13</sup>.

La première naissance s'avère le passage essentiel de l'état de jeune fille à l'état de femme. Cette transition est inscrite dans le vocabulaire moore : la femme mère devient *paga*. Or ce terme a pour racine *pvga*, c'est-à-dire « le ventre, l'intérieur d'un récipient, d'une maison » (Nikiema, et Kinda 1994, p. 700). *Pvga* est à la base de toute expression relative à la grossesse : *tar pvga* signifie être enceinte, *pvgsoba*, (ventre personne)

13. Que ce soit dans le bourg ou dans le quartier rural étudié, le marché – qui a lieu tous les trois jours – est le lieu de distraction, de sortie et de sociabilité des villageois, hommes, femmes, jeunes filles et hommes, même les enfants. Priver donc de cette sortie les jeunes épouses est un acte de contrôle rude, même s'il ne dure qu'une année environ. Le marché est aussi le lieu réputé des rencontres amoureuses, ce qui conduit d'autant plus les maris à les interdire à leur nouvelle épouse.

désigne la femme enceinte. « *A pugha sama me* » signifie « elle a avorté », selon Alexandre (1953, p. 327)<sup>14</sup>. Les représentations relatives aux femmes sont donc étroitement liées à la procréation<sup>15</sup>.

Après l'accouchement, la nouvelle mère subit un ensemble de façonnages corporels appliqué par les femmes âgées de l'enclos marital. Comme dans tous rites de grossesse et de naissance, les prescriptions commencent avant l'accouchement. Ainsi, les femmes enceintes suivent des interdits alimentaires et d'action : le sel, le piment, les aubergines et les arachides sont des aliments interdits réputés modifier l'aspect du fœtus ; monter aux arbres fait aussi partie des actes contrevenants à l'état de grossesse.

Surtout le corps de mère est modelé par la traite des seins et par le massage du ventre, du dos et des cuisses avec des linges humides<sup>16</sup>. Une femme âgée, coépouse âgée ou mère classificatoire de mari<sup>17</sup>, se chargeait donc de tirer sur les seins de la jeune mère afin, disent les informatrices, de favoriser la montée de lait. Initialement, cette opération menait aussi à éliminer le colostrum jugé nocif pour le nourrisson<sup>18</sup>. Les massages visent, quant à eux, à raffermir les os et à faciliter l'écoulement des « saletés » (*regdo*) retenues dans le corps de l'accouchée. Pour les mêmes raisons, la jeune femme doit boire plusieurs litres d'eau bouillante par jour<sup>19</sup>. À travers leurs soins, les femmes âgées impriment dans le corps de leurs jeunes coalliées leur nouveau statut et une nouvelle hexis corporelle, en marquant des organes spécifiquement féminins et maternels : le ventre et les seins.

Le passage physiologique de la naissance apparaît donc socialisé, accompagné pour produire une mère sociale. De même, la jeune femme apprend au côté de sa belle-mère (ou d'une autre femme âgée) toute la

---

14. La transcription du moore a changé depuis la publication du dictionnaire de P. Alexandre (1953). Dans ce texte, j'utilise la version de Nikiema et Kinda (1994), mais je conserve la version de Pierre Alexandre dans ses citations.

15. Il serait nécessaire d'approfondir les cas où les femmes n'ont pas d'enfants.

16. La traite des seins n'est plus pratiquée, mais les autres prescriptions le restent, ce qui m'amène à utiliser le présent dans certains cas, le passé dans d'autres.

17. Ces soins ne sont pas réalisés par la belle-mère, car une attitude pudique est prescrite entre les deux femmes.

18. Cf. aussi S. Lallemand (1977, p. 235).

19. F. Héritier (1996) montre qu'il existe un lien étroit, chez les Samo, entre le sang, le sperme et les os. Ces corrélations peuvent justifier que l'accouchement, qui produit un important écoulement de sang, soit considéré comme facteur d'affaiblissement des os. Dans la même logique, la perte de chaleur engendrée par l'épanchement de sang nécessite de réchauffer le corps par des massages et l'ingestion de liquide bouillant.

gestuelle des soins à prodiguer au nourrisson. L'apprentissage se fait par l'observation, puis l'essai : la femme aînée prend en charge la toilette, le lavement et le « gavage<sup>20</sup> » du nourrisson pendant les premiers jours, voire les premières semaines. Elle enseigne également à la jeune mère les plantes nécessaires à ces soins. Dans un premier temps, celle-ci reste observatrice, puis elle prend le relais en reproduisant les gestes de la vieille femme. L'aînée contrôle également l'alimentation de l'enfant en intimant à la mère de l'allaiter dès qu'il pleure. Pour les naissances suivantes, la femme aînée ne s'occupe plus directement de l'enfant, mais elle surveille le bon accomplissement des soins.

L'élaboration sociale s'avère donc omniprésente dans le travail autour des temps biologiques de la puberté et de la maternité. On retrouve cette même logique de construction sociale du biologique dans le passage à l'âge de vieille femme.

## 2. LA VIEILLESSE : UNE INTERPRÉTATION SOCIALE DES CHANGEMENTS BIOLOGIQUES

La définition que les Moose donnent de la vieillesse apparaît moins déterminée par la physiologie que par une interprétation sociale des capacités biologiques et des attributs psychologiques et sociaux de cet âge. Plusieurs caractéristiques sont prises en compte par cette population : la condition physique, la ménopause, l'âge des enfants.

### 2.1. NE PLUS AVOIR DE FORCE

La première caractéristique de la vieille femme (*pvgyāga*, pluriel : *pvgyāase*) unanimement proposée par les femmes, vieilles et jeunes, est : « Elle n'a pas de force » (*A pa tar pāng ye*). *Pānga* désigne la force physique, la puissance d'action physique. Les vieilles sont donc des femmes qui n'ont plus la capacité physique d'exercer toutes les activités productives. Du moins, sont-elles reconnues comme telles. En fait, beaucoup poursuivent leurs travaux personnels, parfois difficiles et assidus, bien après qu'elles soient désignées comme *pvgyāase*. Mais, elles se retirent de la production collective, c'est-à-dire de la culture des champs du mari

---

20. Une infusion de plantes (*yamde*) préparée quotidiennement est administrée au nourrisson par voie orale. Une infusion tiédie sert de lavement (*leegdo*). Cf. M. Egro (2001) et V. Vinel (2003) à ce sujet.

et de la préparation des repas. Il faut noter que la participation à la production de l'unité familiale est considérable, puisque les femmes représentent la principale main-d'œuvre, avec les enfants, pour sarcler et récolter les champs. Par ailleurs, elles contribuent à l'alimentation de la famille souvent pour les deux tiers des repas.

Les femmes âgées utilisent le temps gagné pour cultiver leur propre parcelle et elles n'arrêtent pas, voire elles accroissent, leurs activités commerciales. De plus, compte tenu de l'espacement des repas collectifs (un par jour voire moins en période de soudure<sup>21</sup>), elles continuent de confectionner des mets pour elles et, s'il y a lieu, pour leurs petits-enfants ou leurs enfants confiés<sup>22</sup>. Avec l'âge, elles réduisent progressivement ces activités.

« Ne pas avoir de force » désigne donc moins un état physiologique réel – bien que la condition physique des femmes de plus de quarante-cinq ans, après une vie de rude travail et d'enfantements successifs soit altérée – que la reconnaissance sociale de leur possibilité de se soustraire aux travaux collectifs. Ceux-ci sont alors pris en charge par les plus jeunes : coépouses, filles ou belles-filles. Être une vieille femme, c'est donc se reposer comme certaines d'entre elles l'affirmaient : *mam vusame* (« je me repose »).

Des informations proches ont été recueillies par Suggs (1987, p. 118) chez les Kgatla du Botswana qui expliquent : « *Mosadi* [femme d'âge mûr] est forte, *mosadi mogolo* n'est pas forte. Elle ne peut pas faire le travail d'une *mosadi*. » « *Mosadi mogolo* ne peut plus donner, elle prend seulement. » Dans cette société, l'affaiblissement de la capacité de travail, l'inaptitude à assumer la responsabilité et l'approvisionnement de la famille en nourriture, puis la dépendance marquent le passage à l'état de vieille femme.

Certaines femmes sikoomse rencontrées revendiquent ce statut de vieille femme, car il offre un réel soulagement. Tel était le cas de Lumbila, âgée de trente-huit ans environ, mère de sept enfants dont le dernier était encore allaité, qui se retirait de plus en plus des travaux collectifs, les

21. C'est-à-dire entre juin et octobre, lorsque les greniers commencent à être vides et que la récolte suivante n'est pas encore effectuée.

22. Comme dans de nombreuses sociétés dites traditionnelles, les enfants ne sont pas toujours élevés par leur mère biologique, mais peuvent être confiés, après le sevrage, à une autre femme ou une autre famille. Chez les Moose, il s'agit souvent d'une grand-mère, d'une tante paternelle, d'un oncle paternel ou maternel, plus rarement d'une coépouse de mère. Sur ce sujet, cf. Lallemand, 1977 ; 1993. Cette pratique est nommée « *fosterage* », en anglais et en français. Je parle aussi, à la suite de Suzanne Lallemand, d'enfants confiés.

laissant à ses trois jeunes coépouses et arguant incessamment : « *Mam pa tar pāng ye. Mam yaa pvgyāga* » (Je n'ai pas de force. Je suis une vieille femme<sup>23</sup>).

Ainsi, le passage à l'âge de vieille femme est d'abord la reconnaissance par le mari et plus largement par l'unité familiale de la longue participation des femmes à la production et de leur droit à passer la main aux plus jeunes. Pour les femmes moose, « se reposer » s'entend à double sens, celui de moins travailler, mais aussi celui d'arrêter de faire des enfants.

## 2.2. NE PLUS FAIRE D'ENFANT

La seconde caractéristique des vieilles femmes, selon mes informatrices, est de ne plus faire d'enfant. *A priori*, cet élément se rapporte directement à la ménopause. Le vocabulaire moose<sup>24</sup> entend d'ailleurs lier la vieillesse à la ménopause puisqu'il n'existe pas de terme spécifique pour désigner la femme ménopausée que l'on nomme *pvgyanga*. Le terme *yanga* signifie selon Nikiema et Kinda (1994, p. 1143) : « femelle adulte ». Alexandre (195, p. 283) montre que le mot est plus largement employé : « *nyāga* : vieux, surtout : vieille, femelle ayant déjà mis bas ; *da-nyānga* : vieillard, *pugh-nyāga* : vieille femme », mais aussi « *wed-nyāga* : jument » et « *pe-nyāga* : brebis ». Le rapport entre la procréation et le terme « *yānga* » est donc plus explicite pour Alexandre, et la vieille femme apparaît comme une femme qui a accouché, sans doute à plusieurs reprises. Toutefois, *yānga* ne renvoie pas explicitement à l'arrêt de la procréation. Examinons les modalités de cet arrêt de l'enfantement.

### 2.2.1. L'interruption de la procréation comme fait social

Le fait de ne plus faire d'enfant ne peut être exclusivement imputé à l'arrêt des règles. Des facteurs sociaux, comme le soulignent justement Rahman et Menken (1993), justifient aussi la baisse de la fécondité après un certain âge. Parmi ces facteurs, deux interagissent chez les Moose : l'âge des fils et l'arrêt de la sexualité.

23. Je pense qu'elle ne disait pas cela sérieusement, car elle savait qu'elle n'était pas encore considérée comme une vieille femme, mais l'association entre la « force » et la vieillesse est explicite dans ses propos. J'ai appris plus tard que Lumbila avait eu encore un enfant après mon départ, ce qui prouve qu'être reconnue comme « vieille femme » ne va pas de soi.

24. Le moose est la langue des Moose.

Une femme moose peut, en effet, continuer à enfanter alors que ses filles sont mères. Au contraire, celles dont les fils sont mariés, voire simplement adultes, sont mal vues si elles continuent à avoir des enfants. Ces fils sont l'objet de moqueries et l'opprobre de l'entourage retombe sur la femme, comme l'explique un informateur : « *Une femme qui a un fils marié ou ayant des enfants serait mal vue par son entourage si elle continue de procréer quel que soit son milieu. Il y a une famille à Ouaga, dans mon quartier, dont l'aîné, un garçon, a vingt-cinq ou vingt-six ans. Les jeunes du quartier se moquent de lui parce que sa mère vient d'avoir un rejeton. Des fois, il éprouve une honte colossale à venir s'asseoir autour de la même théière que ses camarades.* »

Amadé Badini (1978) confirme ces prescriptions et les élargit aux relations sexuelles qui cessent, selon lui, lorsque le fils a un premier enfant. Une règle proche a été observée par Beyene (1986) chez les Grecs de l'île d'Evia, pour qui une femme ne doit plus enfanter à partir du moment où la génération suivante de femmes (fille ou belle-fille) procréée, mais aussi lorsque les fils atteignent l'adolescence. Les Indiennes d'Afrique du Sud (Du Toit, 1988) ne peuvent pas non plus enfanter à partir du moment où l'un de leur fils est marié.

Dans le bourg étudié, l'interruption des rapports sexuels des femmes ayant des fils adultes m'a été présentée comme le résultat de la volonté du mari. Sibdu (48 ans, veuve, 5 enfants) explique : « *Lorsqu'une femme a des enfants qui atteignent l'âge de vingt ans, que ses fils se marient, le mari lui dit qu'elle est une vieille femme et il cesse de venir dormir avec elle.* » Au contraire, dans le quartier rural, les femmes interrogées disent avoir demandé à leur mari, parfois réticent, de cesser leurs relations sexuelles « pour se reposer ».

Un cas observé à Ouagadougou conforte que de ces prescriptions perdurent en zone urbaine :

Fatimata (48 ans), veuve depuis plusieurs années, a été remariée par lévirat pour la seconde fois (après la mort de son premier mari par lévirat) à un homme qu'elle aime et avec qui elle va passer ses nuits. Informés de ses escapades, ses fils âgés de 31, 28 et 25 ans la réprimandent. L'un d'entre eux l'empêche avec un certaine violence de repartir chez son mari. L'histoire fait scandale dans l'enclos familial. Elle s'envenime lorsque Fatimata confie qu'elle est enceinte. Les fils réagissent vigoureusement. L'un d'eux, dont l'épouse attend un enfant, menace de retirer sa femme de la cour. Fatimata est vivement critiquée par toute la parenté masculine et féminine. L'histoire

se termine lorsque l'on apprend que l'aménorrhée que Fatimata avait interprétée comme une grossesse correspondait au début de sa ménopause.

La vindicte publique sanctionne donc cette femme d'un certain âge qui continue sa sexualité et risque une grossesse. Sa grossesse soupçonnée rend visible cette sexualité ce qui fâche ses fils en âge de procréer, voire déjà pères. Par ailleurs, dans cette société patrilinéaire, il apparaît que deux générations d'agnats ne peuvent se confondre. Une femme qui enfanterait alors que son fils est père créerait une confusion dans les générations puisque le petit-fils ou la petite-fille serait du même âge ou plus âgé que le fils ou la fille. Les descendants par les filles ne rencontrent pas cet interdit puisqu'ils n'appartiennent pas au lignage concerné<sup>25</sup>.

Pour les Moose ruraux comme pour les citadins, l'arrêt de la procréation apparaît donc comme une prescription sociale relative à l'âge et à la paternité des fils.

Les enquêtes démographiques et statistiques du Burkina Faso de 1993 et 2003 (EDS) nous apportent des informations supplémentaires. Toutefois, ces enquêtes concernent les femmes de 15 à 49 ans et ne nous disent rien sur les femmes de plus de 49 ans qui, à ce jour et à ma connaissance, n'ont pas fait l'objet d'étude statistique. Par ailleurs, ces chiffres concernent la population globale burkinabé, et nous ne disposons pas des détails concernant les ethnies et les différences entre zones urbaine et rurale. Ces données ne mentionnent pas l'âge moyen de la ménopause au Burkina Faso, mais des indications sur la ménopause avant 49 ans : en 1993, 13 % des femmes en union de 40-41 ans étaient considérées comme ménopausées<sup>26</sup>, 16,1 % des 42-43 ans, 27,6 % des 44-45 ans, 41,8 % des 46-47 ans, 55,9 % des 48-49 ans. En 2003, les chiffres ont baissé : 6,5 % des femmes de 40-41 ans sont ou se déclarent ménopausées<sup>27</sup>, 13,6 % des 42-43 ans, 21,9 % des 44-45 ans, 32,7 % des 46-47 ans et 46,5 % des 48-49 ans. Les différences qui peuvent atteindre 10 points en 10 ans ne sont

25. Les femmes indiennes interviewées par B. Du Toit (1988, p. 402) expliquent aussi : « Tu ne peux pas avoir d'enfant qui a l'âge de tes petits-enfants ».

26. Sont insérées dans cette catégorie par l'EDS : les femmes ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

27. Youssouf Langani, 2003. D'après l'EDS BF III 2003.

pas expliquées par les commentateurs de ces enquêtes. Est-ce un biais de l'enquête ? Les femmes burkinabé sont-elles ménopausées plus tardivement aujourd'hui ? Ces questions restent ouvertes.

Ces chiffres nous apprennent que la grande disparité des âges à la ménopause démontrée en Occident (Vernazza-Licht *et al.*, 2002) se retrouve au Burkina Faso. Ce constat conforte notre hypothèse que la ménopause ne peut être considérée à elle seule comme un déterminant du passage au statut de vieille femme, car la disparité d'âge en ferait un groupe peu cohérent. Par ailleurs, on peut remarquer que 44 % des femmes de 48-49 ans en 1993 et 53,5 % en 2003 ne sont pas ménopausées. Or, parmi ces femmes, certaines ont des fils en âge de procréer et doivent donc s'arrêter d'enfanter avant d'en être dans l'incapacité biologique. Inversement, les femmes ménopausées entre 41 et 46 ans n'ont pas nécessairement les attributs sociaux pour être nommées « vieilles femmes ». L'EDS de 1993 a mesuré des taux d'infécondabilité définitive très forts chez les femmes de 40 à 49 ans : de 50 % à 40 ans à 86 % pour les femmes de 48-49 ans. Ces indices confirment que ne plus faire d'enfant ne correspond pas nécessairement à la ménopause pour les femmes burkinabé, mais sont corrélés à différents facteurs tels que la baisse des rapports sexuels, la moindre fécondité et des pathologies diverses.

Sexualité et procréation sont très reliées dans la société moose rurale, les femmes émettent des avis divers sur leur arrêt.

### 2.2.2. La fin des relations sexuelles

Pour les hommes, les femmes âgées sont censées ne plus avoir de désirs : « *Les femmes, à un certain âge, le rapport sexuel ne leur dit plus rien* » me confiait un informateur ouagalais. Et il renchérisait en rappelant la norme de la procréation : « *Tu vois une femme accoucher à cinquante ans !* ». Mais ces allégations sont loin d'être confirmées par les femmes. Ainsi, les femmes interviewées dans le bourg perçoivent avec amertume cette exclusion des relations sexuelles, comme le rapporte Sugpoko (environ 46 ans, 3 enfants, séparée) : « *C'est dur... Le mari te traite de vieille femme. Il ne vient plus coucher avec toi. Il prend des plus jeunes avec qui il aime coucher. Le soir, tu penses et tu es triste. La seule chose qui te reste est le respect.* »

Le statut de vieille femme leur apparaît comme une mise à l'écart par le mari. Doris Bonnet, qui a mené une enquête en milieu nakoomse (1988) remarque aussi à partir de son enquête statistique, que la règle de

l'arrêt des rapports sexuels semble peu respectée. Certaines femmes sikoomse du quartier rural disent, quant à elles, avoir demandé à leur mari de cesser leurs relations sexuelles. Une jeune femme, âgée de 25 ans, ayant déjà quatre enfants, me confiait qu'elle aimerait que son mari cesse de venir dormir dans sa case afin d'arrêter d'enfanter. Elle voulait se consacrer davantage à ses activités lucratives (petit commerce, culture de sa parcelle). Elle ajoutait, toutefois, qu'il ne voudrait pas. En l'absence de contraception, l'arrêt des relations sexuelles et, par conséquent, une forme de revendication à être « vieille », semble le seul moyen pour ces femmes rurales de ne plus avoir d'enfants. Toutefois, dans ce cas comme dans celui de Lumbila (cf. *supra*), la négociation avec le mari nécessite d'autres arguments et il faut qu'une sorte de consensus entre lui et son épouse s'installe, pour qu'elle soit reconnue comme ayant droit à du « repos ».

En outre, on peut s'interroger sur la discordance entre les paroles des femmes du quartier rural et celles du bourg : les sentiments amers des femmes du bourg proviennent-ils de femmes moins affaiblies par les conditions de vie plus urbanisées et ne se sentant pas « vieilles », « sans force », à la même période que les femmes plus rurales, vivant en zone économiquement plus difficile ? Les femmes du bourg suivent-elles des moyens de contraception qui leur permettent de dissocier sexualité et procréation ? Ou s'agit-il de l'expression des rapports conflictuels trouvés chez les nobles nakoomse par K. Mason (1988) ? Les femmes rurales n'ont-elles pas osé exprimé leur frustration à la jeune ethnologue que j'étais alors ? Ces hypothèses se conjuguent sans doute. Reste que l'arrêt de la sexualité ne peut se confondre avec l'arrêt des règles.

Ces données qualitatives sont confirmées par les statistiques des enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (EDS) de 1993 et de 2003. En 1993, les taux d'abstinence (non-post-partum) sont les plus forts pour les femmes de 45-49 ans (47,7 %) et les 40-44 ans (30,3 %). En 2003, le pourcentage des femmes ayant eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines baisse après 45 ans : 43,4 % pour les 40-44 ans ont eu un rapport sexuel, 40,1 % pour les 45-49 ans. Et la proportion de femmes ayant eu leur dernier rapport sexuel il y a plus d'un an augmente avec l'âge : 21,3 % pour 35-39 ans, 25,2 % pour les 40-44 ans, 33 % pour les 45-49 ans. Ces indications confirment la décroissance des rapports sexuels après 44 ans, mais ne nous indique rien sur l'activité sexuelle des femmes après 50 ans.

L'arrêt de la procréation, présenté par les Moose interviewées comme une caractéristique de l'âge de vieille femme, ne peut donc se réduire à la ménopause. Dans le cas de Fatimata, une concomitance est apparue entre la norme sociale et la capacité biologique, mais la concordance n'opère sans doute pas systématiquement pour toutes les femmes. Plutôt que de parler de la ménopause en tant que passage, faudrait-il évoquer une ménopause sociale qui fait passer de femme enfantant à une femme inféconde. Les femmes confient alors la fécondité à la génération suivante de femmes procréant pour le lignage. C'est ce que suggère aussi le rituel rapporté par Yvonne Verdier (1979) dans la Bourgogne rurale du XIX<sup>e</sup> siècle et du début du XX<sup>e</sup> siècle : la mère, lors du mariage de son puîné, cassait un pot. Elle rendait ainsi visible la fin de sa propre fécondité et sa passation à sa belle-fille.

Le passage à la vieillesse relève donc de l'interprétation sociale de phénomènes biologiques, elle se rapporte aussi à un ensemble de qualifications sociales et psychologiques.

### 2.3. ATTRIBUTS SOCIAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA VIEILLESSE FÉMININE

La vieillesse féminine confère aux femmes certaines prérogatives qui ont été acquises par leurs années de « bons services » au sein du lignage marital. Ainsi, une femme qui au terme de son cycle de reproduction, a engendré cinq ou six enfants (vivants), est regardée comme une réelle spécialiste en matière d'obstétrique et d'éducation. Les plus jeunes écoutent ses conseils et la respectent. Elle devient la tutrice des jeunes mères (*cf. supra* et Vinel, 2005)<sup>28</sup>.

Les vieilles femmes gagnent en liberté. Non seulement elles peuvent se consacrer à leurs propres activités économiques (jusqu'à ce que leur condition physique le leur permette), surtout elles peuvent se déplacer sans souci du veto de l'époux et partent plus souvent et plus longtemps dans leurs familles que les jeunes épouses<sup>29</sup>. Leur retrait des activités productrices et sexuelles expliquent cet accroissement de liberté. En outre, elles

28. Nous avons peu de données sur les femmes sans enfants ou dont les enfants sont décédés ; mais on sait que celles-ci peuvent être accusées de sorcellerie.

29. Habituellement, le mari détermine le jour du retour des plus jeunes, alors que les vieilles femmes proposent une date que l'époux accepte. Des différences de trois jours à une semaine séparent les séjours des jeunes de ceux des vieilles femmes.

ne sont plus soupçonnées de mettre à profit leur séjour chez leurs parents pour rejoindre leur amant. Chez les Nakoomse du bourg étudiées, certaines femmes considérées comme âgées, mais encore dans la force de leurs moyens, rejoignent l'enclos de leur père pour s'occuper de leur mère très âgée, malade et parfois impotente.

La période de la première vieillesse pendant laquelle, reconnues comme vieilles femmes, elles sont encore en bonne santé, est marquée par une recrudescence de visites à leur famille, de participation aux activités religieuses et de représentation dans les cérémonies familiales (mariages, funérailles). C'est pendant cette phase que les femmes multiplient leurs relations avec leurs familles d'origine pour obtenir une jeune aide, future coépouse ou belle-fille, ou pour accueillir des enfants.

Une attitude morale distincte est associée à la vieillesse. Dans l'enclos familial, les vieilles femmes s'éloignent des groupes bruyants des épouses plus jeunes ; discrètes, elles demeurent seules près de leur maison, entourées de leurs enfants confiés ou de leurs petits-enfants, ou elles s'adonnent en solitaire à leurs occupations. Elles ne prennent pas non plus leurs repas avec les jeunes épouses, mais seules ou en compagnie de leurs petits-enfants. Elles ne sont pas exclues des rassemblements des jeunes femmes, mais elles s'y agrègent rarement et discrètement. Ce retrait est une caractéristique de l'attitude demandée aux vieilles femmes : « *Pvgyāase lebga sagnba* » (Les vieilles femmes deviennent sages), commentait un informateur.

Les vieilles femmes doivent être posées, modérées, dignes ce qui les obligent à se distancier des autres femmes. Elles doivent mesurer leur attitude et leurs paroles comme l'explique une jeune femme : « *Puspoko* [sa coépouse âgée] *ne veut pas rester causer*<sup>30</sup> *avec nous* [les trois autres coépouses], *car nous sommes des enfants. Elle dit que nous parlons trop. Les vieux n'aiment pas trop parler.* »

À l'instar de plusieurs sociétés d'Afrique de l'Ouest, la parole féminine est considérée, chez les Moose, comme désordonnée, imprévisible et, par conséquent, dangereuse (Kaboré, 1987). « La parole (bouche) de la femme est son carquois » (p. 119) est un adage qui résume la violence et le pouvoir du verbe des femmes. C'est cette parole désordonnée que Lamusa évoque et dont les vieilles femmes doivent s'abstenir. En tant

30. Traduction du verbe *sōse*. Alexandre (1953, p. 369) : « *sōse* : 1. rester, s'attarder un peu ; 2. faire la causette, converser ».

qu'âînées, qu'éducatrices expérimentées, leur parole est réservée à des usages plus codifiés, comme les rituels, les bénédictions et les conseils. Le pouvoir bénéfique et maléfique que la société moose confère à la parole, spécifiquement à celle des vieux, laisse aussi penser que les vieilles femmes, particulièrement susceptibles d'être accusées de sorcellerie ou de proférer des malédictions, ont intérêt à la contrôler.

Cette réserve que les femmes âgées endossent et leur retrait de la production collective pose toutefois la question de leur vie matérielle, qui varie selon l'entourage familial, et crée des situations très diversifiées dans les villages étudiés.

## **CONCLUSION**

L'étude ethnographique des passages d'âges en zone rurale et semi-urbaine de deux groupes sociaux moose met à jour les élaborations sociales créées autour des transformations biologiques. Ainsi, la jeune fille se transforme-t-elle en femme et en mère au terme d'un long processus qui associe l'incorporation des techniques féminines domestiques et le façonnage du corps féminin en corps de jeunes filles tout d'abord, séduisant et expressif, maternel ensuite. Les rites de mariage ponctuent ces transformations et assurent des étapes de transition. Le passage à la vieillesse s'avère aussi un tissage judicieux entre le biologique et le social, dans lequel les temps biologiques de la ménopause et de la baisse des capacités physiques sont intégrés à un système d'interprétation propre à la logique de cette société patrilinéaire.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alexandre, P. (1953). *La langue moore*, mémoires de l'Institut français d'Afrique Noire, n° 34, tome II, Dakar, IFAN, p. 256.
- Ariès, P. (1975). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Seuil.
- Badini, A. (1978). *Les représentations de la vie et de la mort chez les Mossé de Haute-Volta*, Thèse de 3<sup>e</sup> cycle, Lille III.
- Beyene, Y. (1986). «Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 10, n° 1, p. 47-71.
- Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, ORSTOM
- Du Toit, B.M. (1988). «Menstruation: Attitudes and experience of Indian South Africans», *Ethnology*, vol. 27, n° 4, p. 391-406.
- Egrot, M. (2001). *La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espaces de résonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Erny, P. (1997). *L'enfant et son milieu en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- Kaboré, O. (1987). «Paroles de femmes», *Journal des Africanistes*, vol. 57, nos 1-2, p. 117-131.
- Lallemand, S. (1977). «Une famille mossi», *Recherches voltaïques*, n° 17, Paris-Ouagadougou, CNRS-CVRS.
- Langani, Y. (2003). *Nuptialité et exposition au risque de grossesse*, EDS BF.
- Lock, M. (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Los Angeles, Berkeley, University of California Press.
- Mason, K.F. (1988). «Co-wife relationships can be amicable as well as conflictual: The case of the Moose of Burkina Faso», *Revue canadienne des études africaines*, vol. 22, n° 3, p. 615-623.
- Mauss, M. (1989 [1936]). «Les techniques du corps», dans *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, p. 363-386.
- Mead, M. (1963 [1928]). «Adolescence à Samoa», dans *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon, p. 360-601.
- Nikiema, N. et J. Kinda (1994). *Moor gom-biis no-tûur gusg sebre. Dictionnaire orthographique du moore*, Sous-commission nationale du moore.
- Peatrik, A.-M. (2003). «L'océan des âges», *L'Homme*, vol. 167-168, p. 7-23.
- Rahman, O. et J. Menken (1993) «Age at menopause and fecundity preceding menopause», dans R. Gray, H. Leridon et A. Spira (dir.), *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Oxford, Clarendon Press, p. 65-84.

- Suggs, D.N. ( 1987). «Female status and role transition in the Tswana life cycle », *Ethnology*, vol. 26, n° 2, p. 107-120.
- Turner, V.W. (1990 [1969]). *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, Presses universitaires de France.
- Van Gennep, A.( 1969 [1909]). *Les Rites de passage*, Paris, Picard.
- Verdier, Y. (1979). *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.
- Vernazza-Licht, N., D. Bley, V. Ringa et N. Varnoux (2002). «Impact des facteurs biologiques et socioculturels sur l'âge à la ménopause en France», dans A. Guerci et S. Consigliere (dir.). *Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Gênes, éd. Erga, p. 282-289.
- Vinel, V. (2000). «Être et devenir Sikoomse. Identité et initiation en pays moaga (Burkina Faso)», *Cahiers d'études africaines*, vol. 40, n° 2, p. 257-279.
- Vinel V. (2003). «Lavement et soins aux nourrissons. Réflexion sur des pratiques africaines et françaises», *Migrations santé*, vol. 114, p. 69-78.
- Vinel, V. (2005). *Des femmes et des lignages. Ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose, Sikoomse)*, Paris, L'Harmattan.

P A R T I E

---



# TEMPS ET MALADIE



## REPRÉSENTATIONS DU VIH ET DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX ET RAPPORT AU TEMPS CHEZ DES JEUNES INFECTÉS PAR LE VIH/SIDA DEPUIS LA NAISSANCE

*Joseph Josy LÉVY*

*Mylène FERNET*

*Jocelyne THÉRIAULT*

*Marie-Hélène GARCEAU-BRODEUR*

*Marie-Ève RICHARD*

*Lyne MASSIE*

*Joanne OTIS*

*Johanne SAMSON*

*Normand LAPOINTE*

*Guylaine MORIN*

*Karène PROULX-BOUCHER*

*Germain TROTTIER*

L'irruption d'une maladie grave, chronique ou mortelle, qui produit des perturbations profondes dans l'organisme humain et ses rythmes biologiques, n'est pas sans affecter le rapport au temps, psychologique et social, comme l'ont montré les travaux sur la sociologie et l'anthropologie médicale (Augé, 1984; Laplantine, 1986; Toombs, 1990; Herzlich, 1998). En effet, les personnes atteintes, mais aussi l'entourage, se voient obligés de réorganiser leurs relations, de restructurer leur emploi du temps pour tenir

compte des contraintes des traitements et du suivi médical et de réorienter leurs projets de vie immédiats et à long terme. Ces réarrangements sont particulièrement notables dans le cas du VIH/sida (Lévy *et al.*, 2004 ; Pierret, 2006) où l'apparition des traitements antirétroviraux a transformé le rapport à la maladie et introduit des modes de temporalités diverses. Dans la perspective ouverte par ces travaux, nous nous proposons d'analyser, à partir d'une recherche qualitative, les représentations du temps liées à la maladie chez des jeunes hommes, préadolescents et adolescents, montréalais vivant avec le VIH/sida depuis leur naissance. Cette étude avait pour objectif essentiel d'analyser les différentes dimensions du rapport à la maladie (expériences personnelles, médicales, familiales et interpersonnelles) dans laquelle la question du temps se pose avec acuité. Après avoir dégagé à partir d'une revue de la littérature, les enjeux temporels rattachés à la maladie, nous exposerons la méthodologie puis les principaux résultats avant de les discuter.

## **1. LA MALADIE ET SES TEMPORALITÉS**

### **1.1. LE DIAGNOSTIC COMME ÉVÉNEMENT**

Une première temporalité renvoie au diagnostic de la maladie et à son annonce, ce qui peut constituer un événement majeur dans le parcours de vie d'un individu. Bastide note ainsi que l'événement est «une coupure dans la continuité du temps. Il est ce qui prend une importance, soit pour nous (mariage, naissance d'un enfant, maladie, etc.), soit pour un groupe social [...] bref, dans la continuité temporelle, ce qui nous semble suffisamment "important" pour être découpé, mis en relief et pouvoir être désormais, sinon commémoré, du moins mémorisé» (2002, p. 46). La notion d'événements élémentaires, proposée par Augé (1984) insiste aussi sur cette dimension. Elle renvoie ainsi à «tous les événements biologiques individuels dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale». La naissance, la maladie, la mort sont des événements en ce sens, «élémentaires» (p. 39).

Cette notion d'événement est à rapprocher de celle de crise avancée par Laplantine, pour qui la maladie est «le prototype de toute situation de crise» (1986, p. 15) qui affecte l'individu et sa construction, la société et ses interprétations de la maladie, les éléments d'observation liés aux symptômes et aux circonstances de la maladie. Ainsi, l'annonce au patient entraîne souvent un choc, une «rupture biographique» (Bury, 1982) qui

créé une coupure dans son existence. Elle peut conduire ainsi non seulement à la transformation de son identité mais aussi modifier l'organisation de son existence et le sens qui y est rattaché, l'ampleur de ces répercussions variant selon les caractéristiques des individus. Dans des cas extrêmes, comme celui rapporté par Desfosses *et al.* (1998), l'annonce sans préparation d'un diagnostic de maladie grave, peut entraîner une tentative de suicide.

Comme le montrent, par contre, Pratt et Wilkinson (2003), l'expérience associée à la réception d'un diagnostic de démence peut être cernée en tenant compte de certains axes de référence : le désir ou la capacité de l'individu de recevoir un diagnostic (fort-faible) et le contexte social (positif-négatif) dans lequel évolue l'individu. Le premier axe est associé aux facteurs psychologiques individuels qui auront un impact sur l'expérience de recevoir un diagnostic (par exemple, le style de « *coping* »). Le second axe, le contexte social, réfère à l'influence combinée de facteurs tels que les réactions de la famille au diagnostic, l'impact sur la carrière ; la pratique médicale, la stigmatisation sociale et le support social.

Ces deux axes croisés permettent d'identifier quatre types de réactions ou d'expériences possibles face à la maladie et à l'annonce (ou pas) du diagnostic : 1) Le détachement (faible désir / capacité à recevoir un diagnostic et contexte social négatif) ; 2) la détresse (contexte social négatif et grand désir / capacité à recevoir un diagnostic) ; 3) La maximisation des stratégies de « *coping* » (grand désir / capacité de recevoir un diagnostic et contexte social positif) ; 4) le déclin et le déni (faible désir / capacité de recevoir un diagnostic et contexte social positif). Ce modèle permet de saisir l'expérience du diagnostic du point de vue de la personne qui le reçoit et d'en saisir la dynamique en fonction des stades par lesquels passe le patient.

D'autres travaux, comme ceux de Vernooij-Dassen *et al.* (2006) insistent également sur une conceptualisation de l'impact du diagnostic en termes de processus (de continuités et de changements dans le temps) plutôt qu'en termes d'événement discret. Ainsi l'annonce du diagnostic de démence chez l'un des partenaires d'un couple, s'accompagne d'un processus de réalisation graduelle de la signification du diagnostic chez la personne malade et elle entraîne souvent des changements subtils importants dans la compréhension de la maladie et des relations aux autres. L'importance de considérer la dimension temporelle dans l'expérience du diagnostic est également relevée par Clare *et al.* (2005) dans leur étude

sur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, avec le temps, ils s'adaptent à leur diagnostic, renégocient leurs relations sociales et adoptent de nouveaux modes de « *coping* ».

La dimension temporelle associée au diagnostic est aussi rapportée par Patoomwan (2001), qui, dans le contexte d'une étude sur la réaction de parents thaïlandais confrontés à un diagnostic de cancer chez un de leurs enfants. Plusieurs phases marqueraient ce processus. Dans la première, faire sens (*making sense*), les individus cherchent à trouver une signification aux problèmes de santé auxquels est confronté leur enfant. La seconde phase est marquée par une intensification des efforts (mentaux, émotionnels et spirituels) des parents durant les premiers mois ou années de la maladie de l'enfant pour dépasser leur souffrance associée à la menace de la mort de leur enfant. La troisième phase, vivre avec l'incertitude (*living with uncertainty*), implique la confrontation à quatre sources d'incertitude, celles reliées à la maladie, aux relations interpersonnelles, aux informations disponibles et à l'organisation des soins quotidiens.

Dans le cas du VIH/sida, l'annonce du diagnostic est un moment significatif, transformant la personne et ses rapports à soi-même et son entourage (Tewksbury et McGaughey, 1998 ; Pierret, 2006). Dans le cas des jeunes infectés au VIH/sida, les recherches montrent que l'annonce du diagnostic d'infection au VIH peut constituer un événement important (étonnement, pleurs, choc, panique) ou, au contraire, ne pas provoquer de réactions particulières (Trocmé *et al.*, 2002). Bien que la connaissance du statut infectieux puisse contribuer à mieux faire face à l'infection (Battles et Wiener, 2002 ; Gerson *et al.*, 2001), plusieurs jeunes expriment des difficultés à accepter ce nouveau statut (Hoffman *et al.*, 1999) et cet événement peut déclencher, chez certains, des questionnements et des angoisses profondes liées à l'éventualité de la mort (Champion *et al.*, 1999).

## 1.2. L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Le rapport au temps lié à la maladie peut aussi être mis en évidence dans le domaine de l'observance du traitement prescrit dans le cas des maladies chroniques qui nécessitent un suivi thérapeutique à long terme. Plusieurs études mettent ainsi en évidence la complexité des facteurs sociopsychologiques qui interviennent dans les modalités de l'adhésion au traitement chez les enfants et les adolescents (voir par exemple, Gauthier et Johnston, 2005 ; Simons et Blount, 2007 ; Malbasa *et al.*, 2007 ; Miller et Drotar, 2007 ; Stempel, 2007) mais l'adaptation au régime thérapeutique à long

terme peut constituer une barrière importante dans l'établissement de stratégies adéquates de prise des médicaments. La mise en place de routines de comportements dans les activités journalières des enfants pourrait augmenter les chances d'adhésion au traitement et réduire ainsi les risques de morbidité et de mortalité précoce (Greening et Stoppelbein, 2007).

Les études menées auprès des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) ont aussi montré la présence d'une réorganisation temporelle importante liée aux contraintes du suivi médical et du traitement (Lévy *et al.*, 2004 ; Pierret, 2006 ; Wallach, 2006). Les médicaments antirétroviraux, à cause de leur posologie et de l'ingestion quotidienne du traitement, nécessitent une réorganisation du rapport au temps (heures de travail, horaires de repas et de repos) et des habitudes de vie. En effet, l'adaptation à la routine médicamenteuse entraîne le recours à des stratégies multiples, à des microrituels, à des stratégies pour s'assurer de l'intégration des médicaments dans le quotidien ainsi qu'à des instruments pour s'assurer de la régularité des prises (piluliers, montres, réveils, avertisseurs, etc.). Cependant, l'adhésion au médicament n'est pas toujours conforme aux prescriptions et plusieurs rapportent des entorses à l'observance pour des raisons volontaires, des oublis ou à cause des effets secondaires. La notion de « vacance thérapeutique », référant à un vocabulaire associé aux loisirs et à la détente, indique combien la temporalité posologique contraignante peut être contournée pour un moment, ce qui permet une pause avant une reprise du traitement.

Pour les jeunes infectés par le VIH, bien que la prise d'antirétroviraux rappelle constamment le statut infectieux (Fielden, 2005 ; Hoffman *et al.*, 1999 ; Ledlie, 2001), la nécessité de préserver une observance optimale pour maintenir une bonne santé est reconnue par la majorité (Fielden, 2005 ; Ledlie, 2001 ; Pugatch *et al.*, 2002 ; Trocmé *et al.*, 2002). La prise régulière est associée à une bonne santé ainsi qu'à la possibilité de se projeter dans le futur (Fielden, 2005), alors qu'une mauvaise observance se veut l'expression d'un besoin de liberté et d'autonomie ou encore d'un désir de braver la mort (Trocmé *et al.*, 2002 ; Trocmé, 2000).

### **1.3. L'ESPOIR ET LES PROJETS DE VIE**

Un troisième ancrage temporel important renvoie à la notion d'espoir, qui, dans le contexte des maladies graves, joue un rôle important. Il se fonde sur une attente dirigée vers le futur et « dans laquelle, une réalité, un événement ou une possibilité surviendront » (Schumacher, 2003, p. 69) et qui

modifient la situation vers son amélioration. Plusieurs travaux ont montré que ce sentiment contribuait à l'amélioration de l'état de santé, donnait un sens à la vie et se manifestait sous des formes diverses, soit comme dimension générale ou spécifique (Cheaven *et al.*, 2005 ; Cutcliffe, 2004 ; Nikolaichuk et Bruera, 1998 ; Dufault et Martocchio, 1985).

La dimension de l'espoir se retrouve impliquée dans le vécu avec le VIH/sida et de nombreuses recherches ont montré des variations dans l'expression de ce sentiment. Ainsi, chez les personnes homosexuelles, le désespoir serait plus élevé parmi celles qui sont infectées que celles qui sont séronégatives (McEnany *et al.*, 1996 ; Catalan et Pugh, 1995) alors que le maintien d'un style de vie sain et le sentiment de bien-être chez les PVVIH serait associé à l'espoir (Harrison, 1993 ; Heinrich, 2003). Cette attente d'un meilleur avenir, en particulier d'une mise au point de nouveaux traitements constitue une dimension centrale dans les narrativités entourant le VIH/sida et elle alimente un point de vue optimiste sur le futur et contribue à la projection dans des nouveaux projets d'avenir à travers la réalisation de rêves et d'activités diverses (Lévy *et al.*, 2002). La possibilité, pour les mères, de se projeter dans le court et le moyen termes, à travers le rapport à l'enfant, constitue une pierre angulaire de leur existence. La plupart des jeunes infectés par le VIH depuis leur jeune âge sont capables de se projeter dans un futur professionnel. Toutefois, des incertitudes demeurent quant à l'espoir de vivre assez vieux pour concrétiser ces projets (Fielden, 2005 ; Ledlie, 2001 ; Trocmé *et al.*, 2002), bien que pour plusieurs, la prise de traitements antirétroviraux symbolise la possibilité d'atteindre un âge avancé (Fielden, 2005). Toutefois, ces mêmes jeunes sont beaucoup moins optimistes quant à la possibilité d'entrer en relation de couple, ou d'avoir des enfants, principalement en raison des risques de transmission de leur infection (Ledlie, 2001 ; Trocmé *et al.*, 2002).

#### 1.4. LA FINITUDE DE L'EXISTENCE

Une quatrième dimension temporelle renvoie, dans le cas des maladies graves, au rapport à la mort et à la confrontation à la finitude de l'existence humaine, ce qui peut entraîner une réflexion sur les orientations et les valeurs de vie. C'est ce que souligne la notion d'« épiphanie » mise de l'avant par Denzin (1989) pour désigner ces événements singuliers qui transforment l'individu en orientant son destin, en réorganisant son existence et ses pratiques. Dans le cas du VIH/sida, cette perception de la finitude peut entraîner des transformations du rapport au temps. Ce dernier

est reconsidéré non plus seulement dans son déroulement mais dans sa qualité et sa planification. Le temps devient plus précieux et plus apprécié, l'ici-maintenant ouvrant à une relation au moment présent (Lévy *et al.*, 2002) qui, chez les femmes vivant avec le VIH/sida, est particulièrement rattaché à la relation aux enfants (Lévy *et al.*, 2005).

La perspective de vivre sous traitement pour le restant de la vie et l'appréhension de la maladie qui reste dénotée de façon négative, ce qui s'accompagne du maintien du secret quant à son statut, son dévoilement partiel et des craintes de stigmatisation ou de discrimination, peut contribuer à des états de dépression et à envisager le suicide comme solution à une existence problématique (Préau *et al.*, 2008), un choix que des recherches sur d'autres maladies confirme, comme par exemple, dans le cas des douleurs chroniques (Fisher *et al.*, 2001) ou de la sclérose multiple (Feinstein, 2002).

Dans la perspective ouverte par ces travaux, nous cernerons les différentes représentations de ces temporalités et leur gestion parmi des garçons vivant avec le VIH/sida depuis leur naissance. Les données proviennent d'un projet en cours qui vise à explorer les dimensions liées à l'expérience quotidienne du VIH/sida : la gestion de la maladie et de la santé, les modes d'appropriation des traitements et les significations qui leurs sont liées, les modes de projection dans le futur et les projets d'avenir, les expressions spirituelles et religieuses, les interactions sociales (famille, pairs, professionnels de la santé), l'expression des identités ethnoculturelles et les modes d'intégration à la société d'accueil, la construction de l'image corporelle, de l'identité et des rapports sociaux de genre.

## **2. MÉTHODOLOGIE**

### **2.1. PROFIL DES JEUNES**

Parmi les 29 jeunes (14 garçons et 15 filles), composant l'échantillon final de l'étude de Lapointe *et al.* (2004), les entrevues de 14 garçons ont été retenues à des fins d'analyse. Leur profil ethnique est varié : Africains (2), Québécois (3), Haïtiens (5), Européen (Roumain) (1) et hétéroculturel (3). Les participants sont âgés en moyenne de 14,2 ans au moment de l'entretien : sept ont entre 10 et 14 ans, alors que sept autres ont entre 15 et 17 ans. Le français constitue la première langue parlée par plus de la moitié des participants (8), alors que trois autres jeunes ont pour langues maternelles

à la fois le français et le créole et les trois autres le créole et le bantou. Autant de garçons (5) vivent avec leur père (5), qu'avec leur mère (5) alors qu'un seul vit avec ses deux parents biologiques. Les autres participants résident avec leur famille adoptive (1) ou leur famille élargie (frère ou oncle et tante) (3). La grande majorité (12) est catholique et bien que ces jeunes affirment être croyants, plus de la moitié (8) mentionnent ne pas être pratiquants. Au plan de la scolarité, trois jeunes sont de niveau primaire et les autres à un niveau secondaire ou en cheminement professionnel. La grande majorité des jeunes de l'étude ont été infectés par le VIH/sida par voie périnatale, alors que pour un garçon la voie de transmission est inconnue. Pour ce qui est de la prise de traitements antirétroviraux, la presque totalité est sous trithérapie, alors que deux autres sont sous multithérapie et un en arrêt de traitement sous supervision médicale. Au moment de leur participation à l'étude, ces jeunes suivent des traitements anti-VIH depuis en moyenne 9 ans.

## **2.2. COLLECTE DES DONNÉES**

Les participants ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels semi-dirigés traitant des différentes sphères de leurs vies et réalisés par une travailleuse sociale proche de ces enfants. Ces entretiens ont été retranscrits sous forme de verbatim et codifiés pour dégager à partir des propos, les catégories et les sous-catégories conceptuelles. Pour les opérations relatives à la codification et à la catégorisation des données, le logiciel Atlas.ti 5.0 (WIN) a été utilisé.

## **3. RÉSULTATS**

Les différentes représentations des temporalités associées au diagnostic, à l'observance du traitement, à la finitude et à l'espoir seront ici successivement présentées.

### **3.1. LE DIAGNOSTIC COMME ÉVÉNEMENT**

La grande majorité des jeunes (10) avait de 10 à 12 ans au moment de l'annonce du diagnostic que leur ont transmis des personnes de leur entourage (famille immédiate, élargie ou d'accueil, médecin, travailleuse sociale).

Près de la moitié des participants (5), d'origine québécoise (2) ou haïtienne (3), n'ont pas manifesté de réactions particulières à cette annonce, comme l'illustrent les propos de Dany, d'origine québécoise :

*Je suis retourné à l'école! Parce qu'elle me l'avait dit sur l'heure du midi [...]. Et j'ai quand même passé un bon après-midi. Je ne m'acharnais pas là-dessus [...]. Puis comment j'ai réagi: j'ai réagi normalement. Ça ne m'a rien fait.*

Ou un autre répondant, d'origine haïtienne, «*Je ne le savais pas, mais ça ne m'a rien fait*». Pour les autres, l'annonce du diagnostic leur a permis de comprendre leurs symptômes et d'avoir des réponses à leurs questions sur le VIH/sida et ses modes de transmission ainsi que sur leur avenir. Ils pouvaient enfin saisir les raisons du suivi biomédical et de la prise des médicaments auxquels ils étaient astreints depuis plusieurs années, comme le rapporte Albert, d'origine européenne, «*Je me doutais que j'avais de quoi. Je me suis dit: «Enfin, je sais ce que j'ai!» [...]. C'est le fun être informé. Et quand ils me l'ont dit, j'ai dit: «Bon! J'ai mes explications!»*» ou Georges, d'origine hétéroculturelle, «*Je savais que j'avais une maladie mais je ne me doutais pas c'était laquelle. Je ne savais pas [...]. Je me suis demandé comment ça allait aller bien dans ma vie. Je me suis dit: «Bien ce n'est rien de plus!»*». Cette notification ne semblait pas susciter de vives réactions, certains l'accueillant avec détachement ou fatalisme, alors que d'autres la recevaient avec surprise, peur, tristesse ou déception. Cette annonce n'a donc pas été reçue comme un événement associé à une crise majeure dans leur existence mais il clarifiait certaines de leurs interrogations ou de leurs doutes concernant leur état de santé et l'encadrement biomédical auquel ils sont soumis.

À moins que les traitements antirétroviraux ne provoquent des effets indésirables, aucun signe ne vient directement révéler la maladie, puisque la prise de médicaments est souvent cachée et ce semblant de normalité contribue à atténuer le choc du diagnostic. Néanmoins, cette annonce modifie de façon majeure leur rapport à leur entourage dans la mesure où ils ne peuvent révéler leur état, en particulier à leur groupe de pairs, à cause des craintes de rejet ou de stigmatisation, ce qui les oblige à maintenir une double identité, manifeste et cachée en fonction des contextes sociaux dans lesquels ils sont amenés à vivre. Le diagnostic, en ce sens, entraîne une rupture suivie d'une réorganisation au plan

cognitif et relationnel puisqu'il met en relief les enjeux complexes entourant le secret et le dévoilement qui vont les accompagner pour le reste de leur existence.

### 3.2. L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Infectés depuis leur enfance, ces jeunes se trouvent aussi confrontés aux temporalités biomédicales qui scandent leur vie. Le suivi médical que nécessite le *monitoring* de leur état de santé demande des visites régulières et des tests immunologiques visant à évaluer les différents indicateurs (lymphocytes, CD4 et CD8, poids) et ceux pour mesurer la charge virale et les résistances médicamenteuses. Les effets indésirables du traitement antirétroviral doivent aussi être évalués, alors que les problèmes de santé peuvent entraîner des périodes d'hospitalisation qui affectent leur routine de vie. Comme le rapporte Christopher, d'origine haïtienne « *des fois, j'y [à l'hôpital] allais trop souvent, [j'avais] des examens trop souvent. Mais maintenant c'est bien parce que j'y vais une fois au six mois. Avant j'y allais à chaque trois mois. Ça pouvait gâcher la journée* ». Pour d'autres, par contre, comme Georges, d'origine hétéroculturelle, les visites à l'hôpital permettent de rater l'école, ce qu'il apprécie.

Par ailleurs, ces jeunes doivent suivre avec soin leur traitement quotidien, compte tenu des répercussions que les écarts d'observance peuvent provoquer sur le contrôle des charges virales et des résistances. La vigilance face à la prise des traitements antirétroviraux est une préoccupation présente chez tous les répondants qui, pour la plupart, ont une idée générale de leur action sur le contrôle viral, sans souvent faire référence au phénomène de résistance aux traitements.

Une majorité rapporte très peu d'oublis thérapeutiques qui sont généralement involontaires. Le désir de garder secret leur statut infectieux constitue la principale raison sous-jacente aux écarts d'observance. Leur entourage familial leur offre généralement un soutien et quelques-uns utilisent des outils permettant de maximiser la régularité dans la prise des médicaments. Les écarts dans l'observance soulignés par les participants ont généralement lieu à cause d'oublis des médicaments, d'un départ précipité, d'un éloignement du domicile pour une période de temps ou de visites de personnes qui ne sont pas au courant du statut infectieux, ce qui peut retarder le moment de la prise et son oubli. Tommy, d'origine haïtienne, rapporte ainsi « *Je les prends à chaque jour. Des fois ma mère est tellement pressée que je ne les prends pas : J'ai oublié mes médicaments*

à la maison ! ». Les effets secondaires des médicaments ou le nombre élevé de comprimés à prendre peuvent aussi entraîner une interruption dans le suivi du traitement, comme le rapporte James, d'origine haïtienne :

*Mais avant, j'avais eu des pilules que je n'aimais pas. Et je ne les prenais pas. C'était Ritonavir. Je ne l'aimais vraiment pas. Parce que ça faisait des effets secondaires. C'était comme, ça faisait cracher, ça faisait vomir. Et je ne les aimais vraiment pas. Je ne prenais même plus d'eau, parce que je n'aimais pas ça prendre de l'eau avec [le Ritonavir].*

Plusieurs participants (6), dont l'ensemble des adolescents d'origine haïtienne, assurent la responsabilité de la prise de leur traitement qui devient par sa répétition quotidienne une habitude comme le rapporte Christopher, « *C'est à force de les prendre depuis cinq ans à tous les jours [que c'est toujours dans ma tête]... Après tu ne peux pas oublier. [Quand j'étais petit], il y a des gens qui me les apportaient [...]. Mon père* ». D'autres participants (5) disent recevoir une aide occasionnelle dans la prise de leurs médicaments, essentiellement de la part des parents ou de la famille. Les autres jeunes disent être totalement dépendants de leurs parents face à la gestion de leur traitement et qui le leur rappellent systématiquement. Afin d'aider à ce rappel, une minorité de répondants a recours à divers moyens (pilulier, réveille-matin et sac) qui assurent une routinisation du geste. La quotidienneté de la prise de médicaments entraîne néanmoins l'évocation de leur statut infectieux, ce qui n'est pas sans retentir sur les préoccupations face à la maladie et pour certains rappeler leur vulnérabilité.

### 3.3. LA FINITUDE DE L'EXISTENCE

Les discours de ces adolescents mettent aussi en évidence quelques réflexions sur le rapport à la mort qui constitue un arrière-fond important dans leur vie personnelle pour plusieurs puisque sept répondants ont vécu le décès de leur mère, et deux, soit le décès du père ou des deux parents, décès qui sont souvent liés au VIH/sida. Des répondants disent ne pas penser à la mort ou en avoir peur, comme le rapporte Gaël, d'origine africaine :

*Je n'ai pas hâte de m'en aller. Mais quand le jour va venir ce n'est pas moi qui va choisir. Parce que personne ne connaît son jour. La date, la minute à laquelle [...] sa vie sera finie. Je n'y pense pas parce que je n'ai pas peur de la mort. J'essaie de faire de mon mieux pour regarder mon chemin.*

Ils l'envisagent à la fin d'une longue vie que la majorité espère atteindre grâce aux médicaments et à une attitude positive, comme le souligne Albert, d'origine européenne :

*J'ai l'impression que [je vais] pouvoir vivre vieux, si je prends soin de moi, oui. Si je suis trop douteux dans ma vie ou si je ne me sens pas bien, exemple j'ai peur de si ou de ça, bien je vais être trop craintif et je n'aurai pas la force pour vivre longtemps de même. Si je suis capable de faire plein d'affaires et que je n'en doute pas et que je n'ai pas de problème mental avec ça, ça va « toffer » [ma vie].*

Jessy, d'origine haïtienne, ne conçoit pas non plus le VIH comme un obstacle à une longévité grâce aux médicaments : « *Je ne pourrais mourir du VIH [...] parce que si je prends toujours mes pilules, je vais être correct. Je me vois vivre jusque dans les 80 ans là. [Je] me vois vivre vieux.* »

Pour d'autres répondants, par contre, le rapport à la mort constitue une question plus prégnante, sans donner lieu à une réflexion élaborée. La peur de la mort affleure dans certains discours, mais c'est moins la disparition personnelle que celle des figures essentielles de l'entourage, comme les parents, qui semblent susciter l'anxiété. James, d'origine haïtienne rapporte ainsi un incident avec son père inquiet après son retour tardif à la maison : « *Il m'a dit : imagines tu te retrouves sans père et sans mère... Qu'est-ce que tu vas faire ? C'est là que je commence à avoir des chocs. [...] C'est là que je commence à paniquer, tu comprends ?* ». Dans le cas de Luc, d'origine hétéroculturelle, c'est lors du déroulement de l'entrevue qu'il prend conscience de son inquiétude face à la possibilité de la mort de sa mère, elle-même porteuse du VIH. Georges, d'origine hétéroculturelle, refuse de parler de la mort de sa mère, survenue lors de son enfance, mettant plutôt en relief son état de santé satisfaisant : « *Comme je disais tantôt, il [le docteur] m'a dit que j'étais vraiment bien contrôlé et que tout allait bien* ».

### 3.4. LES PROJETS D'AVENIR

La grande majorité des participants font mention de projets d'avenir. Ainsi sur le plan professionnel, ils envisagent de se former à des métiers divers (techniques, finances, sports, police, etc.) et quelques-uns rêvent de faire fortune comme Christopher, d'origine haïtienne qui voudrait développer une marque de vêtements :

*La plupart des personnes commencent à zéro et ils deviennent riches. Minimum en deux ans, s'ils font bien ça. Parce que moi je veux travailler pour quelque temps et partir ma propre marque de vêtements pis peut-être que je vais être riche plus tard. C'est plus facile à vivre comme ça riche, que pauvre.*

Ou occuper des postes de prestige, comme Georges, d'origine hétéroculturelle :

*J'aimerais ça être « coach ». Ou être directeur général d'une équipe. De soccer ou il y a le football et il y a le hockey aussi.*

Ce sont surtout les projets amoureux et parentaux qui les préoccupent car ils mettent en relief les enjeux liés à la divulgation de leur statut infectieux qui risque d'entraver la mise en place de leurs projets, et les préoccupations face aux risques de transmission. Si dans la sphère sexuelle, les stratégies de prévention, comme le condom, semblent bien intégrées, ils sont confrontés à un dilemme : d'une part, ils envisagent avec confiance la possibilité de rencontrer quelqu'un qui partagera leur vie malgré leur état, et de l'autre, ils redoutent la divulgation de leur statut infectieux, que la grande majorité juge comme primordiale, mais qui risque d'entraîner des conséquences problématiques au plan relationnel.

Ce dévoilement et ses conditions font l'objet de nombreuses réflexions entourant ses modalités et l'anticipation des conséquences. Les conditions idéales pour révéler ce statut sont multiples : se sentir bien, être prêt, être proche de l'autre, être en amour et quand la relation est bien établie. Par exemple, Alain, d'origine haïtienne, affirme « ... *Oui* [si j'aime une fille, il faudrait que je lui parle de mon virus]. *Quand je vais me sentir bien* » alors que pour Bobby, d'origine africaine, c'est « *Quand on est proche* [il faudrait que je le dise]. *Quand on s'aime vraiment* ». Pour d'autres, le moment propice se situera au moment où les projets de mariage se concrétiseront et qu'ils seront associés à un désir d'enfant, comme Christopher, d'origine haïtienne le suggère :

*Je n'ai pas besoin d'en parler, si ça ne s'attrape pas en embrassant ou des choses comme ça. Si je veux un bébé ou quelque chose... Si on se marie et on veut un bébé... Des choses comme ça. pas obligé d'en parler! C'est plus si je voulais une famille ou quelque chose [que j'en parlerais].*

Une minorité le révélerait avant d'avoir des relations sexuelles, mais un seul s'objecte à ce dévoilement, mettant en évidence les tensions que cette situation suscite : « *Pour se marier, oui* [il faudrait que je le dise]...

*Après le mariage. Même pas. Je ne veux même pas le dire ! Non [jamais] ! Je n'imagine même pas, non ! Mais c'est moi, qui ne veux pas le dire. Ça ne me dérange pas de le dire, mais c'est moi qui ne veux pas ».*

Quant aux réactions anticipées de la personne avec qui ils voudraient partager leur vie, à la suite de la divulgation de l'infection par le VIH/sida, plusieurs répondent qu'ils ne sont pas à même de les envisager clairement, alors que d'autres mentionnent la possibilité d'être rejetés, jugés ou de provoquer des réactions de peur chez leur partenaire. D'autres, parmi les plus âgés, soutiennent qu'il est tout de même possible d'être accepté, la clé du succès résidant dans la communication, comme l'avance Gaël, d'origine africaine :

*Je pense que oui [ça peut être un problème]. Parce que ce n'est pas tout le monde qui voudrait passer sa vie avec quelqu'un atteint. Faut trouver la bonne personne. Il faut prier pour ça. Le partenaire va être prêt... Va accepter la personne comme elle est. Si c'est pour l'amour. Ça peut faire un problème, mais si tu es avec la bonne personne ça ne sera pas un problème. La communication [est la meilleure stratégie pour ne pas transmettre le VIH]. Parce que si tu as été en communication avec la personne, elle sait qui tu es, elle saura comment s'y prendre avec toi et toi aussi.*

En ce qui concerne les projets de parentalité, quelques-uns soulignent leurs incertitudes face à leur désir d'enfant qui dans le cas des préadolescents, s'expliqueraient par leur jeune âge. Plusieurs participants affirment souhaiter devenir père un jour et presque tous sont en mesure de se projeter dans un rôle parental en décrivant le type de père qu'ils souhaitent être : « cool », permissif, généreux, pas trop sévère, compréhensif, etc. Les propos d'Albert, d'origine européenne, résume les enjeux de ce projet :

*Bien si... J'ai une femme et j'ai des bons moyens, je veux dire assez d'argent pour faire vivre une famille, c'est sûr que je vais m'arranger pour aller chercher des jeunes. Au moins deux. Bien je serais un père qui ferait vivre certaines expériences à mes jeunes : des activités, des choses. Je ne sais pas. Peut-être un voyage à un endroit pour lui montrer des choses. Trouver de quoi pour les amuser un peu ! [...] [Je ne serais] pas trop trop [sévère]. Il faut que ça ait le droit un peu de vivre. Sans ça, c'est trop « plate » pour eux autres et, à un moment donné, ça bloque. Ça peut avoir un effet... Un effet genre... Ça les rend moins contents d'eux autres. Alors ça peut peut-être jouer dans les résultats scolaires et des choses comme ça.*

Il reste cependant que ce projet de parentalité se heurte à la question du risque de contamination du bébé, une préoccupation rapportée par la grande majorité des répondants. Pour contourner cet obstacle, certains avancent comme stratégie, le nettoyage du sperme, une stratégie jugée comme coûteuse, ou bien l'adoption, une solution qu'Albert, d'origine européenne, préconise :

*Parce que concernant [avoir] un enfant, je ne peux pas. Bien je ne pense pas en tout cas. Parce qu'il peut y avoir un risque de contamination. Ce n'est peut-être pas certain, mais il peut y avoir un risque [...]. Mais moi, je sais que je peux en adopter. Il n'y a pas de problème là-dessus.*

L'espoir des progrès de la médecine, à courte ou à plus longue échéance, est aussi envisagé, comme le souligne Jessy, d'origine hétéroculturelle : *Je ne le sais pas [si les personnes séropositives peuvent avoir des enfants]! Je ne pense pas! [...]. Peut-être que dans 10 ans ou 20 ans, quand ils vont trouver le traitement [je pourrai en avoir].*

#### 4. DISCUSSION

Cette étude permet de mettre à jour la présence de différentes représentations des temporalités associées au diagnostic, à l'observance, à la finitude et à l'espoir chez des jeunes vivant avec le VIH/sida depuis leur enfance. Dans le cas de l'annonce du diagnostic, ces jeunes disent avoir réagi de multiples façons, du déni au soulagement, sans cependant rapporter un traumatisme majeur. Cette variabilité dans les réponses rejoint les observations de Trocmé *et al.* (2002) parmi des jeunes vivant avec le VIH/sida, à l'effet que cette notification provoque des réponses affectives et cognitives variées. Nos données ne rapportent pas non plus de difficultés à accepter ce statut, contrairement aux études de Hoffman *et al.* (1999), et nos répondants semblent bien s'en accommoder, ce qui peut être dû au fait que ces jeunes sont déjà encadrés médicalement depuis des années et que l'annonce ne vient que mettre un nom sur une condition sur laquelle ils s'interrogeaient.

Il reste cependant que l'état de personne vivant avec le VIH/sida, ce qui dénote un statut infectieux, constitue une rupture biographique majeure. Cette information les oblige en effet à affronter les enjeux majeurs entourant la question du dévoilement ou du maintien du secret de leur état et ceux des stratégies de prévention qu'ils auront tôt ou tard à envisager

dans leur vie sexuelle et reproductive. Ces jeunes se voient dès lors confrontés à une forme de double vie, où la dissimulation et la révélation dépendront des contextes sociaux.

Ainsi, dans la sphère biomédicale où ils entretiennent des rapports avec les intervenants en santé et avec des pairs présentant la même condition, ils pourront discuter de leurs préoccupations médicales ou existentielles, alors que dans la sphère familiale, amicale et sociosexuelle, ils seront astreints à cacher une partie de leur identité intime (Garceau-Brodeur, 2007). Ils devront ainsi naviguer, osciller, entre deux univers, présentant des facettes différentes de leur vie, non sans tensions intérieures et relationnelles.

Les temporalités liées au suivi biomédical, un thème peu traité dans les recherches sur les jeunes vivant avec le VIH/sida, renvoient, quant à elles, aux contraintes associées à la surveillance de leur condition, ce qui nécessite la passation de tests à des intervalles réguliers afin d'évaluer leurs paramètres immunitaires et hépatiques. De ce fait, ils doivent conjuguer des plages horaires multiples qui conditionnent leur existence et ce, à long terme. L'observance de leur traitement antirétroviral, rappel quotidien de leur état, demande la mise en place de modalités de prise des médicaments à intervalles réguliers. Cette périodicité semble bien intégrée dans leur vie, ce qui rejoint les résultats d'autres travaux (Fielden, 2005 ; Ledlie, 2001 ; Pugatch *et al.*, 2002 ; Trocmé *et al.*, 2002).

Les jeunes montréalais reconnaissent ainsi que leur bien-être dépend de ces traitements chroniques qui leur garantissent une espérance de vie rallongée. Le rapport à la finitude de ce fait semble transformé et l'horizon de la mort repoussé, comme en témoigne l'espoir, sinon l'assurance, d'atteindre la vieillesse. C'est ainsi moins la mort de soi que des figures parentales qui les préoccupe, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ont souvent perdu l'un ou l'autre de leurs parents, ce qui les place en état de vulnérabilité, compte tenu de leur jeune âge et de leur dépendance affective et économique. Ces données suggèrent que les répondants québécois semblent aussi optimistes quant à la possibilité de parvenir à une certaine longévité, ce qui se reflète dans des projets de vie professionnels, familiaux et parentaux. Ils se différencient des jeunes patients rencontrés dans d'autres études chez qui les projets d'avenir sont plus flous (Fielden, 2005 ; Ledlie, 2001 ; Trocmé *et al.*, 2002).

Néanmoins, et en cela nos répondants rejoignent les préoccupations des autres jeunes ils sont inquiets d'une transmission possible du VIH/sida à leur future progéniture et réfléchissent ainsi à des stratégies possibles pour contourner ce problème, comme le nettoyage du sperme ou l'adoption. Mais la grande interrogation reste liée aux enjeux entourant la révélation de leur statut et du moment privilégié et de sa répercussion sur le lien amoureux. Plusieurs anticipent ainsi des formes de rejet ou de jugement de la part de leur future partenaire qui pourraient conduire à une rupture de la relation.

## **CONCLUSION**

Cette étude réalisée auprès de jeunes infectés par le VIH/sida à la naissance met en relief l'importance des temporalités dans la trajectoire de cette maladie devenue chronique. L'annonce du diagnostic entraîne chez ces jeunes une réorganisation identitaire, qui, sans être traumatisante pour plusieurs, oblige à s'adapter à un statut infectieux qui demande une gouvernance des modalités de dévoilement à l'entourage. Elle entraîne également la gestion de ses répercussions, obligeant ainsi les jeunes à mener une double vie et masquer leur état de santé. Les demandes du suivi médical et les rigueurs de l'observance du traitement antirétroviral obligent les patients à maîtriser des cycles temporels qui assureront le maintien de leur santé avec le contrôle des paramètres immunitaires qui empêcheront la réplication fatale du virus.

La gestion de ces cycles exige ainsi une attention particulière aux horaires et des adaptations constantes aux contraintes biomédicales et pharmacologiques. Néanmoins, ce cadre astreignant contribue à repousser la perspective de la mort et à envisager une espérance de vie qui rejoint celle des personnes non atteintes. Ainsi, malgré les peurs entourant le décès appréhendé de figures parentales qui contribuent à leur bien-être, ils comptent réaliser des projets de vie familiaux et parentaux qui se butent à des obstacles majeurs, d'une part celui de la transmission du virus et d'autre part, celui des circonstances du dévoilement du statut et du moment à privilégier. L'anticipation du rejet par les partenaires constitue à cet égard un motif de résistance à cette révélation qui constitue le pivot central du rapport à la maladie et à la gestion du temps. Il serait intéressant de comparer ces modalités à celles des jeunes filles vivant avec le VIH/sida afin de mieux cerner comment ces temporalités s'organisent.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Augé, M. (1984). « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 35-92.
- Bastide, R. (1970). « L'événement », *Encyclopædia universalis*, tome 6, p. 822-824.
- Battles, H.B. et L.S. Wiener (2002). « From adolescence through young adulthood : Psychosocial adjustment associated with long-term survival of HIV », *Journal of Adolescent Health*, vol. 30, n° 3, p. 161-168.
- Bury, M. (1982). « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, p. 167-182.
- Catalan, J. et K. Pugh (1995). « Suicidal behaviour and HIV infection – Is there a link? », *AIDS Care*, vol. 7, Suppl. 2, S117-21.
- Champion, M., A. Lefebvre Des Noëttes, P. Taboulet et S. Lemerle (1999). « Le secret chez les enfants infectés par le VIH », *Archives de pédiatrie*, vol. 6, n° 10, p. 1101-1108.
- Cheaven, J.S., S.T. Michael et C.R. Snyder (2005). « The correlates of hope : Psychological and physiological benefits », dans J. Elliott (dir.), *Interdisciplinary Perspectives on Hope*, New York, Nova Science, p. 119-132.
- Clare, L. et al. (2005). « Perceptions of change over time in early-stage Alzheimer's disease », *Dementia*, vol. 4, n° 4, p. 487-520.
- Cutcliffe, J.R. (2004). *The Inspiration of Hope in Bereavement Counselling*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Denzin, N. (1989). *Interpretive Biography*, Newbury Park, Sage.
- Desfosses, G., M. Ruzsniowski et P. Thominet (1998). « Tentative de suicide liée à l'annonce d'une maladie grave : Réflexions d'une équipe mobile de soins palliatifs », *Annales de psychiatrie*, vol. 13, n° 3, p. 186-190.
- Dufault, K. et B.C. Martocchio (1985). « Hope : Its spheres and dimensions », *Nursing Clinics of North America*, vol. 20, p. 379-391.
- Feinstein, A. (2002). « An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis », *Neurology*, vol. 59, p. 674-678.
- Fielden, S. (2005). *Exploring the Needs of Older Children with Perinatally-Acquired HIV in British Columbia : Research Report*, Vancouver, Institute of Health Promotion Research, 37 p.
- Fisher, B., J. Haythornthwaite, L. Heinberg, M. Clark et J. Reed (2001). « Suicidal intent in patients with chronic pain », *Pain*, vol. 89, p. 199-206.
- Garceau-Brodeur, M.H. (2007). *Exploration du vécu affectif et amoureux et sexuel et préventif et lié aux projets parentaux parmi des préadolescents et adolescents infectés au VIH/sida depuis la naissance : influences de représentations sociales de l'infection*, Mémoire de maîtrise, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

- Gauthier, K. et G. Johnston (2005). « Mise en perspective des liens existant entre non-compliance et suicide à l'adolescence », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 53, no 6, p. 282-289.
- Gerson, A.C., M. Joyner, P. Fosarelli, A. Butz, L. Wissow, S. Lee, S.P. Marks et N. Hutton (2001). « Disclosure of HIV diagnosis to children: When, Where, Why and How ». *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 15, n° 4, p. 161-167.
- Greening, L. et L. Stoppelbein (2007). « Brief report: Pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 32, n° 10, p. 1272-1277.
- Harrison, R.L. (1993). *The Relationship between Hope, Perceived Health Status and Health Promoting Life style among HIV Seropositive Men*, Thèse de doctorat, New York University.
- Heinrich, C.R. (2003). « Enhancing the perceived health of HIV seropositive men », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 25, p. 367-382.
- Herzlich, C. (1998). « Gérer une longue maladie : le point de vue du sociologue », *Bulletin du Cancer*, vol. 85, n° 3, p. 251-253.
- Hoffman, N.D., D. Futterman et A. Myerson (1999). « Treatment issues for HIV-positive adolescents », *AIDS Clinical Care*, vol. 11, n° 3, p. 17-19, 21, 23-24.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot.
- Ledlie, S.W. (2001). « The psychosocial issues of children with perinatally acquired HIV disease becoming adolescents: A growing challenge for providers », *AIDS Patient Care and STDS*, vol. 15, n° 5, p. 231-236.
- Lévy, J.J., A. Bourdages, R. Bastien, E. Nonn, J. Otis, R. Pelletier et G. Trottier, (2002). « Religion, spiritualité et nouvelles thérapies face au VIH/sida », dans R. Massé et J. Benoist (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Éditions Karthala, p. 165-182.
- Lévy, J.J., J. Pierret et G. Trottier (2004). *Les traitements antirétroviraux. Expériences et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Lévy, J.J., I. Toupin, L. Massie, M. Fernet, J. Otis, G. Trottier, J. Samson, R. Bastien, R. Pelletier, M. Harerimana, M. Rateau, M. Boucher et N. Lapointe (2005). « Dimensions religieuses et spirituelles du VIH/sida chez des femmes montréalaises sous traitement antirétroviral », 73<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Chicoutimi, 9-13 mai.
- Malbasa, T. et al. (2007). « Adolescent adherence to oral therapy for leukemia: A focus group study », *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, vol. 24, n° 3, p. 139-151.
- McEnany, G.W., A.M. Hughes et K.A. Lee (1996). « Depression and HIV. A nursing perspective on a complex relationship », *Nursing Clinics of North America*, vol. 31, n° 1, p. 57-80.

- Miller, V.A. *et al.* (2007). «Decision-making competence and adherence to treatment in adolescents with diabetes», *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 32, n° 2, p. 178-188.
- Nekolaichuk, C.L. et E. Bruera (1998). «On the nature of hope in palliative care», *Journal of Palliative Care*, vol. 14, n° 1, p. 36-42.
- Patoomwan, A. (2001). «Living with childhood cancer in Thai families: Stories of struggling with uncertainty», *Dissertation Abstract International*, vol. 62-03, Section B, p. 1323.
- Pierret, J. (2006). *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris, Presses universitaires de France.
- Pratt, R. et H. Wilkinson (2003). «A psychological model of understanding the experience of receiving a diagnostic of dementia», *Dementia*, vol. 2, n° 2, p. 181-199.
- Préau, M., A.D. Bouhnik, P. Peretti-Watel, Y. Obadia, B. Spire, ANRS-EN12-VESPA Group (2008). «Suicide attempts among people living with HIV in France», *AIDS Care*, vol. 20, n° 8, p. 917-924.
- Pugatch, D., L. Bennett et D. Patterson (2002). «HIV medication adherence in adolescents: A qualitative study», *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents and Children*, vol. 5, p. 9-29.
- Schumacher, B. (2003). *Philosophy of Hope. Josef Pieper and the Contemporary Debate on Hope*, New York, Fordham University Press.
- Simons, L.E. et R.L. Blount (2007). «Identifying barriers to medication adherence in adolescence transplant recipients», *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 32, n° 7, p. 831-844.
- Stempel, A.D. (2007). «The relationship of parenting style to medical regimen adherence in adolescents with asthma», *Dissertation Abstract International*, vol. 67(7-B), p. 4120.
- Tewksbury, R. et D. McGaughey (1998). «Identities and identity transformations among persons with HIV disease», *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity*, vol. 3, n° 3, p. 213-232.
- Toombs, S.K. (1990). «The temporality of illness: Four levels of experience», *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 11, n° 3, p. 227-241.
- Trocme, N. (2000). «Adolescence et VIH: une confrontation difficile», *Le Journal du Sida*, n° 125, juin/juillet, p. 15-18.
- Trocme, N., G. Vaudre, C. Dollfus et G. Leverger (2002). «Observance du traitement antiretroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH / Factors impacting on antiretroviral therapy compliance in HIV positive adolescents», *Archives de pédiatrie*, vol. 9, p. 1241-1247.
- Vernooij-Dassen, M., E. Derksen, P. Scheltens et E. Moniz-Cook (2006). «Receiving a diagnostic of dementia. The experience over time», *Dementia*, vol. 5, n° 3, p. 397-410.

## LA DIMENSION TEMPORELLE DU MÉDICAMENT CHEZ LES PATIENTS ET LES MÉDECINS

Lynn MARINACCI  
Catherine GARNIER  
Martine QUESNEL

La question du temps intervient dans le rapport à la mort que l'on cherche à retarder, mais aussi dans le rapport à la maladie et à la souffrance que l'on veut prévenir. Dans le cas du médicament, le temps se module en de multiples rythmes qui vont des médicaments à effet immédiat dans le cas d'interventions urgentes (maladies cardiaques) à l'action prolongée de certains médicaments (douleurs). La question de la temporalité s'inscrit au cœur même de la relation patient/médecin, dans la persistance de l'adhésion au traitement et du temps d'action du médicament, critère par lequel on juge de son efficacité. Peu d'études ont porté sur une étude comparative des patients et des médecins quant à ces dimensions temporelles et la perception qu'ils peuvent s'en faire. Le présent chapitre traitera des principaux résultats d'une étude que nous avons menée en collaboration avec le Collège des médecins du Québec (Garnier *et al.*, 2005) auprès de

14 médecins et 28 patients au sujet des systèmes de représentations sociales liées à la prescription et l'observance de trois types de médicaments : les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antidépresseurs. Le choix de ces classes se fonde sur le fait qu'ils posent des problèmes de surprescription et de consommation inadéquate mais aussi parce qu'ils sont fortement contrastés sur le plan de la durée d'utilisation et des pathologies qui leur correspondent. Bien que cette étude ne visait pas au départ l'étude de la dimension temporelle du médicament chez les patients, les résultats obtenus montrent que cette dimension s'enracine dans le système représentationnel du médicament, en particulier chez les femmes.

Après avoir dégagé les perspectives théoriques de la problématique portant sur la dimension temporelle du médicament et son rôle dans la relation médecin-patient, nous présenterons la méthodologie de recherche utilisée dans le cadre de l'étude avant de présenter les résultats qui apportent un nouvel éclairage sur la façon dont s'expriment les représentations du médicament et plus précisément les systèmes de représentations sociales liées à la prescription et l'observance des trois types de médicaments (les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antidépresseurs) à travers les discours des patients et des médecins qui ont accepté de participer à l'étude.

## **1. LA DIMENSION TEMPORELLE DU MÉDICAMENT ET SON RÔLE DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT**

La dimension temporelle du médicament s'avère importante en recherche clinique, car on vise à en évaluer la durée d'absorption, la durée des effets, etc. Le temps est aussi considéré comme un indicateur de la qualité du travail des médecins (Sogaard *et al.*, 2000). Toutefois, en sciences médicales et en sciences sociales, c'est le respect de la durée du traitement médicamenteux et en particulier les facteurs d'observance et d'inobservance ainsi que la relation médecin/patient qui ont davantage retenu l'attention des chercheurs.

Parmi les facteurs qui interviennent dans la consommation de médicaments, l'observance ou non des patients de la prescription a donné lieu à une littérature importante (Vermeire *et al.*, 2001) et plusieurs auteurs ont souligné les effets néfastes de l'inobservance de la prescription (Demyttenaere *et al.*, 2001 ; Vermeire *et al.*, 2001), pouvant atteindre un

taux de plus de 40 % chez les personnes âgées. Il existerait une étroite relation entre l'observance, l'âge, la chronicité de la maladie et la multimédication (Billups *et al.*, 2000). Dans les études qui traitent des facteurs liés au patient ayant une incidence sur l'observance, on retrouve l'âge, le statut socio-économique et le niveau d'éducation des patients, l'historique médical du patient et le type d'assurance (Larrat *et al.*, 1990), les caractéristiques culturelles (Perez et McPherson, 2000), les facteurs psychologiques (Singh *et al.*, 1996) et particulièrement l'anxiété (Betancourt *et al.*, 1999). Par ailleurs, le type de médicament aurait une plus grande incidence sur l'observance que le sexe et l'âge (Larrat *et al.*, 1990). De son côté, Grob (1992) note que l'inobservance de la prescription d'antibiotiques serait étroitement liée à quatre facteurs : le patient, le médecin, la sévérité de la maladie et la durée du traitement ; elle résulterait d'une interaction négative entre ces quatre facteurs. D'après Roose (2003) les préoccupations du médecin en regard de la tolérance et de la sécurité de la médication prescrite constituent un facteur caché pouvant influencer l'observance du patient. Pour Demyttenaere (2003), l'attitude du médecin envers la médication serait importante en regard à l'observance du patient, mais la relation médecin-patient, incluant le temps que le médecin prend pour expliquer la durée attendue du traitement et les effets secondaires possibles, serait également un facteur clé. Selon Betancourt *et al.* (1999), l'observance est un comportement complexe déterminé par une variété de facteurs, soit des facteurs socio-économiques, individuels, familiaux et culturels.

Delgado (2000) précise que l'inobservance est un phénomène multifactoriel et il ajoute à cette longue liste de facteurs, les croyances relatives à la maladie, aux effets secondaires et à l'efficacité du traitement. De nombreux travaux traitent aussi des facteurs liés au rôle des praticiens à l'égard de l'observance. Parmi les facteurs qui affectent les stratégies utilisées par le médecin relativement à l'observance, on relève les contraintes temporelles et économiques, l'étendue des connaissances médicales et la difficulté de traitement des données cliniques. La modélisation de la relation patient-médecin a fait l'objet de nombreuses propositions qui tendent à démontrer le caractère multidimensionnel de cette relation. De la typologie trimodale (« actif-passif », « guide-coopérant » et « participation mutuelle ») proposée dans les années 1950, on est passé à un modèle « biopsychosocial » dans les années 1970 pour ensuite incorporer des dimensions culturelles, éthiques, pragmatiques, contextuelles et subjectives (Kreps, 1996).

Le contexte culturel et social dans lequel s'inscrit la dynamique interactionnelle patient-médecin a également fait l'objet de plusieurs recherches tant dans le champ de l'anthropologie médicale que clinique qui ont porté une attention particulière à différentes problématiques relatives à la surprescription et à la surconsommation soit en santé préventive, soit dans le contexte clinique de la pratique médicale (Kushner, 1981). Certains auteurs considèrent ainsi que la relation patient-médecin joue un rôle primordial dans l'observance (Demyttenaere, 2003 ; Cruz et Pincus, 2002 ; Ankri *et al.*, 2002 ; Vermeire *et al.*, 2001), en particulier le caractère asymétrique de la relation patient-médecin (Northouse et Northouse, 1992),

Le médecin fait partie d'une interaction complexe qui implique une prise en compte des attentes et des perceptions mises en jeu entre lui et son patient, ce qui dépasse la situation dite objective généralement traitée. Ainsi, différents auteurs ont montré que l'issue de l'interaction entre le patient et le médecin dépend des codes et des perceptions différentes de l'un et de l'autre. Selon Makoul *et al.* (1995), ce sont les perceptions qui fondent la communication autant chez les patients que chez les médecins. Dans ce cas, les partenaires s'influencent mutuellement en dégageant ce qui leur permet de communiquer avec l'autre mais aussi en préservant les éléments essentiels au maintien de leur rôle respectif. Cette observation se trouve particulièrement bien documentée en ce qui a trait à la dépression. Dans tous les cas, on mentionne le rôle que peut jouer la communication entre le médecin et le patient dans l'adhésion et donc le succès du traitement de la dépression. De son côté, Tsouyopoulos (1994) explique ces différences perceptuelles patient-médecin par le fait que le groupe d'appartenance régit les codes utilisés pour interpréter les symptômes et les conséquences des maladies. D'autres recherches mettent l'accent sur l'importance des croyances et des facteurs socioculturels (Betancourt *et al.*, 1999) et l'utilisation du support social (Cameron, 1996) dans une démarche d'interprétation de la construction des conceptions de la santé et de la maladie. L'ajustement entre les codes du patient et du médecin pour parvenir à une vision commune de la maladie est quelquefois rendu très difficile car selon Cacioppo *et al.* (1989), il faut tenir compte des variations intra et inter-individuelles en raison des sources de distorsions cognitives et sociales de l'expérience de la maladie. Les questions reliées à la prescription et à l'observance peuvent ainsi apparaître comme un phénomène de civilisation (Aballea, 1987), auquel participent les représentations sociales des patients et des médecins. Celles-ci ont un caractère polymorphe étant à la fois une

instrumentation plus ou moins symbolique des transactions entre les individus dans la société, une construction subissant des contraintes spécifiques dans le champ de la science et une dimension propre du processus de recherche (Robert et Garnier, 2003). Elles sont définies à l'origine par Moscovici (1961) comme étant un savoir de « sens commun », des « systèmes de valeurs, de notions et de pratiques » (Moscovici, 1969, p. 11) formés d'images, de symboles et de concepts socialement partagés et reflétant l'ancrage des individus dans leur environnement (Moscovici, 1961 ; Doise, 1986). Les représentations sociales sont diversement associées par les groupes, suivant l'environnement où prennent place les médicaments et selon leur articulation aux divers objets et leurs représentations dans des systèmes représentationnels (Garnier, 2005). La perspective ouverte par ces travaux nous a donc conduits, dans le présent texte, à éviter les représentations sociales des patients et des médecins liées à la prescription et l'observance des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs

## 2. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de recherche utilisée, est un devis souple inspiré du devis mixte décrit par Creswell (1994) qui comporte deux phases successives et complémentaires de collecte des données, soit des entrevues exploratoires auprès de patients et de médecins qui ont permis la construction d'un questionnaire adapté à chacune de ces populations. Ce devis ainsi que les instruments de mesure ont été validés au cours de séances de travail réalisées avec le Collège des médecins du Québec et une association de patients lors du démarrage du projet de recherche (Garnier *et al.*, 2005).

Le canevas d'entrevues des patients et des médecins s'articulait autour de cinq thématiques, soit : 1) la pratique des médecins et la relation thérapeutique ; 2) l'observance et la consommation inappropriée des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs ; 3) la prescription pour les femmes et les personnes âgées ; 4) le diagnostic et le traitement ; 5) les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients. Le questionnaire traitait des mêmes thématiques auxquelles s'ajoutaient des épreuves d'association de mots lesquelles sont utilisées par plusieurs auteurs dans le champ des représentations sociales (Abric, 1994 ; Doise *et al.*, 1992). Il s'agit, pour chacun des participants, d'inscrire trois mots qu'ils associent spontanément à cinq mots inducteurs : médicament, antibiotique, anti-inflammatoire, antidépresseur, souffrance.

## 2.1. L'ÉCHANTILLONNAGE DES MÉDECINS ET DES PATIENTS

L'échantillonnage des 14 médecins (5 femmes, 9 hommes dont l'âge variait entre 38 et 57 ans) qui ont participé aux entrevues a été réalisé de façon à explorer le plus largement possible les différents types de pratiques éducatives et de prescription susceptibles d'être concernées par les problèmes de prescription des trois types de médicaments ciblés dans le cadre de cette étude (antibiotiques, anti-inflammatoires et antidépresseurs), tout en recherchant une diversité des pratiques éducatives liées à la prescription suivant le type de spécialité (omnipraticien ou spécialiste), le sexe (homme, femme) et le lieu de pratique (Centres locaux de services communautaires (CLSC), milieu hospitalier, pratique privée dans la province de Québec). Pour ce faire, une technique référentielle, soit la « technique d'échantillonnage en boule de neige ou par réseaux » (Beaud, 1997) a été utilisée. Il s'agit d'une démarche dans laquelle le premier médecin de l'échantillon de départ de la boule de neige, référé par un des membres de l'équipe de recherche réfère à son tour deux médecins dont le type de pratique (de prescription ou éducative) lui semblait être tout à fait similaire à la sienne, ainsi que deux médecins dont le type de pratique lui semblait tout à fait différente de la sienne. Cette démarche est répétée jusqu'à la saturation des données. L'échantillonnage des 28 patients (14 femmes, 14 hommes) qui ont participé aux entrevues a été effectué avec le concours de deux associations de patients qui étaient concernées par la problématique liée aux trois médicaments étudiés, soit les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antidépresseurs. La moitié des patients était âgée de 40 ans à 54 ans, avait un diplôme d'études universitaires et travaillait dans le domaine des affaires, du commerce et de la vente ou dans le secteur de bureau et de l'informatique.

Pour le questionnaire comportant une épreuve d'association de mots, la détermination de la population des médecins a été constituée, de concert avec le Collège des médecins du Québec, à partir d'une liste de 800 médecins omnipraticiens et spécialistes (chirurgiens orthopédistes, rhumatologues, psychiatres, pédiatres) choisis aléatoirement dans la région métropolitaine de Montréal à partir des banques de données fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les critères d'échantillonnage de la population des médecins ont été établis en fonction de variables disponibles dans les bases de données existantes : le sexe, le type de pratique (avec ou sans rendez-vous) et le milieu de pratique (Centre hospitalier, pratique privée, CLSC). À ces critères de sélection s'ajoutent aussi deux autres conditions : 1) tous les médecins devaient être susceptibles de prescrire

l'un des trois types de médicaments ciblés dans le cadre de la présente étude (antidépresseurs, antibiotiques et anti-inflammatoires) ou du moins 2) directement concernés ou sollicités à prescrire régulièrement un ou l'autre de ces trois médicaments dans le cadre de leur pratique médicale. Tous les médecins ont été inclus à l'exception de ceux n'exerçant plus pour cause de maladie, les médecins retraités ou les médecins qui ne pratiquaient plus dans la province de Québec et dont le nom apparaissait sur la liste envoyée par le Collège des médecins. À partir de ces différents critères d'échantillonnage, l'envoi du questionnaire a été effectué par l'entremise du Collège des médecins du Québec à 787 médecins omnipraticiens et spécialistes répartis dans les différentes régions de la province de Québec. Ainsi, un total de 223 médecins sur 787 a répondu au questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 28,3 %. Cet échantillon comporte plus de médecins de sexe masculin (66 %) que de sexe féminin (34 %) et d'omnipraticiens (77 %) que de spécialistes (23 %) (ces taux étant représentatifs de l'échantillonnage fait par le Collège des médecins du Québec lors de l'envoi des questionnaires en ciblant tous les médecins situés dans la région de Montréal et de ses environs susceptibles de répondre aux critères de sélection mentionnés précédemment). Quant aux patients, la distribution des questionnaires s'est effectuée en collaboration avec cinq organismes et associations de patients qui ont diffusé sur leur site web et par l'entremise de courriels envoyés à leurs membres et à d'autres associations, l'information concernant cette recherche et la possibilité de participer en remplissant le questionnaire. Les 104 patients qui ont rempli le questionnaire ont pour la plupart entre 41 et 60 ans (51 %) et sont principalement de sexe féminin (70 %). Par ailleurs, l'échantillon se répartit en deux classes assez semblables pour ce qui est de l'occupation: 45 % travaillaient et 55 % étaient inactifs, (la majorité des patients de 60 ans et plus étant à la retraite et le reste inactif ou en congé de maladie).

## **2.2. LES ANALYSES DES ENTREVUES ET DES ÉPREUVES D'ASSOCIATIONS DE MOTS**

L'analyse des représentations sociales visant la mise à jour de principes organisateurs communs à un groupe, les analyses qui ont été retenues sont la classification descendante hiérarchique (CDH) en ce qui concerne les corpus d'entrevues et l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) pour ce qui est des associations de mots obtenues dans les questionnaires (Doise *et al.*, 1992).

Les corpus d'entrevues ont été analysés à l'aide du logiciel ALCESTE (Analyse des lexèmes cooccurrents dans un ensemble de segments de textes) qui permet d'obtenir une classification des classes de discours en fonction d'un chi-deux d'association, dans lequel intervient le nombre d'unités de contexte élémentaire (UCE), lesquelles représentent la plus petite unité statistique définissable qui peut correspondre à un mot, une expression ou un segment de texte. Leur chi-deux d'association est calculé en fonction du nombre d'unités de contexte élémentaire de la classe considérée, le nombre d'unités de contexte élémentaire où le mot est présent et le nombre d'unités de contexte élémentaire de la classe où le mot est présent (Reinert, 2003).

Pour ce qui est des associations de mots, l'analyse factorielle des correspondances multiples est une technique de décomposition du chi-deux en facteurs linéaires et la valeur propre ou l'inertie extraite par le facteur permet d'apprécier les valeurs les plus impliquées dans la mesure du chi-deux. Le concept d'inertie est fondamental dans l'analyse factorielle des correspondances car le nuage de points formé par les données que l'on veut décrire ne s'étend pas uniformément dans toutes les directions en raison des relations qui s'établissent entre les lignes et les colonnes regroupant les données. Un système de repère orthogonal plus avantageux, qui s'appuie sur la géométrie vectorielle, est utilisé pour repérer dans un nuage de points (coordonnées sur plusieurs dimensions des données dans un espace vectoriel), la représentation la plus fidèle possible d'une structure de données à plusieurs dimensions. On en a calculé le profil moyen, soit le centre de gravité du nuage, qui maximise l'inertie du nuage de points. Du centre de gravité du nuage, on décompose l'inertie (dispersion projetée) totale du nuage comme la somme de l'inertie parallèle et de l'inertie perpendiculaire. Le premier axe factoriel est la ligne pour laquelle l'inertie parallèle est maximale. Le second axe factoriel sera, parmi toutes les droites orthogonales, celle pour laquelle la dispersion projetée (inertie) du nuage comme complément orthogonal est maximale. De façon formelle, l'inertie est la somme pondérée de la distance du chi-deux entre chaque profil d'individus et le profil moyen. Ainsi, plus l'inertie est grande et plus grande sera l'association lignes et colonnes de données.

### **3. LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DU DISCOURS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS EN FONCTION DE LA DIMENSION TEMPORELLE**

Les corpus d'entrevues des médecins et des patients ont été soumis à plusieurs étapes d'analyses à l'aide du logiciel ALCESTE: étape 1) les corpus entiers des patients et des médecins; étape 2) les corpus entiers des patients; étape 3) les sections thématiques issues des corpus entiers des patients; étape 4) les corpus entiers des médecins; étape 5) les sections thématiques issues des corpus entiers des médecins.

#### **3.1. LA TEMPORALITÉ DANS LES CLASSES DE DISCOURS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS**

La première étape de l'analyse, soit celle qui a été réalisée sur l'ensemble des corpus des deux populations de patients et de médecins, a produit quatre classes de discours: les maladies affectives du point de vue du médecin, la dépression du point de vue du patient, la prescription dans la relation médecin-patient et enfin, les effets secondaires et les coûts des médicaments. La dimension temporelle est plus présente dans les classes de discours liées à la dépression, autant chez le médecin que chez le patient. Cette temporalité demeure donc une préoccupation commune aux patients et aux médecins mais elle s'exprime dans des registres différents. Ainsi, les préoccupations temporelles des patients concernent principalement celles entourant la durée de la maladie et du traitement alors que celles des médecins concerne les contraintes de temps qui jouent sur la visite médicale et sur l'établissement d'un diagnostic valable.

Chez le médecin, la temporalité caractérise davantage la dépression, les questions d'accompagnement de la part des différents acteurs sociaux auxquels le patient est lié, ainsi que le médicament et les phases de la maladie. La temporalité joue un rôle central par les différents termes qui la caractérisent autant que par l'importance fréquentielle de certains des termes utilisés, il s'agit d'un temps de rupture ou de continuité, rupture en identifiant le temps d'un changement, d'une émergence d'un phénomène plus ou moins soudain, continuité en utilisant les références des mois et des années. Du point de vue des patients cette double perspective est liée aux particularités de la dépression qui conduisent les patients à vivre dans cette double temporalité. Cette délimitation du champ par les patients s'actualise également en définissant d'une part, les phases successives de la maladie, ce qui ancre encore plus fortement le sentiment autour de la

double temporalité et, d'autre part, le médicament. Les phases de la maladie sont nommées par les termes manie, crise, (manie : chi-deux<sup>1</sup> = 43,62 ; crise : chi-deux = 42,45) et les transformations par les verbes sortir, rester, dormir (sortir : chi-deux = 43,49 ; rester : chi-deux = 35,56 ; dormir : chi-deux = 30,03).

### 3.2. LA TEMPORALITÉ DANS LES CLASSES DE DISCOURS DES PATIENTS

Lorsqu'on dissocie les patients des médecins, quatre classes de discours émergent de l'analyse des corpus entiers d'entrevues des patients : 1) le vécu relationnel et temporel de la dépression ; 2) la souffrance et les produits biochimiques ; 3) l'aspect clinique de la rencontre ; 4) les bases de la relation médecin-patient. Seule la classe de discours relative à la dépression renferme une dimension temporelle. Il s'agit d'un discours qui s'énonce en fonction des diverses formes de dépression et implique le temps et le rapport à la famille. En ce qui concerne le facteur temps, il est présent dans le cadre de la durée qui peut se présenter dans le temps annuel (an : chi-deux = 145,90) mais aussi peut désigner le moment du déclenchement de la maladie ou de l'épisode (moment : chi-deux = 72,55) ; il est aussi la description temporelle de la maladie à travers ses phases en épisode (épisode : chi-deux = 49,82). Ces formes variées de la dépression (dépressif : chi-deux = 52,85) sont articulées autour des aspects cycliques et s'énoncent en termes de manie (chi-deux = 87,53), de crise (chi-deux = 55,04), de creux («down» : chi-deux = 35,92) et de rechute (retomber : chi-deux = 37,32).

L'analyse ALCESTE, réalisée sur des portions des entrevues portant sur des thèmes spécifiques tels que l'aspect clinique de la rencontre médecin-patient, les pratiques et la relation thérapeutique, les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients, révèle cinq classes de discours liées au temps. L'analyse du thème de l'aspect clinique de la rencontre médecin-patient a fait émerger une classe de discours qui s'articule autour des différents aspects du plan spatial, social et temporel de la rencontre

---

1. Le logiciel Alceste opère un classement des mots du corpus en fonction de leur fréquence d'occurrence et construit un «tableau lexical entier». Le chi-deux est un indicateur de la distance (c'est-à-dire de la proximité ou du taux de liaison) entre les éléments du tableau caractérisant le degré de liaison entre le mot et la classe. Plus le chiffre est élevé, plus la liaison entre le mot et la classe est forte. (Robin, 2003). Les mots retenus dans les résultats sont ceux ayant les chi-2 les plus élevés, donc ceux étant les plus représentatifs de chaque classe.

clinique médecin-patient. Au plan temporel, les préoccupations des patients tournent autour de la durée et du délai d'attente qu'impose la rencontre médecin-patient (minute : chi-deux = 88,15 ; demi-heure : chi-deux = 53,60 ; heure : chi-deux = 42,83 ; attente : chi-deux = 67,06 ; horaire : chi-deux = 47,81). Sur ce même thème, l'analyse a aussi fait émerger une autre classe de discours présentant une dimension temporelle. Il s'agit d'une classe de discours dans laquelle les patients réfèrent au dosage des médicaments et aux conditions temporelles de la maladie. Le dosage (chi-deux = 56,88) est le trait qui figure le premier mais qui se distingue peu des conditions temporelles et auxquelles on trouve des allusions au médicament. Ces conditions s'expriment, d'une part, dans la durée en terme de mois (chi-deux = 56,78), semaine (chi-deux = 41,21) et matin (chi-deux = 20,49) mais aussi par des verbes d'action qui décrivent des événements intervenant au démarrage ou pour interrompre la durée de la maladie ou du traitement généralement médicamenteux (revenir : chi-deux = 22,46 ; revenu : chi-deux = 20,49 ; revoir : chi-deux = 20,49 ; quitter : chi-deux = 20,49 ; congé : chi-deux = 36,00 ; arrêter : chi-deux = 18,16).

Le discours des patients sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique concerne l'attention particulière que le médecin, en raison de la souffrance des patients, doit donner tout au long de sa relation avec celui-ci. De plus, dans le déroulement du diagnostic, la temporalité (temps chi-deux = 12,84) est soulignée comme une nécessité. Sur le thème du diagnostic et du traitement, le discours des patients porte plus spécifiquement sur le rapport au temps concernant une classe spécifique de médicaments, les anti-inflammatoires. Ici, le facteur temps réfère à l'expérience de la chronicité de la douleur (fois : chi-deux = 19,94 ; moment : chi-deux = 5,35 ; expérience : chi-deux = 4,69). Il s'agit d'une classe centrée sur l'effet du médicament dans le temps, les traitements impliquant autant une durée qu'un commencement. Quant au thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients, la dimension temporelle du discours des patients met en scène l'univers de la psychiatisation. Le fait d'être référé (chi-deux = 47,51) est étroitement lié à la notion de tabou (chi-deux = 40,61), de santé mentale (fou : chi-deux = 20,13 ; maniaco : chi-deux = 21,41 ; dépressif : chi-deux = 17,50) auxquels s'ajoute la réminiscence d'un vécu (chi-deux = 9,83). Dans ce vécu de la dépression, les dimensions temporelle et relationnelle apparaissent importantes. La maladie évoluant souvent de façon cyclique, le temps s'exprime en termes de durées (année : chi-deux = 67,07 ; mois : chi-deux = 57,09 ; dernier : chi-deux = 37,97 ; an : chi-deux = 18,57) qui se reflètent dans les actions (passer : chi-deux = 28,76 ;

occuper: chi-deux = 19,80; vivre: chi-deux = 16,67; rester: chi-deux = 22,73 et laisser: chi-deux = 11,38) impliquant l'entourage immédiat (couple: chi-deux = 28,76; sœur: chi-deux = 29,89; père: chi-deux = 12,81).

### 3.3. LA TEMPORALITÉ DANS LES CLASSES DE DISCOURS DES MÉDECINS

Les résultats de l'analyse des corpus entiers d'entrevues des médecins révèlent deux classes de discours liées au temps: 1) la médicalisation et la relation médecin-patient; 2) les patients et la dépression. La dimension temporelle liée à la médicalisation et à la relation médecin-patient prend la forme du temps associé à l'essai du traitement médicamenteux (médicament: chi-deux = 52,08; prescription: chi-deux = 21,80; temps: chi-deux = 21,57; essayer: chi-deux = 17,52; fois: chi-deux = 16,29), à l'échange (dire: chi-deux = 14,08; demander: chi-deux = 11,69) et à l'action (prendre: chi-deux = 29,35; aller: chi-deux = 11,84; mettre: chi-deux = 11,55). Quant au discours des médecins sur la dépression (dépressif: chi-deux = 75,28), le temps (année = 46,48) y est plus étroitement associé qu'à l'épuisement («*burn out*»: chi-deux = 29,56). Le temps entretient des liens plus étroits avec la maladie (chi-deux = 56,26) et la santé (chi-deux = 52,46) qu'avec les facteurs associatifs de la dépression (hormones: chi-deux = 35,53; thyroïde: chi-deux = 23,61). La dimension temporelle de la dépression est légèrement plus associée aux femmes (chi-deux = 82,44) qu'aux hommes (chi-deux = 65,70) ainsi qu'aux aspects relationnels (chez-moi: chi-deux = 47,54; parler: chi-deux = 44,82).

L'analyse effectuée sur trois thèmes spécifiques (observance du traitement médicamenteux, diagnostic, éducation du patient) des entrevues des médecins a fait émerger trois classes de discours comportant une dimension temporelle. Concernant le thème du respect de la durée du traitement, la dimension temporelle (durée: chi-deux = 60,86; long: chi-deux = 45,65; temps: chi-deux = 23,84; terme: chi-deux = 28,46) est fortement associée à l'arrêt (chi-deux = 106,52) du traitement (chi-deux = 61,09) en raison principalement des effets secondaires (effet: chi-deux = 88,16; secondaire: chi-deux = 65,73; mauvais: chi-deux = 33,25). Le discours des médecins sur l'observance révèle qu'il s'agit d'un thème important pour eux (important: chi-deux = 41,40; respecter: chi-deux = 22,63; complet: chi-deux = 22,64) en raison des bénéfiques (chi-deux = 24,31) escomptés du traitement médicamenteux, particulièrement dans le cas des antibiotiques (chi-deux = 20,59).

Le temps (temps: chi-deux = 27,28; minute: chi-deux = 5,02) constitue un des éléments du discours ayant le chi-deux d'association parmi les plus élevés de la classe de discours des médecins sur le thème du diagnostic. Cet acte, qui exige du temps, semble se situer au cœur de la relation patient-médecin (médecin: chi-deux = 29,98; patient: chi-deux = 13,61; psychiatre: chi-deux = 7,53; prendre: chi-deux = 10,87; personne: chi-deux = 7,08; clinique: chi-deux = 6,04; nécessaire: chi-deux = 4,69; information: chi-deux = 8,37; parler: chi-deux = 4,69). Le discours des médecins sur le thème de l'éducation (chi-deux = 18,25) du patient (chi-deux = 16,52) est plus fortement lié à la demande des patients (chi-deux = 36,38) qu'à l'expérience du médecin (chi-deux = 5,25).

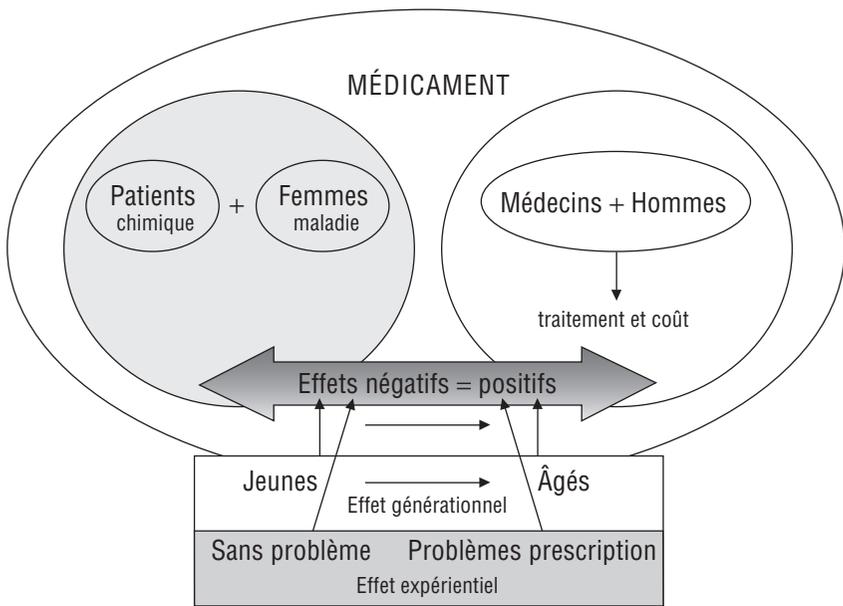
#### **4. LA DIMENSION TEMPORELLE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES**

Les résultats des analyses factorielles des correspondances multiples réalisées sur les mots associés par les patients et les médecins à la notion de médicament, à des médicaments spécifiques (antibiotiques, anti-inflammatoires, antidépresseurs) et à la souffrance montrent que la dimension temporelle participe à la structure des représentations sociales par leur segmentation générationnelle et expérientielle. Tel qu'on peut le voir dans le schéma suivant, une différenciation représentationnelle en fonction, par ordre d'importance, du sexe, du statut et de l'âge, a également mis en évidence la proximité des représentations des patients et des femmes ainsi que celles des médecins et des hommes sur les trois mots associés au médicament. De plus, la distance entre les patients et les femmes s'est avérée plus grande que celle séparant les médecins des hommes. Pour ce qui est de la représentation spécifique des patients liée au mot médicament, elle est liée à la notion d'opposition au médicament et à la nature chimique du produit alors que les femmes réfèrent davantage à la maladie. Les représentations des médecins et des hommes diffèrent sur les trois plans factoriels et ils se rapportent aux divers aspects du traitement, à la posologie et aux coûts. Les effets nuisibles (dépendance, opposition, effets secondaires, surutilisation) sont apparus aussi importants que les effets bénéfiques (soulagement, guérison, miracle, efficacité, utilité) dans la représentation globale du médicament.

La segmentation générationnelle s'exprime, lors de l'analyse de toutes les associations de mots, par l'existence d'un deuxième facteur qui oppose une représentation technique orientée sur la cible du médicament

qui est partagée par les jeunes à une représentation critique et évaluative ralliant leurs aînés. L'effet expérientiel de prescription accompagne l'effet générationnel car il modifie la représentation du médicament dans les analyses des deuxième et troisième mots associés à la notion générale de médicament. À l'examen des objets de représentation les plus associés aux classes d'âges par leur proximité sur les plans factoriels, on note une dimension critique chez les plus jeunes sujets (37 ans et moins : surutilisation-mésusage ; 38-47ans : effets secondaires) qui s'estompe progressivement chez les sujets plus âgés (48-57 ans : posologie, indication ; 58 ans et + : nécessité, miracle).

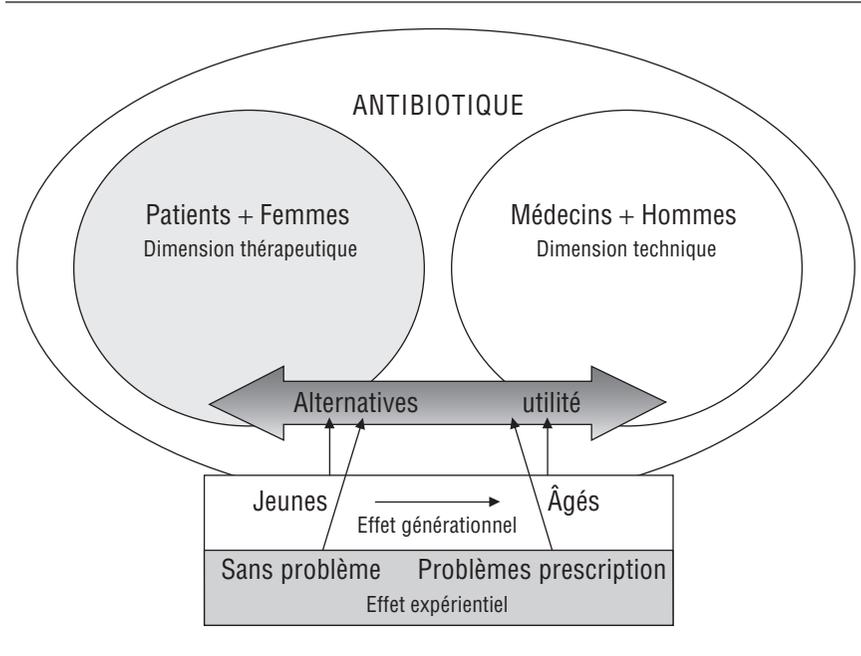
Figure 10.1  
Représentations sociales du médicament



Quant aux représentations de médicaments spécifiques, les résultats des AFCM réalisés sur les mots associés aux antibiotiques ont surtout mis en évidence la divergence des représentations en fonction du statut médecin-patient, du sexe ou de l'âge. De plus, les femmes et les patients se caractérisent par un univers représentationnel plus étendu et davantage marqué par la dimension thérapeutique de l'antibiotique (guérison, soulagement,

pneumonie, otite, résistance, chimique, dangereux) que celui des hommes et des médecins, plutôt axé sur la dimension technique de l'antibiotique (posologie, observance, effets secondaire). Ces représentations sont aussi caractérisées par un nombre plus limité d'objets de représentations que ceux associés aux autres médicaments. Une divergence des représentations en fonction de l'âge s'observe aussi sur le second facteur. L'effet générationnel s'exprime plus fortement au second facteur selon que les participants avouent éprouver des problèmes en matière de prescription, les plus âgés, alors que les jeunes indiquent n'avoir aucun problème en ce qui a trait aux prescriptions.

Figure 10.2  
Représentations sociales de l'antibiotique



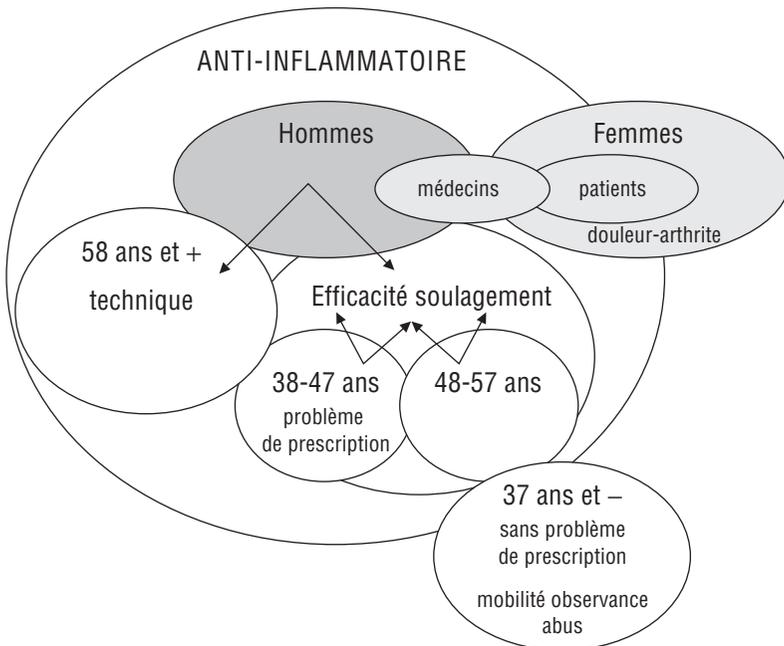
Les représentations de l'anti-inflammatoire diffèrent beaucoup plus selon le sexe et l'âge que le statut patient-médecin, lequel n'est discriminatoire que sur le premier facteur. On observe toutefois la même proximité des patients et des femmes qui associent ce médicament à la douleur (l'arthrite et l'arthrose) et qui se distinguent des médecins et des hommes. Ces deux derniers groupes partagent une conception axée, dans le cas

des anti-inflammatoires, sur les effets secondaires, la tolérance, l'efficacité et le soulagement. Il demeure toutefois que la modalité liée à la représentation de l'anti-inflammatoire qui s'est distinguée comme étant la plus contributive à la formation des axes factoriels demeure l'efficacité et le soulagement.

Par ailleurs, les anti-inflammatoires jouissent, du point de vue générationnel, d'un statut différent des autres médicaments. De fait, le deuxième facteur des analyses départage exceptionnellement toutes les modalités relatives à l'âge. Les deux premiers mots associés par les sujets aux anti-inflammatoires concernent les sujets les plus jeunes (37 ans et moins, 38 à 47 ans) alors que la troisième association de mots se réfère aux sujets plus âgés (48 à 57 ans, 58 ans et plus). Ainsi, les sujets âgés de 37 ans et moins n'éprouvent pas de problème de prescription et se rassemblent, lorsqu'il s'agit des anti-inflammatoires, autour des notions de mobilité des articulations, de durée d'observance et d'abus. Sur le plan inverse, leurs aînés

Figure 10.3

Représentations sociales de l'anti-inflammatoire



immédiats (38 à 47 ans) éprouvent des problèmes de prescription mais ne partagent pas de vision commune de l'anti-inflammatoire à la première association de mots. Cette vision commune des 38-47 ans n'apparaît qu'à la seconde association de mots et elle repose sur l'efficacité et le soulagement. Les sujets les plus âgés se réfèrent aux notions de traitement et de posologie ainsi que d'effets secondaires et de tolérance lorsqu'il est question d'anti-inflammatoires. Ceux qui les précèdent (48 à 57 ans) se rassemblent autour de la notion d'efficacité et de soulagement. Par ailleurs, l'expérience de prescription n'apparaît pas aussi déterminante que pour la représentation de l'antidépresseur bien qu'elle s'associe encore ici aux deux classes de sujets plus jeunes.

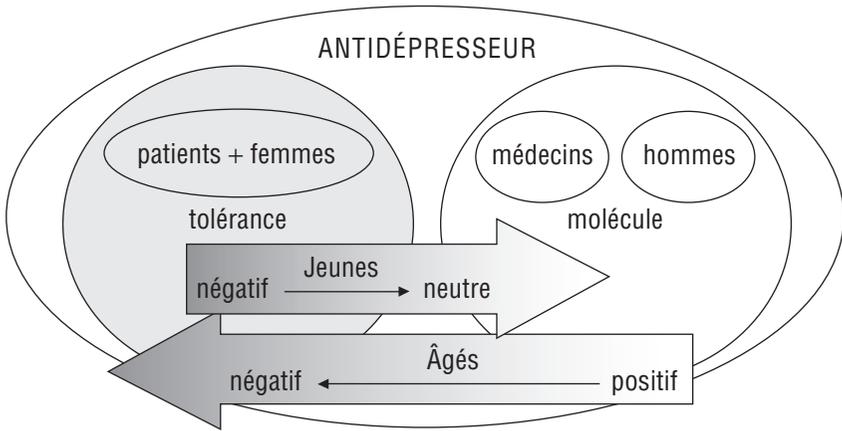
La représentation de l'antidépresseur, comme pour les analyses précédentes, diffère selon le statut et le sexe mais elle est plus marquée en fonction de l'âge pour le second facteur. L'expérience de prescription semble aussi déterminante pour la représentation de l'antidépresseur. On peut retenir que de façon générale, les jeunes n'ont pas de problème avec la prescription et ils se représentent d'abord l'antidépresseur à partir de sa dimension négative (effets secondaires) pour ensuite passer à une dimension technique plus neutre (symptômes de la dépression, observance et durée). Leurs aînés immédiats (38-47 ans) éprouvent des problèmes avec la prescription et empruntent la trajectoire inverse dans laquelle la représentation semble formée d'antagonismes : les facteurs positifs émergent dans les premières évocations (facteurs explicatifs, soulagement, efficacité et facteurs causaux) pour se terminer par des évocations plus négatives (préjugés, coûts, dépendance). On peut aussi considérer que les représentations des classes d'âge supérieures (48-57 ans et 58 ans et plus), n'étant pas significatives, ne sont pas homogènes lorsqu'il est question d'antidépresseur. Quant au départage patients-femmes et médecins, hommes, il demeure constant jusqu'ici dans toutes les analyses. Il faut toutefois noter que la représentation des hommes et des médecins, laquelle se concentre sur la molécule, n'est commune que sur le premier facteur. Ainsi, les femmes et les patients éprouvent plus d'affinités dans la représentation de l'antidépresseur que les médecins et les hommes. La tolérance demeure la modalité la plus conjointe aux patients et aux femmes, sa contribution à l'inertie étant la plus fortement significative.

La représentation de l'antidépresseur diffère également en fonction de l'âge pour le second facteur. L'expérience de prescription semble aussi déterminante pour la représentation de l'antidépresseur. On peut retenir que de façon générale, les jeunes n'ont pas de problème avec la prescription

et ils se représentent d'abord l'antidépresseur à partir de sa dimension négative (effets secondaires) pour ensuite passer à une dimension technique plus neutre (symptômes de la dépression, observance et durée). Leurs aînés immédiats (38-47 ans) éprouvent des problèmes avec la prescription et empruntent la trajectoire inverse dans laquelle la représentation semble formée d'antagonismes : les facteurs positifs émergent dans les premières évocations (facteurs explicatifs, soulagement, efficacité et facteurs causaux) pour se terminer par des évocations plus négatives (préjugés, coûts, dépendance). On peut aussi considérer que les représentations des classes d'âge supérieures (48-57 ans et 58 ans et plus), n'étant pas significatives, ne sont pas homogènes lorsqu'il est question d'antidépresseur.

Figure 10.4

Représentations sociales de l'antidépresseur

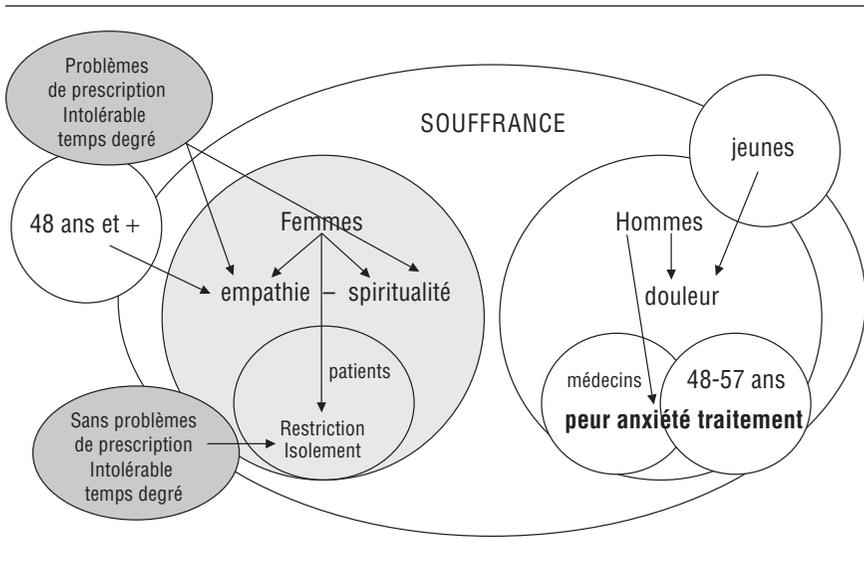


Quant à la représentation de la souffrance, elle apparaît beaucoup moins stable que la représentation des médicaments et particulièrement pour le second facteur où les modalités significatives s'organisent autour de la variable liée au genre à la première association de mots, la variable expérientielle à la seconde association de mots et à l'âge à la troisième association de mots. La représentation masculine de la souffrance est axée sur le concept de douleur alors que la représentation féminine porte sur les notions de restriction, d'isolement, d'empathie et de spiritualité. Par ailleurs, les patients, tout comme les femmes, partagent une vision de la

souffrance étroitement associée à la restriction et à l'isolement. Les médecins, les hommes et les sujets âgés de 48 à 57 ans associent la douleur aux aspects psychologiques (peur, anxiété) ainsi qu'à la notion de traitement. La représentation des sujets sans expérience d'application problématique de la prescription rejoint celle des femmes pour ce qui est de la restriction et de l'isolement en ajoutant la notion d'intolérable, de temps et de degré. La représentation des sujets qui partagent une expérience problématique de la prescription rejoint celle des femmes en ce qui a trait à l'empathie et à la spiritualité. Ce dernier thème rejoint aussi les sujets âgés de 48 ans et plus alors que celle des plus jeunes (37 ans et moins) se cristallise autour des notions de maladie physique et de douleur.

Figure 10.5

Représentations sociales de la souffrance



Ces résultats confirment le fractionnement occupationnel, sexuel et générationnel ainsi que la proximité des médecins et des hommes sur le plan représentationnel. Ils soutiennent également l'existence d'une représentation du médicament davantage orientée vers la cible pour ce qui est des patients et des femmes, plus technique pour les médecins, les hommes et les sujets les plus jeunes et une représentation plus critique et évaluative des sujets les plus âgés.

## **5. DISCUSSION ET CONCLUSION SUR LA DIMENSION TEMPORELLE DU RAPPORT DES FEMMES AU MÉDICAMENT**

Le rapport des femmes au médicament, du point de vue de sa dimension temporelle, semble s'arrimer, d'après les résultats des analyses des entrevues et des analyses factorielles des mots associés aux médicaments, dans la structure de leurs représentations sociales. En effet, bien que la dimension temporelle du médicament se dégage de l'analyse des entrevues des médecins et des patients par de nombreuses références au temps comportant un chi-deux d'association élevé, on ne retrouve pas, comme dans les associations de mots, une dimension temporelle particulière aux femmes.

Il faut aussi ajouter que la recherche ne visait pas originellement à étudier le rapport au temps des femmes mais plutôt les systèmes de représentations sociales liées à la prescription et l'observance des médicaments dans le cas des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs. L'étude des systèmes de représentations sociales permet de rendre compte des dynamiques qui marquent les rapports sociaux dans leur globalité. Pour parvenir à les étudier, les associations de mots sont utilisées parce que les représentations sociales sont objectivables ou figuratives en rendant concret ce qui est abstrait au moyen d'une image ou d'un symbole qui est incorporé, par un processus d'ancrage, à une catégorie familière tout en lui attribuant des usages et une efficacité (Doise et Palmonari, 1986). Elles sont aussi communicables et la notion de groupe demeure leur caractéristique essentielle. En effet, on ne peut parler de représentations sociales sans faire référence à un groupe car elles sont essentiellement communes à ce groupe. Dans le cas de l'étude sur les représentations sociales du médicament, les groupes qui émergent de l'analyse de la littérature concernant la dimension temporelle du médicament reposent essentiellement sur l'observance de la prescription dans le temps et sur le temps consacré à la relation médecin-patient, ce qui permet de distinguer deux groupes, les patients et les médecins.

Les résultats présentés précédemment montrent non seulement l'absence d'une construction commune du médicament mais, par l'analyse des processus de symbolisation et d'ancrage, des disparités telles qu'il semble plus indiqué de parler de systèmes représentationnels qui diffèrent selon l'évocation des médicaments et le groupe d'appartenance. En effet, tel qu'on peut le visualiser dans les schémas de la précédente section, la représentation sociale du médicament n'emprunte pas la même symbolique lorsqu'il est question du concept général que lorsqu'il est question de

médicaments spécifiques chez les groupes de sorte qu'on ne peut parler d'un système général du médicament englobant des sous-systèmes spécifiques. De plus les liens contextuels tels que l'expérience de prescription, ne s'expriment pas de la même façon entre les représentations des médicaments spécifiques et le concept général de médicament.

En comparant les systèmes représentationnels schématisés de la section précédente aux résultats des entrevues et des questionnaires, on peut confirmer la présence de deux systèmes représentationnels fondamentaux qui émergent des analyses, celui des patients et des femmes d'une part, système qui varie d'un médicament à l'autre et d'autre part celui des médecins et des hommes, axé plus fréquemment sur la dimension technique du médicament. De tous, c'est le système représentationnel de l'anti-inflammatoire qui semble se distinguer de tous les autres systèmes par sa structure générationnelle ainsi que par une structure plus homogène du champ symbolique davantage axée sur l'efficacité et le soulagement. Le système représentationnel relatif à l'antibiotique apparaît plus central chez le médecin tandis que celui de l'anti-inflammatoire semble plus important pour les patients. L'importance de la notion de souffrance dans le discours des patients et moindrement des médecins suggérait une structure beaucoup plus complexe du système représentationnel de la souffrance. Bien que plus complexe, ce système ne diffère pas totalement des autres systèmes représentationnels du médicament sauf bien entendu pour ce qui est des anti-inflammatoires.

Les systèmes représentationnels permettent de mieux cerner le rapport des femmes au médicament. Lorsqu'il s'agit de la notion générale de médicament, les femmes partagent une représentation axée sur la maladie et les effets négatifs du médicament qui se modifie en fonction du type de médicament. S'il s'agit d'antibiotiques, les femmes adoptent une vision plus positive en se centrant sur la dimension thérapeutique du médicament et ses alternatives alors que s'il s'agit d'antidépresseurs, les femmes se centrent davantage sur la notion de tolérance du médicament. Le système représentationnel lié à l'anti-inflammatoire permet de cerner un rapport tout à fait différent partagé par les femmes lorsqu'il s'agit de la douleur. Leurs représentations semblent se distinguer de celles de tous les groupes d'âge et demeure comme pour la notion générale de médicament, axées sur la maladie. Le système représentationnel de la souffrance offre des précisions supplémentaires quant au rapport des femmes à la douleur qui est marqué par l'empathie et la spiritualité. C'est par ailleurs le seul système qui montre une structure représentationnelle d'où la jeunesse

est absente et où les femmes se rapprochent des représentations des sujets les plus âgés et de ceux qui ont éprouvé des problèmes avec la prescription. L'ensemble des systèmes représentationnels montre que les femmes partagent, comme les jeunes, une vision plus critique du médicament sauf s'il s'agit de la douleur auquel cas, elles rejoignent les sujets les plus âgés. Ils permettent de conclure que le rapport des femmes au médicament ne peut se définir par un seul système représentationnel centré sur le médicament. Ce rapport des femmes apparaît essentiellement dynamique et ancré dans plusieurs systèmes représentationnels qui se transforment en fonction de la dimension temporelle et aussi du rapport des femmes à la douleur.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Aballea, F. (1987). *Le besoin de santé: les déterminants sociaux de la consommation*, Paris, Presses universitaires de France.
- Abric, J.-C. (dir.) (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses universitaires de France.
- Ankri, J., J. Collin, G. Pérodeau et B. Beaufils (2002). «Psychotropic drugs and elderly subjects: A similar problem in France and Quebec [Review of the Literature]», *Sciences sociales et Santé*, vol. 20, n° 1, p. 35-61.
- Beaud, P. (1997). *Sociologie de la communication*, Issy-les Moulineaux, Réseaux Communication.
- Betancourt, J.R., J.E. Carillo et R. Green (1999). «Hypertension in multicultural and minority populations: Linking communication to compliance», *Current Hypertension Reports*, vol. 6, n° 1, p. 482-488.
- Biber, D. (1996). «Investigating language use through corpus-based analyses of association patterns», *International Journal of Corpus Linguistics*, vol. 1, n° 2, p. 171-197.
- Billups, S.J., D.C. Malone et B.L. Carter (2000). «The relationship between drug therapy non compliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs», *Pharmacotherapy*, vol. 20, n° 8, p. 941-949.
- Cacioppo, J. et B. Anderson (1989). «Psychological analysis. Patient education», *Patient Education and Counseling*, vol. 13, n° 2, p. 257-270.
- Cameron, C. (1996). «Patient compliance: Recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, n° 2, p. 244-250.
- Courtial, J.-Pi. (1997). «La méthode des mots associés, outil d'analyse du changement social», *Histoire et Mesure*, vol. 12, n°s 3-4, p. 251-270.

- Creswell, J.W. (1992). *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods approaches*, Thousand Oaks, Sage.
- Cruz, M. et H.A. Pincus (2002). «Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment», *Psychiatric Services*, vol. 53, n° 10, p. 1253-1265.
- Delgado, L. (2000). «Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 61, suppl. 2, p. 6-9.
- Demyttenaere, K., P. Mesters, B. Boulanger, W. Dewe, M.-H. Delsemme, J. Grégoire et É. Van Ganse (2001). «Adherence to treatment regimen in depressed patients treated with amitriptyline or fluoxetine», *Journal of Affective Disorders*, vol. 65, n° 3, p. 243-252.
- Demyttenaere, K. (2003). «Risk factors and predictors of compliance in depression», *European Neuropsychopharmacology*, vol. 13, n° 3 (suppl.), p. 69-75.
- Doise, W. (1986). *Levels of Explanation in Social Psychology*, New York, Cambridge University Press.
- Doise, W., A. Clémence et F. Lorenzi-Cioldi (1992). *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Doise, W. et A. Palmonari (1986). *L'étude des représentations sociales*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- Erhardt, L.R. (1999). «The essence of effective treatment and compliance is simplicity», *American Journal of Hypertension*, vol. 12, n° 10, Pt2, p. 105S-110S.
- Garnier, C. (2005). «La chaîne des médicaments: lancement du programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments», *Cahiers du GEIRSO*, vol. 1, n° 1, p. 1-16.
- Garnier, C. et al. (2005). *Systèmes de représentations sociales liées à la prescription et à l'observance des médicaments: le cas des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs*, Rapport de recherche produit dans le cadre des demandes de subvention CQRS et CRSH Programme Grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments.
- Grob, P. (1992). «Antibiotic prescribing practices and patient compliance in the community», *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, Suppl. 83, p. 7-14.
- Kreps, G.L. (1996). «Communicating to promote justice in the modern health care system», *Journal of Health Communication*, vol. 1, n° 1, p. 99-109.
- Kushner, T. (1981). «Doctor-patient relationships in general practice – A different model», *Journal of Medical Ethics*, vol. 7, n° 3, p. 128-131.
- Larrat, P.E., A.H. Taubman et C. Willey (1990). «Compliance-related problems in the ambulatory population», *American Pharmacist*, vol. 30, n° 2, p. 18-23.
- Makoul, G., P. Arnston et T. Schofield (1995). «Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications», *Social Sciences Medicine*, vol. 41, n° 9, p. 1241-1254.

- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public : étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1969). «Préface», dans C. Herzlich (dir.), *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, p. 7-12.
- Northhouse, P.T. et L.L. Northouse (1992). *Health Communication : Strategies for Health Professionals*, Norwalk, Appelton et Lange.
- Perez, W.D. et H.A. Jr. McPherson (2000). «Providing culturally sensitive care to Hispanic patients in Arkansas», *Journal of Arkansas Medical Society*, vol. 96, n° 8, p. 312-314.
- Pommier, J.-L. (2004). «Des variables tensives inscrites dans le texte : une interprétation dynamique de l'A.F.C. dans l'analyse d'Alceste», 7<sup>e</sup> Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles,
- Reinert, M. (2003). «Le rôle de la répétition dans la représentation du sens et son approche statistique par la méthode ALCESTE», *Sémiotica*, vol. 147, nos 1-4, p. 389-420.
- Robert, S. et C. Garnier (2003). «Épistémologie de l'interdisciplinarité et représentations sociales : l'exemple du médicament», *Conférence interactive Université du Québec à Montréal et Université de Toulouse le Mirail, GEIRSO*, 6 mars.
- Robin, M. (2003). «Perception de l'espace résidentiel des mères de jeunes enfants : analyse textuelle du discours», *Recherches féministes*, vol. 16, n° 1, p. 97-119.
- Roose, S. (2003). «Compliance: The impact of adverse events and tolerability on the physician's treatment decisions», *European Neuropsychopharmacology*, vol. 13, suppl. 3, p. 85-92.
- Roter, D. (2000). «The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship», *Patient Education and Counseling*, vol. 39, n° 1, p. 5-15.
- Singh, N., C. Squier, C. Sivek, M. Wagener, M.H. Nguyen et V.L. Yu (1996). «Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: Prospective assessment with implications for enhancing compliance», *AIDS Care*, vol. 8, n° 3, p. 261-269.
- Sogaard, U.L.F., A. Lindhardt et T. Lindskov (2000). «Use of doctors' time as an indicator of quality», *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 4, p. 259-264.
- Tsouyopoulos, N. (1994). «Postmodernist theory and the physician-patient relationship», *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 15, n° 3, p. 267-275.
- Vermeire, É., H. Hearnshaw, P. Van Royen et J. Denekens (2001). «Patient adherence to treatment – Three decades of research: A comprehensive review», *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 26, n° 5, p. 331-342.

## TEMPS BIOLOGIQUE, TEMPS SOCIAL

### Pour une reconnaissance du concept de « biosociologie du temps »

*Laurence CHARTON*

Lorsque le temps devient un objet d'étude, le chercheur est confronté d'emblée à « ce qui paraît être, comme l'écrit Adam (1988, cité par Grossin, 1996, p. 89), une complexité infinie de temps, myriade d'aspects, de dimensions et de sens. On ouvre la boîte de Pandore ». Les classifications attachées au temps ne reposent pourtant pas le plus souvent sur cette complexité. Ainsi, comme le relate Munn (1992, cité par Grossin, 1996, p. 89), « quand le temps devient l'objet d'une attention particulière, il arrive qu'il soit l'objet de descriptions ultra-simplifiées, réduites à l'unicité ou à des « typifications », plutôt que de relever d'un examen théorique basé sur des processus socioculturels constitutifs de la temporalité ». Ces descriptions simplifiées conduisent à « un bazar hétéroclite de temps opposés deux à deux », tels que, « temps réel versus temps vécu, temps statique versus temps dynamique, temps abstrait versus temps concret » (Grossin, 1996,

p. 89-90), ou encore temps interne versus temps externe. On peut ajouter à ces oppositions la distinction de Bergson (1970) entre la « durée pure », qui désigne un temps non spatialisé, un temps « étoffe du moi », qualitatif, dimension de la conscience, et la « réalité spatiale » qui se présente en juxtaposition de positions n'ayant aucun lien entre elles. Ou encore celle de Durkheim (1968), entre le « temps total », « social », qui se présente en « durée concrète », c'est-à-dire en « temps tel qu'il est objectivement pensé par tous les hommes d'une même civilisation » (p. 14), et « les rythmes variés de toutes les vies élémentaires » (p. 136) qui s'attacheraient à des représentations individuelles des rapports au temps.

Dans ce texte, nous nous intéresserons à l'étude des temps biologiques et sociaux, non pas à travers leur opposition mais à travers leur conjugaison. La disjonction la plus souvent observée entre ces temps fait penser à l'opposition relevée par Elias entre « individu et société » et « nature et société » (1991). Tout comme lui, nous pensons également qu'« on ne peut pas mettre sur pied une théorie de [...] l'activité humaine » sans tenir compte de la manière dont « l'organisme est construit et comment il travaille » (1991b, p. 43), car au final, « contrôle de la nature, contrôle social et contrôle individuel forment une sorte d'enchaînement en cercle [...] [au cœur desquels] aucun des éléments ne peut se développer sans les autres ».

Nous souhaitons ainsi apporter un éclairage sur cette interaction, et plus précisément sur un concept qui reste à construire, et dont la construction constitue sans doute son enjeu théorique majeur. Ce concept est celui de « biosociologie du temps » – ou la conjonction entre les temps biologiques et les temps sociaux.

L'objet de ce texte est, d'une part, d'émettre quelques réflexions sur ce concept de « biosociologie du temps » ; d'autre part, d'exposer quelques propositions de pistes de recherche qui devraient permettre d'accumuler les matériaux qui permettront de construire ce concept tout en administrant la preuve de sa fécondité théorique. Nous ne prétendons pas à une quelconque exhaustivité des approches, certains points qui ne seront pas abordés précisément ici, tels que par exemple les représentations de la temporalité ou encore l'approche méthodologique sur la manière d'étudier le temps, devront également être pris en compte dans la construction du concept de biosociologie du temps.

## **1. LE CONCEPT DE « BIOSOCIOLOGIE DU TEMPS » : QUELQUES RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES**

Il convient tout d'abord d'énoncer quelques réflexions sur ce concept de biosociologie du temps. Le concept de biosociologie du temps renvoie d'emblée à ceux, plus généraux, de temps biologique et temps social. C'est donc par l'explication de ces concepts qu'il faut commencer avant d'en venir plus spécifiquement à des réflexions préliminaires sur le concept qui sera étudié plus directement ici.

### **1.1. LE CONCEPT DE TEMPS BIOLOGIQUE : OU LA NOTION D'« HORLOGE BIOLOGIQUE »**

Concernant le concept de temps biologique, celui-ci renvoie au fait que tous les êtres vivants, humains, animaux et végétaux sont soumis à des rythmes biologiques. Un rythme biologique se définit comme la variation périodique ou cyclique d'une fonction particulière d'un être vivant, et par son amplitude.

Tous les temps biologiques ne sont toutefois pas rythmés, il en est ainsi par exemple du vieillissement, bien qu'il passe par des étapes (la presbytie par exemple peut être considérée comme l'une de ces étapes, le trouble de la vision qui lui est associé est produit par un processus normal de vieillissement du cristallin de l'œil). De nombreux rythmes, fort différents les uns des autres, ont pu être identifiés. Chez l'humain, les chronobiologistes ont recensé plus de 160 rythmes différents (Reinberg et Ghata, 1978). Un grand nombre de rythmes biologiques humains se conforment aux alternances de 24 heures environ. On les appelle les circadiens. D'autres se répètent plusieurs fois dans cette durée : les ultradiens, comme les rythmes cardiaque, respiratoire, ou encore les sécrétions hormonales, telles que l'insuline ou le cortisol. D'autres encore ne se retrouvent qu'au-delà du quotidien : les infradiens. Leur période atteint plusieurs jours, plusieurs semaines (les 28 jours des menstruations par exemple) ou plusieurs mois (comme les 9 mois de la gestation humaine), ou passe à l'année entière. L'édification de ces rythmes est souvent reliée à l'existence de facteurs liés à la rotation de la terre sur elle-même (24 heures) et autour du soleil (1 an) ; ou de la lune autour de la terre (28 jours) (Erny, 1996).

Des recherches en physiologie et neurologie ont montré pour leur part que le régulateur biologique de l'organisme humain se situe au niveau de l'hypothalamus. Ce régulateur biologique ou « horloge biologique » comme le nomment les chronobiologistes, rythme les différentes fonctions biologiques (Reinberg, 1993, 1998) et dépend de facteurs génétiques.

L'importance de la coordination des différents rythmes, et donc du rôle central de l'horloge biologique, a été relevée dès 1814 par Virey (Reinberg et Lewy, 2000) qui constata que l'effet des médicaments variait en fonction du moment de leur administration dans la journée. Cette observation constitue les balbutiements de la chronopharmacologie. Il a de même été constaté que le dérèglement de cette « horloge biologique » (notamment à la suite de décalages horaires, de déficiences immunitaires, de chocs émotionnels) peut conduire à des rythmes anarchiques pouvant perturber par exemple les alternances jour-nuit, la production de sécrétions hormonales jusqu'à provoquer des insomnies, des dépressions, voire l'apparition de maladies chroniques.

À côté des temps biologiques – relevés par les rythmes biologiques –, les temps socialement construits organisent l'existence des individus. Ceux-ci renvoient au concept de temps social et à la notion de constitution sociale du temps.

## 1.2. LE CONCEPT DE TEMPS SOCIAL OU LA CONSTITUTION SOCIALE DU TEMPS

Dans la problématique durkheimienne, le temps en tant que catégorie de l'entendement socialement produite, se présente en tant que système pour donner de l'ordre à l'univers (Durkheim, 1968). Le rapport que les individus entretiennent avec le temps apparaît ainsi étroitement lié à l'évolution sociale de l'espèce humaine, ou à ce qu'Elias décrit par la notion de « processus de civilisation ». Tout groupe ne peut fonctionner que si ses membres ont inculqué des modèles d'autorégulation et d'autodiscipline plus au moins rigoureux. Cette rigueur n'est pas une donnée innée, elle est la résultante, comme l'écrit Elias (1991, p. 143) d'une « corrélation de trois coordonnées de base de l'existence humaine : [l']empreinte reçue et [la] position occupée par l'individu au sein de sa structure sociale, [la] structure de son groupe social [...] et [le] rapport des hommes [...] [à] l'univers ». L'articulation de ces trois composantes est au cœur de la problématique de la *constitution sociale du temps*.

En suivant notamment les travaux de Elias (1997) et Ost (1997), je relèverai trois étapes qui témoignent du rapport étroit qui existe entre expérience du temps (à travers sa représentation et sa mesure) et organisation sociale : tout d'abord, un temps cyclique où le groupe est face à l'éternité ; ensuite un temps linéaire où l'humain est face à la mort ; enfin, un infléchissement du temps où l'individu est en recherche de lui-même.

### **1.2.1. Le temps cyclique ou le groupe face à l'éternité**

Le mot « temps » vient du grec *temnw*, qui signifie « couper ». Le temps renvoie donc à une rupture, qui correspond selon le mythe de Kronos au début de son règne, lorsqu'il châtra son père Ouranos, le ciel et signa ainsi la séparation avec Gaïa, sa mère, la Terre (Frontisi-Ducroux, 1999). Le temps marque une brèche dans l'ordre universel, il est destruction et création (Molet, 1990).

Dans les sociétés traditionnelles, relativement petites, autarciques et peu différenciées, le temps est « le mythe de l'éternel retour » (Eliade, 1969), il est vécu sous « la forme du cercle [...], par quoi se regagne quelque chose de l'unité originaires » (Ost, 1997, p. 11). Le passé, présent, avenir sont peu différenciés. Les activités sont davantage centrées sur le présent des besoins et des pulsions. Le temps se crée, et se perçoit au travers d'événements reconnus en tant que supports de vie, et la durée se saisie comme processus de vie.

Pour permettre à chacun de trouver sa place dans le groupe, et assurer la cohésion du groupe, les sociétés traditionnelles s'entourent de rites et de fêtes pour répéter « les grands mythes fondateurs du groupe » (Ost, 1997). Les fêtes sacro-religieuses s'organisent en fonction d'un calendrier, plus ou moins précis, élaboré à partir d'observations naturelles sur le long terme, et d'idéologies et intérêts spécifiques au groupe. Elles permettent de structurer le temps du groupe dans une temporalité commune, où « l'imagination et le surnaturel tiennent une place énorme » (Molet, 1990, p. 238), fondamentale, notamment dans la structuration des processus psychiques de l'être humain (« archétypes ») (Jung, 1992, p. 67). Elles contribuent ainsi – dans « la répétition » et « la différence » (Lefebvre, 1992, p. 14) –, à l'élaboration d'une histoire et d'une mémoire collective.

Ces fêtes ou rites offrent aussi aux membres du groupe, par leur caractère périodique, de se retrouver par-delà les différences sociales et les conflits latents, constituant de la sorte « des dérivatifs plus ou moins

contrôlés» (Molet, 1990, p. 400). De même, les rites d'initiation tout en marquant la reconnaissance par le groupe du changement de statut social d'un individu, contribuent dans le même temps à nier sa spécificité individuelle, et à rendre possible «de nouvelles structurations et [...] configurations sociales» (Molet, 1990, p. 402).

Enfin, en structurant la vie de l'individu en étapes précises, les fêtes et rites lui offrent une perception apaisante par rapport à sa temporalité et à sa mortalité. Ils l'inscrivent dans une représentation de son éternité, car comme le souligne Molet (1990, p. 207) c'est «au cours d'une fête que l'homme congédie l'ancien et accueille le nouveau», que l'individu s'inscrit dans la vie.

### **1.2.2. Le temps linéaire ou l'humain face à la mort**

La transition démographique qui a accompagné la naissance et le développement de la société industrielle a profondément modifié les parcours individuels qui relient les deux événements essentiels de la vie, la naissance et la mort. Ces parcours se sont diversifiés parce que la population s'est multipliée, et ils se sont considérablement allongés, parce que la distance moyenne entre naissance et mort a plus que doublé. Ainsi, comme l'écrit Elias (1991, p. 163): «Les chaînes d'interdépendance entre les hommes ne se sont pas seulement allongées [avec la hausse de l'espérance de vie], elles se sont également différenciées. Le réseau de leurs intrications est devenu plus complexe [...] [faisant apparaître] le besoin d'une détermination temporelle exacte de l'ensemble des relations.»

Pour Durkheim (1967), le processus d'individualisation et d'autonomisation engendré par la division du travail social a conduit également à un renforcement de l'exigence d'une synchronisation sociale. Celle-ci se matérialise dans les calendriers (Isambert, 1979), véritable «respiration de la société», pour reprendre la métaphore organique de Hubert (1905). Dans cette perspective, le temps n'est conçu que comme division de la durée, ou «produit» (Lefebvre, 1992, p. 15), qui a pour fonction, à travers ses outils (calendriers, dates, horloges, etc.) d'assurer la coopération et la synchronisation sociale.

Comme l'énonce Bessin (1994, p. 221) «d'une obéissance au temps, les conduites sont alors passées à une discipline du temps». Désormais le temps se déploie en une linéarité, dont la naissance et la mort marquent plus consciemment les limites d'une durée de vie, entre lesquelles les événements se trouvent désormais ordonnés. Le cloisonnement des activités

segmente le temps, dont le temps de travail constitue le modèle temporel dominant. À chacun ses tâches et son temps, à l'homme le temps de l'usine et à la femme le temps de la famille.

Le cours de la vie des personnes peut se comprendre alors dans l'étalonnage d'événements, qui conduit à se tourner vers le futur et à s'inscrire dans la durée. Le temps prend ainsi un caractère irréversible et cumulatif, où la vie des personnes se structure selon une échelle des âges. Ainsi comme le note encore Bessin (1994, p. 221) : « Au nom de la stabilité, de la maîtrise et de la certitude dont se targuait la modernité, les notions de rôle et de statut se sont imposées dans les sciences sociales. C'est en ce sens que l'on peut parler d'institutionnalisation du cours de vie [...] [traduisant les] éléments culturels de ce temps industriel en normes d'âges qui s'imposent à nous, l'âge devenant un critère de classement et de mise en ordre « naturel » de la société. »

L'âge adulte, se caractérise dans l'intégration dans un travail et dans une famille. Il constitue le pivot de ce modèle du cours de vie, autour duquel se polarisent la jeunesse caractérisée par le fait d'être en formation et la vieillesse en retraite. Le cours de vie est ainsi segmenté en différents temps sociaux (formation, travail et famille, retraite).

Les calendriers professionnels et familiaux sont également synchronisés, ce qui permet de relever des moments particulièrement importants qui constituent des tournants dans les trajectoires individuelles : premier travail, mariage qui accompagnait aussi de près, du moins pour les femmes, les premiers rapports sexuels, et le départ de chez les parents. Le travail et le mariage inscrivaient socialement le couple dans le temps (Roussel, 1989) des sociétés « urbano-étatico-marchande[s] » (Lefebvre, 1992, p. 15).

Dans cette expérience du temps, la fonction de scansion temporelle des seuils d'âge n'est donc pas dominante, elle ne joue que dans la mesure où ils rythment les biographies en affectant une place stable aux individus dans la société de façon durable.

### **1.2.3. L'infléchissement du temps ou l'individu en recherche de lui-même**

Le contrôle croissant de la nature avec les progrès médicaux et technologiques a contribué à l'affaiblissement de la religion et à l'évolution des schèmes de pensée. Ces transformations s'inscrivent comme le dit Elias (1991), dans un « processus d'individualisation ».

Avec la multiplicité et l'omniprésence de contraintes dans la vie collective, provoquées notamment par une demande de spécialisation et d'adaptation toujours plus importante du monde économique, les comportements des individus se sont différenciés, jusqu'à conduire l'individu à « s'individualiser ». Dans ce contexte, l'individu a dû en effet se différencier des autres pour devenir « compétitif » et échapper à l'exclusion professionnelle, mais aussi pour exister par lui-même.

Un double enchevêtrement temporel transparait ainsi : d'une part, celui des institutions sociales, notamment de la formation, de la production et de la famille, où l'on assiste à une flexibilité des carrières professionnelles et familiales avec l'alternance de périodes de formation, chômage, travail, vie en couple et hors couple, élevage des enfants ou congés sabbatiques. D'autre part, celui de l'accomplissement personnel et des exigences sociales de son groupe, qui pourrait répondre à l'injonction suivante : « je dois exister en tant que « moi » pour trouver ma place dans mon groupe ». Ce nouveau rapport à soi, couplé aux nouvelles exigences économiques et sociales, a conduit à atténuer le rôle de scansion temporelle du cours de vie des événements liés à la formation, au travail et à la famille, ainsi que les différences temporelles assignées jusqu'alors aux hommes et aux femmes, et a abouti à une diversification des trajectoires individuelles.

Désormais, la formation, l'emploi et le couple sont marqués par l'incertitude, et la possible réversibilité des situations, remettant en question, le caractère irréversible et cumulatif du temps, et les statuts sociaux associés à ces événements. Le cours de vie s'en trouve ainsi ré-institutionnalisé par le brouillage des âges et des statuts : entre « Tanguy, l'éternel étudiant de 30 ans », « le vieux chômeur de longue durée de 35 ans », « le jeune père en préretraite de 55 ans » ou encore le « jeune retraité de 65 ans inscrit à l'université ».

Le temps s'appréhende de la sorte par son caractère fondamentalement pluriel et dans sa dimension qualitative, comme avaient déjà pu le relever Halbwachs (1925) ou Gurvitch (1963), lorsqu'ils soulignèrent la capacité du temps à produire continûment du neuf, des ruptures de rythmes, du lien social.

L'horizon temporel des sociétés occidentales dans lesquelles l'acteur évolue, se caractérise dès lors par une discontinuité (Lefebvre, 1981 ; Sue, 1994), où la reconnaissance de « son soi » semble devoir se faire tout au long de l'existence. L'individu « se cherche » et « se construit » dans la diversité, et « se façonne » une identité dans l'ici et le maintenant. La

discontinuité des biographies doit ainsi se comprendre comme une nouvelle manière de s'inscrire dans l'existence et d'expérimenter le monde, nécessitant un référentiel qui tiendrait compte des choix de vie des acteurs et de ses flexibilités temporelles, en rapport à sa subjectivité (Charton, 2006).

Dans ce contexte, l'événement prend « du sens », et devient même « ordre du sens » (Romano, 1999, p. 197). Il constitue comme l'écrit Bastide (1968, p. 46) « une coupure dans la continuité du temps. Il est ce qui prend une importance, soit pour nous (mariage, naissance d'un enfant, maladie, etc.), soit pour un groupe social (guerre, révolution, couronnement d'un roi), bref, dans la continuité temporelle, ce qui nous semble suffisamment « important » pour être découpé, mis en relief et pouvoir désormais, sinon commémoré, du moins mémorisé ». L'événement se reconnaît, voire se revendique, dans sa spécificité, et ses implications. Il sert de référence à l'individu et lui permet de se situer dans son rapport à la société (Morin, 1980).

Après avoir appréhendé les notions de *temps biologique* et *temps social* de manière disjointe, il convient de les aborder maintenant dans leur conjugaison, en s'interrogeant sur leurs liens et leurs interactions.

## **2. POUR UNE BIOSOCIOLOGIE DU TEMPS : QUELQUES RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES**

Les liens et interactions entre temps biologiques et temps sociaux peuvent être considérées de trois manières : à partir des interactions entre les expériences du temps et les événements vitaux ; à travers la complémentarité et la distorsion entre les rythmes biologiques et sociaux ; à travers les conséquences d'un contrôle des rythmes biologiques par les rythmes sociaux.

### **2.1. INTERACTIONS ENTRE EXPÉRIENCES DU TEMPS ET ÉVÉNEMENTS VITAUX**

En premier lieu, parler de biosociologie du temps revient à s'attarder sur les corrélations et effets entre expérience du temps et la manière dont on appréhende les événements vitaux tels que la mort, l'annonce d'une maladie, et la naissance.

Avec l'atténuation, puis la disparition des crises de mortalité, la mort est devenue dans les sociétés occidentales modernes moins fréquente, moins banale, moins « aléatoire ». En passant d'un régime où il n'était pas

rare que la mort subvertisse l'ordre naturel, c'est-à-dire, par exemple, que le fils meurt avant le père ou l'enfant avant la mère, à un régime de prévisibilité et d'ordre, la rareté du risque de subversion (l'enfant qui meurt avant ses parents par exemple) rend ce risque insupportable, « non naturel ». L'idée de la mort, « de la conscience tragique » (Lefebvre, 1981), jadis présente dans les sociétés traditionnelles, provoque désormais dans les sociétés modernes peur et anxiété. Pour répondre à cette « angoisse de la mort », des parades s'organisent contre « le temps qui passe », notamment à partir de la « réversibilité apparente du temps quotidien ». Celle-ci, comme l'écrit Lefebvre (1981, p. 169), « établit une sorte de rempart contre l'angoisse. Les objets s'accumulent comme une forteresse laborieusement échafaudée au cours des siècles mais surtout dans les temps dits modernes, contre la mort et la conscience de la fin. [...] Le tragique, c'est le non-quotidien, l'anti-quotidien. De sorte que l'irruption du tragique dans le quotidien bouleverse celui-ci ».

Ce moment « tragique » qu'est la mort dans les sociétés occidentales se gère dès lors au sein de la sphère privée aux dépens du collectif (Baudry, 2000). Ainsi les obsèques s'individualisent tandis que les rites funéraires perdent de leur force (Hanus, 1997). Désormais, il n'est pas rare que le futur défunt prévoit ses funérailles, son rite, autour des membres choisis de sa famille, et qu'il opte pour une crémation par rejet des cimetières traditionnels (Loisel, 2003).

Au désordre de la mort, est aussi étroitement associée la maladie que l'on peut rattacher à une désorganisation des rythmes biologiques de l'individu. La maladie est un événement qui s'inscrit au cœur des temporalités individuelles mais aussi des temporalités psychologiques et sociales. Comme pour la mort, la maladie peut être perçue dans les sociétés occidentales comme une « malchance », un « mal absolu » (Laplantine, 1986, p. 117) « contre le plus précieux de tous les biens : la santé » (p. 119). Dans cette perspective, la maladie est perçue comme un événement perturbateur, une défaillance à « réparer » pour redonner à l'individu ses « forces productives », initiales. Elle se vit comme un « combat », une « lutte où il ne faut pas perdre de temps ». Si la médecine n'arrive pas à « gagner ce combat », la responsabilité en revient le plus souvent au malade, et à son comportement « dangereux » et « irresponsable ». On pense notamment aux malades du sida, qui furent culpabilisés et stigmatisés en leur attribuant un comportement sexuel déviant ou l'usage de drogue, et aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou d'un cancer, pour lesquelles sont dénoncés fréquemment des habitudes alimentaires inappropriées ou

l'abus de consommation d'alcool ou de tabac. En rejetant sur le patient la responsabilité de son « mal », le corps médical conduit aussi de la sorte à l'isoler socialement.

À côté de cette approche fonctionnaliste du corps, un autre courant aborde la maladie « comme une solution [...], [comme] la réalisation d'un équilibre (provisoire) construit par l'individu à un moment de son existence » (Laplantine, 1986, p. 241). Cette approche « profane », appréhende la maladie comme « support de sens » (Herzlich, 2000, p. 202). Celle-ci est perçue comme moyen de rééquilibrage entre l'extérieur et l'intérieur, comme un « rappel à l'ordre » (Léger, 2000). Elle est l'événement qui permet une prise de conscience de son « mal-être », et concourir à une réévaluation de ses modes et conditions de vie. L'individu prend conscience de son soi et de sa place, au plan individuel, social et cosmique. L'épreuve de la maladie devient une « épreuve[s] initiatique[s] » ou « l'occasion pour l'individu d'une mort à son existence ancienne ou d'une renaissance à sa vie nouvelle, [et] pour les sociétés l'occasion d'un retour aux sources et d'un rajeunissement » (Augé, 2000, p. 39). Dans cette optique, la maladie permet de rétablir indéfiniment – cycliquement – la cohérence du groupe.

La naissance, élément central de la reproduction de l'espèce, est le troisième événement vital qui entre en interaction avec les temps sociaux. Quelle que soit la société, les naissances ont toujours été régulées, gérées, surveillées à partir de règles dictées par les intérêts du groupe. Ainsi, comme l'écrit Blayo (1985, p. 183) : « ce n'est pas parce que les règles imposées par un système social sont librement suivies par les individus au point qu'ils rationalisent *a posteriori* leurs attitudes par des choix qu'ils pensent individuels qu'elles n'en sont pas pour autant des règles ». Régulées dans les sociétés occidentales jusqu'aux années 1960 à travers les règles du mariage, les naissances sont aujourd'hui essentiellement gérées par le médical. Ainsi, c'est le médical qui précise le « bon moment pour avoir ses enfants », « ni trop tôt » (avant 20 ans), ni « trop tard » (après 40 ans). Il se présente comme l'instrument d'un « pouvoir » qui impose aux couples le bon moment et la bonne manière pour avoir ses enfants et le nombre d'enfants que la société attend d'eux. Les naissances sont ainsi à planifier en fonction des carrières et ressources économiques des parents où le « tempo » des naissances s'inscrit dans un « plan de vie », soutenu notamment par la médicalisation de la contraception et de la maternité. La date de l'accouchement est elle-même souvent fixée en fonction des déplacements professionnels du conjoint, de la charge de travail du médecin ou des capacités d'accueil de la clinique. Cette gestion des naissances conduit

à une certaine homogénéisation des comportements féconds (Prioux, 1990) qui fait dire à Perrenoud (1995, p. 221) : « que les femmes [et les hommes] ne sont guère plus libres aujourd'hui d'avoir autant d'enfants et quand elles le veulent, qu'elles ne l'étaient hier d'en limiter le nombre ». La naissance est un fait social total (Mauss, 1950).

## **2.2. COMPLÉMENTARITÉ ET DISTORSION ENTRE RYTHMES BIOLOGIQUES ET SOCIAUX**

Parler de biosociologie du temps revient en second lieu à analyser les interactions entre les rythmes biologiques et sociaux dans leur complémentarité et distorsion. Comme mentionné plus haut, la société industrielle a instauré un cycle de vie et une organisation des temps sociaux autour de trois étapes : la jeunesse, la vie active et la vieillesse, qui correspondaient aux différentes étapes de l'évolution physiologique : enfance, maturité (postpuberté), vieillesse. Avec les transformations sociales et de la production, on assiste désormais à la désynchronisation des rythmes biologiques et sociaux, conduisant au « brouillage des âges », que l'on peut aussi mettre en rapport avec la flexibilité des trajectoires individuelles. Malgré ces évolutions, les temps sociaux restent forts et continuent d'organiser la vie sociale.

Dans ce contexte, la phase de l'adulte est surinvestie alors que celle du jeune et du retraité sont dévalorisées. Le jeune qui s'éternise dans sa jeunesse puis dans l'adolescence et la postadolescence peut adopter alors des attitudes et comportements que l'on pourrait juger comme anachroniques au regard de son âge, ou jouer avec ses limites en adoptant des comportements à risques.

De même, le retraité ne se reconnaît pas dans son nouveau rôle de vieux, qui est traditionnellement vécu comme un déclin. L'individu peut développer alors le mythe de la jeunesse, qui lui permet de fuir son propre vieillissement et d'empêcher dans une certaine mesure les jeunes de vieillir. Ce nouveau rapport au vieillir peut conduire aussi l'individu à une prise en charge plus grande de son vieillissement que ce soit par rapport à son apparence physique (avec recours plus fréquent à la cosmétologie voire à la chirurgie esthétique), son bien-être émotionnel et sexuel (notamment avec le recours à l'hormonothérapie et au viagra) ou son intégration sociale (notamment par une implication dans des activités intellectuelles, culturelles voire associatives).

La (sur)valorisation sociale de la phase adulte-productif conduit enfin à sous-estimer, dévaluer, voire nier d'autres temporalités, telles que par exemple le temps reproductif des femmes ou le temps associé à certains handicaps ou pathologies. Ainsi, les individus qui n'investissent pas ou plus ce temps valorisé et dominant se retrouvent fréquemment en marge de la société, en rencontrant des difficultés à exercer ou à poursuivre leur activité professionnelle mais aussi en se retrouvant « décalé » physiquement du rythme des sociétés.

### **2.3. QUELQUES CONSÉQUENCES DU CONTRÔLE DES RYTHMES BIOLOGIQUES PAR LES RYTHMES SOCIAUX**

Parler de biosociologie du temps revient, enfin, en troisième lieu, à évaluer les conséquences d'un contrôle voire d'une négation des rythmes biologiques au profit des rythmes sociaux.

Ainsi, par exemple, le recours de plus en plus fréquent et massif des couples aux techniques médicales d'aide à la procréation résulte notamment de la décision plus ou moins consciente des femmes et des hommes à repousser le moment pour avoir leurs enfants. Ces techniques qui se présentent souvent sous l'expression de « procréation médicalement assistée » peuvent dans une certaine mesure être imputées aux rythmes entraînés par la production économique des sociétés capitalistes. Si les couples n'ont pas eu leurs enfants plus tôt c'est en effet peut-être parce que les femmes et les hommes étaient engagés prioritairement dans d'autres temporalités comme celles de la formation puis de l'activité professionnelle (Vandelac, 1996).

Le développement des organismes génétiquement modifiés peut s'appréhender aussi comme une recherche de contrôle de la nature par la technologie. Ces techniques largement médiatisées avec le clonage de la brebis Dolly en mars 1997 ont d'ailleurs conduit certains à comparer la manipulation génétique à un acte « d'une puissance presque divine » (Young, 2004, p. 11). Ces techniques qui touchent la procréation et la reproduction des espèces ouvrent la voie à un contrôle de plus en plus généralisé de la nature.

Après avoir dégagé quelques enjeux liés aux interactions entre temps biologique et temps sociaux, je souhaite élargir mes réflexions, en proposant maintenant quelques pistes de recherche à partir desquelles il conviendra d'accumuler les matériaux qui permettront de contribuer à la construction du concept de biosociologie du temps.

### **3. PROPOSITION DE QUELQUES PISTES DE RECHERCHE PERMETTANT LA CONSOLIDATION DU CONCEPT DE BIOSOCIOLOGIE DU TEMPS**

Ces pistes s'articulent autour de 3 axes centrés sur les contraintes sociales et les adaptations biologiques, les contraintes biologiques et les adaptations au corps social et les rouages des temporalités biologiques et sociales

#### **3.1. QUELQUES PISTES DE RECHERCHES CENTRÉES SUR LES CONTRAINTES SOCIALES ET LES ADAPTATIONS BIOLOGIQUES**

Les temps sociaux avancent le plus souvent masqués derrière une apparente «naturalisation», appelant le chercheur à démasquer ce naturel. Une manière d'y parvenir pourrait consister à montrer l'influence des contraintes sociales sur des phénomènes présentés comme relevant de particularités biologiques. Je relèverai trois angles d'attaque (d'autres n'étant évidemment pas exclus) que j'aborderai à travers des questions qui touchent la reproduction humaine.

##### **3.1.1. Une normalisation des comportements**

On peut tout d'abord s'interroger, dans quelle mesure est-il possible d'attribuer à une certaine homogénéisation des comportements féconds une normalisation des comportements reproducteurs ? Pourquoi observe-t-on par exemple, malgré l'apparente libéralisation du corps des femmes avec l'accès plus libre aux méthodes contraceptives modernes et à la libération sexuelle, une convergence des comportements féconds des individus ? Quel est le «bon moment» pour avoir ses enfants ? Quel sens donner à l'intervalle entre les naissances et au nombre d'enfants désiré ? Pourquoi les grossesses «précoces», d'adolescentes, et les grossesses «tardives», de femmes de plus 35 ans, sont-elles stigmatisées sous couvert de motifs médicaux ? Pour démasquer cette apparente «naturalisation» des comportements, il conviendrait aussi de se poser les questions suivantes : Pourquoi les trajectoires individuelles exemptes du temps fertile auxquelles sont contraintes les femmes se calquent-elles sur ces limites physiologiques ? Pourquoi le calendrier des naissances des hommes suit-il en effet de près celui des femmes ? Mais aussi, pourquoi, dans le cadre des procédures d'adoption, est-il préférable, (recommandation plus ou moins officielle) d'être âgé de plus de 30 ans et de moins de 40 ans pour espérer voir sa démarche aboutir ?

### 3.1.2. Une focalisation sur des problèmes biologiques aux dépens des raisons sociales

Une autre manière d'appréhender l'influence des contraintes sociales serait de revoir certains arguments biologiques fréquemment avancés pour expliquer certaines tendances sociodémographiques. Je pense en particulier à la hausse du nombre de femmes sans enfant que l'on explique le plus souvent à partir de raisons physiologiques telles que la baisse de la fertilité des femmes avec l'âge, même si dans le même temps ces femmes se trouvent généralement en meilleure santé qu'autrefois et que la période de fertilité féminine aurait plutôt tendance à s'allonger. Ainsi, pourquoi reste-t-on toujours aussi discret sur l'influence de l'âge des hommes sur la reproduction ? Mais aussi, pourquoi l'âge des femmes (ou la qualité de leurs ovocytes) est-il toujours avancé comme première explication lors d'échecs répétés de fécondations *in vitro* ?

Le fait d'avancer des arguments biologiques peut voiler certains enjeux sociaux et empêcher l'accès à leur compréhension. Cette attitude peut aussi contribuer à conforter voire renforcer des enjeux sociaux (le rapport entre les sexes par exemple).

### 3.1.3. Les enjeux autour de la technologisation

S'atteler à «démasker le naturel» c'est aussi, enfin, et cela constitue notre troisième angle d'attaque, s'interroger sur les enjeux de pouvoir liés à la technologisation, notamment de la maternité. Les nouvelles techniques qui entourent la reproduction qu'elles soient liées aux méthodes contraceptives ou à la maternité défient «les limites posées par la Nature [...] [tout] en forçant les cadres juridiques» (Bagla-Gokalp, 1999, p. 281). Le corps des femmes, en tant que lieu de la reproduction, a toujours été un enjeu pour les sociétés. Si l'accès aux méthodes contraceptives modernes a libéré les femmes de la peur des grossesses non désirées, elle a conduit aussi à une meilleure surveillance du corps des femmes (Shorter, 1984), et participé à une planification des naissances. Aujourd'hui, si un certain nombre de couples sont devenus parents «grâce» aux techniques de procréation médicalement assistée, ces dernières ont contribué également à faire que les femmes se sentent de plus en plus «dépossédées» de leur corps. Cette technologisation de la reproduction a conduit aussi à faire entrer le corps des femmes dans le «domaine juridique» (notamment en définissant le nombre d'embryons à transférer, le devenir des embryons surnuméraires, les démarches juridiques associées aux dons de gamètes

ou au recours aux mères porteuses), transformant «le corps des femmes en un lieu public» (Bagla-Gokalp, 1999, p. 282). La technologisation de la reproduction a permis ainsi à la société de s'approprier en toute légitimité le temps et l'espace naturel de la reproduction.

### **3.2. QUELQUES PISTES DE RECHERCHES CENTRÉES SUR LES CONTRAINTES BIOLOGIQUES ET LES ADAPTATIONS AU CORPS SOCIAL**

Des pistes de recherche peuvent dans un deuxième temps s'articuler autour d'un axe centré sur les contraintes biologiques et les adaptations au corps social. Attendre un enfant, atteindre l'âge de la retraite, ou devoir suivre un traitement en raison d'une maladie ou d'une infertilité, c'est se retrouver en effet dans un référent autre que le référent dominant de l'homme adulte productif en «pleine santé» tourné vers le devenir, et c'est se confronter à trois nouvelles dimensions : la prise de conscience de n'être pas ou plus dans le référent sociotemporel dominant ; la mise sous tutelle voire sous contrôle de ses rythmes biologiques et sociaux ; la difficulté à entrer en phase avec les personnes soumises à un autre référentiel sociotemporel.

Il conviendrait par conséquent de réinterroger tout d'abord le schéma naturaliste défendu par la médecine clinique qui veut que l'avancée en âge soit linéaire, progressive et corrélée au déclin de tous les signes, qu'ils soient culturels ou sociaux. Ainsi, quel rapport au temps, au devenir, a-t-on lorsque l'on est retraité et lorsque cette phase de vie est associée au déclin sénile ? Quelles stratégies observe-t-on pour contrecarrer le temps de la vieillesse ? Mais aussi, quel rapport au temps, au devenir, a-t-on lorsque ces aptitudes corporelles sont déficientes voire dégénérantes ? Comment l'annonce de la maladie, ou d'une infertilité, peut-elle affecter sa projection en l'avenir et sa place dans l'existence ? Quelles sont alors les stratégies mises en place par les acteurs pour repenser leur devenir, et est-ce que ces stratégies jouent un rôle dans l'efficacité des traitements médicaux qu'ils peuvent suivre ?

Dans cet axe de recherches, il serait important aussi de cerner précisément la réaction du corps social face à la grossesse, l'infertilité, la maladie, le handicap, autrement dit face à des contraintes biologiques nécessitant une modification ou une adaptation des rythmes sociaux dominants. En d'autres termes, face à des situations qui conduisent les individus à devoir repenser et ajuster leurs rythmes sociaux, comment réagit le corps social ? Y a-t-il un cadrage temporel social plus important ? Si oui, sous

quelle forme se manifeste-t-il ? Et quelles sont sa portée et son efficacité ? En quoi ce cadrage temporel social renforce-t-il ou, au contraire, atténue-t-il les inégalités entre personnes « actives, bien-portantes tournées vers le devenir » et les autres ? L'adhésion aux traitements médicaux (par les examens et la prise de médicaments par exemple) tient-elle compte des rythmes spécifiques des patients ou entre-t-elle en concurrence ? Ces recherches pourraient apporter en outre des éclairages sur l'efficacité des traitements médicaux.

Face à la vieillesse, la maladie, le handicap, l'individu se trouve aussi confronté à de nouvelles contraintes sociales et temporelles. La question de l'articulation des temps et du lien social se pose alors. Les acteurs sociaux mis en présence arrivent-ils à coordonner leurs attentes et leurs demandes ? Des recherches sur les dimensions du temps des acteurs se retrouvant devant une même problématique devrait apporter également des éléments de réponses et permettre de repenser les relations entre générations, patients et malades ; bien-portants et malades.

### **3.3. QUELQUES PISTES DE RECHERCHES CENTRÉES SUR LES ROUAGES DES TEMPORALITÉS BIOLOGIQUES ET SOCIALES**

Des pistes de recherches pourraient s'inscrire enfin dans un troisième axe centré sur les rouages des temporalités biologiques et sociales. Comme nous l'avons vu précédemment, les trois étapes de l'existence : enfance/formation, maturité/activité et vieillesse/inactivité, sont des catégories naturelles (physiologiques) et sociales, qui sont aujourd'hui désynchronisées. Cette désynchronisation se repère notamment à travers la flexibilité des trajectoires professionnelles et familiales.

Il conviendrait alors de préciser comment, dans nos sociétés industrialisées, nous franchissons les étapes successives de notre destinée. En d'autres termes, comment se fait le passage des générations ? Autrement dit, où situer les rouages des temporalités biologiques et sociales ?

Ces réflexions s'articulent plus précisément autour de deux dimensions : la dimension statutaire et transgénérationnelle, et la dimension intergénérationnelle.

Concernant la dimension statutaire et transgénérationnelle, face aux difficultés grandissantes d'un certain nombre de jeunes d'acquérir leur autonomie, notamment sous la forme d'un emploi stable, comment les jeunes accèdent-ils désormais au statut d'adulte ? Existe-t-il des stratégies

différences selon le sexe et les groupes socioculturels ? Quel rôle joue la naissance d'un enfant dans cette prise d'autonomie et dans la construction d'une identité sociale ? Qu'en est-il également pour les jeunes dont la reproduction est compromise, en raison par exemple d'une infection par le VIH ? Comment se projettent-ils et voient-ils leur entrée dans l'étape de la maturité ? Cette étape a-t-elle d'ailleurs encore du sens pour ces jeunes ?

Concernant la dimension intergénérationnelle, alors que les différences statutaires, vestimentaires, etc., s'estompent entre les générations comment peut-on s'inscrire dans la transmission, ou dans une dimension intergénérationnelle ? Refuser son statut de vieux, compromet-il la succession des générations ? Quel rôle joue la ménopause pour les femmes, en tant qu'étape naturellement incontournable pour toute femme vieillissante, mais aussi pour leurs enfants ? Nier ou contourner cette étape revient-il à escamoter son rôle de passeur ? De même, les hommes qui refondent une famille à l'âge de la ménopause de la mère de leurs premiers enfants, interfèrent-ils dans la succession symbolique des générations ?

On le voit, ces questions qui touchent les rouages des temporalités biologiques et sociales abordent la problématique du lien et de la créativité rituelle. De la naissance à la mort, notre vie coule de passage en passage. Comment repenser l'étape de la vieillesse ? Comment replacer la perspective de la mort dans nos sociétés ? Comment lier sa propre existence, et comment la lier à celle des générations ?

## **CONCLUSION**

Au terme de cet article, il convient de repréciser les enjeux qui entourent la reconnaissance du concept de biosociologie du temps. À travers ce concept, c'est une nouvelle appréhension et compréhension des phénomènes sociaux qui est proposée. Ce concept devrait permettre d'ouvrir des réflexions sur le rôle de lien du temps, en tant qu'espaces de transition et lieu de déliaison et de liaison. Le temps est étoffe de la vie commune, tout autant que des vies individuelles (Farrugia, 1999). Il est cette puissance de synthèse qui permet aux vies de se vivre et de se reconnaître dans la durée commune et dans l'existence collective. À travers le concept de biosociologie du temps, c'est précisément cette approche articulée des activités humaines qui est envisagée.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adam, B. (1988). «Social versus natural time, a traditional distinction re-examined», dans M. Young et T. Schuller (dir.), *The Rhythms of Society*, Londres et New York, Routledge, p. 198-226.
- Augé, M. (2000). «Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement», dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Évreux, Archives contemporaines, p. 35-92.
- Bagla-Gokalp, L. (1999). «Des théories féministes d'hier aux débats sociaux d'aujourd'hui», dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes, discours, normes et conduites*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, p. 271-290.
- Bastide, R. (2002). «Événement», *Encyclopedia Universalis*, Corpus 9, p. 45-47.
- Baudry, P. (2000). «Les nouveaux rites funéraires», *Prévenir*, n° 60, p. 211-216.
- Bergson, G. (1970). *Essai sur les données immédiates de la conscience*, Paris, Presses universitaires de France (1<sup>re</sup> éd., 1888), et en particulier le chapitre II : De la multiplicité des états de conscience : L'idée de la durée, p. 45-74. <classiques.uqac.ca/classiques/bergson\_henri/essai\_conscience\_immediate/essai\_conscience.doc>. Consulté en mars 2006.
- Bessin, M. (1994). «Les seuils d'âge à l'épreuve de la flexibilité temporelle», dans *Le Temps et la Démographie, Chaire Quetelet 1993*, Louvain-la-Neuve, Academia/L'Harmattan, p. 219-230.
- Blayo, C. (1985). «Conditions de la femme et fécondité. L'expérience des pays développés», *Genus*, vol. 41, nos 1-2, p. 181-188.
- Charton, L. (2006). *Familles contemporaines et temporalités*, Paris, L'Harmattan.
- Durkheim, E. (1967). *De la division du travail social*, Paris, Presses universitaires de France [1<sup>re</sup> édition 1893].
- Durkheim, E. (1968). *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*, Paris, Presses universitaires de France (1<sup>re</sup> édition, 1912), coll. «Bibliothèque de philosophie contemporaine».
- Eliade, M. (1969). *Le mythe de l'éternel retour. Archétypes et répétition*, Paris, Gallimard.
- Elias, N. (1991). *La société des individus*, Paris, Fayard [1<sup>re</sup> éd. allemande, 1987].
- Elias, N. (1991b). *Norbert Elias par lui-même*, Paris, Fayard [1<sup>re</sup> éd. allemande, 1990].
- Elias, N. (1997). *Du temps*, Paris, Fayard [1<sup>re</sup> éd. allemande, 1984].
- Erny, P. (dir.) (1996). *Des astres et des hommes*, Paris, L'Harmattan.
- Farrugia, F. (1999). «Une brève histoire des temps sociaux : Durkheim, Halbwachs, Gurvitch», *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 106, p. 95-117.
- Frontisi-Ducroux, F. (1999), *L'ABCdaire de la mythologie*, Paris, Flammarion.

- Grossin, W. (1996). *Pour une science des temps. Introduction à l'écologie temporelle*, Toulouse, Octares Editions, p. 89.
- Gurvitch, G. (1963). «La multiplicité des temps sociaux», dans *La vocation actuelle de la sociologie*, tome 2, Antécédent et perspectives, deuxième édition remaniée, Presses universitaires de France, chap. XIII, p. 325-430, [1<sup>re</sup> édition, Centre de documentation universitaire, Paris, 1958].
- Halbwachs, M. (1925). *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Librairie Félix Alcan.
- Hanus, M. (1997). «Deuil et crémation», dans *Études sur la mort*, n<sup>os</sup> 111-112, p. 79-93.
- Herzlich, C. (2000). «Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social», dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Évreux, Archives contemporaines, p. 189-216.
- Hubert, H. (1905). «Étude sommaire de la représentation du temps dans la religion et la magie», *Annuaire de l'École pratique des hautes études*.
- Isambert, F.-A. (1979). «Henri Hubert et la sociologie du temps», *Revue française de sociologie*, vol. XX, n<sup>o</sup> 1, p. 183-204.
- Jung, C.G. (1964). *L'homme et ses symboles*, Paris, Laffont.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- Lefebvre, H. (1981). *Critique de la vie quotidienne. III*, Paris, L'Arche.
- Lefebvre, H. (1992). *Éléments de rythmanalyse. Introduction à la connaissance des rythmes*, Paris, Sylleps.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- Loisel, J.-P. (2003). «La montée de la crémation : une nouvelle représentation de la mort», *Consommation et modes de vie*, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, n<sup>o</sup> 162, <[www.credoc.fr/pdf/4p/162.pdf](http://www.credoc.fr/pdf/4p/162.pdf)>, Consulté en janvier 2009.
- Mauss, M. (2007). *Sociologie et anthropologie*, Collection Quadrige Grands textes, Paris, Presses universitaires de France [1<sup>re</sup> édition 1950].
- Molet L. (1990). «Histoire du comput et de quelques calendriers», dans J. Poirier (dir.), *Histoire des mœurs I*, Encyclopédie de la Pléiade, Paris, Gallimard, p. 181-268.
- Molet, L. (1990). «L'année sacrée, la fête et les rythmes du temps», dans J. Poirier (dir.), *Histoire des mœurs I*, Encyclopédie de la Pléiade, Paris, Gallimard, p. 267-418.
- Morin, E. (1980). *La méthode II : la vie de la vie*, Paris, Seuil.
- Munn, N. D. (1992). «The cultural anthropology of time : A critical essay», *Annual Review of Anthropology*, vol. 21, p. 93-123.
- Ost, F. (1997). *Déployer le temps. Les conditions de possibilité du temps social*, <[www.legaltheory.net](http://www.legaltheory.net)>, Consulté en mars 2006.

- Perrenoud, A. (1995). « Transitions épidémiologiques et transitions de fécondité dans le passé occidental », *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Institut de démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve : Academia/ l'Harmattan, p. 239-255.
- Prioux, F. (dir.) (1990). *La famille dans les pays développés : permanences et changements*, Actes du séminaire sur les nouvelles formes de vie familiale, Vaucresson, octobre 1987, Congrès et colloques n° 4, Paris : INED.
- Reinberg, A. (1993). *Les rythmes biologiques*, Collection « Que sais-je ? », Paris, Presses universitaires de France.
- Reinberg, A. (1998). *Le temps humain et les rythmes biologiques*, Paris, Rocher.
- Reinberg, A. et J. Ghata (1978). *Les rythmes biologiques*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».
- Reinberg, A. et H. Lewy (2000). « J.J. Virey et la naissance de la chronobiologie », *Vesalius*, vol. VI, n° 2, p. 90-99.
- Romano, C. (1999). *L'événement et le temps*, Paris, Presses universitaires de France.
- Roussel, L. (1989). *La famille incertaine*, Paris, O. Jacob.
- Shorter, E. (1984). *Le corps des femmes*, Paris, Seuil.
- Sue, R. (1994). *Temps et ordre social*, Paris, Presses universitaires de France.
- Vandelac, L. (1996). « Technologies de la reproduction : l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre... », *Technologies médicales, Sociologie et sociétés*, vol. 28, no 2, Université de Montréal, Département de sociologie, p. 109-122.
- Young, T. (2004). *Organismes génétiquement modifiés et sécurité biologique : Document d'information sur les questions liées aux OGM à l'intention des décideurs et d'autres acteurs*, Union mondiale pour la nature, <cmsdata.iucn.org/downloads/biosafety\_french\_1\_.pdf>, Consulté en janvier 2009.



# LISTE DES COLLABORATRICES ET DES COLLABORATEURS

**Martin Blais**, sociologue, professeur au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal. Membre de l'Équipe de recherche Sexualités et Genres : Vulnérabilité et Résilience.

**Laurence Charton**, sociodémographe, maître de conférences au Département de sociologie, Université de Strasbourg, Laboratoire «Cultures et sociétés en Europe».

**Anne-Caroline Desplanques**, journaliste à Radio-Canada, candidate à la maîtrise au Département de sciences politiques, Université de Montréal.

**Nicoletta Diasio**, anthropologue, maître de conférences au Département de sociologie, Université de Strasbourg, Laboratoire «Cultures et sociétés en Europe».

**Mylène Fernet**, professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal. Titulaire du Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité (FCI).

**Marie-Hélène Garceau-Brodeur**, maîtrise en sexologie, agente de recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

**Catherine Garnier**, professeure, directrice du programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO).

**Normand Lapointe**, pédiatre immunologue au Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS), Centre hospitalier universitaire (CHU) mère-enfant, Hôpital Sainte-Justine.

**Denise Lemieux**, sociologue, professeure associée, Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation Culture et Société (Montréal).

**Joseph Josy Lévy**, anthropologue, professeur au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal. Membre de l'Équipe de recherche Sexualités, Vulnérabilités et Résilience (SVR) et chercheur associé au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO).

**Hélène Manseau**, criminologue, professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

**Lynn Marinacci**, agente de recherche, Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO), Université du Québec à Montréal.

**Lyne Massie**, maîtrise en sexologie, agente de recherche, Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé à l'Université du Québec à Montréal.

**Denise Medico**, psychologue et sexologue clinicienne, doctorante, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques.

**Dominique Merg-Essadi**, sage-femme, psychologue, consultante en périnatalité au Pôle de gynécologie obstétrique aux hôpitaux universitaires de Strasbourg.

**Guylaine Morin**, travailleuse sociale, Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS), Hôpital Sainte-Justine.

**Ignace Olazabal**, anthropologue, chercheur au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du Centre de santé et de services sociaux Cavendish et professeur associé à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

**Joanne Otis**, professeure au Département de sexologie à l'Université du Québec à Montréal. Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, elle est membre de l'Équipe de recherche Sexualités et Genres : Vulnérabilité et Résilience.

**Karène Proulx-Boucher**, maîtrise en sexologie, doctorante, Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal.

**Martine Quesnel**, agente de recherche, Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO), Université du Québec à Montréal.

**Marie-Ève Richard**, maîtrise en sexologie, agente de recherche, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

**Johanne Samson**, coordonnatrice de recherche, Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS), Hôpital Sainte-Justine.

**Jocelyne Thériault**, psychologue, professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

**Germain Trottier**, chercheur associé, École de service social, Université Laval.

**Virginie Vinel**, maître de conférences en sociologie et ethnologie, Université Paul Verlaine-Metz, Laboratoire lorrain de sciences sociales.





**Tango, corps à corps culturel**

Danser en tandem pour mieux vivre  
*Sous la direction de France Joyal*  
2009, ISBN 978-2-7605-2392-0, 276 pages

**Pour une approche intégrée en santé**

Vers un nouveau paradigme  
*Jean-Claude Magny, Gilles Harvey,  
Yves Lévesque, Daniel Kieffer,  
Anne Taillefer et Denis Fourniery*  
2008, ISBN 978-2-7605-1589-5, 150 pages

**Intersections**

Cultures, sexualités et genres  
*Sous la direction de Shari Brotman  
et Joseph Josy Lévy*  
2008, ISBN 978-2-7605-1581-9, 494 pages

**Épidémie silencieuse**

Le traumatisme craniocérébral léger :  
symptômes et traitement  
*Sous la direction de  
Frédéric Banville et Pierre Nolin*  
2008, ISBN 978-2-7605-1547-5, 310 pages

**Danse et santé**

Du corps intime au corps social  
*Sous la direction de Sylvie Fortin*  
2008, ISBN 978-2-7605-1543-7, 326 pages

**Les médias et le façonnement  
des normes en matière de santé**

*Sous la direction de Lise Renaud*  
2007, ISBN 978-2-7605-1526-0, 318 pages

**La chaîne des médicaments**

Perspectives pluridisciplinaires  
*Sous la direction de  
Joseph J. Lévy et Catherine Garnier*  
2007, ISBN 978-2-7605-1510-9, 522 pages

**Vieillir en milieu d'hébergement**

Le regard des résidents  
*Michèle Charpentier*  
2007, ISBN 978-2-7605-1477-5, 180 pages

**Homosexualités**

Variations régionales  
*Sous la direction de  
Danielle Julien et Joseph J. Lévy*  
2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

**La surdité vue de près**

*Colette Dubuisson et Christiane Grimard*  
2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

**Trouble déficitaire de  
l'attention avec hyperactivité**

Soigner,  duquer, surtout valoriser  
*Sous la direction de Nicole Chevalier,  
Marie-Claude Guay, André Achim,  
Philippe Lageix et Hélène Poissant*  
2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

**Souffrance et médecine**

*Serge Daneault*  
2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

**Surdité et société**

Perspectives psychosociale,  
didactique et linguistique  
*Sous la direction de Daniel Daigle  
et Anne-Marie Parisot*  
2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

**La santé s'affiche au Québec**

Plus de 100 ans d'histoire  
*Lise Renaud*  
2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages

**Histoire des orthophonistes  
et des audiologistes au Québec: 1940-2005**

Pratiques cliniques, aspirations  
professionnelles et politiques de la santé  
*Julien Prud'Homme*  
2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

**Les traitements antirétroviraux**

Expériences et défis  
*Sous la direction de Joseph J. Lévy,  
Janine Pierret et Germain Trottier*  
2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

**Enjeux psychosociaux de la santé**

*Sous la direction de  
Joseph Josy Lévy, Danielle Maisonneuve,  
Henriette Bilodeau et al.*  
2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages







Collection

# SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Sous la direction de Danielle Maisonneuve

**S**i de nombreux travaux ont porté sur les temps biologiques, d'une part, et les temps psychosociaux, d'autre part, peu se sont attachés à analyser les articulations entre ces deux temporalités.

Cet ouvrage collectif, à partir des contributions de chercheurs de différentes disciplines en sciences humaines, tente de cerner les problématiques posées par cet arrimage en se fondant sur des études empiriques, en très grande majorité de nature qualitative, provenant de terrains divers (français, québécois, africain et polonais). Deux grandes dimensions sont ainsi abordées: les rapports entre temps et parentalité, et ceux entre temps et maladie. Ces thèmes illustrent l'intérêt et la complexité des liens existant entre ces deux domaines de réflexion qui ouvrent de nouveaux champs de recherche.

---

LAURENCE CHARTON, sociodémographe, est maître de conférences au Département de sociologie à l'Université de Strasbourg (Laboratoire Cultures et sociétés en Europe).

JOSEPH J. LÉVY, anthropologue, est professeur au Département de sexologie à l'Université du Québec à Montréal.

### *Ont collaboré à cet ouvrage*

Martin Blais • Laurence Charton • Anne-Caroline Desplanques  
Nicoletta Diasio • Mylène Fernet • Marie-Hélène Garceau-Brodeur  
Catherine Garnier • Normand Lapointe • Denise Lemieux • Joseph J. Lévy  
Hélène Manseau • Lynn Marinacci • Lyne Massie • Denise Medico  
Dominique Merg-Essadi • Guylaine Morin • Ignace Olazabal • Joanne Otis  
Karène Proulx-Boucher • Martine Quesnel • Marie-Eve Richard  
Johanne Samson • Jocelyne Thériault • Germain Trottier • Virginie Vinel

