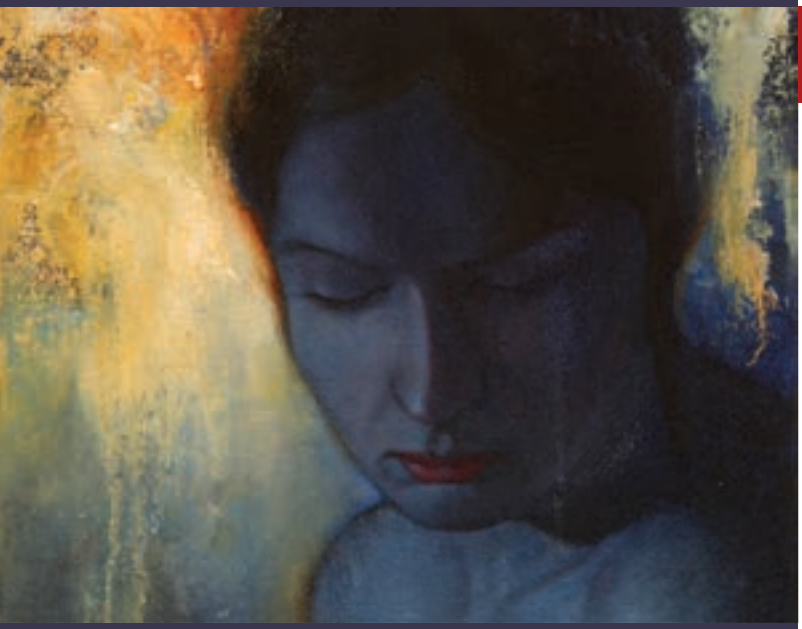
COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX
ET INTERVENTIONS SOCIALES



Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux

Sous la direction de
Simon Lapierre
Dominique Damant

Presses
de l'Université
du Québec

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

Fondée par Henri Dorvil (UQAM) et Robert Mayer (Université de Montréal)

L'analyse des problèmes sociaux est encore aujourd'hui au cœur de la formation de plusieurs disciplines en sciences humaines, notamment en sociologie et en travail social. Les milieux francophones ont manifesté depuis quelques années un intérêt croissant pour l'analyse des problèmes sociaux, qui présentent maintenant des visages variables compte tenu des mutations des valeurs, des transformations du rôle de l'État, de la précarité de l'emploi et du phénomène de mondialisation. Partant, il devenait impératif de rendre compte, dans une perspective résolument multidisciplinaire, des nouvelles approches théoriques et méthodologiques dans l'analyse des problèmes sociaux ainsi que des diverses modalités d'intervention de l'action sociale, de l'action législative et de l'action institutionnelle à l'égard de ces problèmes.

La collection *Problèmes sociaux et interventions sociales* veut précisément témoigner de ce renouveau en permettant la diffusion de travaux sur divers problèmes sociaux. Pour ce faire, elle vise un large public comprenant tant les étudiants, les formateurs et les intervenants que les responsables administratifs et politiques.

Cette collection était à l'origine codirigée par Robert Mayer, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a signé et cosigné de nombreux ouvrages témoignant de son intérêt pour la recherche et la pratique en intervention sociale.

Directeur

Henri Dorvil, Ph. D.
École de Travail social, Université du Québec à Montréal

Codirectrice

Guylaine Racine, Ph. D.
École de Service social, Université de Montréal

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux

Membre de L'ASSOCIATION NATIONALE DES ÉDITEURS DE LIVRES

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 : Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864

France : Sodis, 128, av. du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99

Afrique : Action pédagogique pour l'éducation et la formation, Angle des rues Jilali Taj Eddine et El Ghadfa, Maârif 20100, Casablanca, Maroc – Tél. : 212 (0) 22-23-12-22

Belgique : Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 7366847

Suisse : Servidis SA, Chemin des Chalets, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32

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 ».

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux

Sous la direction de
Simon Lapierre
Dominique Damant

Presses de l'Université du Québec

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

Vedette principale au titre :

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux

(Collection Problèmes sociaux et interventions sociales ; 53)

Comprend des réf. bibliogr.

Comprend du texte en anglais.

ISBN 978-2-7605-3495-7

1. Maternité. 2. Mère et enfant. 3. Mères – Conditions sociales. I. Lapierre, Simon, 1979- . II. Damant, Dominique, 1950- . III. Collection : Collection Problèmes sociaux & interventions sociales ; 53.

HQ759.R43 2012 306.874'3 C2012-940866-2

Les Presses de l'Université du Québec reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

Mise en pages : Interscript
Couverture : Richard Hodgson et Michèle Blondeau

2012-1.1 – *Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*
© 2012 Presses de l'Université du Québec
Dépôt légal – 3e trimestre 2012 – Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1
Simon Lapierre et Dominique Damant

CHAPITRE 1
L'INSTITUTION DE LA MATERNITÉ 5
Dominique Damant, Marie-Ève Chartré et Simon Lapierre

1. La construction sociale de la maternité 6
2. Une vision normative et idéalisée de la maternité 7
3. La dichotomie « bonnes » mères / « mauvaises » mères... 9
4. L'influence de l'État et de ses institutions 10
5. Les intérêts des femmes et de leurs enfants sont-ils toujours les mêmes ? 11
6. Des stratégies de résistance 11
7. Quelques données récentes sur la maternité au Québec 12

Conclusion 13
Références bibliographiques 13

CHAPITRE 2
DIRE LA NON-MATERNITÉ OU POURQUOI VOTRE AMIE SANS ENFANT EST MUETTE 19
Lucie Joubert

Références bibliographiques 27

CHAPITRE 3
TRANSITION TO MOTHERHOOD IN THE CONTEXT OF PAST TRAUMA 29
Marilyn Evans, Robin Mason et Helene Berman

1. Transition as a Concept 30
2. Transition to Motherhood 32
3. Transition to Motherhood and Past Trauma 36

Conclusion 41
References 41

CHAPITRE 4
LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
Points de vue de femmes québécoises rencontrées durant leur grossesse 47
Chantal Bayard

1. Représentations sociales de l'allaitement maternel : les résultats 50
   1.1. Être une mère, c'est faire des choix responsables 50
   1.2. Être une mère, c'est faire passer les besoins de l'autre avant les siens 53
   1.3. Allaiter, c'est naturel 54
   1.4. Allaiter, c'est donner la santé 56
   1.5. Allaiter, c'est créer le lien 58
   1.6. Allaiter, c'est se rapprocher de l'autre 59
2. Discussion 60
   2.1. Allaiter : un choix incontournable 61
   2.2. Allaiter : un choix responsable 62

Conclusion 68
Références bibliographiques 68

CHAPITRE 5
TENSIONS ET INCERTITUDES AUTOUR DE LA « DÉPRESSION POSTNATALE » ET DE SON TRAITEMENT 73
Marie-Laurence Poirel et Francine Dufort

1. Une évidence mise en doute 75
   1.1. La non-évidence de la dépression postnatale sur le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté 78
2. La question des origines 80
   2.1. La souffrance sociale des femmes 81
   2.2. L'expérience de la maternité 84
3. Le traitement médical et ses limites 87
   3.1. La médication psychotrope dans les pratiques en santé mentale contemporaines : controverses, enjeux et défis 87
   3.2. Une question obscure : le rôle de la psychopharmacologie dans le traitement de la détresse postnatale des femmes 89
   3.3. Le point de vue des femmes concernées 90
   3.4. Perspectives d'intervenantes en périnatalité dans la communauté : les limites de la médication psychotrope et les ratés du système d'accompagnement 92

Conclusion 97
Références bibliographiques 98

CHAPITRE 6
LA MATERNITÉ AUTOCHTONE EN CONTEXTE
DE VIOLENCE STRUCTURELLE
Entre repères culturels, négociations et hégémonie 103
Catherine Flynn et Renée Brassard

1. Repères culturels autochtones en lien avec la grossesse, l'accouchement et la maternité 106
   1.1. Devenir mère… pour une guérison individuelle et collective 107
2. Des réponses sociales et médicales inadéquates 109
   2.1. Imposition de la représentation allochtone de la maternité : clivage et tensions 110
   2.2. Quelques pistes visant à réduire les inadéquations 112
3. Des pratiques parentales ancrées dans les repères traditionnels . . . 113
4. Vécu collectif de la maternité 115
5. Racisme et préjugés dans les services de protection de l'enfance ? 117
   5.1. Les rapports avec les services de protection de l'enfance : entre imposition et négociation 118

Conclusion 120
Références bibliographiques 120

CHAPITRE 7
LA MATERNITÉ DANS L'OMBRE
La réalité inconnue des mères d'enfants handicapés 125
Alice Home

1. Quelle est la réalité des mères d'enfants handicapés ? 127
2. Pourquoi la réalité de ces mères est-elle si peu connue ? 131
   2.1. La nature sexuée de la prestation des soins 131
   2.2. Une maternité exercée en silence 133
3. La diversité des mères d'enfants handicapés : un même modèle s'applique-t-il à tous ? 135
   3.1. La diversité selon le type de handicap de l'enfant 135
   3.2. La diversité des situations familiales et des positions sociales . . . 137
4. Implications pour les politiques et les pratiques 140

Références bibliographiques 143

CHAPITRE 8
MOTHERS EXPERIENCING HOMELESSNESS IN CANADA
Intersections and Strategies for Support 147
Sarah Benbow

1. Homelessness in Canada 148
   1.1. Homelessness among Women 148
   1.2. Invisibility of Homeless Mothers 148
   1.3. Identity Constructions and the Experiences of Homeless Mothers 149

2. Social Inequalities Influencing Homelessness for Mothers 151
3. Health Experiences of Homeless Mothers 153
4. Unique Experiences for Homeless Mothers: Not a Homogenous Group 154
4.1. Mothers with Mental Illness Experiencing Homelessness 154
4.2. Racialized Mothers Experiencing Homelessness 155
4.3. Aboriginal Mothers Experiencing Homelessness 156
4.4. Teenage Mothers Experiencing Homelessness 157
5. Intersecting Sites of Inequality 158
5.1. Intersectionality 158
5.2. An Intersectional Lens to Understanding Homeless Mothers 159
6. Strategies for Health and Social Professionals 160
6.1. Contextualizing Care 160
6.2. Challenging Status Quo 161
6.3. Recognizing and Building on Strengths 161
Conclusions 162
References 162

CHAPITRE 9
ÊTRE MÈRE DANS L'OMBRE
quand maternité se conjugue avec consommation de substances psychoactives 169
Amélie Bédard
1. Le discours sur les mères toxicomanes 171
1.1. Le modèle social dominant et la stigmatisation des mères 171
1.2. Influence de la perception sociale de la toxicomanie des femmes 173
1.3. Une question de déviance sociale ? 174
2. Le discours des mères toxicomanes 176
2.1. La perception des femmes face à l'expérience de la maternité . . . 176
2.2. Les notions de risque et de droit dans le discours des mères 178
3. Vers une conciliation des discours : les approches à explorer avec les mères 179
3.1. Les services existants et les facteurs favorisant le soutien aux mères 180
3.2. Les relations avec le système de protection de l'enfance et de la jeunesse 180
3.3. La réduction des méfaits comme une approche adaptée 181
Références bibliographiques 183

CHAPITRE 10
UNE PRATIQUE À LA CROISÉE DES CHEMINS
Comprendre les femmes en tant que mères en maison d'hébergement 185
Julia Krane et Rosemary Carlton
1. La maison d'hébergement 186
2. La fonction maternelle sous la lentille du microscope 188
3. Une pratique à la croisée des chemins 197
Références bibliographiques 202

CHAPITRE 11
LA PRATIQUE EN MATIÈRE DE PROTECTION
DANS LES CAS D'AGRESSION SEXUELLE D'ENFANTS5
Perspectives féministes sur l'intervention auprès de mères
non agresseuses 205
Julia Krane et Rosemary Carlton

1. Protection des enfants contre les agressions sexuelles : détermination du risque et du besoin de protection 206
2. La mère et la protection de l'enfant 209
   2.1. Les racines historiques du blâme à l'endroit des mères et de la responsabilisation maternelle 209
   2.2. Repositionnement des mères comme protectrices 212
   2.3. Idéologies dominantes touchant la maternité 216
   2.4. Renouvellement de la pratique auprès de mères non agresseuses dans les cas d'agressions sexuelles d'enfants 218

Références bibliographiques 224

CHAPITRE 12
NÉGLIGENCE À L'ENDROIT DES ENFANTS ET MATERNITÉ9
un regard féministe 229
Simon Lapierre, Julia Krane, Dominique Damant et Jacqueline Thibault

1. Les femmes et la maternité au centre de la construction sociale de la négligence à l'endroit des enfants 232
   1.1. La négligence comme un échec des femmes sur le plan de leur maternité 234
   1.2. L'importance de la position sociale des femmes et des contextes dans lesquels elles exercent leur maternité 237
2. Interventions en matière de négligence à l'endroit des enfants 239
   2.1. Soutien aux familles négligentes 240
   2.2. Prévention et intervention précoce 241
   2.3. Implication des hommes au sein de leur famille et dans les politiques et les pratiques concernant le bien-être des enfants 242

Conclusion 243

Références bibliographiques 244

CONCLUSION 251
Dominique Damant et Simon Lapierre

1. Pistes prometteuses pour l'intervention auprès des femmes en tant que mères 252
   1.1. Reconnaître que toutes les femmes ne veulent pas être mères . . 252
   1.2. Être consciente que les représentations de la « bonne » mère ne correspondent pas à la réalité et que les pratiques maternelles ne sont pas universelles 252
   1.3. Reconnaître les processus de stigmatisation et de marginalisation 253

1.4. Créer un espace où les femmes peuvent partager leur expérience de la maternité 254
1.5. Être consciente que la maternité n'est pas une tâche facile 254
1.6. Reconnaître la valeur du soutien pratique et matériel 255

2. En guise de conclusion 255

NOTICES BIOGRAPHIQUES 257

INTRODUCTION

Simon Lapierre
Université d'Ottawa
Dominique Damant
Université de Montréal

C'est avec un esprit critique face à la maternité comme institution sociale patriarcale que nous avons entrepris de réaliser cet ouvrage. En effet, il existe dans notre société un discours dominant et institutionnalisé, qui s'inspire d'une vision idéalisée de l'expérience de femmes américaines ou européennes, blanches, hétérosexuelles, de classe moyenne, et qui présente cette vision comme étant naturelle et universelle. Ce discours contribue à la régulation des femmes et de leur maternité, en les désignant comme ultimement responsables de la sécurité et du bien-être de leurs enfants et en leur imposant un ensemble des règles et de normes auxquelles elles doivent obéir pour être perçues comme de « bonnes » mères.

Pourtant, nous convenons que l'expérience de la maternité a de multiples visages, qui correspondent rarement aux représentations idéalisées de la maternité, puisqu'elle est influencée par de nombreux facteurs individuels, sociaux, économiques et politiques. Toutes les femmes ont le sentiment, à certains moments, de ne pas répondre aux exigences de la « bonne » mère, mais certains groupes sociaux sont particulièrement exposés aux pratiques de surveillance et de régulation de la part des institutions. Cette tendance est mise en évidence dans les institutions désignées pour assurer la protection et le bien-être des enfants, sans qu'elles démontrent nécessairement une volonté de saisir la complexité de l'expérience maternelle et les divers facteurs qui l'influencent.

La maternité peut donc être perçue comme étant contraignante et opprimante, mais elle peut également être vue comme une source de joie, de fierté et d'accomplissement pour les femmes. De plus, même si les femmes ne peuvent échapper au discours dominant sur la maternité, certaines d'entre elles remettent en question certains éléments de ce discours ou y résistent, par des actions individuelles ou collectives. Dans certaines circonstances, la maternité peut même être perçue comme un lieu de pouvoir pour les femmes.

Cet ouvrage, qui réunit douze textes traitant de la maternité dans divers contextes sociaux, vise les objectifs suivants :

- rendre visibles la réalité et l'expérience de la maternité dans différents contextes sociaux ;
- faire le point sur les connaissances théoriques et empiriques dans ce domaine ;
- cerner les enjeux relatifs au développement des politiques sociales et des pratiques institutionnelles et communautaires ;
- ouvrir des espaces de questionnement concernant la construction sociale de la maternité dans les sociétés occidentales.

Dans le premier chapitre de cet ouvrage, Dominique Damant, Marie-Ève Chartré et Simon Lapierre présentent, dans une perspective critique, un certain nombre d'éléments qui sont au cœur de la construction sociale de la maternité. Ce texte vise à faire le point sur la maternité comme institution sociale.

Avant d'aborder les divers contextes sociaux dans lesquels des femmes exercent la maternité, nous avons cru important de souligner le fait que certaines femmes choisissent de ne pas avoir d'enfants. Une courte réflexion de Lucie Joubert, sur le choix que font certaines femmes de ne pas avoir d'enfants, présente ainsi avec humour quelques réflexions sur les pressions sociales qui sont exercées sur ces femmes. Ce texte reflète les contraintes sociales liées à la maternité, qui sont parfois implicites et souvent explicites, et l'absence d'ouverture face à la décision de dire non à celle-ci. L'auteure, en s'appuyant notamment sur son expérience personnelle, explique comment les femmes qui choisissent de dire non à la maternité sont contraintes au silence, puisque ce choix est souvent interprété comme un problème personnel – « elle n'a pas réglé ses problèmes avec sa mère » – ou interpersonnel – « elle n'a pas rencontré la bonne personne ». Un ouvrage qui porte un regard critique sur la maternité comme institution sociale doit également donner la parole aux femmes qui décident de ne pas avoir d'enfants.

Nous l'avons mentionné plus haut, l'institution de la maternité impose à l'ensemble des femmes un ensemble de règles et de normes auxquelles celles-ci doivent obéir pour être perçues comme de « bonnes » mères. Certaines de ces règles sont visibles dès la grossesse et dans les

mois qui suivent la naissance de l'enfant. Quatre chapitres portent précisément sur cette période, abordant des thèmes tels que la transition vers la maternité, l'allaitement et la « dépression postnatale ». Ils illustrent les tensions qui existent entre la vision idéalisée de la transition vers la maternité et la réalité des femmes qui vivent cette transition dans divers contextes sociaux. Dans le premier de ces chapitres, Marilyn Evans, Robin Mason et Helene Berman examinent les fondements théoriques des travaux sur la transition vers la maternité et s'interrogent sur leur pertinence dans des situations où les femmes ont vécu un traumatisme. Elles montrent comment, dans ces circonstances, la transition est souvent empreinte d'incertitude et d'ambivalence.

Dans un autre chapitre, Chantal Bayard examine, à partir d'entrevues réalisées auprès de femmes enceintes, les représentations sociales du lait maternel et de l'allaitement, des éléments intimement liés aux normes sociales définissant la « bonne » mère. Elle estime que les représentations des femmes reflètent le discours qui sous-tend les politiques québécoises dans ce domaine, démontrant ainsi l'efficacité de celles-ci lorsqu'il s'agit d'amener les futures mères à intégrer certaines normes sociales.

Dans un texte sur les tensions et incertitudes autour de la « dépression postnatale » et de son traitement, Marie-Laurence Poirel et Francine Dufort confrontent les représentations de la « dépression postnatale » et les savoirs experts en lien avec ce concept. Les auteures précisent les limites de ce concept, en mettant en lumière la complexité des situations en cause. Elles s'interrogent également sur la médicalisation de cette expérience en soulignant l'importance de considérer, entre autres, les conditions sociales dans lesquelles se retrouvent souvent les femmes qui reçoivent un diagnostic de « dépression postnatale ».

Pour leur part, Catherine Flynn et Renée Brassard rendent compte du sens et de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité chez les femmes autochtones, tout en s'intéressant au contexte sociohistorique dans lequel ces pratiques s'inscrivent. Elles démontrent que les représentations de la maternité et les normes sociales qui les accompagnent s'inscrivent dans un contexte sociohistorique marqué par le colonialisme. Lorsque les femmes autochtones sont en contact avec les services de protection de l'enfance, elles doivent faire face à une vision idéalisée de l'expérience de femmes américaines ou européennes, blanches, qui ne tient pas compte des pratiques ancrées dans une tradition qui leur est propre. Elles sont donc souvent considérées comme des mères « inadéquates ».

Dans le chapitre suivant, Alice Home décrit la réalité des femmes qui sont responsables des soins pour un enfant présentant un handicap invisible. Il ressort de ce chapitre que cette réalité, peu connue, est empreinte d'ambivalence, de culpabilité et de fatigue.

Les deux chapitres suivants exposent la réalité de femmes vivant dans des contextes particulièrement difficiles auxquels l'image de la « mauvaise » mère est souvent associée, soit l'itinérance et la toxicomanie. Dans sa recension des écrits, Sarah Benbow situe l'expérience des mères qui vivent en situation d'itinérance, tout en considérant d'autres facteurs de vulnérabilité ainsi que les réponses sociales à cette situation. Pour sa part, Amélie Bédard expose d'abord, dans une perspective critique, les discours sociaux sur les mères toxicomanes. Elle présente ensuite le discours des femmes qui vivent cette réalité. Ces deux chapitres soulignent le hiatus qui existe entre les représentations sociales de ces réalités et le vécu de ces femmes. Non seulement l'auteure révèle à quel point il est difficile pour les femmes qui vivent en contexte d'itinérance ou de toxicomanie d'être reconnues comme étant de « bonnes » mère, mais elle tente de déconstruire l'idée de la « mauvaise » mère.

La plupart du temps, les interventions auprès des femmes en tant que mères sont réalisées auprès de femmes qui sont perçues comme ne répondant pas aux normes associées à l'image de la « bonne » mère et elles mettent l'accent sur les « incapacités » de ces femmes en tant que mères. Il est donc facile d'imaginer que certaines pratiques puissent accentuer les sentiments d'incompétence ou de culpabilité déjà présents chez plusieurs femmes. Les trois derniers chapitres du livre inspirent de ce fait une réflexion critique sur l'intervention auprès des femmes qui exercent leur maternité dans un contexte marqué par la violence ou la pauvreté. Dans deux de ces chapitres, Julia Krane et Rosemary Carlton examinent, tour à tour, les pratiques qui ont cours en maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et les interventions menées auprès des femmes dont les enfants ont été victimes d'agressions sexuelles. Enfin, Simon Lapierre, Julia Krane, Dominique Damant et Jacqueline Thibault portent un regard critique et féministe sur la problématique de la négligence à l'endroit des enfants. Ce texte place le genre et les inégalités liées au genre au centre de l'analyse de cette problématique et suggère que la négligence est construite comme étant un « échec » des femmes sur le plan de leur maternité.

Enfin, la conclusion de ce livre définit, à partir des éléments qui sont soulevés dans les différents chapitres, un certain nombre de principes qui devraient être intégrés dans l'intervention auprès des femmes en tant que mères.

CHAPITRE

1

L'INSTITUTION DE LA MATERNITÉ

Dominique Damant
Université de Montréal
Marie-Ève Chartré
Université de Montréal
Simon Lapierre
Université d'Ottawa

Il n'est pas facile de définir avec précision ce qu'est la maternité. Comme l'indique Forcey (1994), la maternité est un ensemble d'activités socialement construites, impliquant l'éducation, la prise en charge et les soins. À cela, Levine et Estable (1981) ajoutent que la maternité est faite de joie, de peine et de luttes humaines. À l'instar de Rich (1976) et d'autres auteures féministes, nous considérons qu'au-delà d'une expérience individuelle («*mothering*») la maternité est institutionnalisée («*motherhood*») et donc au cœur de la vie de toutes les femmes. En effet, même si les expériences de la maternité sont diversifiées, l'institution de la maternité, elle, touche toutes les femmes. L'objectif de ce chapitre[1] est de faire le point sur la maternité comme institution.

1. Le travail associé à ce chapitre s'inscrit dans une recherche financée par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), intitulée *Mothering in the Context of Domestic Violence in Canada and the United Kingdom: A Focus on Aboriginal and Black and Minority Ethnic Women* (Damant *et al.*, 2009-2012).

1. La construction sociale de la maternité

Les valeurs et les normes entourant la maternité varient historiquement et culturellement (Badinter, 1980; Glenn, 1994, Descarries et Corbeil, 2002; Garcia, 2011). Il est possible d'appréhender l'évolution des normes associées à la maternité au fil des siècles en se penchant sur les normes relatives à l'éducation des enfants. Hays (1996) souligne ainsi que chaque période historique, à l'intérieur de toute région géographique, offre ses propres modèles culturels pour l'éducation des enfants.

Pour certains auteurs, il fut une longue période où la société exprimait de l'indifférence vis-à-vis des enfants, tandis qu'on observe actuellement une préoccupation marquée pour le bien-être de ces derniers (Ariès, 1973; Swigart, 1992; deMause, 1995). À cet égard, Hays (1996) soutient qu'à l'époque médiévale les parents étaient indifférents envers leurs enfants et que l'enfance était considérée comme un état de nature plutôt que comme un âge ayant ses caractéristiques propres. En Europe, aux XVIIe et XVIIIe siècles, on faisait référence à l'innocence des enfants, tandis que l'enfant américain était plutôt considéré comme une source de revenus pour la famille. Pour Ariès (1973), la découverte de l'enfance est un fait récent dans l'histoire des sociétés. Il avance que ce n'est qu'à la fin du XVIIIe siècle qu'on a assisté à un changement d'attitude à l'égard des premiers âges de la vie; l'enfance à laquelle on ne s'était guère intéressé est soudainement l'objet d'une affection nouvelle. Dans le même sens, Hoyles (1979) affirme que « *both childhood and our present-day nuclear family are comparatively recent social inventions* » (p. 16).

Ces changements s'inscriraient en lien avec des changements dans les structures sociales et économiques, notamment en ce qui a trait au rôle de la communauté dans la prise en charge des enfants. En Occident, au moment de l'industrialisation et de l'arrivée en ville, plusieurs familles ont rompu le réseau de liens avec la parenté et la communauté, se repliant ainsi sur les enfants, dont le bien-être physique et psychologique constituait désormais la priorité (Garcia, 2011).

Cette thèse a cependant été critiquée par plusieurs auteurs, qui remettent en question l'idée d'un processus linéaire. Écartant tout désir de désigner un âge d'or de la consécration de l'enfance, leurs travaux visent non seulement à montrer que chaque époque élabore sa culture et ses méthodes de soins à prodiguer aux enfants, mais surtout à mettre en lumière la complexité des relations entre les enfants et les adultes ainsi que des modèles culturels qui les inspirent (Le Roy Ladurie, 1975; Loux, 1975; Quentel, 1993; Becchi et Julia, 1998).

Cette complexité est évidente lorsqu'on examine les variations en fonction de l'appartenance sociale et de la culture. Par exemple, Hays (1996) soutient qu'au XIXe siècle, dans les villes, la valeur de l'enfant

variait en fonction de la classe sociale et de l'origine ethnique. Pour la classe ouvrière, la valeur de l'enfant était liée à l'économie familiale, alors que la classe bourgeoise accordait une valeur de pureté aux enfants. De nos jours, les femmes européennes et nord-américaines mettraient plus l'accent sur les bénéfices psychologiques d'avoir un enfant que sur l'utilité financière et économique de l'enfant (Roxburg *et al.*, 2001), tandis que les femmes dans la plupart des autres cultures accorderaient une valeur économique aux enfants (Hays, 1996). À cet égard, Collins (1994) explique que la domination raciale et l'exploitation économique marquent profondément le contexte dans lequel la maternité se vit – pour les femmes de divers groupes ethniques, l'expérience subjective de la maternité est inévitablement liée aux enjeux socioculturels de leur communauté. Ainsi, les facteurs tels que la classe sociale d'origine, la situation d'emploi et l'origine ethnique influencent la façon dont les femmes maternent, de même que la façon dont elles interprètent et comprennent ce qu'elles font comme mères (Woollett et Phoenix, 1991 ; Collins, 1994 ; Gillies, 2007).

2. Une vision normative et idéalisée de la maternité

Même si la maternité est historiquement et culturellement construite, les discours politiques, économiques et sociaux entourant la maternité sont façonnés par une vision idéalisée de celle-ci. Cela repose, notamment, sur les trois croyances suivantes : toutes les femmes ont besoin d'être mères, toutes les mères ont besoin de leurs enfants et tous les enfants ont besoin de leur mère (Oakley, 1974). Ainsi, malgré l'importance croissante accordée à la paternité au cours des dernières décennies, la représentation des mères comme premières responsables de la sécurité, du bien-être et du bon développement des enfants persiste (Glenn, 1994 ; Swigart, 1992 ; Dalley, 1996 ; Turney, 2000 ; Krane, 2003 ; Scourfield, 2003). En d'autres termes, les femmes sont responsables de la reproduction sociale (Campbell, 1999).

En tant que mères, elles doivent fournir des soins, élever et socialiser les enfants (Forcey, 1994 ; Glenn, 1994 ; Paquette et Lafrenière, 1994). Ainsi, il est attendu que les femmes organisent leur vie en fonction des besoins des enfants et de la vie familiale (Sidebotham, 2001). Comme l'affirment Lavergne *et al.* (2003) :

> La société définit les femmes essentiellement par rapport à la maternité et à leur rôle de mère, leurs besoins et leurs désirs s'en trouvent subordonnés. La maternité-institution attend également des femmes qu'elles mettent de côté leur propre identité au profit de l'accomplissement de leur rôle de mère (p. 15).

À cet égard, Davies et Krane (1996) soutiennent que l'on attend des femmes qu'elles gèrent avec calme et efficacité leur rôle de mère, peu importe les difficultés auxquelles elles peuvent être confrontées et la

détresse qu'elles peuvent vivre. À long terme, les mères ont le fardeau de produire de « bons citoyens » pour la prochaine génération (Chodorow et Contratto, 1980 ; Marshall, 1991).

Cette vision idéalisée de la maternité est renforcée par des représentations particulières de l'amour et de l'instinct maternel. En effet, l'amour maternel est encore souvent considéré comme étant fait de tendresse, de patience, de sacrifice et de chaleur humaine, et ne contenant aucun ressentiment ni aucune ambivalence, colère ou haine (Levine et Estable, 1981 ; Krane, 2003). Cela amène aussi à croire que toutes les femmes aiment leurs enfants (Featherstone et Trinder, 1997). De plus, la maternité est souvent considérée comme l'accomplissement ultime dans la vie des femmes (Ussher, 1990, cité dans Glenn, 1994). Le concept d'instinct maternel, pour sa part, s'est développé au cours des siècles et implique que les « habiletés » maternelles sont instinctuelles. Ces croyances sont souvent renforcées par les informations et les conseils formulés par les « experts » de l'enfance et des soins maternels, dans les livres, les revues ou à la télévision (Hays, 1996 ; Walzer, 1996 ; Hamelin Brabant, 2000 ; Gavarini, 2001), même si cela est potentiellement contradictoire.

Plusieurs féministes ont critiqué cette idéalisation de la maternité et ses conséquences sur la vie des femmes. En effet, une grande pression est exercée sur les femmes pour qu'elles se conforment à cette image idéalisée (Oberman et Josselson, 1996). Comme Roberts (1999) l'indique, toutes les femmes vivent une pression, à la fois systémique et idéologique, pour correspondre aux critères de la mère « idéale ». Si Shorter (1977) estime que « les bonnes mères sont une invention de la modernisation » (p. 208), Swift (1995) affirme plutôt que l'idéalisation de la maternité est une tendance ancienne, mais qui s'est intensifiée au cours des derniers siècles.

Cette tendance a aussi été critiquée, plus récemment, pour son caractère ethnocentrique. En effet, comme l'indiquent Glenn (1994) et Bhopal (1998, cité dans Liamputtong *et al.*, 2004), l'idéalisation de la maternité a largement été construite à travers l'expérience des femmes blanches, américaines, hétérosexuelles, de classe moyenne. Cette représentation particulière de la maternité ne tient donc pas compte du fait que les femmes deviennent mères et exercent la maternité dans une variété de contextes sociaux, à partir de diverses expériences de vie. À cet égard, Reynolds (2005) souligne que, jusqu'à maintenant, même les écrits féministes ont accordé une attention limitée à la diversité des expériences maternelles :

> *Feminist debates have highlighted the gendered power relations and patriarchy that underpin biological and social constructs of mothering, they have been less successful in exploring how intersections of race, class and gender create very different gender and patriarchal relations, and access to resources, for diverse groups of mothers* (p. 23).

Pourtant, les expériences maternelles peuvent varier en fonction de leur origine sociale et culturelle, de leur classe sociale, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur statut, etc. Dans le contexte actuel, certains groupes sont marginalisés et ces femmes sont donc plus susceptibles d'être perçues comme de « mauvaises » mères.

3. La dichotomie « bonnes » mères / « mauvaises » mères…

Cette vision normative et idéalisée de la maternité, associée à la notion d'instinct maternel, est à la base de la tendance à blâmer les mères. Selon Davies et Krane (1996), c'est simultanément l'idéalisation de la maternité et l'invisibilité du travail maternel qui permettent de blâmer les mères, puisque les représentations de la « bonne » mère ou de la mère « idéale » créent des attentes normatives et publiques pour toutes les femmes. Cela entraîne automatiquement une distinction entre les « bonnes » et les « mauvaises » mères (Campbell, 1999) ; les « bonnes » mères répondent aux critères de la mère « idéale », ou s'en rapprochent considérablement, tandis que les « mauvaises » mères n'arrivent pas à répondre à ces critères ou, pire encore, refusent de se conformer à cette vision.

Dans le même sens, Levine et Estable (1981) estiment que l'idéologie dominante a établi une hiérarchie des « types » de mères. Certaines mères sont considérées comme « bonnes », « normales » ou « aptes », tandis que d'autres sont vues comme « mauvaises », « déviantes » ou « inaptes ». Ainsi, certaines femmes, en raison de leur situation ou de leurs comportements, sont rapidement étiquetées comme étant de « mauvaises » mères. Entre ces deux groupes se trouveraient des zones imprécises, où l'on classe les femmes qui sont « à risque » d'être des mères « inaptes ».

En effet, les femmes sont généralement les premières accusées lorsque leurs enfants ne reçoivent pas une réponse jugée « adéquate » à leurs besoins, sans qu'on tienne compte des conditions dans lesquelles elles exercent la maternité. Elles sont aussi blâmées pour tout ce qui va mal dans la vie de leurs enfants et dans leur famille, sans égard à leurs comportements. En somme, les femmes deviennent responsables de tous les problèmes et les maux de la société (Caplan, 1990).

Cependant, toutes les femmes ne sont pas également susceptibles d'être perçues comme de « mauvaises » mères. Historiquement, les femmes pauvres et les femmes immigrantes ont été exclues du culte de la domesticité (Glenn, 1994 ; Swift, 1995). En effet, au lieu d'être valorisées pour leurs rôles familiaux, ces femmes étaient considérées comme des sources de travail à rabais, en particulier quand elles étaient employées comme domestiques dans les maisons de Blancs (Glenn, 1994). Encore de nos

jours, certaines femmes occupent une position sociale qui ne leur permet pas de correspondre à la vision idéalisée de l'expérience de la maternité des femmes blanches, américaines, hétérosexuelles, de classe moyenne.

Il est important de noter que, comme le souligne Birns (1999), le fait de blâmer les femmes et la qualité des soins qu'elles apportent aux enfants pour tous les problèmes de ces derniers – et même pour l'ensemble des problèmes sociaux – occulte l'influence d'autres facteurs et minimise l'importance d'agir pour susciter des changements sociaux, économiques et politiques.

4. L'influence de l'État et de ses institutions

L'État, par l'entremise de ses institutions, intervient fréquemment dans la vie privée des familles et cible souvent les femmes en tant que mères, dès la grossesse et aux différentes étapes de la vie des enfants (Phoenix et Woollett, 1991 ; Davies et Krane, 1996). La vision normative et idéalisée de la maternité se cristallise dans les politiques sociales ainsi que dans les pratiques qui en découlent (García Coll *et al.*, 1998). À leur tour, ces politiques et ces pratiques structurent l'expérience maternelle de toutes les femmes et, plus particulièrement, l'expérience des femmes qui ne correspondent pas à l'image de la « bonne » mère (Greaves *et al.*, 2002).

Dans ce contexte, la façon dont les femmes protègent leurs enfants et en prennent soin est constamment scrutée ; la maternité est exercée sous une certaine surveillance. Si cette surveillance est exercée par l'ensemble des institutions, le contrôle de la maternité est le fondement même des services de protection de l'enfance (Davies et Krane, 1996) et plusieurs recherches révèlent que les représentations de la « bonne » mère et de la « mauvaise » mère amènent souvent les intervenantes sociales à blâmer les femmes (Levine et Estable, 1981 ; Roberts, 1999 ; Turney, 2000 ; Humphreys *et al.*, 2001 ; Greaves *et al.*, 2002 ; Krane, 2003 ; Scourfield, 2003 ; Ramvi et Davies, 2010). Greaves *et al.* (2002) mentionnent que les mères en situation d'urgence ou de crise « ne sont pas toujours capables de répondre aux idéaux de la mère adéquate » (p. 125). Elles estiment aussi que ces femmes sont souvent stigmatisées « parce qu'elles ne se conforment pas à la norme acceptée en matière de soins maternels, selon laquelle elle doit se sacrifier pour ses enfants, tout en conservant suffisamment d'autonomie et de confiance en soi pour subvenir à leurs besoins » (p. 125).

Cette tendance est évidente dans les situations de négligence à l'endroit des enfants, qui constitue la plus importante forme de mauvais traitements au sein des services de protection de l'enfance. En effet, ce sont généralement les femmes qui sont jugées responsables d'avoir négligé leurs enfants (Swift, 1995 ; Turney, 2000 ; Lapierre, 2009). Les femmes sont aussi, le plus souvent, tenues responsables de la violence exercée à

l'endroit de leurs enfants, même si elles n'ont pas elles-mêmes exercé la violence (Roberts, 1999 ; Krane, 2003 ; Lapierre, 2009). Scourfield (2003) appuie cette position, en démontrant que les femmes sont considérées comme ayant l'obligation de protéger leurs enfants de la violence de leurs conjoints. C'est souvent le concept de « défaut de protéger » qui est utilisé dans ces circonstances (Magen, 1999 ; Roberts, 1999 ; Lapierre, 2009). De telles mesures s'accompagnent rarement d'un soutien aux femmes et à leur maternité.

5. Les intérêts des femmes et de leurs enfants sont-ils toujours les mêmes ?

Comme le mentionne Roberts (1999), un mythe bien ancré dans l'imaginaire collectif veut que les intérêts des mères et des enfants soient toujours complémentaires. Cependant, dans un contexte social et politique où la cause des enfants a pris une place centrale dans les discours publics, les besoins des femmes sont dorénavant subordonnés aux besoins de leurs enfants (Swigart, 1992 ; Garcia, 2011). Les droits des enfants éclipsent souvent ceux de leur mère (Krane, 2003 ; Greaves *et al.*, 2002). Les besoins et les droits des enfants sont parfois en opposition avec ceux de leur mère (Featherstone et Trinder, 1997).

Selon Greaves *et al.* (2002), « il y a émergence de discours politiques axés sur l'enfant et d'un discours qui interprète les intérêts de l'enfant comme s'ils étaient en concurrence avec ceux de la mère » (p. 75). Il advient donc que « les lois et les politiques conçues pour répondre à l'intérêt de l'enfant ont malheureusement pour résultat de polariser davantage les droits des enfants et ceux des mères, affaiblissant la relation mère-enfant et ne réussissant pas à apporter la santé et la sécurité aux deux » (Greaves *et al.*, 2002, p. 75).

6. Des stratégies de résistance

Les mères ne sont pas des victimes passives et impuissantes face à une institution qui les oblige à se soumettre à l'image de la mère « idéale », à défaut de quoi elles seront considérées comme des « mauvaises » mères et seront ainsi marginalisées dans l'espace public. Les femmes peuvent adopter diverses stratégies pour résister à ce discours dominant (García Coll *et al.*, 1998).

Par ailleurs, la maternité n'est pas uniquement perçue comme une source d'oppression pour les femmes. Par exemple, dans une recherche réalisée en France auprès de femmes immigrantes originaires d'Afrique de l'Ouest, Reveyrand-Coulon (1993) arrive à la conclusion que la maternité

était, pour ces femmes, « leur repère, leur sens, leur légitimité, leur revanche, leur échappatoire, leur exutoire » (p. 29). La maternité aurait une « fonction réparatrice » (p. 30) et donnerait ainsi aux femmes l'accès à une « place reconnue, respectée » (p. 30). C'est une perspective qui identifie la maternité comme une source non pas d'oppression, mais plutôt de pouvoir.

7. Quelques données récentes sur la maternité au Québec

Mais que nous disent de récentes données de recensement sur la réalité des mères québécoises et l'évolution des pratiques parentales ? Au Québec, l'âge moyen à la maternité est passé de 27,33 ans en 1976 à 29,76 ans en 2009 (Institut de la statistique du Québec, 2010). L'indice synthétique de fécondité est à 1,731, alors que le seuil de remplacement des générations est à 2,1. Par ailleurs, le nombre de femmes sans enfant diminue depuis quelques années.

Les dernières données québécoises nous informent que, malgré des changements chez les jeunes générations, la répartition des tâches entre les hommes et les femmes demeure encore inéquitable (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011). Les hommes des générations plus jeunes déclarent participer davantage aux soins aux enfants et ils prennent plus souvent les congés parentaux. Ce sont toutefois encore les femmes qui assument la grande part des soins aux enfants et des travaux ménagers. En effet, la moitié des mères en couple ou seules (51,6 %) et le quart des pères en couple ou seuls (24,6 %) consacrent 15 heures ou plus par semaine aux travaux ménagers. Près de la moitié des mères (49,1 %) et le tiers des pères (33,2 %) consacrent 15 heures ou plus par semaine aux soins des enfants. Enfin, les femmes s'absentent quatre fois plus du travail pour des obligations personnelles ou familiales.

Une étude très récente indique que l'implication des pères « varie beaucoup selon la nature des tâches liées aux soins et à l'éducation des enfants » (Famille et Aînés Québec, 2011, p. 4). En effet, les pères remplissent beaucoup plus les tâches liées au jeu avec les enfants, alors que les mères continuent à assumer celles qui sont liées à l'aide aux devoirs, à l'habillage et à la prise en charge des enfants malades. En somme, elles continuent de s'occuper des tâches traditionnellement plus difficiles. Autre donnée intéressante, les couples issus de l'immigration sont ceux dans lesquels le partage des tâches liées aux enfants se fait de façon plus équitable.

En ce qui concerne les conditions économiques, la moitié des mères seules avec enfants de 4 ans et moins ont des revenus inférieurs à 21 000 $, alors que les familles biparentales avec enfants de 4 ans et moins ont des revenus moyens inférieurs à 61 000 $, ce qui confirme encore une fois que les mères monoparentales vivent davantage en situation de pauvreté (Famille et Aînés Québec, 2011).

Conclusion

En conclusion, soulignons que l'institution de la maternité, parce qu'elle est socialement construite, peut être changée – et des données récentes montrent que des changements ont eu lieu. À cet égard, García Coll *et al*. (1998) soulignent qu'un tel mouvement devrait permettre aux femmes de prendre la parole et de définir leur propre expérience de la maternité. Ces femmes devraient aussi pouvoir mettre en évidence des stratégies qu'elles ont adoptées dans un contexte donné. Sans être des mères « parfaites », elles pourraient ainsi être reconnues comme des mères à part entière.

Références bibliographiques

ARENDEL, T. (2000). « Conceiving and investigating motherhood : The decade's scholarship », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 62, p. 1192-1207.

ARIÈS, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, 2e éd., Paris, Seuil.

BADINTER, É. (1980). *L'amour en plus*, Paris, Flammarion.

BADINTER, É. (2010). *Le conflit : la femme et la mère*, Paris, Flammarion.

BECCHI, E. et D. JULIA (dir.) (1998). *Histoire de l'enfance en Occident. De l'Antiquité au XVIIe siècle*, tome 1, Paris, Seuil.

BIRNS, B. (1999). « Attachment theory revisited : Challenging conceptual and methodological sacred cows », *Feminism & Psychology*, vol. 9, no 1, p. 10-21.

BOURASSA, C. (2002). *La relation entre la violence conjugale et les troubles de comportements à l'adolescence : les effets médiateurs des relations parents-adolescent et du soutien des amis*, Thèse de doctorat, Québec, École de service social, Université Laval.

CAMPBELL, N. (1999). « Regulating "maternal instinct" : Governing mentalities of late twentieth-century U.S. illicit drug policy », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, vol. 24, no 4, p. 895-923.

CAPLAN, P.J. (1990). « Making mother-blaming visible », dans J.P. Knowles et E. Cole (dir.), *Motherhood. A Feminist Perspective*, New York, Haworth Press.

CHAMBERLAND, C. (2003) *Violence parentale et violence conjugale : des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

CHODOROW, N. et S. CONTRATTO (1980). « The fantasy of the perfect mother », dans B. THORNE et M. YALOM (dir.), *Rethinking the Family. Some Feminist Questions*, New York, Longman, p. 54-75.

CLEETON, E.R. (2003). « "Are you beginning to see a pattern here ?" Family and medical discourses shape the story of black infant mortality », *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 30, no 1, p. 41-63.

COLLINS, P. (1994). « Shifting the center : Race, class, and feminist theorizing about motherhood », dans D. Bassin, M. Honey et M.M. Kaplan (dir.), *Representations of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Presss, p. 56-74.

DALLEY, G. (1996). *Ideologies of Caring : Rethinking Community and Collectivism*, Londres, Macmillan.

DAVIES, L. et J. KRANE (1996). « Shaking the legacy of mother blaming : No easy task for child welfare », *Journal of Progressive Human Services*, vol. 7, no 2, p. 3-22.

DeMAUSE, L. (1995). *The History of Childhood*, Northvale, NJ, Jason Aronson.

DESCARRIES, F. et J. CORBEIL (2002). *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage.

FAWCETT, B. et B. FEATHERSTONE (2000). « Setting the scene : An appraisal of notions of postmodernism, postmodernity and postmodern feminism », dans B. Fawcett, B. Featherstone, J. Fook et A. Rossiter (dir.), *Practice and Research in Social Work : Postmodern Feminist Perspectives*, Londres, Routledge, p. 5-23.

FEATHERSTONE, B. et L. TRINDER (1997). « Familiar subjects ? Domestic violence and child welfare », *Child and Family Social Work*, vol. 7, p. 147-159.

FLECK-HENDERSON, A. (2000). « Domestic violence in the child protection system : Seeing double », *Children and Youth Services Review*, vol. 22, p. 333-353.

FORCEY, L.R. (1994). « Feminist perspectives on mothering and peace », dans E.N. Glenn, G. Chang et L.R. Forcey (dir.), *Mothering : Ideology, Experience, and Agency*, New York, Routledge, p. 355-375.

GARCIA, S. (2011). *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte.

GARCÍA COLL, C., J.L. SURREY et K. WEINGARTEN (1998). *Mothering Against the Odds : Diverse Voices of Contemporary Mothers*, New York, Guilford.

GAVIRINI, L. (2001). *La passion de l'enfant : filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIe siècle*, Paris, Denoël.

GILLIES, V. (2007). *Marginalised Mothers : Exploring Working-Class Experiences of Parenting,* New York, Routledge.

GLENN, E. (1994). « Social constructions of mothering : A thematic overview », dans E.N. Glenn, G. Chang et L.R. Forcey (dir.), *Mothering : Ideology, Experience, and Agency*, New York, Routledge, p. 1-29.

GREAVES, L. *et al.* (2002). *Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise*, Ottawa, Condition féminine Canada, coll. « Recherche en matière de politiques ».

HAMELIN BRABANT, Louise (2000). *L'enfance et la transformation des modèles professionnels médicaux*, Thèse de doctorat, Québec, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

HAYS, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Press.

HOLDEN, G.W. et K.L. RITCHIE (1991). « Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems, evidence from battered women », *Child Development*, vol. 62, p. 311-327.

HOLDEN, G.W. *et al.* (1998). « Parenting behaviors and beliefs of battered women », dans G.W. Holden, R. Geffner et E.N. Jouriles (dir.), *Children Exposed to Marital Violence : Theory, Research, and Applied Issues*, Washington, DC, American Psychological Association, p. 289-336.

HOYLES, M. (1979). *Changing Childhood*, Londres, Writers and Readers Publishing Cooperative.

HUMPHREYS, C. (1999). « Avoidance and confrontation : Social work practice in relation to domestic violence and child abuse », *Child and Family Social Work*, vol. 4, p. 77-87.

HUMPHREYS, C. *et al.* (2001). « Domestic violence and child abuse : Developing sensitive policies and guidance », *Child Abuse Review*, vol. 10, p. 183-197.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE (2010). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2010*, Québec, Publications du Québec.

JOHNSON, J.T. (1992). *Mothers of Incest Survivors : Another Side of the Story*, Bloomington, Indiana University Press.

KNIBIEHLER, Y. (2001). *Maternité. Affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard.

KNOWLES, J.P. et E. COLE (1990). *Motherhood. A Feminist Perspective*, New York, Haworth Press.

KRANE, J. (2003). *What's Mother Got to Do With It ? Protecting Children from Sexual Abuse*, Toronto, University of Toronto Press.

KRANE, J. et L. DAVIES (2000). « Mothering and child protection practice : Rethinking risk assessment », *Child and Family Social Work*, vol. 5, p. 35-45.

KRANE, J. et L. DAVIES (2002). « Sisterhood is not enough : The invisibility of mothering in shelter practice with battered women », *AFFILIA*, vol. 17, nº 2, p. 167-190.

LAAROUSSI, M.V. et L. RACHÉDI (2002). « Femmes, mères et immigrantes : des enjeux de société et un appel au féminisme », dans F. Descarries et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, p. 431-456.

LAFLAND, G.K. (2003). *Battered Women and Parental Discipline*, Thèse de doctorat, Hartford, CT, University of Hartford.

LAPIERRE, S. (2009). « More responsibilities, less control : Understanding the challenges and difficulties involved in mothering in the context of domestic violence », *British Journal of Social Work*, p. 1-18.

LAVERGNE, C., C. CHAMBERLAND et L. LAPORTE (2003). « Violence conjugale et mauvais traitements envers les enfants : étude exploratoire de cas signalés à la protection de la jeunesse », dans C. Chamberland et D. Damant (dir.), *Violence envers les femmes et les enfants en contexte familial : théories explicatives et données empiriques*, Actes du colloque tenu au 69e congrès de l'Acfas, Sherbrooke, CRI-VIFF.

LAVERGNE, C., M. JACOB et C. CHAMBERLAND (2003). « Contributions féministes à la compréhension du phénomène des mauvais traitements envers les enfants », dans C. Chamberland et D. Damant (dir.), *Violence envers les femmes et les enfants en contexte familial : théories explicatives et données empiriques*, Actes du colloque tenu au 69e congrès de l'Acfas, Sherbrooke, CRI-VIFF.

LE ROY LADURIE, E. (1975). *Montaillou, village occitan de 1294 à 1324*, Paris, Gallimard.

LEVINE, H. et A. ESTABLE (1981). *Maternité et rapports de force : essai de critique féministe théorique et pratique*, Ottawa, Centre for Social Welfare Studies, Université Carleton.

LIAMPUTTONG, P. *et al.* (2004). « When I become a mother ! : Discourses of motherhood among Thai women in Northern Thailand », *Women's Studies International Forum*, vol. 27, p. 589-601.

LOUX, F. (1975). *Pratiques traditionnelles et pratiques modernes d'hygiène et de prévention de la maladie chez les mères et leurs enfants*, Paris, Centre d'ethnologie française.

MAGEN, R.H. (1999). « In the best interests of battered women : Reconceptualizing allegations of failure to protect », *Child Maltreatment*, vol. 4, nº 2, p. 127-135.

MARSHALL, H. (1991). « The social construction of motherhood : An analysis of childcare and parenting manuals », dans A. Phoenix, A. Woollett et E. Lloyd (dir.), *Motherhood. Meanings, Practices and Ideologies*, Londres, Sage Publications, p. 66-85.

MCMAHON, M. (1995). *Engendering Motherhood*, New York, Guilford Press.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (2011). *Un portrait statistique des familles au Québec – Édition 2011*, Québec, Gouvernement du Québec.

MOHR, W.K., J.W. FANTUZZO et S. ABDUL-KABIR (2001). « Safeguarding themselves and their children : Mothers share their strategies », *Journal of Family Violence*, vol. 16, nº 1, p. 75-92.

OAKLEY, A. (1974). *The Sociology of Housework*, Oxford, Basil Blackwell.

OBERMAN, Y. et R. JOSSELSON (1996). « Matrix of tensions. A model of mothering », *Psychology Women Quarterly*, vol. 20, p. 341-359.

PACAULT, P., I. GOURDES-VACHON et S. TREMBLAY (2011). *Les pères du Québec. Les soins et l'éducation de leurs jeunes enfants : évolution et données récentes*, Québec, Ministère de la Famille et des Aînés.

PAQUETTE, D. et P.J. LAFRENIÈRE (1994). « Relation mère-enfant, cultures et socialisation », *Revue canadienne de psychoéducation*, vol. 23, nº 1, p. 17-41.

PELED, E. (1997). « Intervention with children of battered women : A review of current literature », *Children and Youth Services Review*, vol. 19, nº 4, p. 277-299.

PHOENIX, A. et A. WOOLLETT (1991). « Motherhood : Social construction, politics and psychology », dans A. Phoenix, A. Woollett et E. Lloyd (dir.), *Motherhood. Meanings, Practices and Ideologies*, Londres, Sage Publications, p. 13-27.

QUENTEL, J.-C. (1993). *L'enfant. Problèmes de genèse et d'histoire*, Bruxelles, De Boeck.

RAMVI, E. et L. DAVIES (2010). « Gender, mothering and relational work », *Journal of Social Work Practice*, vol. 24, nº 4, p. 445-460.

REVEYRAND-COULON, O. (1993). « Des mères dans tous leurs états », dans O. Reveyrand-Coulon (dir.), *Immigration et maternité*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.

REYNOLDS, T. (2005), *Caribbean Mothers : Identity and Experience in the UK*, Londres, The Tufnell Press.

RICH, A. (1976). *Of Woman Born : Motherhood as Experience and Institution*, New York, Norton.

ROBERTS, D.E. (1999). « Mothers who fail to protect their children : Accounting for private and public responsibility », dans J.E. Hanigsberg et S. Ruddick (dir.), *Mother Troubles*, Boston, Beacon Press, p. 31-49.

ROXBURG, S. *et al.* (2001). « The value of children, parenting strains, and depression among urban African American mothers », *Sociological Forum*, vol. 16, nº 1, p. 55-72.

RUEDA-RIDLE, A.V. (2001). *Women with Serious Mental Illness : Meaning of Motherhood among Women Receiving Mental Health Services*, Thèse de doctorat, Détroit, Wayne State University.

SCOURFIELD, J. (2003). *Gender and Child Protection*, New York, Palgrave Macmillan.

SHORTER, E. (1977). *Naissance de la famille moderne*, Paris, Seuil.

SIDEBOTHAM, P. (2001). « Culture, stress and the parent-child relationship : A qualitative study of parents' perceptions of parenting », *Child : Care, Health and Development*, vol. 27, nº 6, p. 469-485.

SNITOW, S. (1992). « Feminism and motherhood : An American reading », *Feminist Review*, vol. 40, p. 32-51.

STATISTIQUE CANADA (2000). « Violence familiale », *Le Quotidien*, 25 juillet.

SWIFT, K.J. (1995). *Manufacturing « Bad Mothers ». A Critical Perspective on Child Neglect*, Toronto, University of Toronto Press.

SWIGART, J. (1992). *Le mythe de la mauvaise mère. Les réalités affectives de la maternité*, Paris, Robert Laffont.

TURNEY, D. (2000). « The feminizing of neglect », *Child and Family Social Work*, vol. 5, p. 47-56.

WALZER, S. (1996). « Thinking about the baby : Gender and divisions of infant care », *Social Problems*, vol. 43, n° 2, p. 219-234.

WOOD, B.L. (1999). *Women's Perceptions of Their Children's Experiences in Domestic Violence*, Thèse de doctorat, Eugene, Oregon State University.

WOOLLETT, A. et A. PHOENIX (1991). « The main themes », dans A. Phoenix, A. Woollett et E. Lloyd (dir.), *Motherhood. Meanings, Practices and Ideologies*, Londres, Sage Publications.

CHAPITRE

2

DIRE LA NON-MATERNITÉ OU POURQUOI VOTRE AMIE SANS ENFANT EST MUETTE

Lucie Joubert
Université d'Ottawa

La maternité – les enfants, les petits-enfants – a été de tout temps un sujet de conversation de prédilection pour les femmes. Cette « intarissable parole des mères et sur les mères », comme le dit Chantal Thomas (2000, p. 85), est somme toute inévitable, dans la mesure où ce sont les femmes qui vivent les grossesses, ont à décider ensuite de retourner ou non au travail ou, si elles ne peuvent se permettre le luxe du choix, doivent composer avec une nouvelle existence qui sera nécessairement plus compliquée à gérer, même en tenant compte de l'implication nouvelle des conjoints dans l'intendance du quotidien. La logorrhée maternelle trouve aussi un exutoire parfait dans le discours social actuel qui sollicite, valorise, monte en épingle et répand cette parole des mères (et des pères) avec une complaisance que j'ai déjà signalée ailleurs (2010), laissant très peu de place à un discours non pas opposé mais différent, qui s'inscrirait simplement dans une marge discrète : une réflexion sur la non-maternité.

Mais dans une société qui signifie clairement aux femmes que la maternité est redevenue la garantie *sine qua non* de l'épanouissement féminin, que pourrait avancer une non-mère qui ne serait pas perçu inéluctablement comme une vaine entreprise d'autojustification ? Que *vaut* la parole d'une non-mère ? Cette femme a-t-elle même voix à ce chapitre ? Ces questions méritent d'être posées, car les femmes qui disent non à la

maternité, déjà peu nombreuses, le sont encore moins à dire la non-maternité. Les nullipares sont en effet, par rapport à leur choix, une minorité très silencieuse : elles n'ont rien à raconter et, pour cause, pas de photos à montrer, de dates à citer (Sautière, 2008, p. 52). Surtout, elles ne cherchent pas à convaincre qui que ce soit de la pertinence de leur choix (Thomas, 2000, p. 85), parce qu'elles ont déjà souvent été en butte à l'incompréhension de leur entourage ou qu'elles pressentent que leur histoire va automatiquement créer un malaise.

Cette résistance à la parole nulliparturiente[1] ne date pas d'hier. Simone de Beauvoir l'a largement éprouvée et son ouvrage *Le deuxième sexe*, abondamment commenté au fil des anniversaires soulignant sa parution, continue de créer des vagues, *surtout* à cause du chapitre sur la maternité. Alors qu'on lui reconnaît de valables projections en ce qui concerne ses idées sur la psychanalyse et l'histoire des femmes, entre autres, on conspue allègrement le portrait qu'elle a osé tracer de la mère ; et cette résistance vient, en grande partie, du fait qu'elle n'a eu pas d'enfant elle-même. Au lieu de lire ce chapitre comme une analyse d'un des aspects de la condition féminine, on a préféré induire que Beauvoir, dans ces pages, se livrait à une charge contre la maternité pour mieux exalter son choix personnel.

En effet, Toril Moi, citée par Rodgers, relève à quel point la critique de l'époque, hostile en très grande majorité, ramène « la discussion de l'œuvre à une discussion sur la femme. Cette réduction, accompagnée de dénigrement envers une femme accusée de n'être point féminine – surtout dans son refus de la maternité –, permet aux [détracteurs] de ne pas prendre les idées de Beauvoir au sérieux » (Moi, 1990, citée dans Rodgers, 1998, p. 16).

Si la France a réagi aussi vivement, explique Lecarme-Tabone, c'est en partie parce qu'elle vivait une période marquée par le pronatalisme et que le lectorat était peu réceptif à une contestation de ses valeurs par une philosophe elle-même sans enfant : la maternité étant sacrée, on a sursauté devant le terme de « pondeuses » (Beauvoir, 1949, p. 178) accolé aux mères ou au mot polype pour évoquer le fœtus (p. 159) et condamné la femme aussi bien que l'auteure. C'est peut-être aussi que,

> derrière la démonstration rigoureuse de la philosophe, on sent les choix personnels de la femme. Mais, sans doute, la polémiste éprouvait-elle la nécessité de cette violence face au *baby-boom* et au consensus nataliste de l'après-guerre : il fallait frapper fort pour ébranler les idées reçues et faire bouger les mentalités (Lecarme-Tabone, 2008, p. 123).

1. Néologisme que j'ai créé pour la circonstance: les termes pour dire la non-maternité sont en effet rares et blessants dans « l'écorchure du mot prononcé », comme le dit Sautière (2008, p. 63).

Ainsi, on a lu dans les idées tranchées de Beauvoir sur la fonction maternelle un plaidoyer, un réquisitoire même, pour la non-maternité. Ce malentendu perdure encore de nos jours et se résume, pour bien des femmes, en quelques mots tout simples : Beauvoir ne peut pas savoir de quoi elle parle et elle se mêle de ce qui ne la regarde pas. Un exemple, parmi tant d'autres : « Pour Chantal Chawaf, la connaissance passe par la chair, par le vécu incarné et sexué. Par conséquent, la parole de Beauvoir qui parle de la maternité sans l'avoir connue […] lui paraît peu authentique[2] » (Rodgers, 1998, p. 73). On ne veut pas l'entendre ou, si on l'entend, on interprète ses paroles n'importe comment. Le fameux « J'ai été flouée » de *La Force des choses,* par exemple, sur lequel on a tant glosé, lui a valu de José Corti, à l'époque, le décodage suivant :

> C'est le plus bel exemple qu'on puisse découvrir du ratage d'une vie […] Pense-t-elle qu'elle eût pu laisser aussi des enfants ? […] Elle a fui la maternité comme un esclavage […] Elle a fait son choix, librement, *contre* sa nature, qui aime la vie, c'est-à-dire contre elle-même. Elle s'est *condamnée* au mal dont elle souffre aujourd'hui, dont elle gémit – Sans la connaître, je la plains de tout mon cœur (Corti, 2011, p. 74)[3].

On remercie monsieur Corti de son empathie et on pourrait balayer du revers de la main ce commentaire en prétextant sa péremption, mais il constitue, encore aujourd'hui, une des raisons qui expliquent le silence des nullipares : l'incompréhension – ou la mauvaise foi qu'on affiche – face à ce choix de vie a, de tout temps, découragé la discussion à ce sujet. Ces femmes choisissent de se taire.

Or, s'il appartient aux mères de dire la maternité, on le sait maintenant, la contrepartie ne serait-elle pas qu'il revient aux non-mères de dire la nulliparité[4] ? Jusqu'à tout récemment, c'était le silence. Très rares étaient les femmes qui osaient aborder le sujet de front. Dans les années 1970, alors que les femmes accédaient enfin au marché du travail, non plus simplement pour les emplois dont les hommes ne voulaient pas mais pour des postes intéressants et stimulants, Ellen Peck signait *The Baby Trap* (1971), un livre dont le titre évocateur paraît d'emblée daté aujourd'hui,

2. Pourtant, Chawaf dira aussi: «Je n'ai pas lu le *Deuxième sexe*. J'ai eu souvent l'intention de le lire, j'ai été au bord de le lire, mais ce que j'entendais sur ce texte qui avait été lu par des amies m'a toujours arrêtée» (citée dans Rodgers, 1998, p. 75). Comme quoi il appartient à tout le monde de parler de choses qu'on ne connaît pas… Plus ironique encore, pour ses détractrices mêmes, Beauvoir constitue une figure maternelle. Xavière Gauthier résumera ainsi son rapport avec elle en ces termes : « Simone de Beauvoir a représenté – c'est un peu dur pour elle – dans le mouvement des femmes, une mère, voire une grand-mère. C'était la Mama. Elle avait apporté beaucoup, et il fallait s'en séparer » (citée dans Rodgers, 1998, p. 138).
3. Je souligne.
4. Nous n'en sommes plus à un néologisme près…

tout simplement parce qu'il est devenu politiquement répréhensible de suggérer que la maternité pourrait être, pour certaines femmes, un miroir aux alouettes. Dans les années 1980 et 1990 se sont succédé quelques prises de position discrètes et précautionneuses ; noyées dans les livres sur la maternité, elles ne faisaient pas le poids mais présentaient l'immense intérêt de mettre au jour les préjugés devant la femme sans enfant[5].

Toutefois, on observe depuis le nouveau millénaire une évolution dans la parole nulliparturiente : les publications se font plus nombreuses, quelquefois plus incisives. Il y aurait de quoi se réjouir n'eût été un détail qui, à mon sens, est très significatif : plusieurs de ces livres sont signés… par des mères. Le pamphlet de Corinne Mayer, par exemple, *No kid. Quarante raisons de ne pas avoir d'enfant* établit clairement *qui* parle en l'instance :

> Et je sais de quoi je parle, des enfants, j'en ai ; il y a des choses dont seule une mère de famille peut parler, à condition d'avoir le courage de faire son *coming out*. Si je signais ce livre sans avoir eu d'enfants, tout le monde me soupçonnerait d'être une vieille fille aigrie et envieuse. Là, on va peut-être m'accuser d'être une mère indigne. J'assume (2007, p. 22).

Nonobstant le ton humoristique de l'essai, il reste que cet espace de parole pro-nulliparité est occupé par une femme qui, finalement, a rempli le mandat social qui lui était imparti – avoir des enfants – et se trouve, du coup, dédouanée de s'inscrire dans le nouveau courant très tendance des parents indignes. Même chose pour Pascale Pontoreau qui, dans *Des enfants : en avoir ou pas*, propose de prendre en compte les deux faces de la médaille mais laisse en fait entrevoir son parti pris :

> Un certain nombre de femmes vivent encore leur absence de maternité avec un besoin viscéral de justification. Comme si, par peur de passer pour des égoïstes obsédées par leur carrière, elles devaient prouver qu'elles ont un cœur. Et force est de constater que tous les parents – moi la première – ont un peu cette opinion (2003, p. 160) !

De telles publications font en sorte d'invalider la discussion : tout comme on a reproché à Beauvoir de se mêler de ce qui ne la regardait pas, on peut aussi considérer ces publications, tout intéressantes qu'elles soient, comme posées en porte-à-faux avec la question. Même réticence devant cette fois, non pas le livre, mais le commentaire de Madlyn Cain. Mère sur le tard, celle-ci propose une réflexion sur les non-mères pour redonner une dignité à ses amies sans enfant, parce qu'elle a connu les pressions sociales qu'elle entend dénoncer (2001, p. xvi). Le projet est noble, certes, mais ne change rien au fait qu'on « parle à la place » des nullipares[6].

5. Voir, entre autres, Burgwyn (1981), Campbell (1985) et Hawkins (1984).
6. À la limite, la remarque vaut aussi pour le livre – très inspirant, là n'est pas la question, j'insiste – d'Émilie Devienne (2007), belle-mère par alliance.

En outre, il faut ajouter à ces publications les ouvrages de femmes n'ayant pas eu d'enfants et qui le regrettent amèrement. Dans *Un jour, je suis morte*, titre évocateur s'il en est, Macha Méril bat sa coulpe et, telle une pleureuse de profession, étale son inadéquation féminine en des pages aux relents de quête de rédemption :

> Les femmes qui n'enfantent pas sont des erreurs. Des déviantes, veuves d'elles-mêmes […] Ma déveine ne sert à rien mais ma souffrance peut servir. Si une seule femme hésitante, en me lisant, prend la décision de faire un enfant, si elle va, le cœur léger, accomplir son destin de femme, alors j'aurai servi à quelque chose (2008, p. 107)[7].

Rien ne nous est épargné : la maternité comme finitude ultime (le pléonasme est volontaire), la nécessité de se poser en individu utile à la société malgré le *handicap*, etc., l'évocation de cet innommable *regret*[8] qui constitue la menace pour toute femme qui ne fait pas le bon choix. Cette sensation d'avoir gâché sa vie imprègne aussi chacune des pages du livre de Laurence Boccolini *Puisque les cigognes ont perdu mon adresse* (2008) ; plus axé sur les démarches de fertilisation et sur la nécessité de faire le deuil d'une maternité non réalisée, ce livre est dédié à « Ceux qui ne sont pas nés et qui font à jamais bruisser leurs ailes, dans mon cœur ». Imbuvable du point de vue de l'écriture, le livre a eu moins le mérite d'illustrer l'enfant fantasmé si bien décrit par Isabelle Tilmant (2008, p. 113-122). Qu'on me comprenne bien : les femmes ont bien sûr le droit d'exprimer leur désarroi de ne pouvoir enfanter ; ces deux ouvrages, toutefois, posent la non-maternité comme un perpétuel état d'insatisfaction et de tristesse dans des termes péjoratifs qui viennent appuyer l'idée reçue et bien pratique de la femme inévitablement malheureuse en dehors du rôle de mère.

Il faut vraiment travailler fort, chercher, chercher, pour entendre des voix sereines parler de nulliparité ; les femmes qui ne se sentent pas de fibre maternelle ou qui préfèrent se réaliser autrement ont donc du mal à trouver des reflets positifs de leur condition. C'est sans doute pour briser ce silence que plusieurs ouvrages fonctionnent sur le mode des entrevues[9] ; on pose des questions, souvent les mêmes, forcément : pourquoi ? pas de regret ? Si, dans le privé de l'entrevue, les langues se délient, c'est souvent pour demander ensuite l'anonymat : la pudeur des nullipares fait peut-être – il est permis de le penser – la force du discours pronataliste.

---

7. Si Macha Méril se contentait de maudire son sort, passerait encore. Mais elle écorche Simone de Beauvoir (encore !), lui reprochant d'avoir laissé ce « diable de Sartre » la « détourner » de la maternité (2008, p. 64-65).
8. Regret qui, par ailleurs, serait une pure construction sociale dans bien des cas : on a tellement dit aux femmes qu'elles regretteraient de ne pas avoir d'enfant qu'elles ont fini par intérioriser le message (Alexander *et al.*, 1992, p. 624-626).
9. Voir, entre autres, Laura Carrol, *Families of Two* (2000) et Gisèle Palancz, *Pas de bébé à bord. Choisir de ne pas avoir d'enfant… envers et contre tous !* (2010).

Il faut dire que les idées reçues se glissent en effet même dans les essais les mieux intentionnés. Nathalie Six, par exemple, a écrit *Pas d'enfant, ça se défend* parce que, « sentant qu'[elle allait] sûrement être mère, [elle voulait] savoir pourquoi » (2011, p. 14) ; durant une entrevue, elle taraude une femme qui lui affirme ne pas vouloir d'enfant : « Prête à prendre le pari pour que je lui pose la question dans 5, 10, 15 ans ? » (2011, p. 38). Cette obstination apparaît comme la projection d'une insécurité personnelle. Mais elle est aussi une résistance à la satisfaction et à la conviction d'avoir fait le bon choix qui sont l'apanage de bien des femmes sans enfant. On préfère croire que ces femmes se morfondent dans la frustration.

Depuis quelques années, cependant, on assiste à une mini-révolution en la matière. Ainsi, de plus en plus de femmes font état de leur choix : Chantal Thomas (2000), Josyane Savigneau (2008), Belinda Cannone (2010) en ont glissé quelques mots dans des ouvrages qui traitent de bien d'autre chose, indiquant peut-être par là que la non-maternité était un élément parmi tant d'autres dans leur vie ; Jane Sautière, une des rares à consacrer tout un livre là-dessus, a affiché clairement sa position avec *Nullipare* (2008), dont le dépouillement même du titre résonne comme une affirmation inusitée.

Des livres plus polémiques voient aussi le jour, qui s'autorisent à critiquer ouvertement la question nataliste ; Elinor Burkett (2000) exprime de vertes réserves sur la discrimination au travail et à la ville que subissent les non-mères ; Théophile de Giraud (2006) dans son brûlot *L'art de guillotiner les procréateurs* démantèle le « réflexe » parental, pendant que Michel et Daisy Tarrier (2008) amènent la maternité du côté de la réflexion écologique ; on compte même, dans toute cette production récente, une bande dessinée hilarante, *Et toi, quand est-ce que tu t'y mets ?* (2011), qui fait écho à la question la plus irritante posée aux gens sans enfant.

Je vois toutes ces nouveautés comme une façon de signifier une volonté d'inscrire un autre point de vue, enfin. J'y vois aussi un ras-le-bol devant une pensée unique, qui monopolise tout le discours social. Je vois, au bout du compte, des femmes (et des hommes), dont les propos libres et vibrants attestent la sérénité et qui font état de leur différence, puisque c'est bien d'un écart par rapport à la *norme* dont il est question ici.

Elles existent donc, ces femmes, et leur parole est précieuse parce qu'elle vient de l'expérience. Personnellement, j'accorde une plus grande légitimation à leurs dires parce que, le rapport à la maternité demeurant toujours l'élément le plus déterminant pour les femmes, le fait d'avoir des enfants ou non nous place, c'est à peine une hyperbole, dans deux

mondes différents[10]. En d'autres termes, j'écoute les non-mères parce qu'elles me parlent de ma planète ; je perçois toute prise de position à cet égard comme une façon de *braver* l'opinion publique.

Car écrire, dire, affirmer la non-maternité constitue encore un défi : le sujet heurte toujours. Ainsi, Magenta Baribeau, qui organisait en 2011 le premier pique-nique pour non-parents à Montréal, s'est fait demander ironiquement sur son blogue si les Noirs et les personnes âgées étaient admis. Aurait-on eu une telle réaction devant l'annonce d'une activité familiale ? On se gausse aussi des associations de Childfree ; Théophile de Giraud et Frédérique Longrée, à qui l'on doit la première fête des non-parents à Bruxelles, ont été décrits dans *Libération* comme « deux énergumènes » et « de la pure chair à divan » (Noualhat, 2010). Les deux protagonistes ont certes un parcours assez particulier et aiment la provocation ; il n'empêche que les termes employés laissent entendre que ces réfractaires à la parentalité n'ont pas beaucoup de contact avec la réalité.

Je n'insisterais pas tant sur la réticence que suscite le discours nulliparturient si je n'avais pu la mesurer moi-même lors de la gestation (allons-y pour l'image convenue) de mon essai *L'envers du landau*, à l'aune de ce que je nomme maintenant mes « étonnements », étonnements sur lesquels je m'arrêterai en guise de conclusion : le premier est sans conteste le malaise que je suscitais malgré moi quand j'expliquais (lorsqu'on m'interrogeait) ce sur quoi je travaillais. Les mères craignaient-elles d'être jugées ? Je n'en sais rien ; mais les regards dubitatifs m'ont vite convaincue d'opter pour une réponse plus évasive. J'ai donc fait ce livre dans un pur bonheur d'écriture, mais paradoxalement dans le secret à peu près total. Mon travail était presque devenu une maladie honteuse.

Avant la sortie du livre, deuxième étonnement : le passage à l'émission de Christiane Charette à la radio d'État m'a fait prendre la mesure du pouvoir des blogues et autres nouveautés électroniques. Les réactions ont été instantanées. On n'avait pas encore lu le livre (et pour cause) mais on me trouvait aigrie ; on ne comprenait pas l'utilité du livre. Si elle est si sûre de son choix, disait-on en substance, pourquoi y consacrer cent pages ? Deux poids, deux mesures, toujours, m'étais-je dit : on peut lire quarante ouvrages sur les joies d'être mère, des témoignages de grossesse à tire-larigot et dans ses moindres détails, on en redemande, mais on

10. Anecdote : Magenta Baribeau, cinéaste, prépare un film sur la non-maternité. Jeune femme déterminée, elle ne veut pas d'enfant. Sur son blogue (<http://mamannonmerci.blogspot.com/>) le 1er avril, elle annonce qu'elle est enceinte. Les commentaires sont mitigés : on la félicite mais on se pose des questions sur la finalité et la légitimité du film à venir. Le blog du lendemain nous dévoile le poisson d'avril. La blague, à mon sens, révèle une chose importante : le *crédit* qu'on peut accorder ou non à la personne qui parle de non-maternité. J'étais tombée dans le panneau et, honnêtement, je fus très soulagée d'apprendre que j'avais été bernée !

condamne *un* livre qui propose de voir l'autre côté de la question, sans l'avoir ouvert. Le message était clair : une femme qui parle (publiquement) de sa non-maternité se *justifie* nécessairement.

Troisième étonnement : l'écart entre la réception publique de l'essai et son accueil par les lecteurs. Dans les médias, ont retenu l'attention essentiellement mes idées sur le fossé qui sépare les mères des non-mères au travail ; Marie-France Bazzo, à l'émission de Paul Arcand, me présentait comme une « matante » comique dont les idées allaient faire jaser dans les chaumières ; Sylvia Galipeau m'ayant citée en ces termes « Je suis une adversaire des mères au travail, malgré moi ! » (2010), je me suis retrouvée affublée par une internaute de l'épithète « masculiniste ». Sophie Durocher me traite de « belle-mère » (2010), ce qui est une belle ironie étant donné que, vu la conjoncture, c'est un état auquel je ne peux aspirer. Pas un mot, à mon grand dam, sur la réflexion concernant les aménagements qu'il serait opportun et urgent de pratiquer pour arriver enfin à de véritables politiques natalistes ; pas une ligne sur l'exposition des avantages à avoir des non-parents dans son entourage. Zut : on a préféré retenir que je parlais *contre* la maternité plutôt que pour ma modeste paroisse.

Cependant, à côté du froufrou médiatique, s'est développée une lecture plus privée. J'ai reçu plusieurs messages, émouvants, de femmes qui me disaient avoir pu mettre enfin des mots sur les sentiments qu'elles éprouvaient. Des amies, mères, m'ont dit s'être reconnues à certains égards ; le livre a, paraît-il, suscité des discussions en classe : encore de nos jours, c'est du bout des lèvres que les filles expriment leur non-désir de maternité ou, encore plus tabou, leur désir de non-maternité.

Dernier étonnement et non le moindre : plusieurs collègues en ont *reconnu* d'autres dans les exemples que je donnais, alors qu'en fait, à travers le *je* qui parle dans mon essai, je citais des anecdotes qui, la plupart du temps, m'avaient été racontées et recourais ainsi à des archétypes pour illustrer l'universalité des situations. Cette récurrence dans la quête des *clés* de mon essai m'a beaucoup intriguée : pourquoi vouloir des noms ?

Bref, l'écriture de *L'envers du landau*, dans ses méandres, m'a permis d'expérimenter de l'intérieur le risque à se dévoiler ainsi. On a beau clamer que les femmes ont maintenant le choix (ah ! ces tables rondes où nous sommes *toutes* d'accord pour respecter les décisions de *toutes* les femmes !), exprimer ce choix dans ses moindres implications entraîne des répercussions quelquefois inattendues : certaines personnes ont vu mes prises de position comme une façon de diviser les femmes (je m'éloigne de la ligne du parti), comme un manifeste contre les enfants (classique), comme un besoin de me justifier (on n'en sortira jamais, j'en fais mon deuil), comme une paranoïa devant un *complot* (aïe !), comme une *dénonciation* de mon statut d'*opprimée*, rien de moins. Mais le jeu en valait la chandelle : si la lecture est si malaisée, c'est que ce sujet chatouille encore.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALEXANDER, B. *et al*. (1992). « A path not taken : Cultural analysis of regrets and childlessness in the lives of older women », *The Gerontologist*, vol. 32, nº 5, p. 618-626.

BARIBEAU, M., *Maman ? Non merci !*, <http://mamannonmerci.blogspot.com/>.

BEAUVOIR, S. de (1949). *Le deuxième sexe*, t. 2, Paris, Gallimard.

BOCCOLONI, L. (2008). *Puisque les cigognes ont perdu mon adresse*, Paris, Plon.

BURGWYN, D.A. (1981). *Marriage without Children*, New York, Harper & Row.

BURKETT, E. (2000). *The Baby Boon : How Family-Friendly America Cheats the Childless*, New York, Simon and Schuster.

CAIN, M. (2001). *The Childless Revolution. What It Means To Be Childless Today*, Cambridge, Perseus Publishing.

CAMPBELL, E. (1985). *The Childless Marriage : An Exploratory Study Of Couples Who Do not Want Children,* Londres, Tavistock.

CANNONE, B. (2010). *La tentation de Pénélope*, Paris, Stock.

CARROL, L. (2000). *Families of Two*, Bloomington, Xlibris Corporation.

CASEY, T. (1998). *Pride and Joy. The Lives and Passions of Women Without Children,* Hillsboro, Beyond Words Publishing.

CAZOT, V. et M. MARTIN (2011). *Et toi, quand est-ce que tu t'y mets ?*, Paris, Fluide G.

CORTI, J. (2011). « Un bilan pas réjouissant du tout », *Le Monde*, Hors série, « Simone de Beauvoir. Une femme libre », p. 74.

DEVIENNE, É. (2007). *Être femme sans être mère. Le choix de ne pas avoir d'enfant*, Paris, Robert Laffont, coll. « Réponses ».

DUROCHER, S. (2010). « La montée de lait », *Ici*, 15 mars.

FAUX, M. (1984). *Childless By Choice : Choosing Childlessness in the Eighties*, Garden City, NY, Anchor Press.

GALIPEAU, S. (2010). « Tabou : ne pas vouloir d'enfant », *La Presse*, 29 janvier.

GIRAUD, T. de (2006). *L'art de guillotiner les procréateurs – Manifeste anti-nataliste*, Nancy, Le Mort-Qui-Trompe.

HAWKINS, B.M. (1984). *Women Without Children : How To Live Your Choice*, Saratoga, R&E Publishers.

JOUBERT, L. (2010). *L'envers du landau. Regard extérieur sur la maternité et ses débordements*, Montréal, Triptyque.

LECARME-TABONE, É. (2008). Le Deuxième Sexe *de Simone de Beauvoir*, Paris, Gallimard, coll. « Folio/Foliothèque ».

MAYER, C. (2007). *No Kid. Quarante raisons de ne pas avoir d'enfant*, Paris, Michalon.

MÉRIL, M. (2008). *Un jour, je suis morte*, Paris, Albin Michel.

MOI, T. (1990). *Feminist Theory and Simone de Beauvoir*, Worcester, Basil Blackwell.

NOUALHAT, L. (2010). « Trop mioche la vie », *Libération*, 6 août.

PALANCZ, G. (2010). *Pas de bébé à bord. Choisir de ne pas avoir d'enfant… envers et contre tous*, Saint-Sauveur, Marcel Broquet.

PECK, E. (1971). *The Baby Trap*, New York, Bernard Geis Associates.

PONTOREAU, P. (2003). *Des enfants : en avoir ou pas*, Montréal, Les Éditions de l'Homme.

RODGERS, C. (1998). Le Deuxième Sexe *de Simone de Beauvoir. Un héritage admiré et contesté*, Paris, L'Harmattan.

SAUTIÈRE, J. (2008). *Nullipare*, Paris, Gallimard.

SAVIGNEAU, J. (2008). *Point de côté,* Paris, Gallimard.

SIX, N. (2011). *Pas d'enfant, ça se défend!*, Paris, Max Milo.

TARRIER, M. et D. TARRIER (2008). *Faire des enfants tue. Éloge de la dénatalité*, Nantes, Éditions du temps.

THOMAS, C. (2000). *Comment supporter sa liberté*, Paris, Rivage Poche.

TILMANT, I. (2008). *Épanouie avec ou sans enfant*, Paris, Éditions Anne Carrière.

CHAPITRE

3

TRANSITION TO MOTHERHOOD IN THE CONTEXT OF PAST TRAUMA

Marilyn Evans
University of Western Ontario
Robin Mason
Women's College Hospital
Helene Berman
University of Western Ontario

> The physical phenomenon of pregnancy is almost in its essence, for woman multiples herself into another being and becomes the channel for bringing another soul to life. For nine months she creates matter, shapes a body and brings substance within herself like an alchemist transforming essence into living matter (Dunn-Mascetti, 1993).

The transition to motherhood constitutes a life-changing event which encompasses major physical, social and emotional reorganization for women and their families. Pregnancy and childbirth are more than merely biological events as they are experienced within the social and cultural context of a woman's life (Miller, 2003). Therefore, although the biological process may be similar, each woman's experience of pregnancy, childbirth and postpartum is unique, subject to historical and contextual realities, and shaped by her encounters with formal and informal social structures. The strategies women use to negotiate the transition to motherhood relate to their personal and subjective knowledge as well as to social and cultural expectations (Duarte and Goncalves, 2007; Miller, 2005).

Social and cultural factors exert a broad and powerful influence on motherhood. In addition to negatively influencing women's health and well-being, poverty, violence, racism and other forms of oppression are omnipresent conditions known to shape (or distort) an understanding of self, the world, relationships, as well as the role of mother. Violence and trauma have been extensively studied in diverse populations and it is clear that over the course of her lifetime, one in four women will experience an act of gender-based violence in the form of intrusive, unwanted physical or sexual assault, or psychological abuse (Statistics Canada, 2006). These common, powerful and negative experiences often have significant health and behavioural outcomes and may create the conditions that put childbearing women at risk of repeat victimization (low self-esteem, guilt, self-medication for anxiety, suicidality etc.) (Briere, 2004). Clearly these challenges may also influence the transition to motherhood and the experience of mothering.

Although the transition to motherhood has been examined in the literature, the knowledge generated is limited. Little is known about the processes associated with positive change (Breen and Mclean, 2010) and even less about the transition experiences of women who have experienced past trauma. In this chapter, we examine the theoretical foundations of the transition to motherhood and discuss their relevance to our understanding of women's experience of becoming mothers when there is a history of past trauma. The discussion is structured within the mid-range theory of transition as described by Meleis and colleagues (2000) as well as theoretical models of transition to motherhood, and draws upon recently conducted research related to the influence of past trauma on women during the transition to motherhood (Berman *et al.*, 2011). We begin by examining the concept of transition and explore how it relates to becoming a mother in general before considering how this experience may differ for women who have experienced past trauma. Finally, we conclude with a consideration of the resilience women who have past experiences of trauma bring to the transition to motherhood.

1. Transition as a Concept

Transition originates from the Latin term *transitionem*, "a going across or over", and is defined as "the process or a period of changing from one state or condition to another" or "to undergo or cause to undergo a process or period of transition" (*Oxford English Dictionary*, 2011). As such, transition is both a "process and outcome of complex person-environment interaction" (Meleis and Trangenstein, 2010, p. 67). A sense of movement across time underlies the process of transition and, although individual trajectories vary, Chick and Meleis (1986) suggest there is a common

pattern consisting of entry in, passage through, and exit from transition. Despite this, transition is a personal undertaking which can be facilitated or hampered by nature of the environment in which it occurs (Chick and Meleis, 1986). Some authors acknowledge transition as a potential for adaptation to change, positive growth, and a re-definition of self-identify (Kralik, Visentin and van Loon, 2006; Meleis, 2010). Indicators of healthy transition are identified as a subjective sense of well-being, the mastery of new behaviours, and the well-being of interpersonal relationships (Meleis *et al.*, 2000). Others note transitions are associated with individual vulnerability in the presence of potential harm or ineffective coping strategies (Kushner, 2007).

Meleis and colleagues (2000) developed a mid-range theory of experiencing transitions to describe the nature, conditions, meanings and interactive processes inherent in transition experiences. They conceptualize transitions as "both a result of and result in change in lives, health, relationships, and environments" (p. 13) and characterized transitional events as developmental, situational, health-illness or organizational (Schumacher and Meleis, 1994). Developmental transitions are related to individuals' responses to changes experienced throughout the life span, such as becoming a parent. Situational transitions refer to life events that are deliberately sought or occur unexpectedly, such as loss of a job. Health-illness transitions involve responses of individuals to health-related events such as movement from wellness to acute illness, and finally organizational transitions examine the response of individuals and groups to changes in the environment as a result of social, political or economic factors. According to Meleis, the nature of transitions is depicted by patterns of complexity and multiplicity, and thus, are not discrete and mutually exclusive. For example, the birth of an extremely premature baby creates for the mother unexpected transitions that are superimposed on the developmental transition of becoming a parent.

Awareness, engagement, change and difference, time span and critical points and events are considered essential properties of a transition experience (Meleis *et al.*, 2000). Recognition is given to contextual factors that can facilitate or hamper the processes of a healthy transition. Personal conditions comprise meanings and are attributed to the transition event and process, cultural beliefs, attitudes and expectations. Societal beliefs, attitudes and community resources can act as facilitators or inhibitors to healthy transitions. Patterns of response to a transition include feeling connected, interacting, being situated, and developing confidence and coping. Mastery of new skills and self-identity reformulation are outcome indicators of a transition process.

Previous research regarding women's experiences of becoming a mother and motherhood supports some of the elements described in this mid-range theory of experiencing transition. Becoming a parent has been cast as a major life transition, and the normative process of adaptation both before and after the birth of a baby (Mercer, 2004; Nelson, 2003).

2. Transition to Motherhood

Previous work regarding the transition to motherhood focuses on the childbearing process encompassing pregnancy, childbirth and postpartum. Over 40 years ago, Rubin (1967) introduced the concept of *Maternal Role Attainment* to describe a process wherein a woman achieves the identity of "mother." Rubin (1984) described this transition as a developmental process beginning with the expectant mother's acknowledgment and subsequent acceptance of her pregnancy. Maternal role development, according to Rubin, is a transformative process involving a reconstruction of one's identity that begins during pregnancy and continues into the postpartum period.

Expanding upon Rubin's work, Mercer (2004) suggests that childbearing is a major life-changing transition which involves continual growth and transformation for a mother that extend well beyond the immediate postpartum period. She considers transition to motherhood as a continuous process that is characterized by commitment and active involvement prior to, during and after pregnancy. Mercer argues that motherhood is a transformative experience that is not well defined by Rubin's maternal role attainment and offers the term *Becoming a Mother* to better reflect the multifaceted nature of maternal identity development.

Findings from a meta-analysis of nine qualitative studies related to the transition to motherhood revealed that active engagement and transformation are key processes inherent to that transition (Nelson, 2003). It is through a woman's commitment to mothering and active involvement in caring for her child that she can experience growth and transformation by motherhood (Nelson, 2003). In answering the question, what is the experience of becoming a mother, Bergum (1997) reveals a process of transformation where "the route is renewed life through birth, not only in the new life for the child but also in a new life for the woman as a mother" (p. 16). In her later work called *Motherlife*, Bergum (2007) describes being a mother as experienced through: a process of deciding to become a mother and considering how this role will unfold; the presence of her child; intense emotions and feelings; and taking responsibility towards the child. Darvill, Skirton, and Farrand (2010) have suggested that transition to motherhood comprises early pregnancy, late pregnancy and birth, and assert that postpartum is not complete until the mother regains

a sense of control and normalcy. Once a woman acknowledges a change is taking place, she can become engaged in the transition by accessing information or support, identifying new ways to act, and making sense of the situation (Kralik *et al.*, 2006). The healthy transition of women to mothers is characterized by subjective well-being, role mastery and well-being in relationships (Chick and Meleis, 1986).

Through a socio-cultural lens, the challenges associated with motherhood and the mothering role can be examined within a broader social, political, and historical context. Miller (2005) suggests the transition to motherhood is both a public and personal event where women's expectations and experiences of mothering are shaped and influenced by societal norms and "an array of expert, public and lay knowledge" (p. 46). For example, equating motherhood to feelings of joy and elation may minimize the adjustments and challenges women experience when becoming mothers. Aspirations and desires of women who become mothers are informed by the societal and cultural discourses about what it means to be or become a mother (Foster, 2005). Similarly, Mercer (1994) suggests motherhood is part of a complex system (microsystem, exosystem and macrosystem) within which personal and contextual factors can facilitate or hinder a woman's adaptation to motherhood.

Miller (2007) suggests the two dominant discourses shaping women's experience of motherhood focus on the biomedical and natural approaches to childbirth. She claims that childbirth is a "discursive turning point" where women "position themselves through transition: how they draw on, engage with, and interweave strands of the powerful discourses that circumscribe motherhood" (p. 354). Within the dominant biomedical paradigm childbearing is considered a potential risk for both mother and fetus, and becomes a medicalised procedure replete with authoritarian decisions and external control. Based on the findings from her study on how first-time mothers engage with societal discourses on motherhood, Miller concludes the ongoing relationship between women's personal experiences and dominant maternal discourses on mothering present opportunities for women to challenge societal expectations and, in doing so, develop confidence in their own mothering. In addition, the transition to motherhood provides women a time for introspection and adaptation to change. Bailey (1999) argues that although new mothers experience tensions between different aspects of their lives, the transition to motherhood offers them a new sense of cohesion and direction.

Basnyat (2011) suggests the dominant discourse on mothering fails to account for "the sociocultural, political, structural, historical and economic contexts within which maternal behavior is conceived, understood and enacted" (p. 124). She further argues that women's reproductive health-care should be understood within a broader context of healthcare

structures, societal oppression, including sexism, classism, patriarchy and ethnocentrism, that affect the overall quality of life. Such structural, system-level analyses can contribute to reproductive policies and programs that are tailored to the diverse realties of women and their experiences. Evidence supports recognition of the multidimensional aspects of childbearing; in addition to physical changes during pregnancy, social, political and cultural contextual factors have implications for women's adjustment to pregnancy, childbirth and motherhood (Jomeen, 2004). Wilkins (2006) claims that new mothers feel challenged to carry out their mothering role effectively by a desire to "do it right" and move from learning and integrating new skills towards intuitive and empowered way of mothering. Greaves and colleagues (2004) have analyzed the various ways in which media, policy documents, and society in general talk about mothers facing multiple challenges. They found that common to these discourses is a focus on the rights of the child or fetus while ignoring or vilifying the women responsible for their care.

Societal trends have transformed motherhood in the industrialized western world. Changes in family structure, increased mobility of people, altered role function, and economic realities have unique implications for the lives of childbearing women (Tummala-Narra, 2009). Preparing for motherhood entails a developmental leap that is inherently disruptive and therefore bestows vulnerability and the potential for disorganization (Slade *et al.*, 2009). The reorganization of identity is a critical component of motherhood. Inherent in this process is the mother's ambivalence about mothering, her attempts to define personal space with accompanying feelings of guilt and isolation, and resurfacing conflicts from early relationships (Tummala-Narra, 2009).

Many women enter motherhood with unrealistic expectations about being a mother and experience dissonance between mothering discourses and their actual experiences. In one study investigating how maternal optimism and expectations for parenthood influence psychological adjustment during the transition to motherhood, Harwood, Mclean, and Durkin (2007) reported that when women's motherhood experiences were negative relative to prenatal expectations there was an adverse impact on their adjustment to motherhood. Findings from a study with first time mothers indicated that having balanced realistic expectations about motherhood facilitated adjustment to adverse events and fostered a sense of hope (Churchill and Davis, 2010). Maternal beliefs about pregnancy and intrapartum are associated with the actual childbirth experienced by mothers (van Bussel, Spitz, and Demyttenaere, 2010).

Evidence illustrates that becoming a mother influences a woman's mental health status and her general well-being. Emmanuel and St. John (2010) offer a conceptualization of maternal distress as being multidimensional

which offers a framework that normalizes and contextualizes rather than medicalizes women's experiences during the transition to motherhood. Findings of a recent prospective longitudinal study conducted by Emmanuel and colleagues (2011) with pregnant women in Australia indicated that maternal role development can be compromised by maternal distress and negatively affect women's perception of motherhood and their psychological well-being.

The transition to motherhood as a positive life-altering experience can be equally as challenging to navigate as negative life experiences, and as a result has similar effects on personal growth (Taubman Ben-Ari *et al.*, 2009). A woman's personal growth during the transition to motherhood may be affected by internal and external factors such as certain personality traits, cognitive appraisals, and coping responses, as well as social support. Taubman Ben-Ari and colleagues suggest internal resources, external resources, cognitive appraisal and coping strategies are complex set of factors that influence women's adaptation to first time motherhood. Learned resourcefulness skills during pregnancy such as cognitive restructuring and problem solving strategies appear to positively affect postpartum mothers' confidence and satisfaction in the maternal role (Ngai, Chan, and Ip, 2010). Similarly, Hoffenaar, van Balen, and Hermanns (2010) suggest that for some new mothers, coping skills are enhanced through managing the challenges of motherhood. In the transition to motherhood women may gain self-esteem, new meaning in life, a sense of competence, and awareness of the positive assets of themselves and their social environment (Wells, Hobfoll, and Lavin, 1999).

Although the transition to motherhood is generally considered a positive life event, women have complex appraisals of its outcome and experience a variety of outcomes. The experience of pregnancy, childbirth and motherhood can be associated with a sense of loss due to physical changes, not having time for themselves, their body image, and changes in social interactions (Bergum, 1997; Nicholson, 1999). The experience of negative feelings when society expects joy and happiness may elicit feelings of unacceptability and guilt (Hall and Wittkowski, 2006). A realistic and balanced orientation towards the transition to motherhood may help prepare women for unexpected difficulties, normalize feelings, and perceptions thereby facilitate adjustment, growth and avert adverse psychological outcomes (Churchill and Davis, 2010). The opportunity for personal growth has traditionally been attributed to the experience of trauma or negative life events, and the need to adapt to highly demanding circumstances may also engender personal growth (Tedeschi and Calhoun, 2004).

3. Transition to Motherhood and Past Trauma

Violence against women is a global phenomenon and takes many forms across the lifespan. Women and girls are more vulnerable to trauma as a result of abuse and neglect, intimate partner violence, peer-group victimization, dating violence and rape (Berman and Jiwani, 2002; Krug *et al.*, 2002). The results of an extensive study of childhood sexual abuse in Canada conducted in 1984 by the Committee on Sexual Offences against Children and Youth indicated that among adult Canadians 53% of women were sexually abused as children. In the 2004 General Social Survey, seven percent of women living in common-law or marital relationships reported they had experienced interpersonal violence by their current or past partner in the previous five years (Statistics Canada, 2006).

Given the high prevalence of interpersonal trauma and violence in a woman's lifetime, it is reasonable to expect a substantial number of childbearing women have been victims of interpersonal trauma. Women who have experienced trauma early in life often suffer lifelong negative sequelae, including problems with identity and interpersonal relationships, affect regulation and infant attachment. Research points to complex nature of cumulative abuse and its relationship to health and that individual and abuse characteristics as well as other life events need consideration to fully understand the impact of abuse on women's health (Scott-Storey, 2011). There is evidence to suggest that exposure to cumulative interpersonal trauma may be associated with parenting difficulties and a range of adverse child outcomes (Cohen, Hien, and Batchelder, 2008). Yet little is known about for the ways in which women with a trauma history experience the transition to motherhood. Questions arise on how women in the aftermath of trauma cope with and navigate through the process of becoming a mother. What does becoming a mother mean to them? How is maternal subjectivity experienced and individual agency exercised for childbearing women with a history of trauma?

Traditional trauma theory is based on the premise that the world is basically safe, just, benign, predictable and controllable, and that traumatic events alter or shatter survivors' perception of the world as such (Figley, 1985; van der Kolk, McFarlane, and Weisaeth, 1996). For women whose lives are shaped by trauma, the perception of a safe, controllable world is questionable. Most notably, the trauma experienced by women is often "relationally based." In our research we characterized trauma interpersonal and defined it as *experiences involving disruption in trusted relationships as the result of violence, abuse, war or other forms of political oppression, or forced uprooting and dislocation from one's family, community, heritage, and/or culture* (Berman *et al.*, 2011).

The reorganization of personal identity is a critical component of the transition to motherhood. Inherent in this process is the mother's ambivalence about mothering, her attempts to define personal space with accompanying feelings of guilt and isolation, and resurfacing conflicts from early relationships. Past trauma has been identified as a risk factor for women to effectively adapt to the multiple changes associated with becoming a mother. This process may be particularly challenging for women who have experienced interpersonal trauma for a number of reasons. In particular, women who have experienced childhood sexual abuse are subject to very confusing if not clearly negative messages about the value and trust to be placed on interpersonal relationships including those with their mothers and other adults. The loss of trust has been shown to exert a negative influence on forming and maintaining health adult relationships (Cole and Putnam, 1992; Mullen *et al.*, 1994) including intimate, romantic attachments (Alexander, 1992; Downs, 1993; Tong, Oates, and McDowell, 1987) as well as contributing to increased and potentially problematic feelings of isolation and distrust (Brunngraber, 1986). In addition, women who have experienced past interpersonal violence or trauma may experience pregnancy and childbirth as threatening to their physical integrity and prenatal screening, and the related monitoring and delivery procedures may intensify feelings of vulnerability and loss of control. It has been suggested that these experiences increase the risk of negative affect which may impede a healthy transition to motherhood (Hobbins, 2004; Leeners *et al.*, 2006; Mezey *et al.*, 2004).

Based on the results of one study conducted by Schwendtfeger and Nelson-Goff (2007), interpersonal trauma exposure was a possible explanation for negative maternal prenatal attachment with the expectant child. The researchers concluded that although in general the trauma history did not negatively impact on pregnant women's prenatal attachment to their unborn child, the type of interpersonal trauma experienced (rape, sexual, criminal assaults) did have a significant relationship to prenatal attachment. This general finding has been supported in other studies that have reported maternal functioning to be associated with women's past and current experiences with domestic violence (Levendosky *et al.*, 2006). Further, during pregnancy and postpartum, women who have experienced child sexual abuse as well as domestic violence have been shown to experience higher levels of distress than women who have experienced just one form of abuse (Messman-Moore, Long, and Siegfried, 2000).

An extensive literature exists supporting a correlation between affective disorders and a history of sexual trauma. Research on how childhood sexual abuse affects women during the transition to motherhood has

primarily explored its effect on the processes of pregnancy, labor and delivery. Survivors of interpersonal violence and trauma are at high risk for posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety, depression, negative health behaviours and adverse medical conditions (Kendall-Tackett, 2007; Rogers *et al.*, 2003) and may experience feelings of helplessness and vulnerability during labour and delivery (Schwendtfeger and Nelson-Goff, 2007). Posttraumatic symptoms among childbearing women are highly correlated with physical and sexual abuse histories and the symptoms are most severe in cases where repeated victimization has occurred (Mezey *et al.*, 2004). The appearance of affective disorders during the perinatal period has been attributed to a combination of biological and psychological factors (Ross *et al.*, 2004). Genetics and hormonal factors make a woman more or less likely to respond to the transition to motherhood with feelings of anxiety or stress. These biological factors could alter an expectant mother's sensitivity and response to environmental and psychological stressors, such as social support, marital satisfaction, and anxiety.

Using a qualitative methodology, Schwendtfeger and Wampler (2009) investigated the possible connection between pregnant females' past sexual trauma experiences and current experiences of pregnancy. Semi-structured interviews were conducted during the third trimester of pregnancy with ten expectant mothers with self-reported histories of sexual trauma. Participants were asked to describe their past sexual trauma experience, current maternity experience, and any relationship or connection between these life experiences. Four dominant categories emerged: 1) negative consequences of sexual trauma, 2) becoming a survivor, 3) pregnancy: a new beginning beyond sexual trauma, and 4) the integration of sexual trauma and motherhood. Participants' descriptions offer clinical insight into both the maladaptive and adaptive dynamics that bi-directionally interplay between women's dual life experiences of sexual trauma and pregnancy.

Schwendtfeger and Wampler (2009) suggest that although prior sexual abuse has long-term implications for women, pregnancy and childbirth can be healing and transformative for women who have a history of past trauma. The researchers describe a bi-directional relationship that exists between maternity and prior sexual abuse, by which the sexual trauma increased the positive value and meaning of the childbearing experience and the maternity experience decreased the value and meaning of the previous sexual trauma. These findings challenge the notion that the ability to fulfill maternal functions will be compromised among women with a history of trauma. In our study currently underway (Berman *et al.*, 2011) we set out to further explore these relationships and the influence of socio-cultural and political realities on primipara women who had

experienced child sexual abuse. From our preliminary analysis we have learned pregnant women with a history of child sexual abuse describe their pregnancy as a new beginning and hopeful.

Stories of strength and resilience are considered central components of women's trauma experiences (Sperlich and Seng, 2008). Definitions of resiliency have traditionally been focused upon the individual and emerged from studies of men who returned from military conflict. Although there is growing recognition that these definitions fail to capture the experiences of those who live with systemic, social or community levels of oppression, most resilience research still focuses on individual experiences and individualized responses (Anderson, 2010). Resilience has been defined as a dynamic process that involves positive adaptation to significant adverse and stressful events (Luthar and Cicchetti, 2000). Grote and Bladsoe suggest that antenatal optimism plays a protective role facilitating postpartum psychological well-being across the transition to motherhood. Some researchers propose that the normal or typical outcome following trauma exposure is resiliency, rather than distress. Possible positive changes include improved relationships, new possibilities for one's life, a greater appreciation for life, a greater sense of personal strength, or spiritual development, and are experienced by more than half of trauma-exposed individuals.

Findings from a study conducted by Chambers (2009) with pregnant women who had history of trauma indicated women survivors of sexual abuse show resilience by re-framing previous traumatic events and in doing so increased their self-awareness and healing from their trauma. She suggests that pregnancy and the birth process can serve as a transformative, healing experience for women with a history of sexual abuse.

In our present study of pregnant women who had experienced interpersonal trauma in their past (Berman *et al.*, 2011), it became clear that resilience was both fluid and variable. It was neither constant nor quantifiable but was often dependent upon external factors, relationships, and opportunities. The women in our study struggled with their experiences in a variety of ways; sometimes expending enormous energy in actively blocking painful or traumatic memories, dismissing these thoughts and focusing "on something positive" whenever the past would intrude on the present. Some of the women created externalized representations of their past by writing poetry, keeping a journal, or drawing. Sometimes these creations were symbolically destroyed as a way of containing or attempting to eliminate the memories. Some women worked to confront their memories through therapy or by challenging the abuser, the mother who failed to protect them, or other parties complicit in the abuse. Some women believed that by forgiving the abuser they would themselves be free of the past.

Meleis *et al*. (2000) claim meanings that people attach to their experiences influence and are influenced by the conditions in which a transition occurs. Transition to motherhood occurs over time with facilitators and inhibitors inherent to the process. For example, an increased level of confidence, cumulative knowledge and positive coping skills act as process indicators to facilitate a person's movement along the transition trajectory (Meleis *et al*., 2000). Adaptive resources such as self-esteem, optimism, and mastery in pregnancy and birth are associated with positive maternal and infant health outcomes (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, and Sandman, 1999). A realistic orientation towards motherhood during pregnancy is beneficial to postpartum adjustment. Thinking positive, without also giving significant thought to negative possibilities, may leave people psychologically vulnerable and unprepared for adversity (Churchill and Davis, 2010). The influence of optimism and coping on the expression and experience of post traumatic stress development in childbearing women with a history of trauma has been explored (Rauch *et al*., 2011). Rauch *et al*. conclude that certain patterns of thinking after trauma are related to maintenance of PTSD over time.These patterns may represent pre-existing tendencies or are developed in response to having encountered trauma. The results indicated that optimistic pattern of thinking was associated with more active coping strategies and less use of avoidance coping, which influenced the severity of PSTD experienced. Having experienced a critical life transition, the appraisal of the situation as less threatening may lead to higher well-being, but in order to experience growth, the situation must be assessed as a challenge. The pregnant women in our study expressed learning something new about self and were discovering a new meaning in life as a mother.

Recent research illustrating that cumulative interpersonal trauma experiences can seriously disrupt a parent's caretaking abilities (Banyard, Williams, and Siegel, 2003). In the field of trauma, there has been an increasing focus on the detrimental impact of cumulative experiences and how women who are victims of multiple or prolonged traumas beginning in childhood often exhibit a range of serious psychological, emotional, and interpersonal problems (van der Kolk *et al*., 1996). Specifically, cumulative maternal trauma was a significant predictor of abuse potential, punitiveness, psychological aggression, and physical discipline, even after controlling for demographic and diagnostic variables. These results are consistent with literature demonstrating that complex trauma (cumulative co-occurrence of different types of trauma typically beginning in childhood) is often associated with deficits across a range of life roles (van der Kolk *et al*., 1996).

Conclusion

In this chapter, the mid range theory of transition (Meleis *et al.*, 2000) was used as a framework to examine issues pertaining to transition to motherhood that are relevant to the experience of childbearing women with a history of past trauma. Although the transition to motherhood is often considered a positive life event associated with joy and elation, women have complex appraisals of its outcome, and indeed experience a variety of outcomes. Transition to motherhood in the context of past trauma is characterized with uncertainty and ambivalence. Evidence indicates that women's negotiation of the mothering process involves strength, resilience and attempts to dissociate oneself from past trauma. There are diverse trajectories in the transition to motherhood that unfold in a network of social, historical and cultural dynamics. Understanding the complexity in how this process is enacted among women with a history of past interpersonal trauma has just begun.

References

ALEXANDER, P. (1992). "Application of attachment theory to the study of sexual abuse," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(2): 185-195.

ANDERSON, K. (2010). *Enhancing Resilience in Survivors of Family Violence*, New York, Springer.

BAILEY, L. (1999). "Refracted selves? A study of changes self-identity in the transition to motherhood," *Sociology*, *33*(2): 335-352.

BANYARD, V., L. WILLIAMS, and J. SIEGEL (2003). "The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors," *Child Maltreatment*, *8*(4): 334-349.

BASNYAT, I. (2011). "Beyond biomedicine: Health through social and cultural understanding," *Nursing Inquiry*, *18*(2): 123-134.

BERGUM, V. (1997). *A Child in Her Mind: The Experience of Becoming a Mother*, Westpoint, CT, Bergin & Garvey.

BERGUM, V. (2007). "Way of the mother," in V. Bergum et J. Van Der Zalm (dir.), *Motherlife,* Edmonton, Pedagon Publishing.

BERMAN, H. and Y. JIWANI (eds.) (2002). *In the Best Interests of the Girl Child*, Ottawa, Status of Women Canada.

BERMAN, H., *et al.* (2011). "Embodied trauma: The influence of past trauma on the transition to mothering," Unpublished raw data.

BREEN, A. and K. MCLEAN (2010). "Constructing resilience: Adolescent motherhood and the process of self-transformation, in narrative development," in K.C. McLean and M. Pasupathi (eds.), *Adolescence: Creating the Storied Self*, New York, Springer: 151-168.

BRIERE, J. (2004). *Assessing and Treating Victims of Violence*, San Francisco, Jossey-Bass.

BRUNNGRABER, L. (1986). "Father-daughter incest: Immediate and long-term effects of sexual abuse," *Advances in Nursing Science*, *8*(4): 15-35.

CHAMBERS, J. (2009). *An Analysis of the Factors That Contribute to a Positive Birthing Experience for Women with a History of Sexual Trauma*, Dissertation, available from ProQuest Dissertations and Theses database, UMI No. 3381891.

CHICK, N. and A. MELEIS (1986). "Transitions: A nursing concern," in P.L. Chinn (ed.), *Nursing Research Methodology*, Boulder, CO, Aspen Publication: 237-257.

CHURCHILL, A. and C. DAVIS (2010). "Realistic orientation and the transition to motherhood," *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(1): 39-67.

COHEN, L., D. HIEN, and S. BATCHELDER (2008). "The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior," *Child Maltreatment*, *13*(1): 27-38.

COLE, P. and F. PUTNAM (1992). "Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective," *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *60*(2): 174-184.

DARVILL, R., H. SKIRTON, and P. FARRAND (2010). "Psychological factors that impact on women's experiences of first time motherhood: A qualitative study," *Midwifery, 26*(3): 357-366.

DOWNS, W. (1993). "Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse," *Journal of Interpersonal Violence*, *8*(3): 331-345.

DUARTE, F. and M. GONCALVES (2007). "Negotiating motherhood: A dialogical approach," *International Journal for Dialogical Science, 2*(1): 249-275.

DUNN-MASCETTI, M. (1993). *The Song of Eve: Illustrated Journey into the Myths, Symbols and Rituals of the Goddess*, Londres, Aurum Press.

EMMANUEL, E. and W. St. JOHN (2010). "Maternal distress: A concept analysis," *Journal of Advanced Nursing*, *66*(9): 2104-2115.

EMMANUEL, E., *et al*. (2011). "Maternal role development: The impact of maternal distress and social support following childbirth," *Midwifery*, *27*(2): 265-272.

FIGLEY, C. (ed.) (1985). *Trauma and Its Wake*, Bristol, Brunner/Mazel.

FOSTER, E. (2005). "Desiring dialectal discourse: A feminist ponders the transition to motherhood," *Studies in Communications*, *28*(1): 57-83.

GREAVES, L., *et al*. (2004). "Mothering under duress: Women caught in a web of discourses," *Journal of the Association for Research on Mothering*, *6*(1): 16-27.

GROTE, N. and S. BLADSOE (2007). "Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: The role of optimism and stress frequency during pregnancy," *Health & Social Work*, *32*(2): 107-118.

HALL, P. and A. WITTKOWSKI (2006). "An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth," *Journal of Midwifery and Women's Health*, *51*(5): 321-330.

HARWOOD, K., N. MCLEAN, and K. DURKIN (2007). "First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences," *Developmental Psychology*, *43*(1): 1-12.

HOBBINS, D. (2004). "Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care," *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing*, *33*(4): 485-497.

HOFFENAAR, P., F. VAN BALEN, and J. HERMANNS (2010). "The impact of having a baby on the level and content of women's well-being," *Social Indicators Research*, *97*(2): 279-295.

JOMEEN, J. (2004). "The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review," *Clinical Effectiveness in Nursing*, *8*(3-4): 143-155.

KENDALL-TACKETT, K. (2007). "Violence against women and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding," *Trauma Violence Abuse*, *8*(3): 344-353.

KRALIK, D., K. VISENTIN, and A. VAN LOON (2006). "Transition: A literature review," *Journal of Advanced Nursing*, *55*(3): 320-329.

KRUG, E., *et al.* (2002). *World Report on Violence and Health*, Geneva, World Health Organization.

KUSHNER, K. (2007). "When mothers are employed: Finding a balance," in V. Bergum and J. Van Der Zalm (eds.), *Mother Life*, Edmonton, University of Alberta Press.

LEENERS, B., *et al.* (2006). "Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women," *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(2): 139-151.

LEVENDOSKY, A., *et al.* (2006). "Domestic violence: Maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behaviour," *Journal of Family Psychology*, *20*(4): 544-552.

LUTHAR, S.S. and D. CICCHETTI (2000). "The construct of resilience: Implications for interventions and social policies," *Development and Psychopathology*, *12*(4): 857-885.

MELEIS, A. (ed.) (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, New York, Springer.

MELEIS, A. and R. TRANGENSTEIN (2010). "Facilitating transitions: Redefinition of the nursing message," in A. Meleis (ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, New York, Springer: 65-72.

MELEIS, A., *et al.* (2000). "Experiencing transitions: An emerging middle-range theory," *Advances in Nursing Science*, *23*(1): 12-28.

MERCER, R. (2004). "Becoming a mother versus maternal role attainment," *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(3): 226-232.

MESSMAN-MOORE, T., P. LONG, and N. SIEGFRIED (2000). "The revictimization of child sexual abuse survivors: An examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse," *Child Maltreatment*, *5*(1): 18-27.

MEZEY, G., *et al.* (2004). "Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women," *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *112*: 197-204.

MILLER, T. (2003). "Shifting perceptions of expert knowledge: Transition to motherhood," *Human Fertility*, *6*(3): 142-146.

MILLER, T. (2005). *Making Sense of Motherhood: A Narrative Approach*, Cambridge, University Press.

MILLER, T. (2007). "Is this what motherhood is all about? Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood," *Gender & Society*, *21*(3): 337-358.

MULLEN, P., *et al.* (1994). "The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life," *British Journal of Psychiatry*, *165*: 35-47.

NELSON, A. (2003). "Transition to motherhood," *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing*, *32*(4): 465-477.

NGAI, F., S. CHAN, and W. IP (2010). "Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction," *Nursing Research*, *59*(3): 185-193.

NICHOLSON, P. (1999). "Loss, happiness, and postpartum depression: The ultimate paradox," *Canadian Psychology*, *40*(2): 162-178.

OXFORD ENGLISH DICTIONARY (2011). "Transition," Retrieved from <http://www.oed.com/>.

RAUCH, S., *et al.* (2011). "Optimism, coping, and posttraumatic stress severity in women in the childbearing year," *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, <doi:10.1037/a0022214>.

RHODES, N. and S. HUTCHINSON (2007). "Labor experiences of childhood sexual abuse survivors," *Birth*, *21*(4): 213-220.

RINI, C., *et al.* (1999). "Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy," *Health Psychology*, *18*(4): 333-345.

ROGERS, C., *et al.* (2003). "Sexual trauma and pregnancy: A conceptual framework," *Journal of Women's Health*, *12*(10): 961-970.

ROSS, L., *et al.* (2004). "Mood changes during pregnancy and the postpartum period: Development of a bio-psychosocial model," *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(6): 457-466.

RUBIN, R. (1967). "Attainment of the maternal role. Part 1: Processes," *Nursing Research*, *16*: 237-245.

RUBIN, R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience*, New York, Springer.

SCHUMACHER, K. and A. MELEIS (1994). "Transitions: A central concept in nursing," *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2): 119-127.

SCHWENDTFEGER, K. and B. NELSON-GOFF (2007). "Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment," *Journal of Traumatic Stress*, *20*(1): 39-51.

SCHWENDTFEGER, K. and K. WAMPLER (2009). "Sexual trauma and pregnancy: A qualitative exploration of women's dual life experience," *Contemporary Family Therapy*, *31*: 100-122.

SCOTT-STOREY, K. (2011). "Cumulative buse: Do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse," *Trauma, Violence & Abuse*, *12*(3): 135-150.

SLADE, A., *et al.* (2009). "The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation," in C. Zeanah (ed.), *The Handbook of Infant Mental Health*, New York, Guilford Press: 22-39.

SOET, J., G. BRACK, and C. DILORIO (2003). "Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth," *Birth*, *36*(1): 36-46.

SPERLICH, M. and J. SENG (2008). *Survivor Moms: Women's Stories of Birthing, Mothering and Healing after Sexual Abuse*, Eugene, OR, Motherbaby Press.

STATISTICS CANADA (2006). *Measuring Violence Against Women. Statistical Trends*, Catalogue No. 85-570-XIE, Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-570-x/85-570-x2006001-eng.pdf>.

TAUBMAN-BEN-ARI, O., *et al.* (2009). "The transition to motherhood: A time for growth," *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(8): 943-970.

TEDESCHI, R.G. and L.G. CALHOUN (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence," *Psychological Inquiry*, *15*(1): 1-18.

TONG, L., K. OATES, and M. MCDOWELL (1987). "Personality development following sexual abuse," *Child Abuse & Neglect*, *11*(3): 371-383.

TUMMALA-NARRA, P. (2009). "Contemporary impingements on mothering," *The American Journal of Psychoanalysis*, *69*(1): 4-21.

VAN BUSSEL, J., B. SPITZ, and K. DEMYTTENAERE (2010). "Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood," *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *28*(2): 143-160.

VAN DER KOLK, B., A. MCFARLANE, and L. WEISAETH (eds.) (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society,* New York, Guilford Press.

WELLS, J., S. HOBFOLL, and J. LAVIN (1999). "When it rains it pours: The greater impact of resource loss compared to gain on psychological distress," *Personality and Social Psychology Bulletin*, *25*: 1172-1182.

WILKINS, C. (2006). "A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting," *Midwifery*, *22*(2): 169-180.

CHAPITRE

4

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

POINTS DE VUE DE FEMMES QUÉBÉCOISES RENCONTRÉES DURANT LEUR GROSSESSE

Chantal Bayard
Association pour la santé publique du Québec

« Est-ce que tu vas allaiter ? » Chaque femme enceinte, peu importe son milieu social ou économique, a répondu au moins une fois à cette question venant de quelqu'un de son entourage, d'un professionnel de la santé ou d'une personne croisée dans la rue. Bien que d'apparence anodine, cette question donne lieu à des réponses qui expriment, comme le souligne Knibiehler (2003), les normes et les codes propres à une société et à des individus – selon leur milieu – dans un contexte historique donné (p. 11)[1]. Ces réponses sont donc l'expression des représentations sociales de l'allaitement maternel d'un individu, d'un groupe ou d'une société. Dans ce chapitre, il sera question des représentations sociales du lait

1. Même si la promotion de l'allaitement au sein s'intensifie durant cette période, plusieurs auteurs étrangers se sont intéressés à cette pratique d'un point de vue historique. Les ouvrages suivants apportent un éclairage pertinent sur l'évolution de cette pratique au fil des siècles : P. Ariès (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (France) ; Y. Knibiehler et C. Fouquet (1980). *L'histoire des mères du Moyen Âge à nos jours* (France) ; R.D. Apple (1987). *Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding: 1890-1950* (États-Unis).

maternel, du geste d'allaiter et de la maternité sur lesquelles s'appuie la décision d'allaiter prise par des femmes rencontrées durant leur première grossesse. Les autres facteurs influençant la prise de décision, tels que l'entourage, la présence ou non d'un conjoint ou le rapport des femmes à leur corps, ont volontairement été mis de côté afin d'approfondir davantage l'analyse des représentations[2] des femmes. La richesse et la densité des propos de ces dernières permettront aux lecteurs de mieux comprendre les réalités construites véhiculées dans les discours sur l'allaitement, celui des mères rencontrées et de la santé publique.

Les données présentées sont issues d'un travail de recherche effectué, entre 2006 et 2008, dans le cadre de ma maîtrise en sociologie. Cette recherche exploratoire, de type ancré, avait pour objectif de recueillir les propos de femmes enceintes de leur premier enfant afin de faire ressortir leur perception de l'allaitement maternel. Le recrutement des répondantes s'est effectué grâce à la méthode « boule de neige ». D'abord, une note expliquant la recherche a été envoyée par courriel à un large réseau de connaissances. Par la suite, d'autres femmes ont été recrutées par l'entremise des mères interrogées. Au total, onze entretiens ont été réalisés et le contenu de chacun a été l'objet d'une analyse verticale et transversale. Au moment de l'entretien, huit de ces femmes avaient atteint leur 30e semaine (7e mois) de grossesse, alors que les trois autres en étaient à un stade moins avancé (19, 26 et 28 semaines). De plus, les femmes rencontrées étaient âgées de 28 à 33 ans et manifestaient le désir d'allaiter. Aussi, neuf d'entre elles avaient pris leur décision avant le début de leur grossesse. Les personnes ayant accepté de participer à cette recherche avaient, pour la plupart, atteint un niveau de scolarité universitaire et occupaient un emploi rémunéré à temps plein ou partiel. Enfin, ces femmes étaient toutes nées au Québec et s'exprimaient principalement en français. À cause de la composition de l'échantillon et du type de recherche effectué, ces résultats ne prétendent pas décrire la réalité de l'ensemble des femmes. Ils permettent toutefois d'engager une réflexion sur l'image de l'allaitement maternel des Québécoises qui veulent allaiter.

La discussion qui suivra l'analyse des représentations de l'allaitement des femmes constitue un point de départ à la réflexion autour des enjeux liés à la promotion de l'allaitement maternel dans la vie des femmes. Cette réflexion est d'autant plus pertinente qu'elle s'inscrit dans un

2. Une représentation est une forme de connaissance, un savoir de sens commun permettant à un individu, ou à une collectivité, de comprendre et d'interpréter les éléments de sa vie quotidienne. Elle permet à l'individu de comprendre et d'agir sur son environnement (Jodelet, 2003, p. 47). L'acte de se représenter est un processus par lequel s'établit une relation entre un sujet, individuel ou collectif, et un objet auquel sont rattachés des éléments cognitifs, informatifs, idéologiques, normatifs, des valeurs, des attitudes, des images (Jodelet, 2003, p. 55).

contexte précis. En effet, au cours des trente dernières années, la promotion de l'allaitement maternel a connu un essor mondial important. Au niveau international, plusieurs mesures[3] lancées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont été mises en place dans le but de protéger et de promouvoir cette pratique. Plus près de nous, l'une de ces initiatives, soit l'Initiative des hôpitaux des amis des bébés (IHAB), a été reprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin d'accroître la pratique de l'allaitement maternel des Québécoises (MSSS, 2001, p. 11). À l'époque, cette instance gouvernementale provinciale visait, dans un horizon de six ans (2001-2007), une augmentation des taux d'allaitement pour atteindre 85 % à la sortie des services de maternité, 70 % au deuxième, 60 % au quatrième et 50 % au sixième mois de la vie de l'enfant et 20 % à un an (MSSS, 2001, p. 9). Pour atteindre cet objectif, plus d'une quinzaine d'établissements de santé québécois se sont soumis au processus rigoureux de certification « Amis des bébés » en répondant à des normes mondiales strictes en matière de protection, d'encouragement et de promotion de l'allaitement maternel (Comité canadien pour l'allaitement, 2010). Ils se sont ainsi joints à un réseau mondial comptant près de 20 000 maternités dans 150 pays (OMS, 2006, p. 5). À titre informatif, il faut dire que, depuis le début des années 1960, les taux d'allaitement à la naissance ont généralement progressé au Québec. Une importante croissance de l'allaitement maternel a été observée entre 1963 et 1982, période où les taux d'allaitement à la naissance sont passés de 19 % à 61 %. On a observé une légère diminution de cette pratique en 1995-1996, les mères allaitant alors leur nourrisson dans une proportion de 57 % (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). Cet affaiblissement sera de courte durée puisque les taux d'allaitement à la naissance ont atteint 72 % en 1998 (Dubois *et al.*, 1998) et 85,1 % en 2005-2006 (Haiek *et al.*, 2006, p. 2). Ce dernier résultat montre que les Québécoises sont parvenues, en peu de temps, à atteindre un des objectifs visés par le MSSS pour 2007 (MSSS, 2001, p. 9). Toutefois, même si ce résultat est réjouissant pour les autorités de la santé publique, la persistance de l'allaitement n'a pas l'ampleur souhaitée. En effet, les taux d'allaitement à deux (66,7 %), quatre (56,1 %) et six (46,7 %) mois de vie de l'enfant (Neill *et al.*, 2006, p. 18-19) sont légèrement en deçà de ce qui était prévu par le MSSS (2001, p. 9). Pour les autorités de la santé publique, ce constat quant à la persistance de l'allaitement est sans aucun doute un

3. Parmi ces initiatives, mentionnons: l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), la Déclaration Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990), l'Initiative des hôpitaux des amis des bébés (1992), avec sa version mise à jour (2009), la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2003). Pour en savoir plus sur ces initiatives: <http://www.who.int/fr/>.

appel à la poursuite de la promotion de l'allaitement maternel. Dans cette perspective, le MSSS a réitéré sa position en faveur de l'allaitement maternel et de la mise en place d'un réseau québécois « Amis des bébés » dans son Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003, p. 38) et dans sa Politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008, p. 58-59). Quant à ses objectifs relatifs aux taux d'allaitement et à la persistance de cette pratique par les Québécoises, pour les connaître il faudra attendre 2012, avec l'adoption par le MSSS des nouvelles lignes directrices en matière d'allaitement maternel (MSSS, 2010, p. 21).

Enfin, ce chapitre n'est pas une prise de position en faveur ou en défaveur de la pratique de l'allaitement maternel. Il s'agit plutôt d'une réflexion autour d'un sujet qui touche toutes les femmes enceintes, peu importe leur situation de vie. Comme l'a exprimé Blum (1999), il s'agit d'une conversation sur les femmes et sur l'allaitement maternel comme sujet d'intérêt public (p. 2). La première partie rapportera les propos des femmes sur les représentations sociales de l'allaitement maternel. Quant à la deuxième partie, elle discutera les résultats et les enjeux qu'ils soulèvent.

1. Représentations sociales de l'allaitement maternel : les résultats

1.1. Être une mère, c'est faire des choix responsables

Par tradition, les femmes ont toujours joué un rôle central dans la dispensation des soins de santé à la famille (Baillargeon, 2004). Indépendamment des changements observés au Québec dans les rôles féminins et masculins, les femmes rencontrées endossent l'idée qu'elles sont les premières responsables de la santé physique et psychologique de leur nourrisson.

> *On* [les mères] *est les premières à donner les soins, à voir au bien-être de l'enfant et à s'assurer souvent de son bien-être physique, moral et affectif. J'ai l'impression qu'on est un peu la gardienne du bien-être de l'enfant. Pas que le père n'aide pas là, mais c'est souvent à cause de l'accouchement que la responsabilité nous incombe. J'ai l'impression que vraiment la mère c'est la première responsable du bien-être de l'enfant* (Véronique, 29 ans).

De cette responsabilisation des mères découle la volonté d'offrir « ce qu'il y a de mieux » à leur nourrisson en matière d'alimentation. Pour elles, le lait maternel s'avère le meilleur choix en cette matière. Conséquemment, pour ces répondantes, le geste d'allaiter « s'impose » et « va de soi ».

> *C'est sûr que la relation avec l'enfant du fait que ce soit un lien direct avec le sein, que ce soit un rapport privilégié et intime c'est quelque chose qui peut être agréable, mais ce n'est pas quelque chose qui me fait tripper. Si on m'avait dit :*

« écoute Marguerite, le lait maternel ce n'est pas vraiment bon », je ne l'aurais pas prise cette décision-là. J'aurais donné du lait artificiel. C'est vraiment pour les besoins de l'enfant (Marguerite, 29 ans).

Par conséquent, l'allaitement est vu, par plus de la moitié des répondantes, comme un « devoir maternel » même si, paradoxalement, la majorité des femmes rencontrées pensent que le fait d'allaiter ou non repose sur un choix « libre » et « personnel » de la mère. De leur point de vue, une mère doit allaiter ou du moins essayer de le faire. D'abord, parce qu'elle a la capacité biologique de le faire, puis parce qu'elle est suffisamment informée sur les bienfaits de l'allaitement pour faire un choix « éclairé » en faveur de cette pratique. D'ailleurs, les répondantes soulignent que les femmes de leur génération sont très informées et que, par conséquent, le choix d'allaiter apparaît « incontournable » et le « meilleur » pour l'enfant. Pour ces femmes, l'allaitement apparaît donc comme un choix responsable et rationnel.

C'est sûr qu'on essaie tout le temps de dire « ah ben non, il ne faut pas que les femmes qui allaitent pas se sentent coupables ». Mais, en même temps, il y a vraiment beaucoup d'informations qui présentent les avantages de l'allaitement et tout ça. Je me mets à leur place, si je ne voulais pas allaiter, je me sentirais un peu coupable, mais ce n'était pas ma décision (Véronique, 29 ans).

Même si elles argumentent en faveur d'un choix libre, éclairé et personnel, la moitié des femmes interrogées pensent que cette valorisation de l'allaitement crée une pression sur certaines femmes au moment de leur prise de décision en matière d'allaitement. Elles remarquent que certaines femmes sont « orientées » ou « incitées », par le milieu de la santé, dans leur choix pendant la grossesse et après l'accouchement. Elles estiment, entre autres, que l'information reçue dans le cadre des rencontres prénatales, bien que pertinente, dépasse la simple valorisation. Sur ce point, elles affirment que le cours consiste plus à convaincre les femmes d'allaiter qu'à les informer, qu'on tend à y exercer une pression sur celles qui ne veulent pas allaiter.

Parce que quand tu vas au CLSC la première rencontre c'était une rencontre en début de grossesse sur ce que tu peux manger, ce que tu ne peux pas manger et bon un petit peu comment ça se passe la grossesse. Après le cours, tu n'avais même pas le choix, ils t'offraient la séance sur l'allaitement, il fallait que tu marques ton nom et quand tu ne marquais pas ton nom en avant, il fallait que tu dises pourquoi tu ne voulais pas aller à la séance sur l'allaitement. Je trouvais un petit peu que les gens qui ne voulaient pas le marquer avaient de la pression. Il y a peut-être quelque chose que je trouve un petit peu dommage (Marguerite, 29 ans).

Elles [infirmières] *ont parlé de certains avantages pour le bébé. C'est surtout les avantages pour le bébé qu'ils parlaient. Il y en avait que je ne connaissais pas mais étant donné que j'avais déjà décidé d'allaiter, ce n'était pas vraiment de ça que j'avais vraiment besoin. Je pense que c'était plus un cours pour convaincre les gens d'allaiter plutôt que de vraiment aider* (Virginie, 30 ans).

Malgré cette pression reconnue de la part des professionnels de la santé, les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche affirment, quant à elles, ne pas l'avoir ressentie au moment de faire leur choix. D'abord, parce qu'elles avaient pris la décision d'allaiter avant leur grossesse et, ensuite, parce qu'elles étaient du « bon bord ».

> *Si j'avais décidé de ne pas allaiter j'aurais senti une pression. Là, comme c'est ça que je veux moi, tout ce qu'on pouvait me dire de positif et d'encourageant je le prenais* […] *la pression pas tant que ça vu que j'étais du bon bord* (Caroline, 28 ans).

> *Pour moi c'est un choix, mais je peux comprendre qu'il y a des femmes qui se sentent très très orientées dans leur choix* (Anne, 33 ans).

Même si elles se sont senties libres dans leur choix, plusieurs notent tout de même les effets négatifs de la promotion de l'allaitement maternel sur celles qui décident de ne pas allaiter ou qui cessent d'allaiter avant le moment qui est suggéré. La « culpabilité », le « jugement », le « dénigrement » et le « manque de considération » comptent parmi ces effets négatifs. Les répondantes remarquent que ces femmes doivent être « convaincues » de leur choix et être en mesure de le « justifier ».

> *Je pense que si on fait le choix de ne pas allaiter, on se fait juger. Dans ce sens-là, c'est peut-être moins un choix. Je pense que, quelqu'un qui ne veut pas allaiter, tout le monde va lui demander pourquoi et comment ça avec des yeux incrédules. Il va falloir que tu ailles des maudites bonnes raisons. C'est peut-être pas un choix tant que ça* (Virginie, 30 ans).

> *J'ai l'impression qu'il y a quand même un jugement qui est fait, qui est plus ou moins formulé, qu'il y a quand même un jugement qui est là sur les femmes qui n'allaitent pas. À moins de vraiment ne pas pouvoir, j'ai l'impression que celles qui n'allaitent pas doivent devoir se justifier un peu* (Véronique, 29 ans).

Une des répondantes qui a choisi d'allaiter pour une courte période de temps résume bien cela.

> *Si je suis capable de le faire physiquement et que je décide de ne pas le faire, inconsciemment je pense que je me sentirais un peu coupable. Justement, « je suis donc ben égoïste, je pense à moi avant de penser à l'enfant », mais en même temps aussi c'est un choix* (Sarah, 32 ans).

L'ensemble des répondantes remarquent qu'elles associent, tout comme les professionnels de la santé, le choix d'allaiter au fait d'« être une bonne mère ».

> *Je trouve que dans ma génération c'est vraiment valorisé l'allaitement, donc oui, je pense que c'est associé* [au fait d'être une bonne mère]. *J'avoue que je me suis posé la question quand mon amie a arrêté, pourquoi ? Je ne l'ai pas ostracisée ou quoi que ce soit, mais j'ai juste demandé pourquoi et juste le fait que j'ai questionné son choix, c'était peut-être pas super correct* (Caroline, 28 ans).

> *En tout cas, les spécialistes, ceux qui sont pro-allaitement, je pense qu'ils le rattachent* [geste d'allaiter] *vraiment au fait d'être une bonne mère* (Marguerite, 29 ans).

Comme toutes les répondantes, cette dernière remarque l'association qui est faite entre la « bonne » mère et l'allaitement dans la société ou dans l'entourage. Tout comme Marguerite, elles sont quelques-unes à déplorer cette association.

> [Une bonne mère] : *c'est plus de bien s'occuper de son enfant* […], *c'est de répondre à ses besoins. Quand il commence à grandir, c'est l'implication, l'amour, faire des activités de plein air, du sport, s'amuser avec. C'est un petit peu plus ça être une mère que de savoir donner du lait maternel ou du lait artificiel. Selon moi, ça n'entre pas dans la définition d'une mauvaise mère, c'est plus une question de choix pour moi* (Marguerite, 29 ans).

1.2. Être une mère, c'est faire passer les besoins de l'autre avant les siens

La majorité des répondantes affirment que leur décision d'allaiter est principalement motivée par leur volonté de répondre, de manière prioritaire, aux besoins de leur nourrisson en reléguant au second plan leurs besoins personnels.

> *Je pense que le choix de ne pas allaiter est souvent motivé par les besoins de la mère. Est-ce que ça devrait être le cas ? Non, ça ne devrait pas être le cas. En principe, quand tu décides de faire des enfants, tu devrais leur donner toutes les chances* (Virginie, 30 ans).

Contrairement à Virginie, trois répondantes pensent que les besoins de la mère doivent également être pris en compte lors de la prise de décision d'allaiter.

> *Je pense que si on prend les besoins de l'enfant en considération, on allaiterait toutes. Mais je pense que pourquoi on n'allaite pas c'est qu'on prend en considération les besoins de la maman. Et c'est correct. Toutes les femmes vivent des situations différentes. L'idéal, je pense, c'est que la mère soit disposée, dans un bon état, mais ce n'est pas vrai que toutes les mères ont des enfants dans ces conditions-là* (Léa, 33 ans).

Même si elles sont convaincues de la nécessité d'allaiter, toutes s'entendent pour dire que l'allaitement est un geste qui exige une grande disponibilité, aussi bien physique que mentale, puisqu'il demande qu'on lui consacre temps et énergie. Il implique également que l'enfant doit toujours suivre sa mère, ce qui la rend moins mobile et moins libre de ses mouvements tout en favorisant un partage inégalitaire des tâches entre les deux parents. En ce sens, la moitié des femmes considèrent cette disponibilité constante à l'enfant comme une entrave à leur liberté, de sorte que cette activité entraîne plusieurs sacrifices (exemples : difficulté de faire du sport, de sortir avec des amies sans son nourrisson, de boire de l'alcool, nécessité de surveiller ce qu'elles mangent). De plus,

pour un certain nombre de femmes, la dépendance anticipée de leur nourrisson envers elles est envisagée comme « angoissante », « monopolisante » et « étouffante ».

> *De savoir que finalement ton corps appartient encore une fois à ce petit être-là parce que tu le nourris aux deux heures ou aux quatre heures autant que l'enfant devient dépendant de toi que ça peut devenir un peu angoissant comme situation ou ça peut devenir étouffant* (Sarah, 32 ans).

Dans ce contexte, l'allaitement artificiel est perçu comme une « libération » puisque d'autres personnes, telles que le père ou la grand-mère, peuvent prendre le relais de la mère en ce qui a trait à l'alimentation du nourrisson. Cette coresponsabilité permet à cette dernière d'être plus indépendante. Bien que ces femmes reconnaissent cet avantage du non-allaitement, aucune d'elles ne privilégie ce mode d'alimentation.

1.3. Allaiter, c'est naturel

Tout comme la grossesse et l'accouchement, l'allaitement s'inscrit dans le cycle biologique de la reproduction. Pour la moitié des répondantes, le geste d'allaiter renvoie à la « nature » des femmes, c'est-à-dire à leur capacité inhérente de produire du lait et de donner le sein. De même, le geste d'allaiter est perçu comme un comportement « instinctif » et « animal » qui leur rappelle que les femmes sont, comme d'autres espèces, des mammifères.

> *Moi je me dis que c'est un cycle naturel. Ce n'est pas là pour rien. Comme la douleur, ce n'est pas là pour rien* […] *Donc, tu vois, j'accepte les choses de la vie comme elles le sont. Je me dis que si j'ai des seins qui produisent du lait, ce n'est pas là pour rien. Moi c'est plus dans mon optique. C'est le cycle de la vie* (Marilou, 31 ans).

Même si les femmes peuvent « naturellement » allaiter, les répondantes ajoutent que le geste d'allaiter est un comportement qui s'apprend. Comme le souligne l'une d'entre elles, les premières séances d'allaitement sont imaginées comme étant plus « techniques », nécessitant de l'adaptation et de l'ajustement.

> *D'après moi, les premières fois ça va être plus technique. De me placer comme ça, comme ça, comme ça, comme ça, et après ça je pense que c'est de découvrir ma zone de confort et comment ça fonctionne. Après ça, de développer plus une relation avec le bébé et de l'apprécier. Mais je pense qu'au début, je vais être plus stressée et ça va être dur de savoir comment ça marche* (Marguerite, 29 ans).

Cette période d'apprentissage n'a donc rien de « magique » et peut même se révéler stressante. La plupart des femmes sont d'ailleurs conscientes que des difficultés peuvent survenir dans les premières semaines d'allaitement. Ce sont principalement les personnes de leur entourage (famille, amies)

qui, par leur expérience partagée, les ont sensibilisées à ces difficultés (gerçures, mastites, crevasses, manque de lait). D'ailleurs, lorsque les répondantes évaluent les difficultés qui peuvent survenir en période postnatale, elles évoquent principalement celles qui ont touché leur entourage. « [Mon amie] *elle a eu des mastites au niveau du sein et à ce moment-là c'était la première fois que j'entendais que ça pouvait se passer* » (Sarah, 32 ans). Contrairement à l'entourage des femmes, les professionnels de la santé semblent avoir joué un rôle peu important dans la sensibilisation des femmes aux difficultés de l'allaitement. Seulement deux des répondantes disent avoir reçu de l'information concernant les embûches possibles dans le cadre de leurs cours prénatals. « *Elles* [infirmières] *nous parlaient des difficultés de l'allaitement, mais en même temps, y'avait toujours une solution* » (Hélène, 28 ans).

En plus de nous intéresser aux difficultés perçues, nous avons interrogé les répondantes sur l'éventualité de cesser l'allaitement avant l'objectif qu'elles s'étaient fixé. Un grand nombre d'entre elles envisagent avec appréhension le fait de « laisser tomber » ou de « lâcher » l'allaitement. L'abandon de l'allaitement est vu comme un « échec » qui implique un processus de deuil auquel sont associés des sentiments comme la tristesse, la déception et la culpabilité. Pour cette raison, elles sont plusieurs à « croire » ou à « espérer » que tout se déroulera bien : « *J'imagine que je vais y arriver, je ne veux pas trop croire que ça ne marchera pas* » (Julie, 28 ans).

> *Le non-allaitement, c'est synonyme de deuil. Première chose qui vient de m'arriver. J'y ai jamais pensé. Oui. De deuil parce que peut-être je vivrai un peu moins ce lien dont je viens de te parler avec l'allaitement. Oui, de deuil, fort probablement de la déception à travers tout cela. Et j'espère pouvoir me rendre à une acceptation* (Marilou, 31 ans).

Chez cette dernière, le sentiment d'« échec » et les émotions qui l'accompagnent mettent en lumière une souffrance rencontrée chez certaines mères qui doivent faire face à un éventuel arrêt de l'allaitement. Pour ces dernières, l'arrêt de l'allaitement contribue à remettre en question leur identité de mère et leur capacité d'être une « bonne » mère.

En anticipant cette situation d'« échec », ces femmes, qui constituent plus de la moitié de l'échantillon, ont l'impression que leur sentiment de culpabilité sera atténué par le sentiment d'« avoir fait de leur mieux », d'« avoir fait leur possible » et d'« avoir tout essayé » avant d'arrêter l'allaitement.

> *Je pense que quand tu as l'impression que tu as fait de ton mieux et que tu as tout essayé, déjà là, je ne pourrais pas vraiment, j'imagine que mon sentiment de culpabilité serait réduit au minimum. Si j'ai essayé de faire ce que je pouvais, mais un moment donné tu ne peux pas t'acharner, le bébé faut qu'il vive, il faut qu'il soit nourri. Un moment donné, faut qu'il mange à sa faim, faut qu'il vive, moi j'ai un deuil à faire probablement mais ça serait le bébé là, faut qu'il mange* (Anne, 33 ans).

Il semble, cependant, que l'impression d'avoir « fait de son mieux » varie d'une mère à l'autre en fonction des contraintes personnelles ou autres avec lesquelles chacune doit composer. En effet, il apparaît, dans l'analyse des entrevues, que le niveau de persévérance au regard des difficultés fluctue en fonction de divers facteurs (la connaissance de soi, l'évaluation des difficultés, le soutien professionnel et de l'entourage, etc.). Par conséquent, certaines femmes sont prêtes à pousser le plus loin possible les limites de leur corps, jusqu'à l'abnégation, alors que d'autres disent ne pas vouloir « s'obstiner » ou « s'acharner » si elles ne sont pas en mesure d'allaiter, et ce, en dépit du sentiment anticipé d'échec. « *Faudrait vraiment que j'aille de quoi de gros pour que ça réussisse à me "stopper"* » (Hélène, 28 ans).

> *J'ai décidé que j'allais essayer d'allaiter, mais que je n'allais pas m'obstiner à tout prix. Ce que je veux dire par là c'est que je trouve qu'à l'heure actuelle il y a une culture de l'allaitement qui fait qu'on en entend parler partout et que l'on est incité partout à allaiter et qu'on est vraiment poussé. Je trouve que, des fois, y'a des femmes qui ne sont pas capables d'allaiter, donc elles sont obligées à un moment donné d'arrêter. Je me dis que je vais essayer de le faire, je vais faire mon possible, mais si je ne suis pas capable, je ne suis pas capable* (Marguerite, 29 ans).

1.4. Allaiter, c'est donner la santé

L'allaitement maternel constitue, pour la majorité des répondantes, le meilleur moyen de « transmettre », d'« offrir » ou de « donner la santé ». Pour certaines, l'allaitement permet d'« augmenter les chances » d'avoir un nourrisson en santé en lui donnant les anticorps nécessaires pour combattre les maladies et, pour d'autres, moins nombreuses, de « garantir » et d'« assurer » la santé de leur nourrisson tout en leur apportant une certaine paix d'esprit.

> *Ça va m'apporter probablement de la paix d'esprit parce que mon bébé a beaucoup moins de chances d'être malade à cause de mes anticorps. Je pense que ça va m'amener une certitude, une assurance que mon bébé va être en santé* (Véronique, 29 ans).

Cette « assurance » se traduit dans la façon de décrire le lait maternel, c'est-à-dire comme un « aliment protecteur » ou un « vaccin naturel » qui assure le développement du nourrisson. De cette façon, le lait maternel est présenté comme un aliment et un médicament. Pour appuyer leurs dires, ces femmes mettent l'accent sur l'apport du colostrum sur le développement du système immunitaire du nourrisson, de même que sur les bienfaits des anticorps transmis au bébé par la mère grâce à l'allaitement. Pour illustrer leurs propos, elles sont plusieurs à parler des bienfaits de l'allaitement sur la réduction des allergies et des problèmes respiratoires.

> *Au niveau de ses besoins nutritifs, je pense que ça répond à ce qu'il a besoin* […] *il y a bien des avantages physiques pour les anticorps, le système immunitaire tout ça. Ça réduit les risques d'allergies aussi* (Anne, 33 ans).

En plus de ces qualités immunes, les femmes rencontrées caractérisent le lait maternel de « naturel », de « sain » et de « bon pour la santé ». Elles mettent principalement en valeur les vertus de sa composition et de ses qualités nutritionnelles (nutriments, vitamines et minéraux) jugées parfaitement adaptées au besoin des nourrissons, de même que sa « fraîcheur » et sa « qualité » intrinsèque. Pour quelques-unes, le choix d'un aliment ayant ces propriétés s'intègre parfaitement à leur mode de vie. Dans leur quotidien, ces femmes disent prendre soin de leur santé en s'alimentant sainement avec des aliments frais, de qualité, naturels ou biologiques, de sorte que la consommation de lait en « canne », comme le mentionne Sarah, s'avère moins alléchante : « *J'ai de la misère à penser que ce sont des affaires dans une canne que je vais donner à mon enfant étant donné que j'aime bien manger de la nourriture fraîche* » (Sarah, 32 ans).

En plus de sa fraîcheur et de ses qualités « santé », le lait maternel est un aliment perçu comme « sécuritaire ». C'est principalement le contexte de sa production qui renforce cette idée. Pour un grand nombre de femmes, le lieu de production (corps humain) procure une « assurance » quant à sa qualité et à sa pureté. Elles disent, sur ce point, avoir l'impression de connaître et de maîtriser davantage la composition du lait maternel, ce qui n'est pas le cas pour le lait artificiel produit en usine. D'ailleurs, elles se représentent le lait artificiel comme « chimique », « moins bon pour la santé », « moins complet » et « non équivalent » sur le plan nutritionnel au lait maternel. De fait, le « lait en canne » ou « le lait en poudre » inspire de la « méfiance », de la « peur », et de l'« inquiétude » chez la moitié des répondantes, principalement à cause de sa composition inconnue et de sa provenance industrielle. Ainsi, la garantie que le lait maternel n'a pas été manipulé par plusieurs personnes, en usine, avant d'être consommé par le bébé rassure les répondantes. De plus, étant donné qu'il est produit à l'intérieur du corps maternel et qu'il passe directement du sein de la mère à la bouche de l'enfant, le lait maternel n'est pas altéré, ce qui fait de lui un aliment propre et aseptique.

> *Ça sort direct de toi et ça va directement au bébé. Y'a pas de manipulation, y'a rien. Je me dis que c'est sûr que c'est quelque chose qui est propre. C'est quelque chose qui est sain aussi* (Marguerite, 29 ans).

Malgré cela, quatre des répondantes disent tout de même que le lait artificiel est « correct », alors qu'une seule affirme clairement que le lait artificiel n'est pas néfaste pour la santé du nouveau-né. Dans cette perspective, le lait artificiel apparaît ainsi comme une substance, plutôt que comme un aliment, pouvant comporter des risques pour le nouveau-né.

De ce fait, il est vu comme une substance de « remplacement » ou « palliative », dont la moitié des femmes disent qu'elles l'utiliseront si elles n'ont « pas le choix » ou par « obligation ».

> *Ça serait un deuxième choix pour moi. Oui, ça serait vraiment un deuxième choix, ça serait correct aussi, je l'accepterais et je ne serais pas une mauvaise mère. Il ne serait pas nécessairement asthmatique, je ne virerai pas folle avec ça, mais ça me ferait un petit pincement* (Hélène, 28 ans).

> *Je n'ai pas trop confiance au lait en poudre. Je vais en acheter, je vais en avoir, c'est sûr que je vais passer par là. Mais je suis méfiante par rapport à ça, c'est chimique, je ne sais pas, j'ai l'impression que ce n'est pas naturel* (Julie, 28 ans).

1.5. Allaiter, c'est créer le lien

Toutes les femmes interrogées, sauf une, s'entendent pour dire que la pratique de l'allaitement permet de créer un lien « fort », « privilégié » ou « d'attachement » entre la mère et l'enfant. Le contact physique peau à peau contribuerait, selon elles, au développement de ce lien. Nonobstant cet accord entre les mères, deux groupes se distinguent dans la façon de décrire le lien. Un premier groupe regroupant les deux tiers des répondantes décrit le lien mère-enfant comme une relation de proximité entre deux individus indépendants, alors que le deuxième groupe considère que cette relation, dans l'allaitement, en est une de « fusion », de « symbiose », d'« union » ou de « communion ». Le premier groupe se différencie également du deuxième par la place qu'il accorde au père dans la relation d'allaitement. En effet, les femmes du premier groupe sont soucieuses de ne pas exclure leur conjoint de la relation d'allaitement. Elles précisent ne pas vouloir établir une relation exclusive et fusionnelle mais plutôt un « trio » autour de l'allaitement. Les femmes du deuxième groupe, quant à elles, considèrent la relation mère-enfant comme la plus importante pour le nourrisson et elles admettent que le père en soit exclu dans les premiers mois suivant la grossesse. Voici deux citations permettant d'illustrer le point de vue de ces deux groupes :

> *La relation mère-nourrisson, je ne vois pas ça fusionnel* […] *la famille pour moi c'est important. Ce n'est pas moi et mon nourrisson. J'ai de la misère avec ce concept parce que pour moi c'est plus large. Mon noyau, ça va être moi, le papa et le nourrisson. Pour moi, c'est un triangle. Je ne veux pas que ça soit juste moi et le bébé* (Hélène, 28 ans, premier groupe).

> *C'est la relation la plus importante pour l'enfant dans la petite enfance, c'est sa référence, c'est ce qu'il reconnaît le plus* […] *je pense qu'en termes de communication, de nourriture, pour tous ses besoins, instinctivement l'enfant est plus porté vers la mère que le père* […] *la relation mère-enfant c'est vraiment central, c'est vital pour un enfant les premiers mois. C'est une espèce de poteau, la mère par rapport à l'enfant* (Anne, 33 ans, deuxième groupe).

En ce sens, pour les mères du premier groupe, l'allaitement au biberon permet de favoriser l'implication du père, la création d'un lien père-enfant et l'équilibre entre les conjoints sur le plan des tâches.

> *Ce que je trouve dommage, par exemple, face à l'allaitement c'est que souvent les gens disent que c'est une relation privilégiée entre la mère et le bébé. D'un autre côté, je me dis que ton conjoint n'est pas impliqué là-dedans. Comparativement à quand tu donnes la bouteille, ça va être plus partagé. Des fois c'est toi, des fois c'est le conjoint. Ça permet aussi au conjoint d'avoir une relation privilégiée avec le bébé, chose qu'il ne peut pas avoir avec l'allaitement parce que je trouve que ça se vit plus tout seul avec ton bébé. Je trouve cela un petit peu dommage* (Marguerite, 29 ans).

Ce qui apparaît étonnant dans les propos de Marguerite, c'est l'idée que, sans l'acte de nourrir, le père ne peut nouer une relation privilégiée avec son nourrisson. Indépendamment de la vision des répondantes (« symbiose » *versus* « indépendance »), le geste de nourrir semble constituer la principale façon de créer le lien entre un adulte (mère, père) et un nourrisson. De plus, certaines femmes pensent que l'allaitement au sein permet de développer un lien plus intense que celui établi par l'allaitement au biberon.

1.6. Allaiter, c'est se rapprocher de l'autre

Au-delà de l'acte de nourrir, le geste d'allaiter est aussi perçu comme un geste d'amour inconditionnel, de tendresse et d'affection. Il est aussi qualifié de rassurant, puisqu'il permet de consoler, d'apaiser et de réconforter l'enfant. Pour cette raison, plusieurs femmes associent le geste d'allaiter, tout comme le lait maternel, à la « chaleur » humaine, alors qu'elles attribuent les termes « froideur » et « distance » à l'allaitement au biberon.

> *Froideur, dans le sens de distance entre la mère et l'enfant.* [Le non-allaitement consiste] *à bien séparer les deux êtres humains. De bien montrer où est la limite de la mère et la limite de l'enfant. Ce sont deux individus, deux façons de nourrir. Il n'y a pas de lien par la nourriture. C'est vraiment la distance* (Léa, 33 ans).

De la même façon, l'allaitement maternel est une période de « rapprochement », de « calme », de « tranquillité » et de « cocooning », puisqu'elle permet à la mère de prendre un temps d'arrêt et de se retirer avec l'enfant. L'allaitement au biberon est ici davantage associé à la « rapidité » et à la continuité dans les activités courantes. Le fait que l'enfant puisse, après quelques mois, prendre seul le biberon contribue à cette idée.

Brièvement, les femmes rencontrées dans le cadre de ce mémoire se représentent favorablement la relation mère-enfant. Aucune de ces femmes ne remet en question les bienfaits de la dyade mère-enfant. De fait, elles décrivent le contact physique, la proximité et le lien comme les composantes

d'une expérience jugée « enrichissante » et « unique » pour la mère et l'enfant : « *C'est quand même particulier allaiter, nourrir un être humain, c'est quelque chose que tu ne pourras pas vivre dans un autre contexte* » (Sarah, 32 ans).

Pour conclure, la pratique de l'allaitement est considérée par les répondantes interrogées comme un « geste qui s'apprend ». La plupart d'entre elles conçoivent les premières périodes d'allaitement comme s'inscrivant dans une période d'apprentissage susceptible de présenter des difficultés. Même si certaines de ces femmes sont prêtes à tout pour allaiter, d'autres adhèrent plutôt à l'idée de « faire son possible » en fonction de ses besoins et de ses capacités, ainsi que de celles du bébé. Même si l'existence des difficultés associées à l'allaitement est reconnue par toutes, il n'en demeure pas moins que ces femmes jugent illégitimes certaines raisons invoquées par d'autres pour cesser l'allaitement ou ne pas allaiter. Le retour au travail précoce, le désir de maintenir une vie sexuelle active ou de ne pas vouloir subir trop de changements par rapport à son corps comptent parmi celles-ci. « *Tu vois, une femme de carrière ou une fille qui veut juste pas changer la grosseur de ses seins, c'est un peu moins légitime* » (Julie, 28 ans).

2. Discussion

La présente recherche démontre l'importance du discours de promotion de l'allaitement maternel dans la décision d'allaiter des femmes rencontrées durant la période prénatale. Même si, comme dans les études d'Earle (2002) et de Sheehan, Schmied et Cooke (2003), les répondantes affirment avoir pris leur décision d'allaiter avant leur grossesse et sans l'aide d'un professionnel de la santé, elles utilisent tout de même des arguments tirés de ce discours pour appuyer leur choix. Cette concordance, entre le discours des mères et celui du gouvernement, révèle donc l'efficacité de ce dernier. Des statistiques récentes, publiées en 2005-2006, viennent corroborer ce constat puisque les femmes québécoises commencent l'allaitement dans une proportion de 85,1 % (Haiek *et al.*, 2006, p. 2)[4].

En dépit de la cohérence entre les discours, l'intensité de la promotion de l'allaitement maternel ainsi que l'habileté des professionnels à convaincre provoquent tout de même la réflexion. Depuis des années, la promotion de l'allaitement maternel s'est accrue sur le plan mondial, notamment grâce aux initiatives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Plus près de nous, les positions adoptées par le gouvernement du Québec, de même que celles de plusieurs groupes de professionnels, ont également contribué à promouvoir cette pratique (OIIQ, 1998 ; OPDQ, 2002).

4. Voir la section *Statistiques québécoises* pour plus d'information.

Ces positions, en faveur d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois de vie du nourrisson, renforcent l'idée que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation à privilégier. La réitération constante de cette norme, par l'intermédiaire des différentes institutions, met une certaine pression, et c'est le but, sur les femmes afin qu'elles adoptent le comportement prescrit. Si les femmes rencontrées affirment spontanément ne pas avoir ressenti de pression à cet égard, elles ont toutefois été témoins de celle qu'ont exercée certaines professionnelles auprès de femmes ambivalentes ou peu intéressées par l'allaitement. Cette insistance, et le sentiment d'obligation induit par le message véhiculé, m'amène à m'interroger sur la liberté « réelle » des futures mères de choisir ou non l'allaitement. Déjà, en 1989, Jane Gordon (1989, p. 12) soulevait cette question. Depuis, plusieurs autres auteures y ont réfléchi (Kukla, 2006 ; Murphy, 2003, p. 455 ; Wall, 2001, p. 605). Étonnamment, vingt ans plus tard, la question demeure pertinente et préoccupante.

2.1. Allaiter : un choix incontournable

D'abord, l'insistance du discours scientifique quant à la supériorité du lait maternel rend incontournable un choix en faveur de l'allaitement maternel. Les femmes rencontrées partagent cette idée. Elles décrivent le lait maternel comme l'aliment par excellence pour répondre aux besoins de leur nourrisson. Elles affirment, pour la plupart, qu'une femme qui connaît les bienfaits du lait maternel doit au moins essayer d'allaiter. Il faut dire, comme le souligne également Wall (2001), que l'image du lait maternel est enviable. Il se caractérise, dans le discours de la santé publique comme dans celui des femmes interrogées, par sa perfection sur le plan de sa composition et de ses effets sur la santé du nourrisson. On le présente aussi comme un aliment « naturel » et « pur ». Son aspect sécuritaire – parce qu'il est produit par le corps des femmes plutôt qu'en usine et qu'il ne nécessite aucune préparation (exemples : stérilisation des biberons et des tétines, proportion adéquate du mélange, température) – achève de construire la respectabilité du lait maternel. À ce moment-ci, il est intéressant de noter le lien entre les représentations sociales du lait maternel et de la nature. Dans un article récent, Miller (2007) remarque également cette imbrication dans le discours des femmes qu'elle a rencontrées durant la période prénatale. Wall (2001) fait de même dans son analyse du discours de promotion de l'allaitement maternel au Canada. Cette dernière note que cet aliment, comme la nature, est « perçu comme sacré, pur, bon, respectable et difficilement questionnable » (Wall, 2001, p. 596-597). Pourtant, dans certains cas, le lait maternel n'est pas d'une pureté irréprochable puisqu'il est soumis aux mêmes impératifs écologiques que l'homme et la nature qui sont, comme le souligne Beck (2001), « les *réceptacles* [l'auteur souligne] de toutes les substances nocives et polluantes

possibles et imaginables présentes dans l'air, l'eau, le sol, la nourriture, les meubles, etc. » (p. 121). Il peut donc contenir, si la mère en consomme, des médicaments, de l'alcool, de la drogue, des gras transgéniques, mais aussi des contaminants chimiques (plomb, cuivre, zinc, solvant, DDT, BBC) présents dans l'environnement (Goulet et Lapointe, 2003 ; Beck, 2001 ; Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). Même si les femmes rencontrées ont l'impression de « contrôler » la qualité du lait maternel, la mère et le nourrisson subissent certains assauts de l'environnement sans nécessairement les vouloir (Lupton et Tulloch, 2002).

À l'inverse, les préparations commerciales pour nourrisson sont représentées d'une tout autre façon. Contrairement au lait maternel, ces préparations sont décrites, par les mères et par le discours de promotion de l'allaitement maternel, comme une substance comportant des risques pour la santé du nourrisson et inspirant, par le fait même, la crainte et l'insécurité. La production industrielle du lait artificiel, que les répondantes associent à la froideur et à la marchandisation, vient compléter l'image de ce lait. L'incapacité de la science et de l'industrie à reproduire totalement de manière synthétique les qualités immunologiques du lait maternel participe également à la construction de cet aliment présenté comme « moins bon pour la santé » et « imparfait » par les mères. L'opposition entre les représentations du lait maternel et les préparations commerciales permet difficilement à une mère de justifier son choix en faveur de la deuxième option sans être jugée. Pourtant, si l'on se réfère aux statistiques québécoises concernant la persistance de l'allaitement exclusif au sein, il est probable qu'un certain nombre des femmes ayant participé à l'étude donneront tôt ou tard du lait artificiel à leur nourrisson. Lorsqu'on les interroge sur ce sujet, les femmes nuancent leur point de vue sur les préparations commerciales afin de conserver d'elles-mêmes la perception qu'elles ne seront pas de « mauvaises » mères si elles y ont recours.

2.2. Allaiter : un choix responsable

Cette opposition entre les représentations du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons conduit à plusieurs questionnements dont il convient de discuter ouvertement. Le premier concerne le lien établi, dans ces deux discours, entre la décision d'allaiter et la capacité des mères de faire des choix responsables et éclairés en matière d'alimentation. Comme il a été dit précédemment, il est admis que le lait maternel est l'aliment par excellence pour le nouveau-né. De ce fait, le geste d'allaiter s'avère, du point de vue de la santé publique, le comportement à adopter, d'où l'idée que les femmes doivent au « moins essayer d'allaiter ».

Cette association n'est toutefois pas sans conséquence. Elle laisse d'abord sous-entendre qu'une femme qui n'allaite pas, malgré ses connaissances des bienfaits de l'allaitement maternel pour le nourrisson, est une personne moins responsable. La préférence de cette mère en matière d'alimentation est perçue comme pouvant causer du tort à son nouveau-né, puisqu'elle le prive des effets positifs de l'allaitement (Murphy, 2000, p. 297) au regard, par exemple, de son développement cognitif (développement du cerveau) ou affectif (développement du lien d'attachement) (Wall, 2001, p. 604-605). Ce message, que l'on peut lire en sous-texte du discours de promotion de l'allaitement, est préoccupant. D'abord, il suggère que les femmes, par leur comportement, sont les principales responsables de la santé globale de leur nourrisson. À cet égard, la responsabilité des pères, en lien avec l'allaitement maternel, est encore un sujet peu abordé dans la littérature. Pourtant, la pratique de l'allaitement maternel dans une famille engendre des changements, notamment sur le plan des responsabilités parentales, de l'organisation familiale (Stearns, 2009) et de la relation de couple.

Pourtant, d'autres facteurs non négligeables peuvent également influencer la santé de l'enfant. Pensons notamment à la santé physique et mentale des parents, à l'environnement social et aux impératifs écologiques. Il est également sous-entendu que l'acte d'allaiter est un devoir maternel, c'est-à-dire une obligation pour la mère de répondre – le mieux possible et de manière prioritaire – aux besoins du nourrisson en reléguant au second plan ses besoins ainsi que ses aspirations comme mère et comme femme. Point de vue que partagent la moitié des femmes interrogées. L'acte d'allaiter est donc compris comme le geste d'amour par excellence : « *The image of the breastfeeding mother is of one who is giving her baby the most precious gift she can. She is literally giving of herself* » (Wall, 2001, p. 599). Il est considéré comme « naturel » – tout comme le lait maternel –, non contractuel et physiologique (Shaw, 2003, p. 68). Enfin, pour les répondantes, cet acte exprime l'amour et le don.

La généralisation de ces représentations, dans le discours sur l'allaitement comme dans celui des mères, suscite encore la réflexion. Dans un premier temps, ces représentations suggèrent que l'amour maternel est un sentiment instinctif, allant de soi et ressenti par toutes les femmes, alors que Badinter (1981), par exemple, a déconstruit cette idée dans son livre *L'amour en plus*. Opinion qu'elle réitère d'ailleurs, près de trente ans plus tard, dans son dernier ouvrage paru en 2010, *Le conflit. La femme et la mère*. Dans un deuxième temps, ces représentations mettent en avant une vision de la maternité qui peut varier, tout comme les notions de don et de générosité, dans le temps et l'espace (Shaw, 2003, p. 65). Aussi, et dans un troisième temps, ces représentations ne favorisent pas l'atteinte d'un équilibre, lorsqu'il est souhaité par la mère, dans la réponse aux

besoins de deux individus en relation. Elles proposent plutôt une relation dans laquelle les besoins de la mère en termes de confort et de bien-être physique et psychologique sont peu ou pas considérés au moment de la prise de décision d'allaiter (Shaw, 2003, p. 66). D'ailleurs, il est intéressant de noter que les effets de l'allaitement sur la santé de la mère sont généralement absents du discours de promotion de l'allaitement maternel ou confondus avec les besoins de l'enfant. On retrouve, d'ailleurs, ce silence autour des bienfaits de l'allaitement dans les réponses des répondantes. Une femme qui n'allaite pas est donc perçue comme une personne qui privilégie ses besoins au détriment de ceux de son enfant, ce qui contrevient à la représentation que l'on se fait d'une « bonne » mère dans notre société.

Quatrièmement, ces représentations suggèrent, tout comme la notion de devoir maternel, que les femmes forment une catégorie universelle capable d'allaiter et ayant la motivation de le faire, ce qui, encore une fois, est discutable. Les futures mères ont majoritairement mis en avant la dimension « naturelle » de l'allaitement. Pour elles, chaque femme à la capacité de produire du lait et de donner le sein. Cette idée laisse, avant tout, peu de place à l'expression de la subjectivité des femmes. Ainsi, des facteurs susceptibles d'affecter la réponse du corps au processus de lactation sont rarement abordés. L'alimentation, les conditions de vie ou la santé physique ou mentale de la mère, par exemple, sont également évacués pour favoriser une représentation de l'allaitement voulant que toutes les femmes, peu importe leurs conditions, soient en mesure d'allaiter et souhaitent le faire. En présentant l'allaitement de la sorte, il appert que la décision d'allaiter a peu à voir avec le choix, la raison et l'autonomie (Shaw, 2004, p. 100). Cinquièmement, ces représentations contribuent à l'idéalisation du lien mère-enfant. Elles suggèrent, surtout, que la relation entre la mère et l'enfant est généralement positive, profonde et intime. Schmied et Lupton (2001) réfutent cette idée dans leur étude qualitative portant sur l'expérience d'allaitement des femmes. Elles démontrent que, contrairement à l'image véhiculée, les mères vivent des expériences d'allaitement variées en fonction de leurs expériences de vie – le rapport à soi, à l'autre, au corps – et du sens qu'elles accordent à cette pratique. Alors que certaines femmes ressentent une connexion profonde avec leur nourrisson pendant l'allaitement, d'autres, plus nombreuses, vivent différemment cette expérience : « *Almost two-thirds of the women in our study found breastfeeding to be disrupting, distorting and disconnected experience, and for some, it was experienced as excruciating, violent and mutilating* » (p. 244). Ces auteures souhaitent mettre en évidence le fait que, contrairement aux idées avancées, l'allaitement n'est pas toujours synonyme de plaisir, de confort et d'intense connexion. Enfin, et sixièmement, ces représentations laissent sous-entendre que l'allaitement est le seul moyen d'établir un lien satisfaisant avec l'enfant. Cette idée est partagée par certaines des mères rencontrées qui se considèrent comme étant les principales responsables

du bien-être affectif de leur enfant, excluant par le fait même leur conjoint de cette relation. Hausman (2004) pense plutôt que le lien peut se créer, par l'allaitement, mais aussi par d'autres gestes liés au maternage (changer les couches, laver son enfant, l'habiller, le surveiller, jouer, etc.) (p. 279). Cette idée contribue à rendre moins exclusive la responsabilité des mères dans le développement affectif de leur nourrisson. En ce sens, le père, comme d'autres personnes de l'entourage, peut développer un lien affectif avec l'enfant. Ce qui rejoint le point de vue de certaines des répondantes.

En somme, l'association entre l'allaitement et la notion de responsabilité est au cœur du discours des mères et de celui de la santé publique. La remise en question de la capacité des mères à prendre une décision responsable pour le développement de leur nourrisson, lorsqu'elles choisissent les préparations commerciales, suscite également des interrogations quant à leur capacité d'être une « bonne » mère. Ce concept véhicule, comme les représentations du lait maternel et du geste d'allaiter, une vision idéalisée de la maternité.

> *These include the qualities of patience, unconditional love and kindness concerning how women relate to their children. « Good » mothers are expected to « be there » for their children and to develop a strong « bond » with them. Specifically in relation to infants, « good mothers » are expected to place their infant's needs above their own and deal cheerfully and patiently with the loss of sleep and time for oneself and other privations that caring for baby entails. The practice of breastfeeding is also associated with the « good mother » ideal, as dominant discourses on infant feeding insist that « breast is best » for infants physical and emotional wellbeing* (Lupton et Fenwick, 2001, p. 1011-1012).

Le lien entre la décision d'allaiter, la responsabilité et la capacité d'être une bonne mère a été soulevé et déploré par plusieurs auteures (Lee, 2008, p. 476 ; Lupton et Fenwick, 2001, p. 1011-1012 ; Wall, 2001, p. 604 ; Murphy, 1999, p. 185-186 ; Blum, 1999, p. 3, 114 ; Hays, 1996). Lee (2008), ayant consacré une recherche aux femmes qui utilisent les préparations pour nourrissons, conclut qu'en choisissant ce mode d'alimentation, jugé à risque dans le discours en faveur de l'allaitement, la perception que ces femmes ont d'elles-mêmes comme étant de « bonnes » mères peut être compromise même si elles acceptent de vivre avec le risque (p. 476). Dans le même sens, Murphy (1999) note également que les femmes qui dévient de ce qui est prescrit sont souvent jugées par les autres. Elles doivent justifier leur choix afin de démontrer leur capacité de prendre une bonne décision en dépit de la non-conformité de leur choix avec ce qui est prescrit (Murphy, 1999, p. 205). Ainsi, elles cherchent à illustrer que leur décision n'est ni irrationnelle, ni due à un manque d'information sur les bénéfices de l'allaitement (Wall, 2001, p. 605 ; Blum, 1999, p. 120). Ce qui est recherché par ces femmes, c'est l'acceptation morale de leur choix, par les autres et par elles-mêmes. Dans une recherche récente, Johnson et ses collaborateurs (2009) ont également observé chez

les femmes interrogées cette volonté d'« être une bonne mère ». Ces dernières présentent l'utilisation du tire-lait comme une façon de préserver leur intégrité morale. En donnant du lait maternel, sans allaiter, elles ont le sentiment d'être une « bonne » mère, puisqu'elles assurent le développement optimal de leur nourrisson (p. 906). Bref, cette volonté d'« être une bonne mère » est un sujet récurrent dans la littérature sur l'allaitement et, plus largement, sur la maternité. Aussi, et de manière étonnante, elle s'accompagne de l'idée que les femmes sont les principales responsables de la santé de leur nourrisson à court et à long terme. Dans le cadre de ma recherche, aucune des femmes interrogées ne remet en question cette dernière idée. Wall (2010) arrive à la même conclusion dans un article récent s'intéressant aux points de vue des mères quant à leur responsabilité dans le développement intellectuel de leur enfant d'âge préscolaire. Cette réflexion concernant la responsabilité, discutée également par Murphy en 2000, est toujours d'actualité et mériterait que l'on s'y attarde de manière plus approfondie dans une recherche ultérieure. D'autant plus, comme le souligne Wall (2010), qu'elle n'est pas sans affecter la santé physique et psychologique des mères.

Comme nous venons de le voir, la pratique de l'allaitement maternel est généralement idéalisée par les professionnels de la santé et les femmes rencontrées, que ce soit dans la manière de se représenter le lait maternel ou de voir la relation d'attachement entre la mère et l'enfant. Malheureusement, la diversité des façons d'aborder et de vivre l'allaitement ne bénéficie pas de la même attention. Cela explique en partie pourquoi le thème des difficultés associées à l'allaitement, par exemple, est le grand absent du discours de promotion. Et, lorsqu'il est abordé, les difficultés apparaissent souvent comme mineures ou surmontables avec l'aide d'un soutien professionnel ou grâce aux qualités personnelles de la mère, telles que sa patience, sa motivation et son sens de l'humour (Wall, 2001, p. 597 ; Kukla, 2006, p. 168). Ainsi, l'épuisement, la douleur, la dépression postnatale, la perte d'identité et l'impression d'être limitée dans ses mouvements sont des thèmes peu abordés dans le discours sur l'allaitement maternel, même s'ils caractérisent l'expérience de plusieurs femmes (Schmied et Lupton, 2001, p. 243-246). Il en est de même pour les difficultés liées à l'environnement social, culturel et matériel des femmes (exemples : soutien de l'entourage, manque de ressources financières, difficultés d'allaiter dans l'espace public, etc.).

Ces absences, ou ces oublis, ne permettent pas à mon avis d'aborder la pratique de l'allaitement maternel en pleine connaissance de cause. En effet, certaines femmes peu préparées à d'éventuelles difficultés susceptibles de survenir durant cette période peuvent éprouver des sentiments de désillusion, de culpabilité, une impression d'échec et de perte d'estime de soi lorsqu'elles n'atteignent pas leurs objectifs ou ne répondent pas à

ce qui est recommandé par les professionnels de la santé. Ces sentiments, souvent négligés, vont de pair avec la construction « idéalisée » de l'allaitement maternel. Dans un texte autoethnographique, Crossley (2009) discute ouvertement de ces questions en abordant ses motivations au regard de son choix d'allaiter (les qualités nutritives du lait et le lien d'attachement), et aussi les sentiments de culpabilité et de honte qui ont accompagné la transition vers les préparations commerciales pour nourrissons. Comme la majorité des femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche, elle disposait de peu d'information sur les difficultés associées à l'allaitement, en dépit de sa participation à un cours prénatal portant sur ce thème. L'analyse du discours des mères nous permet de constater que leur source d'information privilégiée sur ce sujet demeure l'expérience et les difficultés auxquelles leur entourage a dû faire face. Sur ce dernier point, l'article de Crossley (2009) nous enseigne que l'accès à ce type d'informations dépend aussi de la facilité de l'autre à transmettre son expérience.

> *when it came to bottle-feeding, on a purely practical level, we had no idea what to do, or what brands or equipment buy* […] *I strongly resisted ringing up any of my friends because that would have meant admitting that the breastfeeding wasn't working. Eventually, N rang my brother, who has two children, to have his advice. I remember feeling totally ashamed « admitting » that we may need to « supplement ». But it turned out that they too had supplemented with a bottle from early age. I was under the impression that my sister-in-law had breastfed « exclusively »* (p. 81).

Bien que cette réflexion sur la culpabilité ne soit pas généralisable à l'ensemble des femmes, elle force tout de même la réflexion autour de l'expérience des femmes qui vivent des situations difficiles en lien avec l'allaitement maternel.

Cette discussion sur l'allaitement démontre la force du discours de la santé publique et son influence sur les représentations des femmes enceintes qui choisissent l'allaitement. À la lumière de cette recherche, il apparaît que le discours de la santé publique en matière d'allaitement maternel véhiculé par les professionnels n'est pas moralement neutre. Comme nous l'avons vu précédemment, ce discours renferme souvent une information parcellaire, voire incomplète et biaisée (Kukla, 2006, p. 175). Kukla note à cet effet que plusieurs sujets pouvant intéresser les smères, comme l'utilisation des tire-lait, le soutien à l'allaitement et le retour au travail, sont peu ou pas abordés dans le discours institutionnel de promotion (p. 174). Les informations choisies témoignent plutôt d'un parti pris en faveur de l'allaitement maternel, tant sur le plan national (voir politique sur l'allaitement) qu'international (OMS), contribuant, d'une part, à la construction idéalisée de cette pratique et, d'autre part, au renforcement de l'idée que l'allaitement est le comportement rationnel à adopter par une mère responsable présentée généralement comme une

« bonne » mère. Dans ce contexte, comme le note Knaak (2006), le discours de promotion est perçu comme ayant pour objectif de persuader plutôt que d'informer (p. 412). Par conséquent, cette prérogative nous éloigne de l'idée que les femmes sont libres de choisir ou non l'allaitement. Elles sont fortement influencées par le discours de la santé publique et, dans certains cas, elles ressentent une pression d'adopter ce comportement en ayant l'obligation morale d'essayer l'allaitement. Le sentiment de culpabilité associé à l'allaitement témoigne aussi du fait que l'allaitement n'est pas une décision libre pour les femmes.

Conclusion

Avant de conclure définitivement, et de manière plus personnelle, j'aimerais ajouter avoir toujours été surprise du peu d'attention accordé au sentiment de culpabilité des femmes qui, pour diverses raisons, ne souhaitent pas allaiter ou dont l'expérience est écourtée ou difficile. Il semble que ce sentiment soit perçu comme « naturel » ou comme n'étant du ressort de personne. Ma réflexion, sur ce sujet, dure depuis maintenant 2004. Elle a débuté au cours d'une conférence à laquelle j'assistais, où j'ai entendu un médecin très actif dans la promotion de l'allaitement affirmer haut et fort que « la culpabilité des femmes n'était pas son problème ». À l'époque, je n'avais pas tous les outils pour intervenir. Je suis donc restée silencieuse. Aujourd'hui, je continue de m'indigner de cette affirmation. J'ai toujours envisagé le rôle des professionnels de la santé dans une vision d'accompagnement, c'est-à-dire motivée par l'importance de donner une information juste et complète permettant à la personne de prendre ses propres décisions en fonction de son contexte global (son expérience de vie, sa situation conjugale, ses conditions de vie, sa santé physique et mentale, ses croyances, ses valeurs, etc.) et de son bien-être. À mon avis, il manque cette perspective globale dans l'accompagnement autour de l'allaitement. Il me semble que dans l'absolu il ne s'agit pas d'atteindre des sommets dans le recours à l'allaitement maternel et dans la persistance, mais plutôt de s'assurer comme professionnel que chaque femme prend la décision d'allaiter en pleine conscience de ce qui l'attend (même les difficultés) et en fonction de sa propre réalité et, surtout, en toute liberté.

Références bibliographiques

APPLE, R.D. (1987). *Mothers and Medicine. A Social History of Infant Feeding : 1890-1950*, Madison, University of Wisconsin Press.

ARIÈS, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Seuil.

BADINTER, É. (1981). *L'amour en plus*, Paris, Flammarion.

BADINTER, É. (2010). *Le conflit. La femme et la mère*, Paris, Flammarion.

BAILLARGEON, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants: la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage.

BARTLETT, A. (2002). « Breastfeeding as headwork : Corporeal feminism and meanings for breastfeeding », *Women's Studies International Forum*, vol. 25, nº 3, p. 373-382.

BEAUDRY, M., S. CHIASSON et J. LAUZIÈRE (2006). *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

BECK, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.

BLUM, L. (1999). *At the Breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, Boston, Beacon Press.

BRAMWELL, R. (2001). « Blood and milk : Constructions of female bodily fluids in western society », *Women & Health*, vol. 34, nº 4, p. 85-96.

COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT (2010). Initiative des amis des bébés, <http://www.breastfeedingcanada.ca>, consulté le 23 juin 2012.

CROSSLEY, M.L. (2009). « Breastfeeding as a moral imperative : An autoethnographic study », *Feminism Psychology*, vol. 19, nº 1, p. 71-87.

DUBOIS, L. *et al*. (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

EARLE, S. (2002). « Factors affecting the initiation of breastfeeding : Implications for breastfeeding promotion », *Health Promotion International*, vol. 17, nº 3, p. 205-214.

GORDON, J. (1989). « Choosing breastfeed : Some feminist questions », *Resources for Feminist Research*, vol. 18, nº 2, p. 10-12.

GOULET, L. et G. LAPOINTE (2003). *Recension des écrits sur la contamination du lait maternel par des substances chimiques présentes en milieu de travail*, Québec, Institut national de la santé publique.

HAIEK, L.N. *et al*. (2006). *L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

HAUSMAN, B.L. (2004). « The feminist politics of breastfeeding », *Australian Feminist Studies*, vol. 19, nº 45, p. 273-285.

HAYS, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Press.

JODELET, D. (2003). « Représentations sociales : un domaine en expansion », dans D. Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 47-78.

JOHNSON, S. *et al*. (2009). « Expressing yourself : A feminist analysis of talk around expressing breast milk », *Social Science & Medicine*, vol. 69, nº 6, p. 900-907.

KNAAK, S.J. (2006). « The problem with breastfeeding discourse », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, nº 5, p. 412-414.

KNIBIEHLER, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Presses universitaires de France.

KNIBIEHLER, Y. (2003). « L'allaitement et la société », *Recherches féministes*, vol. 16, nº 2, p. 11-33.

KNIBIEHLER, Y. et C. FOUQUET (1980). *L'histoire des mères du Moyen Âge à nos jours,* Paris, Éditions Montalba.

KUKLA, R. (2006). « Ethics and ideology in breastfeeding advocacy campaigns », *Hypatia*, vol. 21, nº 1, p. 157-180.

LEE, E.J. (2008). « Living with risk in the age of "intensive motherhood" : Maternal identity and infant feeding », *Health, Risk & Society*, vol. 10, nº 5, p. 467-477.

LEPAGE, M.-C. et J. MOISAN (1998). *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*, Québec, Direction de la santé publique.

LUPTON, D. et J. FENWICK (2001). « "They've forgotten that I'm the mum" : constructing and practising in special care nurseries », *Social Science & Medicine*, vol. 53, nº 8, octobre, p. 1011-1021.

LUPTON, D. et J. TULLOCH (2002). « "Risk is part of your life" : Risk epistemologies among a group of Australians », *Sociology*, vol. 36, nº 2, p. 317-334.

MILLER, T. (2007) « "Is this what motherhood is all about ?" Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood », *Gender & Society*, vol. 21, nº 3, p. 337-358.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012*, Québec, Gouvernement du Québec.

MURPHY, E. (1999). « "Breast is best" : Infant feeding decisions and maternal deviance », *Sociology of Health & Illness*, vol. 21, nº 2, p. 187-208.

MURPHY, E. (2000). « Risk, responsibility and rhetoric in infant feeding », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, nº 3, p. 291-325.

MURPHY, E. (2003). « Expertise and forms of knowledge in the government of families », *The Sociologist Review*, vol. 51, nº 4, p. 431-462.

NEILL, G. *et al*. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1998). *Prise de position*, Montréal, OIIQ.

ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC (2002). *Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel*, Québec, OPDQ.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal. Rapport du secrétariat*, 59e Assemblée mondiale de la santé, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (1990). *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel*, Genève, OMS.

SCHMIED, V. et D. LUPTON (2001). « Blurring the boundaries : Breastfeeding and maternal subjectivity », *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, nº 2, p. 234-250.

SHAW, R. (2003). « Theorizing breastfeeding : Body ethics, maternal generosity and the gift relation », *Body & Society*, vol. 9, nº 2, p. 55-73.

SHAW, R. (2004). « Performing breastfeeding : Embodiment, ethics and the maternal subject », *Feminist Review,* vol. 78, p. 99-116.

SHEEHAN, A., V. SCHMIED et M. COOKE (2003). « Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy », *Midwifery*, vol. 19, p. 259-266.

STEARNS, C. (2009). « The work of breastfeeding », *WSQ: Women's Studies Quarterly*, vol. 37, nos 3-4, p. 63-80.

WALL, G. (2001). « Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse », *Gender & Society*, vol. 15, no 4, p. 592-610.

WALL, G. (2010). « Mother's experiences with intensive parenting and development discourse », *Women's Studies International Forum*, vol. 33, no 3, p. 253-263.

CHAPITRE

5

TENSIONS ET INCERTITUDES AUTOUR DE LA « DÉPRESSION POSTNATALE » ET DE SON TRAITEMENT

Marie-Laurence Poirel
Université de Montréal
Francine Dufort
Université Laval

Dans les dernières décennies, un discours d'évidence, s'appuyant résolument sur un savoir expert, s'est progressivement installé autour de la « dépression postnatale », aussi appelée dépression post-partum. L'évidence de la dépression postnatale est ainsi soulignée tant par la littérature scientifique médicale et la littérature professionnelle que dans la presse féminine populaire. Des différents côtés, on se réfère aux résultats de plusieurs études épidémiologiques pour rappeler, souvent non sans insistance, qu'une proportion non négligeable de femmes seraient touchées par ce phénomène au cours de la période postnatale (Kuosmanem *et al.*, 2010 ; Almond, 2009).

L'avènement, assez récent, de la dépression postnatale comme problème avéré de santé mentale et comme catégorie diagnostique psychiatrique pourrait avoir contribué à rendre plus visible une réalité de souffrance troublante et souvent camouflée, éprouvée spécifiquement par les femmes qui viennent d'enfanter. Il est permis pourtant de se demander si l'apparente visibilité ainsi donnée à la souffrance postnatale des femmes n'a finalement pas abouti à la voiler encore davantage en obscurcissant la complexité et la pluralité de ce qu'elle recouvre.

En même temps, derrière les discours affichés et la part de légitimation que semble conférer le savoir expert, l'évidence supposée de la dépression postnatale se trouve, à plus d'un égard, dans une posture plus fragile qu'il n'y paraît d'emblée et que ne l'affirment ses défenseurs, soucieux de nous convaincre. C'est en tout cas l'hypothèse qui a surgi de la mise en résonance de différents regards et approches dont ce texte entend rendre compte.

La « dépression postnatale » apparaît en effet traversée par des incertitudes et des tensions, qui se découvrent non seulement à partir des discours critiques qui se sont élevés face à l'émergence d'un savoir expert sur la détresse postnatale des femmes, en particulier du côté du féminisme et de la psychanalyse, mais également, de manière plus discrète, de l'intérieur même du discours savant sur la dépression postnatale, qui réussit mal à cacher la part d'incertitude qui l'habite. Sur le terrain, des résistances se manifestent aussi, comme le montrent notamment les résultats d'une étude qualitative que nous avons menée auprès d'intervenantes en périnatalité travaillant dans différents milieux de pratique communautaire au Québec, principalement dans la région de Montréal[1]. Ces différents registres – celui des discours critiques, celui du discours savant, celui de la recherche qualitative –, chacun à leur manière, nous disent quelque chose des limites heuristiques et cliniques de la « dépression postnatale ».

Si une forme de déconstruction caractérise ce texte, l'ambition qui l'anime se situe cependant ailleurs. Il s'agit fondamentalement d'une tentative, partielle et nécessairement provisoire, de réintroduire la complexité et la pluralité de ce que recouvre, sous une apparente évidence et sous une apparente simplicité, la catégorie de dépression postnatale. Dans cette perspective, nous nous pencherons successivement sur les limites de l'évidence de la dépression postnatale, sur la question des origines de cette forme de détresse et, enfin, sur des incertitudes et des défis qui se posent sur le plan de l'intervention et du traitement, en concentrant plus particulièrement notre attention sur l'enjeu de l'utilisation de la médication psychotrope face à la détresse postnatale des femmes.

---

1. Cette étude a été réalisée entre 2004 et 2005 grâce à une bourse postdoctorale du programme Grands travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada), GEIRSO (Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales), Université du Québec à Montréal. Les résultats de cette étude ont été publiés dans M.-L. Poirel (2007). « Détresse psychique postnatale et réponse médicale : points de vue d'intervenantes en périnatalité », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 28, nº 2, p. 163-182. Les références à cette étude qui parcourent ce chapitre sont parfois directement reprises de cet article.

Cette détresse des femmes est-elle psychique ? psychosociale ? sociale ? Elle pourrait être tout cela à la fois, sans lien de causalité direct ni univoque, comme le suggèrent les résultats de notre étude dans des milieux de pratique en périnatalité dans la communauté. Dans la perspective critique qui nous anime, nous préférerons à la notion de *dépression* postnatale celle de *détresse* postnatale, notion moins colonisée par un savoir expert.

1. Une évidence mise en doute

De façon générale, la littérature médicale fait état de trois principales catégories de troubles psychiques susceptibles d'affecter les femmes pendant la période postnatale (Durand, 2001 ; Guillaumont *et al.*, 2002 ; Wood *et al.*, 2010)[2]. À un extrême, le *baby blues*, qui survient dans les jours qui suivent l'accouchement et qui toucherait de manière transitoire une majorité de femmes, est perçu comme une expérience somme toute normale, voire banale. À l'autre extrême, la *psychose du post-partum*, rare, le plus souvent aiguë dans ses expressions, est placée d'emblée dans le champ de la pathologie psychiatrique sévère. Entre la normalité du baby blues et la pathologie de la psychose du post-partum, la catégorie de la *dépression postnatale*, malgré des tentatives de clarification et certains renforts pour la circonscrire, de la part d'études épidémiologiques, semble occuper des frontières plus floues (Dayan, 2003).

En la matière, la principale assurance reste celle qui semble conférée par les résultats des études épidémiologiques disponibles concernant ce phénomène. Celles-ci évaluent de 10 à 15 % la proportion des femmes qui, dans les pays occidentaux, seraient, à des degrés divers, touchées par des troubles dépressifs dans les mois qui suivent la naissance d'un enfant (Almond, 2009 ; Des Rivières-Pigeon *et al.*, 2003 ; O'Hara et Swain, 1996). Mais, au-delà de l'apparente transparence des chiffres, que sait-on au juste de la dépression postnatale ? Quelle est la part de certitude dont nous disposons aujourd'hui à son sujet ?

Il faut le souligner, l'histoire de cette catégorie, dernière-née des affections du post-partum, est en fait relativement récente. La dépression postnatale proprement dite serait apparue pour la première fois dans des textes médicaux vers la fin des années 1960 (Pitt, 1968). Son utilisation courante dans la pratique médicale se serait généralisée plus tardivement

2. Plus récemment, une tendance, encore assez isolée, à une spécification accrue des catégories de troubles de la période postnatale s'est manifestée dans la littérature scientifique, notamment avec une référence à la « *postpartum bipolar depression* ». Voir par exemple E. Kelly et V. Sharma (2010). « Diagnosis and treatment of postpartum bipolar depression », *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 10, n° 7, p. 1045-1051.

encore (Dayan, 2003). Historiquement, la découverte et la popularité croissante de la dépression postnatale semblent en fait avoir suivi celles de la dépression, souvent identifiée comme la plus répandue des affections psychiques dans les sociétés contemporaines (Erhenberg, 1998; Fédida, 2001).

L'émergence de la dépression postnatale est survenue dans un contexte plus large d'hégémonie croissante de l'approche médicale dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie en Amérique du Nord et plus largement en Occident. L'approche médicale telle qu'elle se déploie aujourd'hui dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie tend à emprunter deux grandes directions, qui se rejoignent l'une et l'autre dans une quête de points de certitude dans l'appréhension des difficultés et des troubles mentaux (Corin, 1996, 2000). L'une, celle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), se veut descriptive et a-théorique, et s'intéresse fondamentalement à la symptomatologie des différents troubles mentaux. Cette approche tend à dominer dans la clinique psychiatrique contemporaine en Amérique du Nord. La diffusion du DSM dans ses différentes versions a beaucoup contribué à étendre le recours au diagnostic de dépression. L'autre perspective, plus explicitement biologique, développe différentes hypothèses sur les soubassements biologiques des troubles psychiques.

Ce double regard a été posé sur la dépression postnatale. D'une part, des hypothèses neuro-endocrinologiques ont été avancées pour expliquer l'apparition de la dépression postnatale, mais avec, finalement, peu de percées significatives (Dayan, 2003); la contribution des facteurs biologiques ou génétiques dans l'étiologie de la dépression postnatale resterait largement énigmatique. D'autre part, l'empreinte du DSM dans la façon d'aborder la dépression postnatale s'est avérée beaucoup plus marquée, l'émergence de la dépression postnatale ayant elle-même coïncidé avec l'arrivée en psychiatrie du DSM, dont les développements ultérieurs se sont accompagnés d'une inflation constante du nombre de catégories de troubles répertoriés et donc de diagnostics psychiatriques.

Ainsi, la dépression postnatale est, dans la version du DSM-IV[3], fondamentalement appréhendée dans sa continuité avec la catégorie plus large de la dépression majeure (Gjerdingen, 2003). Dans cette perspective,

3. Dans la perspective de la publication du DSM-V prévue pour 2013, des discussions se sont amorcées sur la classification des désordres de santé mentale de la période postnatale. Voir M.-P. Austin (2010). « Classifications of mental health disorders in the perinatal period: Future directions for DSM-V and ICD-11 », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 13, p. 41-44. On propose notamment d'élargir à un plus large éventail de diagnostics la spécification postnatale. Voir K.-L. Wisner, E.-L. Moses-Kolko et D.-K. Sit (2010). « Postpartum depression: A disorder in search of a definition », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 13, p. 37-40.

la symptomatologie de la dépression postnatale ne bénéficie pas d'une lecture spécifique ; et l'on se réfère globalement à la même grille de symptômes que pour la dépression majeure considérée plus largement. Humeur triste, fatigue, perte d'intérêt, troubles du sommeil, perte de poids, idées, tels seraient les principaux symptômes de la dépression majeure comme de sa variante postnatale. À partir de cette perspective, le traitement préconisé (qu'il soit médicamenteux ou pas) face à la dépression postnatale vise fondamentalement cette symptomatologie (Stuart *et al.*, 2003).

Cette approche de la dépression postnatale tend à dominer la littérature médicale, scientifique et professionnelle. Pourtant, à partir du milieu médical lui-même, certaines limites de l'approche du DSM concernant la dépression postnatale ont parfois été désignées (Dayan, 2003). De ce point de vue, on évoque en particulier le caractère très variable de l'intensité des troubles rencontrés chez les femmes concernées, et plus encore la diversité des symptômes qui s'y manifestent. Ces caractéristiques rendraient problématique la classification de la dépression postnatale en tant que dépression majeure. En outre, dans un contexte plus large où la définition de l'entité de la dépression apparaît en elle-même étroitement liée à la disponibilité de certains modes de traitement (particulièrement psychopharmacologiques), la dépression postnatale pose des défis particuliers. Nous y reviendrons.

Dans le champ de la santé mentale considéré plus largement, des voix se sont élevées pour interroger les simplifications et les abus de l'utilisation du DSM dans la démarche clinique, lorsque la préoccupation pour les symptômes en vient à tout absorber, jusqu'à l'écoute de l'expérience, toujours singulière, de la souffrance et de l'histoire personnelles (Fédida, 2001 ; Corin, 2000 ; Andreasen, 1997 ; Lehman, 1986). De façon plus isolée, le même type d'inquiétude s'est manifesté autour du diagnostic et de la prise en charge médicale de la dépression postnatale, lesquels, selon certaines voix critiques, contribueraient à « évacuer la question de la souffrance personnelle sous des signes ou des symptômes » (Delassus, 2002, p. 177). L'argument est ici sans équivoque : les expériences de souffrance psychique postnatale auxquelles la pratique clinique est bel et bien confrontée sont infiniment complexes. Or, de cette complexité, la catégorie de dépression postnatale est incapable de rendre compte. Ce qui se voit ici particulièrement mis en cause dans la catégorie de dépression postnatale, c'est donc non seulement son apparence d'évidence, mais aussi l'illusion de simplicité qu'elle peut véhiculer.

Des critiques féministes se sont aussi élevées contre la diffusion du modèle médical de la dépression postnatale en soulignant combien cette catégorie conduit à un déplacement et à un détournement du regard et de l'attention, évitant en particulier un enjeu fondamental de souffrance sociale. Nous y reviendrons dans la deuxième section. Les voix critiques

qui se sont fait publiquement entendre restent par ailleurs cantonnées à quelques lieux dont l'audience est jusqu'ici demeurée assez limitée, ne débordant guère certains cercles psychanalytiques et féministes, les uns et les autres n'échangeant d'ailleurs guère entre eux, bien qu'ils se retrouvent significativement dans la mise en évidence de la complexité et de la pluralité réelles des expériences de détresse postnatale des femmes. La résistance à la catégorie de la dépression postnatale pourrait par ailleurs s'avérer plus étendue, comme nous le laissent entrevoir les résultats de notre étude menée au Québec dans des milieux de pratique en périnatalité dans la communauté.

1.1. La non-évidence de la dépression postnatale sur le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté

Des anthropologues ont remarqué à quel point les savoirs savants, biomédicaux, ne parvenaient pas, la plupart du temps, à conquérir l'ensemble d'un territoire quant à la définition d'un problème et de son traitement, et comment d'autres savoirs, apparemment beaucoup plus discrets, poursuivaient leur trajet, non sans prise sur une réalité à laquelle ils contribuent eux aussi à donner forme (Le Breton, 2005 ; Balandier, 1981).

C'est avec l'ambition de prendre le pouls de la médicalisation, comme tendance à la pathologisation et à l'objectivisation, de la détresse postnatale des femmes sur le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté que nous avons réalisé il y a quelques années une étude qualitative dans différents milieux de pratique auprès de différentes catégories d'intervenantes, infirmières, sages-femmes, psychologues et intervenantes sociales. Dans le cadre d'entrevues individuelles semi-structurées, nous avons ainsi rencontré treize intervenantes en périnatalité travaillant dans des milieux institutionnels (centres locaux de santé et de services sociaux, CLSC) et non institutionnels (maisons de naissance et organismes communautaires). Une première analyse des entrevues a été réalisée au fur et à mesure de la retranscription. Vers la dixième entrevue, l'intuition d'une saturation des données a commencé à se confirmer. La richesse des témoignages nous permettait d'envisager le ralentissement du processus de collecte de données. Les dernières entrevues ont apporté peu d'éléments nouveaux significatifs par rapport à nos questionnements.

Dans cette étude, nous nous sommes demandé quelle place et quel rôle jouait le modèle médical de la dépression postnatale dans les points de vue exprimés sur la détresse postnatale des femmes et sur les réponses que cette forme de détresse reçoit et appelle, et donc si le modèle et la catégorie de dépression postnatale représentaient un axe intégrateur des propos des intervenantes en périnatalité qui pratiquent dans la communauté sur les expériences de détresse postnatale des femmes.

Or, les résultats qui se dégagent de cette étude font ressortir une forme de résistance de la part des intervenantes en périnatalité relativement à la dépression postnatale et à sa supposée évidence. De manière générale, les propos, nuancés, des intervenantes montrent la difficulté de tracer une ligne claire et étanche entre l'expérience d'une détresse postnatale « normale » face à l'expérience, aux implications et souvent aux bouleversements d'une nouvelle maternité (« *on pense que d'avoir un enfant ça va changer certaines choses mais peut-être pas tant que ça* » [IMI1[4]]) et celle d'une détresse qui serait « pathologique ». Un modèle de gradation lente, presque de continuité, d'une détresse postnatale « normale » à une détresse plus importante, qualifiée parfois de dépression postnatale, traverse en profondeur les entrevues. « [S'il y a] *des situations où ça devient plus criant* […], *ça n'empêche pas qu'en général il y a toujours une étape où l'ensemble des mères vivent une certaine détresse* » (IMI2). Ces propos illustrent comment les intervenantes sont plutôt souvent amenées à agir dans des situations d'entre-deux, où tout ne semble pas encore déjà joué. Ainsi, malgré l'importance des expériences de détresse postnatale auxquelles elles sont confrontées, les intervenantes expriment leur conviction d'un cours souvent non irréversible de la détresse. Elles estiment également qu'il est, la plupart du temps, possible d'intervenir pour limiter les difficultés psychiques et psychosociales de la période postnatale, sinon pour leur faire obstacle. À cet égard, ces intervenantes qui pratiquent dans la communauté se perçoivent comme étant probablement les mieux placées pour répondre à cette détresse des femmes. « *Une détresse psychique peut être prise au départ et désamorcée* […] *Et nous, nous sommes là pour ça à mon avis au départ* » (IMNI3). « *Puis dans le réseau, je n'en vois pas beaucoup d'autres des personnes qui peuvent soutenir la mère comme ça* » (IMI4). Face à la détresse postnatale des femmes, le savoir médical leur paraît insuffisant. Elles sollicitent d'ailleurs peu les repères de ce type de savoir (symptômes, diagnostics…) pour décrire la détresse des femmes. On pourrait dire que, face aux expériences qu'elles côtoient, le savoir expert, médical, leur apparaît trop simple et peu à même d'accéder à la réalité plurielle de la détresse postnatale des femmes et de ses manifestations, « *une détresse comme à plusieurs visages* » (IMI5).

L'empreinte d'une tension entre deux univers, deux territoires d'expertises foncièrement différentes émerge ainsi en sourdine des propos recueillis ; comme s'il y avait, d'un côté, un territoire essentiellement féminin balisé par l'intervention en périnatalité dans la communauté et, de l'autre, l'univers médical. Et l'on voit se profiler une distinction entre

4. Les extraits seront identifiés en fonction du milieu de pratique de l'intervenante citée : intervenante de milieu institutionnel (IMI) et intervenante de milieu non institutionnel (IMNI).

un savoir ancré dans la vraie vie, articulé à une pratique elle-même en prise étroite avec le tissu même de la communauté (« *nous autres nous allons dans leur milieu* » [IMI4]), et une expertise, médicale, qui apparaît somme toute étrangère, de même que, souvent, superficielle. « *Les médecins, ils voient les clientes vite. Puis je pense qu'au niveau de la dépression post-partum, ils sont, pour la majorité, pas nécessairement très au fait* » (IMI1).

En même temps, de façon générale, les intervenantes ne s'attaquent pas ouvertement à la catégorie de la dépression postnatale. Au lieu de la mettre explicitement en question, on pourrait plutôt dire qu'elles la relèguent au second plan, en relativisant ainsi la pertinence ainsi que la portée clinique et sociale de cette catégorie. Par ailleurs, des intervenantes de milieux non institutionnels font le constat d'une inflation récente des discours experts sur la dépression postnatale, s'interrogeant sur le réalisme des grilles de dépistage existantes. « *Je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui pourraient répondre "oui" à ces questions sans vivre une grande détresse* […] *Peut-être qu'on a l'étiquette trop facile* » (IMNI6).

Sans qu'il soit possible de généraliser les résultats de cette recherche, ceux-ci suggèrent du moins que, sur le terrain, chez les praticiennes en périnatalité dans la communauté, en particulier chez celles qui côtoient régulièrement et de près des femmes en détresse pendant la période post-natale, la double illusion portée par la catégorie de dépression postnatale, d'évidence et de simplicité, ne semble pas avoir gagné une claire emprise.

2. La question des origines

Nous le soulignions, la recherche de repères de certitude marque fortement le champ contemporain de la santé mentale et de la psychiatrie. Sur la question de l'origine des troubles mentaux, les hypothèses qui sont avancées quant à une origine biochimique de ces troubles se voient ainsi parfois décrites par les tenants d'une approche biomédicale comme s'il s'agissait en fait de véritables points de certitude. Dans le cas particulier de la dépression postnatale, ce type d'hypothèses semble cependant avoir eu de la difficulté à percer et à se faire reconnaître. À partir des connaissances actuelles, pas plus d'ailleurs que la dépression et que d'autres troubles mentaux, la dépression postnatale ne peut être assimilée, à proprement parler, à une *maladie* qui aurait ses marqueurs biologiques spécifiques, clairement repérables et scientifiquement démontrables.

Par ailleurs, apparemment à distance des grilles d'interprétation proprement biologiques, le système du DSM se veut a-théorique et a-causal. Pourtant, curieusement, cette neutralité semble avoir impliqué une mise à l'écart systématique de certaines dimensions, réduites à la non-signifiance, en particulier la dimension de l'expérience subjective des troubles. Par contre, la neutralité revendiquée du système du DSM s'accommode

souvent d'une description des troubles comme maladie ainsi que d'une relative assurance quant à l'efficacité des traitements biochimiques, à même de répondre adéquatement à de supposés dysfonctionnements et insuffisances. On pourrait dire ainsi que les prétentions a-causales du DSM paraissent en fait largement sélectives.

Qu'elles proviennent du féminisme ou de la psychanalyse, les lectures critiques face à la catégorie de dépression postnatale postulent que l'avènement et la diffusion de celle-ci auraient précisément impliqué un détournement du regard et de l'attention par rapport à certains enjeux fondamentaux. Ce détournement toucherait en particulier la question des origines dont certains aspects auraient été et continueraient d'être laissés de côté. Sans en faire la totalité du débat, ces lectures invitent à poser cette question, incontournable, des origines. Chacune à leur manière, ces lectures nous rappellent ainsi que la question du pourquoi et du comment la détresse postnatale des femmes devient possible ne peut tout simplement pas être éludée en raison de l'importance des enjeux ; et nulle piste de solution ne peut faire l'économie de cette élucidation. La critique féministe opposera au modèle médical de la dépression postnatale un argument d'abord social, alors que la critique psychanalytique bâtira une argumentation plus clinique, parfois aussi anthropologique. De manière générale, ces deux lectures semblent s'être développées à l'exclusion l'une de l'autre.

Dans les témoignages des intervenantes en périnatalité dans la communauté que nous avons rencontrées, le sentiment de la complexité des expériences de détresse postnatale des femmes se fait largement entendre. À partir d'un savoir d'expérience, ancré dans le quotidien et la proximité avec les femmes qu'elles accompagnent, ces intervenantes expriment pour la plupart une compréhension multidimensionnelle de la détresse postnatale des femmes et de ses conditions d'apparition. À travers leurs témoignages, la reconnaissance de la souffrance sociale des femmes, d'une part, et celle de la complexité de l'expérience personnelle, intime, de la maternité, d'autre part, coexistent sans difficulté.

2.1. La souffrance sociale des femmes

De façon générale, les auteures qui proposent une grille de lecture féministe de la détresse postnatale des femmes vont se retrouver autour du soupçon que les promoteurs et les défenseurs de la catégorie de la dépression postnatale participent fortement à la méconnaissance des conditions d'apparition de cette forme de détresse. De ce point de vue, il y aurait en fait une utilité à médicaliser la détresse postnatale des femmes dans la mesure où cette lecture éviterait de poser certaines questions importantes et dérangeantes. Avant tout, une lecture médicale et médicalisante de la

détresse postnatale des femmes empêcherait de prêter attention au contexte social plus large dans lequel cette détresse devient possible et dont elle ne peut en fait être séparée si l'on veut en saisir les véritables racines et enjeux. On oppose alors à cette lecture médicale et individualisante dominante une perspective sociale critique qui, ultimement, propose de déplacer le regard de la personne individuelle au contexte social et aux relations de pouvoir dans lesquels les expériences des femmes se construisent.

L'institution de la maternité à travers les idéaux qui lui sont traditionnellement attachés est particulièrement mise en cause. D'une part, la complexité réelle de l'expérience de la maternité est opposée à l'unidimensionnalité simpliste des cadres culturels dominants qui circonscrivent la maternité à une expérience d'épanouissement et de plénitude (Lewis et Nicolson, 1998). D'autre part, et de façon plus générale, les études et analyses d'inspiration féministe resituent plus largement la détresse postnatale dans la perspective d'une détresse psychosociale plus large des femmes (souvent associée à la dépression) résultant des rôles, limitatifs, qui leur sont assignés dans une société patriarcale (Berggren-Clive, 1998). Plusieurs études ont montré comment certaines particularités de la vie des femmes et des attributions qui leur sont culturellement dévolues pourraient prédisposer celles-ci à l'épreuve de la dépression (Jenkis *et al.*, 1991 ; Howell et Bayes, 1981). De ce point de vue, on souligne les limites d'un modèle médical qui, mettant l'accent sur la vulnérabilité individuelle à la « dépression », ne cherche pas à voir comment celle-ci peut être constitutive de la vie des personnes, en l'occurrence des femmes, et de leur inscription (ou non-inscription fondamentale) dans le monde social. Ainsi, alors que les expériences de détresse postnatale des femmes doivent être fondamentalement comprises comme les symptômes d'une souffrance sociale des femmes, le modèle de la dépression postnatale renvoie à la notion d'une vulnérabilité individuelle des femmes.

Contestant le parti pris d'objectivité des études médicales et de certaines études se voulant plus sociales qui portent sur la dépression survenant dans la période postnatale et qui refléteraient largement les valeurs dominantes (Lewis et Nicolson, 1998), les études d'inspiration féministe appuient souvent leur argumentation sur l'analyse du point de vue subjectif des femmes concernées. Ces études retrouvent dans les témoignages des femmes le poids que les idéaux patriarcaux de la féminité et d'une maternité par définition heureuse et dévouée font peser sur celles-ci (Berggren-Clive, 1998)[5]. Les exigences contradictoires des sociétés

5. De manière plus large, les études qualitatives qui explorent le point de vue des femmes en détresse pendant la période postnatale mettent en évidence le poids que font peser sur celles-ci les standards culturels de la «bonne mère». Voir C. Knudson-Martin et R. Silverstein (2009). « Suffering in silence : A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression », *Journal of Marital and Familial Therapy*, vol. 35, n° 2, p. 145-158.

contemporaines viendraient encore accroître cette pression. Dans ce contexte, le phénomène qualifié dans nos sociétés de dépression postnatale n'est pas interprété comme une affection pathologique mais comme une réponse somme toute naturelle aux mythes socialement construits de la maternité (Lewis et Nicolson, 1998). Ces derniers sont ainsi dénoncés comme mettant en danger la santé mentale des femmes. En retour, la médicalisation de la détresse postnatale est largement comprise comme l'incapacité de notre culture à interpréter autrement le phénomène. Et l'on remet en question un univers de discours qui, faute d'ouverture à d'autres perspectives, n'offre d'autres recours que de « pathologiser » les réponses féminines négatives ou simplement plus problématiques à la maternité.

La déconstruction des mythes patriarcaux de la maternité se veut émancipatrice. En même temps, il ne s'agit pas, la plupart du temps, de céder pour autant à une dévalorisation simplificatrice de l'expérience de la maternité, tentation, qui, peut-être, pourrait faire le jeu du patriarcat et reconduire l'évacuation de l'expérience des femmes. Pour sortir de cette expérience de souffrance sociale qu'est la détresse postnatale, les femmes concernées sont appelées, notamment à travers la participation à des groupes de soutien où il y a place pour une diversité de discours sur l'expérience de la maternité (Taylor, 1995), à se dégager du poids de schémas erronés et simplistes sur la maternité, à reconnaître les pertes qui accompagnent la réalité de la maternité, à entamer un processus de reconstruction autour d'une identité plurielle et devant être reconnue et respectée comme telle.

2.1.1. Perspectives d'intervenantes en périnatalité dans la communauté

Les propos des intervenantes en périnatalité que nous avons rencontrées font souvent écho aux analyses féministes de la détresse postnatale des femmes. Si les intervenantes de milieux institutionnels semblent plus partagées à cet égard, les intervenantes de milieux non institutionnels inscrivent pour la plupart leur compréhension de la détresse postnatale des femmes dans l'articulation dans une lecture sociale critique. « *Y'a beaucoup de facteurs autres que les facteurs personnels, ou familiaux, de terrain ou circonstanciels* […] *Je crois que notre organisation sociale et l'organisation même du système de santé contribuent à ce que ces femmes-là tombent* » (IMNI7).

L'existence d'un profond hiatus entre, d'une part, la réalité d'une nouvelle maternité et, d'autre part, l'image sociale d'une maternité rayonnante, qui s'accompagne en même temps d'une grande « pauvreté » sur le plan sociétal dans l'accueil des femmes nouvellement mères, est de façon générale vigoureusement dénoncée. « *La culture ne reconnaît pas cette étape-là, ce temps-là, cette étape de transition* […] [On a à l'égard des femmes] *des attentes qui sont pas réalistes et qui contribuent à la négation du temps psychique et réel nécessaire* » (IMNI7). Les intervenantes rencontrées insistent

sur l'importance de la période postnatale dans la vie des femmes et de l'expérience de la construction d'une nouvelle maternité, tout en déplorant le large abandon de cette expérience dans nos sociétés. Les intervenantes de milieux non institutionnels mettent tout particulièrement l'accent sur ce manque : « *Il y a un bébé nouveau-né mais il y a une mère nouvelle née. Et il n'y a pas grand-chose* » (IMNI7).

Cette situation particulière est replacée plus largement dans le contexte de l'image des femmes dans notre société, de plus en plus marquée par un idéal de performance. Le discours d'une des intervenantes pratiquant dans un milieu institutionnel rejoint par moments ce discours critique, soulignant en particulier le poids social du « syndrome de la femme super ». « *La société, faut qu'on bouge, qu'on bouge vite, qu'on bouge bien, qu'on bouge tout le temps* » (IMI4).

À partir de ce regard critique, les intervenantes soulignent encore que la difficulté d'être mère trouverait malaisément à se dire dans notre société où elle resterait l'objet d'immenses tabous. « *Il ne faut pas trop en parler si on n'est pas heureuse dans notre maternité* » (IMNI6). « *Les femmes ne sont pas encouragées à en parler* […] *que c'est difficile ou que j'ai des regrets, que je trouve mon bébé pas si beau et si fin que ça. Dans la société* […] *on va la juger comme mère* » (IMNI8). Cette situation contribuerait à l'approfondissement de la détresse des femmes. Un véritable engrenage est ainsi décrit par plusieurs intervenantes.

2.2. L'expérience de la maternité

La résistance à la médicalisation de l'expérience de détresse vécue par certaines femmes pendant la période postnatale est venue aussi du champ de la clinique psychiatrique. Le travail de Jean-Marie Delassus, pédopsychiatre français, en représente une illustration particulièrement virulente et exigeante. L'analyse proposée par Delassus évoque à la fois l'anthropologie et la psychanalyse, une psychanalyse revisitée à la lumière d'une réhabilitation de la période préœdipienne. C'est sur fond d'une anthropologie de la maternité et plus largement d'un questionnement sur le sens de la maternité, mais aussi d'une ouverture à ses particularités individuelles, que les difficultés du devenir mère psychique sont envisagées[6].

6. Jean-Marie Delassus est à l'origine du concept de « maternologie », qui trouve désormais place dans *Le Grand Robert de la langue française* : « Démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère-enfant » (2001). Un certain paradoxe marque la réception, en France, du travail de Jean-Marie Delassus, avec, d'un côté, la reconnaissance politique du service qu'il dirige, le service de maternologie de Saint-Cyr-L'École, rattaché au Centre hospitalier Charcot, et, de l'autre, le quasi-silence entourant son travail dans les études et réflexions sur la dépression postnatale.

Cet ancrage anthropologique de la maternité, Delassus le définit comme « impliquant la capacité du don dans l'optique générale de la totalité » (Delassus, 2002, p. 11). Dans cette perspective, sur le plan psychique, la difficulté du devenir mère se voit reliée à un défaut de transfert maternel (en direction de l'enfant nouvellement né), redéfini ici en termes de capacité de don, la possibilité de celui-ci nécessitant à la base une image de soi suffisamment bonne, une identité positive minimale. C'est davantage dans l'histoire personnelle ou générationnelle que Delassus situe les failles à cet égard. Que la condition sociale et culturelle particulière des femmes puisse les prédisposer à une estime d'elles-mêmes plus fragile ne constitue pas le cœur de sa réflexion.

Cet auteur interpelle par ailleurs autrement la contribution de certains traits culturels à la détresse psychique postnatale des femmes. Évoquant une culture, et d'abord la culture occidentale, qui banalise la maternité, renvoyée à ses aspects biologiques et sociaux, mais jamais considérée dans ses dimensions anthropologiques et psychiques, il met en parallèle les termes de sexualité et de maternité qui « désignent de manière conventionnelle et utilitaire plus qu'ils ne signifient » (Delassus, 2002, p. 6). Banalisée, la maternité (psychique) est en même temps fondamentalement réduite au silence. Les difficultés qui peuvent l'accompagner sont pour leur part occultées ou dénaturées. « Qu'a-t-on mis à [la] disposition [des mères] pour traduire leurs souffrances ou leurs inquiétudes ? […] [Les] clichés [d'une maternité naturelle et rayonnante] peuvent-ils suffire à donner les moyens sémantiques d'une représentation de la difficulté maternelle ? » (Delassus, 2002, p. 38). Le champ sera ainsi largement ouvert pour une médicalisation à la fois réductrice et inadaptée de cette expérience.

Delassus adopte ainsi une position franchement critique à l'endroit des approches et des pratiques psychiatriques dominantes. Dans ses propos concernant ce qu'il désigne le plus souvent comme la « souffrance maternelle », il propose une lecture qui rejoint étroitement les approches critiques en santé mentale considérées plus largement. Il dénonce ainsi particulièrement tout ce qui contribue à l'évacuation de la « question de la souffrance personnelle sous des signes ou des symptômes qui la banalisent et surtout attaquent la femme dans sa dignité et dans son identité » (Delassus, 2002, p. 177). Car la maternité « est bafouée quand ses difficultés sont prises pour des anomalies mentales » (Delassus, 2002, p. 24). Devant la complexité du devenir mère psychique et des difficultés susceptibles de l'accompagner, il dénonce l'illusion d'un diagnostic simple, tel que celui de dépression, qui pourtant serait largement parvenu à envahir l'approche clinique de la souffrance maternelle. « Dans le cas de la difficulté maternelle, le mot dépression gomme tout, évacue la spécificité de la souffrance maternelle et la range dans le cadre d'affections anonymes, dans le prêt-à-porter psychiatrique » (Delassus, 2002, p. 176).

De ce point de vue, l'état de dépression proprement dit pourrait d'ailleurs ne représenter que la pointe de l'iceberg d'une souffrance qui ne parviendrait pas à se dire véritablement, faute d'écoute et aussi, plus fondamentalement, parce que douleur trop vive pour se dévoiler facilement. Selon la lecture de Delassus, dans certains cas, le diagnostic de dépression pourrait aussi être recherché par la femme, offrant en quelque sorte une évasion, une issue à la souffrance innommable et irrecevable. Dans d'autres cas encore, la dépression pourrait s'avérer la conséquence d'un devenir mère plus difficile n'ayant pas été reconnu et appréhendé comme tel.

L'approche clinique adoptée par J.-M. Delassus propose d'accompagner l'émergence du devenir mère psychique lorsqu'il se fait plus difficile à travers une approche thérapeutique de groupe, intégrant la mère, l'enfant, et, dans la mesure du possible, le père, ainsi qu'une psychothérapie individuelle d'inspiration psychanalytique. À travers la démarche thérapeutique proposée, la part d'intervention proprement dite se veut limitée : la femme est désignée comme sujet du processus de transformation. C'est la force et la limite de cette approche : si la participation de la culture à la souffrance postnatale des femmes est mise en évidence, cette souffrance reste, ici, fondamentalement interprétée dans la perspective de la constitution, problématique et douloureuse, du lien entre la mère et l'enfant, et appréhendée et traitée sous cet angle. De ce point de vue, la facilité d'une prise en charge essentiellement psychopharmacologique de la détresse postnatale est vigoureusement dénoncée. Nous y reviendrons.

2.2.1. Perspectives d'intervenantes en périnatalité dans la communauté

Dans leur évocation de la détresse postnatale des femmes, les propos des intervenantes en périnatalité dans la communauté que nous avons rencontrées recoupent parfois étroitement les analyses de Jean-Marie Delassus. Au fil de leurs témoignages, certaines intervenantes esquissent une vision de la maternité comme expérience radicale. « *La maternité ça vient nous chercher tellement profondément* » (IMNI6). Par moments, la maternité ne se voit presque plus appréhendée comme événement psychologique et social, et une sorte d'esquisse d'anthropologie de la maternité tend à se dessiner. « *Je crois que ça touche profondément toutes les femmes* [la maternité], *que ce soit conscient ou non* […] *ça descend dans le corps* » (IMNI7). En même temps, bien que ce lien reste ici surtout suggéré, cette vision de la maternité comme expérience radicale comporte aussi pour horizon celle d'une maternité potentiellement source de grande souffrance. En ce sens, il faudrait envisager une réelle spécificité de la détresse postnatale des femmes.

Ce type de regard et d'approche de l'expérience de la maternité comme expérience radicale est toutefois à peu près absent des propos des intervenantes interviewées qui pratiquent dans un milieu institutionnel. Nous trouvons chez celles-ci bien davantage un regard horizontal sur la maternité et les difficultés susceptibles de l'accompagner. Le vocabulaire utilisé est en lui-même révélateur de ces différences : les intervenantes de milieux institutionnels parlent volontiers dans les termes de *difficultés d'adaptation* au rôle de mère, alors que les intervenantes de milieux non institutionnels évoquent plus fondamentalement la *difficulté d'être* mère. Dans les positions exprimées par rapport aux réponses disponibles ou souhaitées face à la détresse psychique postnatale, nous verrons se dessiner un semblable découpage entre une vision plus horizontale du traitement et une vision verticale.

3. Le traitement médical et ses limites

La tendance de nos sociétés contemporaines à la médicalisation psychopharmacologique de la santé mentale, des difficultés de l'existence et des problèmes psychosociaux a été sérieusement remise en question, parfois de l'intérieur même du champ médical et de la psychiatrie (Zarifian, 1997). À travers la prise en charge de la dépression, cette tendance toucherait particulièrement les femmes, réputées plus affectées que les hommes par des difficultés dépressives (Jenkins *et al.*, 1991) ou perçues comme telles (Metzl et Angel, 2004). Par ailleurs, dans le contexte plus particulier de l'abord thérapeutique de la détresse des femmes pendant la période postnatale, la question du rôle de la psychopharmacologie paraît particulièrement obscure. Sur le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté, les incertitudes et les défis de l'intervention et du traitement face à la détresse postnatale des femmes s'expriment, parfois de façon aiguë, dans les témoignages des intervenantes que nous avons rencontrées.

3.1. La médication psychotrope dans les pratiques en santé mentale contemporaines : controverses, enjeux et défis

Au cours des dernières décennies, la médication psychotrope a joué un rôle central dans les pratiques en santé mentale en Occident. Elle est devenue une réponse souvent incontournable aux problèmes de santé mentale, qu'il s'agisse de troubles dits graves et persistants ou de difficultés plus transitoires (Rodriguez, Corin et Poirel, 2001). Cet usage répandu, parfois exclusif, de la médication psychotrope dans les pratiques en santé mentale a été l'objet d'importantes polémiques entre ses défenseurs et ses

critiques. Les premiers ont mis l'accent sur des avantages tels que la relative rapidité d'action de ce type de traitement et l'action directe sur les symptômes des troubles (Lachaux *et al.*, 2001) ; les seconds se sont beaucoup préoccupés des effets secondaires, parfois pervers, des médicaments psychotropes (Breggin et Cohen, 1999). D'autres encore ont davantage insisté sur les limites de ce type de traitement. Des arguments très différents sont avancés à cet égard. L'efficacité très variable de la psychopharmacologie est ainsi soulignée. Sur un tout autre plan, on a pu insister sur l'incapacité ultime de celle-ci à répondre au vécu des problèmes de santé mentale (Turmel, 1990). Portant les enjeux au niveau sociétal, certaines, certains vont plus loin, désignant les médicaments psychotropes comme l'instrument idéal pour faire taire, soit en la sidérant, soit en la domestiquant, la souffrance qui dérange (RRASMQ, 1999). D'autres suggèrent encore que, dans nos sociétés, l'association du diagnostic psychiatrique et du médicament psychotrope tendrait à jouer un large rôle de modérateur ou d'adaptateur social, visant à corriger ce qui serait perçu comme une déviance par rapport à une certaine normalité sociale (Ehrenberg, 1998 ; Fédida, 2001). Ainsi, en particulier par rapport à certaines expériences spécifiquement féminines, notamment celle que recouvre la notion de dépression postnatale, les médicaments antidépresseurs pourraient venir en quelque sorte jouer un rôle similaire à celui du Ritalin chez les enfants considérés comme nécessitant ce type de traitement (Metzl et Angel, 2004). La médicalisation psychopharmacologique de l'existence (Zarifian, 1997) participerait dans cette perspective à une forte tendance de nos sociétés à la normalisation des comportements, des affects et des états psychiques.

Le point de vue des personnes qui prennent des médicaments psychotropes a été moins étudié (Rodriguez, Corin et Poirel, 2001 ; Awad, 1992). Il a cependant suscité au cours des dernières années un intérêt croissant. Les travaux qui se sont développés dans cette perspective ont contribué à complexifier et à enrichir les termes du débat. Les données disponibles, obtenues à la suite de recherches essentiellement qualitatives, font état des rapports souvent ambivalents des personnes concernées à la médication psychotrope, tantôt vue comme venant limiter l'intensité du vécu de la souffrance, tantôt perçue comme source supplémentaire de souffrance. L'importance de tenir compte dans les interventions du point de vue des personnes directement concernées est de plus en plus reconnue (RRASMQ et ÉRASME, 2006 ; Rodriguez et Poirel, 2007 ; Rousseau, 1992 ; Diamond, 1985).

Dans les dernières décennies, le thème de l'appropriation du pouvoir est apparu dans le champ de la santé mentale. Malgré les récupérations dont il a pu être parfois l'objet, ce thème a contribué à un effort de renouvellement, certes lent et fragile, du regard et parfois des pratiques, notamment autour de la médication psychotrope, l'enjeu étant de ce point de vue d'intégrer l'appropriation du pouvoir et la qualité de vie de

la personne au cœur des pratiques de prescription et de suivi de la médication[7]. Les auteures féministes qui se sont intéressées à la dépression chez les femmes se montrent pour leur part partagées quant à la possibilité de conjuguer l'utilisation de médicaments psychotropes et une perspective d'appropriation du pouvoir (Gammel et Stoppard, 1999). Un fort courant dénonce ainsi le recours aux médicaments psychotropes, principal arsenal du pouvoir médical, comme étant par définition en contradiction avec une réelle autonomie des femmes (Greenspan, 1993). Selon une autre perspective, c'est la possibilité du choix entre différentes modalités de traitement qui permettrait l'appropriation du pouvoir par et pour les femmes (Perkins, 1994). Par ailleurs, dans le contexte des pratiques actuelles en santé mentale où peu d'alternatives sont en fait accessibles, cette dernière perspective reste confrontée à des défis immenses, que tant les auteures féministes que les perspectives critiques en santé mentale contribuent à révéler et à mettre en évidence (Dufort *et al.*, 2007).

3.2. Une question obscure : le rôle de la psychopharmacologie dans le traitement de la détresse postnatale des femmes

Plusieurs modalités de traitement et de soutien ont été explorées pour aider les femmes vivant une détresse postnatale importante : la psychopharmacologie (Gjerdingen, 2003), des psychothérapies diverses où semble dominer l'approche cognitivo-comportementale (Stuart et *al.*, 2003), l'entraide, notamment à travers la participation à des groupes de soutien (Berggren-Clive, 1998 ; Taylor, 1995), différentes approches alternatives (Deligiannidis et Freeman, 2010 ; Mantle, 2002). Après une revue de la littérature sur les différentes approches de traitement de la dépression postnatale, Elizabeth Boath et ses collègues en sont arrivées à la conclusion que les limites méthodologiques des études disponibles empêchaient d'établir de façon claire l'efficacité des différentes approches de traitement (Boath et Henshaw, 2001). Peu d'évidences leur apparaissaient disponibles pour proposer des recommandations pour la pratique.

Les approches de traitement de la détresse postnatale des femmes utilisant une médication psychotrope soulèvent des difficultés supplémentaires quant à la sécurité de cette forme de traitement pour les femmes qui désirent continuer à allaiter leur enfant (Jayawickrama *et al.*, 2010).

7. Au Québec, on parle à cet égard dans les milieux alternatifs en santé mentale d'une approche de *gestion autonome de la médication* (Rodriguez *et al.*, 2003 ; RRASMQ et AGIDD-SMQ, 2002). Sans que le propos de cette approche soit de prendre position pour ou contre l'utilisation de la médication, chaque situation et chaque expérience étant particulières, elle n'en pose pas moins incontournablement la question des limites d'un traitement unidimensionnel devant la souffrance psychique.

Si certains médicaments en particulier sont fortement déconseillés à cet égard, des doutes persistent quant aux répercussions que pourrait avoir sur le bébé allaité la consommation par la mère de médicaments psychotropes jugés plus sûrs. Selon les différents pays, les recommandations médicales officielles tendent d'ailleurs à ne pas converger (Dayan, 2003). Dans cette perspective, certains auteurs en appellent à un renversement par rapport à ce qu'ils décrivent comme la modalité dominante de prise en charge de la dépression considérée plus largement, soit la prescription de médicaments antidépresseurs. De ce point de vue, on considère que, face à la dépression postnatale, la médication psychotrope ne devrait être utilisée qu'en deuxième ligne, pour les formes plus graves de détresse du post-partum, après qu'il se soit avéré que les approches de traitement psychothérapeutiques restent insuffisantes pour répondre adéquatement aux difficultés (Stuart *et al.*, 2003).

À partir des études portant sur cette question, il demeure difficile d'évaluer l'ampleur réelle du recours à la prescription de psychotropes en réponse à la dépression postnatale (Di Scalea et Wisner, 2009). Désignée par certains (critiques et autres) comme tendance dominante de la pratique médicale actuelle à cet égard (Beck, 2002b ; Delassus, 2002), recommandée par d'autres, à doses efficaces (Yoshida et Kumar, 1996) ou à doses minimales (Freeman, 2009), l'utilisation de la psychopharmacologie pour répondre à la détresse postnatale des femmes est ailleurs présentée de façon plus problématique. L'insistance est alors mise sur les défis et les dilemmes auxquels seraient à cet égard confrontés les médecins (Mantle, 2002).

L'usage de médicaments antidépresseurs pour répondre à cette forme de détresse est aussi parfois fortement dénoncé en ce qu'il représenterait une prise en charge foncièrement inadaptée, qui viendrait soit détourner l'attention de l'essentiel, soit étouffer la possibilité d'un travail de transformation personnelle. Nous retrouvons ici la position de Jean-Marie Delassus (2002) : on « néglige le fait que tout symptôme disparu par force réapparaît nécessairement sous une autre forme. Quelle mère va-t-on rendre alors à son enfant ; avec quelle image de soi et quels troubles ou souffrances cachées ? » (p. 178). En outre, sous l'effet d'antidépresseurs, la mère « n'aura pas la disponibilité affective et du faciès si nécessaire au dialogue avec le bébé » (Delassus, 2002, p. 179). C'est ici à partir de l'expérience clinique que ce genre d'analyse éminemment critique de la médicalisation psychopharmacologique de la détresse psychique postnatale s'élève.

3.3. Le point de vue des femmes concernées

Considérée de façon générale, la perspective des personnes qui consomment des médicaments psychotropes, explorée soit à travers l'analyse de récit, soit à travers l'analyse clinique, témoigne de la complexité des

rapports à ce type de médicaments (Rodriguez, Corin et Poirel, 2001). Leurs effets secondaires, très variables, sont dans certains cas acceptés, et ils le sont beaucoup moins dans d'autres. Ainsi, certaines personnes confrontées à la souffrance psychique peuvent, à certaines étapes d'une trajectoire, considérer le fait de se sentir « gelées » par une médication comme un élément positif du traitement ; pour d'autres, ou à d'autres moments, cet effet de la prise de médicaments peut être vu comme un douloureux obstacle au travail sur soi. Or, pour une majorité de personnes, la possibilité d'un travail sur soi représenterait l'aspect le plus fondamental d'un processus de guérison (Corin, 2002 ; Rodriguez, Corin et Guay, 2000). Sur un plan symbolique, la médication psychotrope se voit notamment tantôt associée au processus de guérison, tantôt perçue comme un rappel constant des problèmes (Rousseau, 1992 ; Diamond, 1985). Dans la perspective du rapport aux autres, elle peut signifier le rétablissement de liens plus positifs avec l'entourage, mais elle peut aussi impliquer une mise à distance dans les relations à autrui (Estroff, 1998 ; Rousseau, 1992). Selon le contexte dans lequel elle est prescrite, elle peut être comprise comme l'enjeu d'une relation de pouvoir ou comme un soutien dans un processus d'appropriation du pouvoir (Rodriguez *et al.*, 2003).

La question des rapports à la médication psychotrope chez les femmes pendant la période postnatale est rarement abordée dans les travaux sur la détresse postnatale ; elle ne l'est alors qu'au détour d'une investigation plus large. Quelques indications émergent pourtant des études qualitatives réalisées autour de cette expérience de détresse des femmes, qui tendent à rejoindre les données concernant plus largement le point de vue des personnes qui sont amenées à suivre un traitement psychopharmacologique. Dans les récits des femmes touchées par une détresse postnatale importante, la dimension de la recherche d'aide apparaît particulièrement complexe. Ces femmes, fréquemment, tentent de camoufler leur détresse (McIntosh, 1993). À cet égard, le poids des représentations culturelles de la maternité a été mentionné. Quelques études suggèrent aussi que certaines de ces femmes répugneraient à utiliser l'étiquette de dépression postnatale pour décrire leur expérience (Mantle, 2002 ; Lewis et Nicolson, 1998). Cette réticence porterait aussi sur l'élément fondamental du traitement de la dépression considérée plus largement, la médication psychotrope (Whitton *et al.*, 1996). Certaines femmes confrontées à une expérience de souffrance postnatale craindraient d'entrer ainsi dans ce qu'elles percevraient comme l'univers de la *maladie mentale* (McIntosh, 1993), stigma qui pourrait s'avérer particulièrement lourd à porter dans son association avec la maternité. Les effets indésirables d'une médication psychotrope préoccuperaient aussi ces femmes, notamment celles qui voudraient continuer à allaiter (Berggren-Clive, 1998). À cet égard, les questionnements entourant la médication pourraient devenir un facteur supplémentaire de tourment. Sur un autre plan, on peut supposer que la mise à

distance émotive et relationnelle parfois induite par l'absorption de médicaments antidépresseurs revête une signification très particulière en période de transition majeure telle que celle de la transition à la maternité. Des études en profondeur sont nécessaires pour mieux comprendre le vécu, les significations, sinon l'impact, de la prise de ce type de médication dans la période qui suit la naissance d'un enfant.

3.4. Perspectives d'intervenantes en périnatalité dans la communauté : les limites de la médication psychotrope et les ratés du système d'accompagnement

À suivre les propos des intervenantes interviewées dans notre recherche dans des milieux de pratique en périnatalité dans la communauté, la question de la médication psychotrope ne semblerait concerner qu'une minorité des femmes en détresse qu'elles accompagnent pendant la période postnatale, et ce, principalement à travers la consommation de médicaments antidépresseurs. Comme l'illustrent les nombreux passages d'entrevues sur ce thème, les intervenantes ont malgré tout chacune leur mot à dire à cet égard[8].

3.4.1. Pour un juste usage de la médication psychotrope

La médication psychotrope n'apparaît en elle-même jamais diabolisée ni, au contraire, encensée à travers les propos des intervenantes. Les positions des intervenantes de milieux non institutionnels expriment certes une certaine tension ; le médicament y est souvent présenté comme le symbole d'une médecine et d'une psychiatrie réductrices et à courte vue. « *Bon, un coup on donne des médicaments, puis on n'a plus besoin de s'en occuper* » (IMNI9). En même temps, les propos des intervenantes laissent transparaître une autre face de la médication, beaucoup plus modeste, qui semble toujours finir par prendre le pas sur l'autre. De façon plus générale, à travers les entrevues réalisées, la médication psychotrope, considérée dans le contexte plus particulier de la détresse postnatale des femmes, revêt en effet un visage plutôt modeste. « *Moi, la figure de style que je prends, c'est la béquille* » (IMI1). Et elle semble largement renvoyée au rang de technique, voire d'instrument. Un instrument parfois grandement utile (« *quand c'est pris à bon escient* […] *merci que ça existe* » [IMNI3]), sans doute, mais remis à une juste place dans le champ des pratiques d'accompagnement destinées aux femmes en difficulté pendant la période postnatale. Ainsi,

8. Précisons à cet égard que, dans la grande majorité des cas, ce n'est qu'à partir du moment où la médication se voit explicitement nommée par l'intervieweuse qu'elle devient partie intégrante des propos exprimés par les intervenantes.

la médication psychotrope ne devrait, du point de vue des intervenantes, être considérée que dans un second temps, après qu'ont été explorées d'autres options de traitement et que celles-ci se sont révélées insuffisantes[9]. Même à partir de ce moment, ce n'est que conjugué à ces autres options que le rôle de la médication est évalué. « *Mais il y a surtout d'autres choses qui doivent accompagner ça* » (IMI10).

Lorsque le processus de prise de médication est entamé, les intervenantes indiquent comment elles sont amenées à accompagner les femmes à cet égard. « *Moi je vais les aider à clarifier leur pensée* […] *Parce que je sais que les clientes* […] *elles ont un vécu par rapport à la médication. Elles sont d'accord avec la médication ou pas* » (IMI2). Plusieurs intervenantes mentionnent les limites de la pratique des médecins à cet égard :

> *Parce que les femmes, souvent, reçoivent une prescription et ne discutent pas avec le médecin de la situation. Puis les médecins ne posent pas nécessairement les questions non plus* […] *Lui, il est certain que c'est ça qu'il faut. Puis, tu sais, en fonction de ses critères à lui, oui, mais au niveau émotif ce n'est pas comme ça que ça se passe…* […] *Je ne dis pas qu'il ne s'en occupe pas, mais ce n'est pas toujours le cas* [rires] (IMI2).

Une autre souligne sa position de proximité par rapport aux femmes : « *Parce qu'on voit dans le quotidien qu'est-ce qui se passe, puis là, donc, on peut s'interroger si elle a ce qu'il faut* » (IMI1). Une autre met le doigt sur un paradoxe : « *Les médecins sont rapides en faisant la prescription, mais ils ne sont pas bien entraînés pour le traitement* » (IMI11).

3.4.2. Deux visions du traitement

À partir d'une vision largement partagée de la médication psychotrope comme réponse parfois nécessaire mais toujours insuffisante à la détresse postnatale des femmes, deux perspectives différentes se dégagent à travers les entrevues. On retrouve plus volontiers chez les intervenantes de milieux institutionnels une vision pragmatique du traitement où la médication psychotrope apparaît comme une réponse ni plus ni moins signifiante que d'autres. On peut parler aussi en ce sens d'une vision non hiérarchique où chaque modalité d'intervention peut trouver sa place dans une

9. La question, délicate, d'une éventuelle combinaison de l'allaitement et d'une médication psychotrope est abordée par plusieurs intervenantes, particulièrement des intervenantes qui travaillent dans un milieu non institutionnel où l'allaitement maternel fait intrinsèquement partie d'une philosophie de pratique. Quelques intervenantes de milieux institutionnels mettent le doigt sur ce qu'elles désignent comme une pression sociale peut-être exagérée face à l'allaitement maternel, qui compliquerait parfois la prise en charge des femmes en difficulté pendant la période postnatale. « *Si tu n'allaites pas, tu n'es pas une bonne mère* […] *Puis ça peut être une pression à ne pas prendre de médicaments* » (IMI5).

lecture horizontale de la prise en charge. « *C'est une aide. Je dirais une aide comme les autres aides. Comme la thérapie est une aide, comme l'auxiliaire familiale est une aide. Ça fait partie d'un tout* […] *Et je pense que c'est comme ça aussi que les gens l'acceptent. En voyant que* […] *c'est un élément d'un casse-tête* » (IMI1).

Les intervenantes de milieux non institutionnels semblent vouloir creuser davantage la question du traitement de la détresse postnatale des femmes. Et c'est toujours avec une certaine inquiétude qu'elles évoquent le rôle de la médication psychotrope dans le champ des pratiques visant les femmes pendant la période postnatale, mais aussi plus largement en santé mentale. « *Ce qui me tue* […] *c'est de penser qu'on laisse les gens avec ces médicaments-là sans autre recours* » (IMNI3). Dans cette perspective, c'est fondamentalement à partir d'une vision hiérarchique, verticale, que le rôle de la médication psychotrope est envisagé. La réponse médicamenteuse est reconnue comme une réponse parfois nécessaire, mais qui n'atteindrait guère que la symptomatologie de la détresse. « *La médication s'occupe des symptômes, elle ne s'occupe pas du problème. C'est correct de s'occuper des symptômes, bien sûr. On ne touche pas à la cause* […] *On règle ce qui est à la surface* » (IMNI7). La médication est alors largement appréhendée à travers un dilemme : va-t-elle être l'élément qui, parfois, permettra l'amorce d'un travail en profondeur, lequel seul permettra de faire du sens avec l'expérience, humaine et sociale, de souffrance ? Ou viendra-t-elle occuper la totalité du champ de la thérapie jusqu'à fermer la voie à toute autre démarche thérapeutique, voire à camoufler jusqu'à la souffrance elle-même ? « *Souvent on laisse les gens avec ça* [la médication] *c'est comme une intervention ultime. Et c'est là que c'est triste. Alors je pense que notre rôle est là, à pouvoir entendre la détresse* » (IMNI3).

3.4.3. Les failles du système d'accompagnement

Les témoignages des intervenantes nous en disent long souvent sur le système de soins dans lequel celles-ci pratiquent, sur les difficultés rencontrées et également sur les écueils. La sensibilité face à la complexité de la situation postnatale et la familiarité par rapport aux ressources d'aide disponibles semblent placer les intervenantes qui pratiquent dans la communauté dans une position privilégiée pour porter un regard englobant, parfois incisif, sur les approches, les pratiques et l'organisation des services en périnatalité en lien avec la détresse postnatale des femmes.

Les intervenantes de milieux non institutionnels empruntent un ton volontiers critique lorsqu'elles se penchent sur le système public d'accompagnement en périnatalité. Les positions des intervenantes de milieux institutionnels à cet égard restent plus contrastées. Certaines se disent convaincues qu'il « *y a de l'aide, plein d'organismes* […] *Mais il faut*

que la mère le veuille » (IMI5). D'autres mettent directement le doigt sur certaines difficultés structurelles tout en montrant plus discrètement au fil de l'entrevue comment elles parviennent parfois à les contourner. D'autres témoignages illustrent la fragilité des acquis, qui resteraient souvent très dépendants d'une ou de plusieurs personnes.

Globalement, le regard critique posé par les intervenantes sur le système de soins en périnatalité s'articule autour de quelques grandes dimensions. En particulier, alors que leur pratique auprès des femmes autour de la maternité témoigne de l'importance d'un travail en amont, réellement préventif, il arriverait trop souvent que l'effort curatif vienne finalement combler des failles au niveau d'un travail préventif. Dans les propos des intervenantes interrogées, le médicament psychotrope tend ainsi parfois à apparaître comme un révélateur éloquent des failles du système d'accompagnement. Les doutes quant à la possibilité que le recours à la psycho-pharmacothérapie face à la détresse postnatale des femmes vienne pallier les ratés du système de soins et d'accompagnement s'expriment plus ouvertement chez des intervenantes de milieux non institutionnels. « *Si on avait un soutien plus adéquat, je pense que les besoins en médicaments seraient beaucoup moins grands* » (IMNI9).

3.4.3.1. Un accès très inégal à des ressources diversifiées

Les différents témoignages font ressortir la grande hétérogénéité des services et des pratiques disponibles pour les femmes qui vivent des difficultés psychosociales pendant la période postnatale. D'un milieu de pratique institutionnel à un autre, en l'occurrence selon les programmes de différents CLSC, la nature et les moyens de répondre à la détresse varieraient beaucoup. Ainsi, dans certains CLSC, une sorte d'expertise particulière semble s'être développée autour d'une intervenante plus directement préoccupée par cette détresse des femmes. Dans d'autres, la prise de conscience de l'impuissance d'une équipe face à une situation dramatique particulière semble avoir entraîné un profond mouvement de réflexion doublé d'une volonté de modifier les pratiques.

Dans les contextes où des ressources psychosociales et psychothérapeutiques sont intégrées aux programmes de périnatalité, le recours au médicament psychotrope pour répondre à la détresse psychique postnatale des femmes, lorsqu'il intervient, ne semble apparaître que dans un deuxième temps. Dans d'autres contextes où les ressources sont à la fois plus limitées et moins diversifiées, il arriverait par contre que le médicament en vienne à représenter un traitement de première intention, y compris dans des situations où, on peut le supposer, ce recours pourrait précisément être évité. Une entrevue illustre tout particulièrement ce genre de situations. Dans le milieu de pratique institutionnel concerné, il n'y a pas de ressources psychosociales pour la périnatalité (et très peu d'ailleurs

pour l'ensemble des programmes). «*Avec la clientèle vulnérable, en bout de ligne* […] *il n'y a pas de psychothérapie abordable* […] [Les femmes n'ont] *pas d'autres scénarios, pas d'autres alternatives pour s'en sortir que la médication*» (IMI4). Mais l'intervenante ne dénonce pas pour autant ouvertement les manquements du système dans lequel elle pratique, préférant souligner les mérites de la médication dans certaines situations. Dans ce contexte, c'est aussi comme soutien à l'intervenante devant des situations infiniment lourdes pour celle-ci, dans un système de soins qui ne propose pas d'autres options, que la contribution de la médication apparaît revendiquée. L'enjeu de l'accessibilité (très inégale) à d'autres possibilités, en particulier à la psychothérapie, est ainsi largement mis en relief dans les entrevues, directement ou plus indirectement. «*Je pense que c'est un gros manque dans notre société, dans les CLSC*» (IMI5). Selon la disponibilité des services, la médication semble ainsi sollicitée à des moments différents dans la chaîne de l'intervention[10].

3.4.3.2. Une médicalisation secondaire ?

La nécessité et l'intérêt d'une distinction entre ce qui serait de l'ordre d'une médicalisation «positive» (comme tendance franche à la médicalisation, inséparable d'une idéologie médicalisante) et ce qui relèverait davantage d'une médicalisation secondaire émergent de notre recherche menée auprès d'intervenantes en périnatalité dans la communauté. D'une part, cette recherche révèle la faible marque d'un processus franc de médicalisation de la détresse postnatale des femmes chez les intervenantes rencontrées. D'autre part, les témoignages de celles-ci montrent, en creux, qu'il existe d'autres voies, plus indirectes, de médicalisation. La médication psychotrope joue ici un rôle de premier plan en tant que révélateur et vecteur principal d'une modalité de médicalisation non pas fondatrice mais conséquence : le médicament semble venir pallier les ratés du système d'accompagnement en périnatalité, devenant parfois, faute d'une solution de rechange, la seule réponse possible à la détresse postnatale des femmes. La question des raisons d'utilisation du médicament psychotrope semble

10. Quelques intervenantes évoquent aussi des situations où le recours à la médication psychotrope tend à s'apparenter à un moindre mal. Leurs propos empruntent deux directions. Nous retrouvons tout d'abord le constat de l'exigence particulière d'une pratique de psychothérapie visant la situation postnatale, et plus largement la maternité; et, corollairement, le constat que ce genre d'expérience-expertise demeurerait rare. Or, avec la médication, «*il y a le désavantage de ne pas aller plus loin, mais l'avantage de ne pas être mal accompagnée aussi*» (IMNI7). Une autre image de la médication surgit de certaines entrevues: celle d'une sorte de protection assurée par celle-ci contre l'intrusion abusive des institutions sociales, particulièrement crainte et repoussée par les mères.

ainsi donner accès à certaines conditions structurelles de médicalisation. En ce sens, l'enjeu du médicament viendrait contribuer significativement à l'analyse de la médicalisation dans le contexte de la détresse postnatale des femmes.

Conclusion

Les différentes perspectives critiques sollicitées dans ce qui précède, d'une part, et les témoignages d'intervenantes en périnatalité dans la communauté, d'autre part, se sont fait écho pour souligner combien le modèle médical de la dépression postnatale parvient mal à rendre compte de la détresse postnatale des femmes et à y répondre. Cette résistance à la médicalisation comme tentative d'objectivation et de pathologisation s'élève ainsi de différents lieux, les uns se préoccupant fondamentalement de l'irréductibilité de la vie psychique à l'extériorité des symptômes, les autres dénonçant la condition sociale des femmes et la pesanteur culturelle et sociale des idéaux univoques de la maternité, qui contribueraient non seulement à la souffrance des femmes mais aussi à la quasi-impossibilité d'y répondre autrement que par la voie du jugement moral ou celle de la médicalisation.

Dans cette perspective, les intervenantes en périnatalité dans la communauté pourraient apporter une contribution spécifique qui, précisément, implique une intégration et une articulation des différents regards critiques – psychanalytique, d'une part, féministe, d'autre part – portés sur le modèle médical de la dépression postnatale. En effet, le savoir particulier qui s'élabore au fil de l'expérience d'accompagnement de femmes en détresse pendant la période postnatale paraît amener chez certaines d'entre elles une disposition et une disponibilité à entrevoir simultanément différentes facettes et diverses dimensions de cette forme de détresse et de ses conditions d'émergence. En même temps, la trame principale des propos des intervenantes que nous avons rencontrées témoigne de la contribution de l'intervention en périnatalité dans la communauté en tant que rempart contre une médicalisation abusive de la détresse postnatale des femmes. Leurs perspectives tendent à rejoindre celles des femmes concernées telles qu'elles ont été mises en évidence dans les quelques études qualitatives disponibles, qui font ressortir une forme de résistance, plus ou moins sourde, de la part de celles-ci à la médicalisation des expériences de détresse postnatale.

De manière plus large, l'intérêt d'approfondir les points d'articulation (en termes de prise de position critique face aux savoirs experts et, inextricablement, de visée transformatrice) entre un regard critique d'inspiration psychanalytique sur les approches dominantes en santé mentale, d'une part, et les perspectives critiques féministes sur la santé mentale des femmes,

d'autre part, émerge de ce questionnement sur les limites d'une médicalisation rationaliste de la détresse postnatale des femmes. Ces approches critiques en appellent largement à des stratégies de recherche permettant de faire émerger la perspective des personnes concernées par les phénomènes étudiés dans le but de faire évoluer les interventions (Dufort *et al.*, 2007; Rodriguez, Corin et Guay, 2000; Corin, 2002; Stoppard, 1999). Loin d'emprunter une perspective de victimisation, elles accordent ainsi un rôle de premier plan aux acteurs les moins visibles. Notre propre recherche auprès d'intervenantes en périnatalité qui pratiquent dans la communauté témoigne combien celles et ceux qui accompagnent au quotidien et dans la proximité les personnes en difficulté peuvent parfois aussi être des témoins, des passeurs et des alliés dans la reconnaissance des expériences plurielles et pluridimensionnelles auxquelles ces personnes sont confrontées, comme dans la reconnaissance et la mise à jour de réponses elles-mêmes plurielles et pluridimensionnelles.

Références bibliographiques

ALMOND, P. (2009). « Postnatal depression : A global public health perspective », *Perspectives in Public Health*, vol. 129, nº 5, p. 221-227.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition* (DSM-IV), Washington, DC, APA.

ANDREASEN, N.C. (1997). « The evolving concept of schizophrenia : From Kraepelin to the present and future », *Schizophrenia Research*, vol. 28, p. 105-109.

APPLEBY, L. (1998). « Considérations épidémiologiques et approches clinique et thérapeutique en psychiatrie périnatale » (traduit par Gisèle Danon), dans T. Mazet et S. Lebovici (dir.), *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de la vie*, Paris, Presses universitaires de France, p. 275-285.

AUSTIN, M.-P. (2010). « Classifications of mental health disorders in the perinatal period : Future directions for DSM-V and ICD-11 », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 13, p. 41-44.

AWAD, A.G. (1992). « Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, nº 3, p. 262-265.

BALANDIER, G. (1981). *Sens et puissance*, Paris, Presses universitaires de France.

BECK, C.T. (2002a). « Postpartum depression : A metasynthesis », *Qualitative Health Research*, vol. 12, nº 4, p. 453-472.

BECK, C.T. (2002b). « Theorical perspectives of postpartum depression and their treatment implications », *American Journal of Maternal and Child Nursing*, vol. 27, nº 5, p. 282-287.

BERGGREN-CLIVE, K. (1998). « Out of the darkness and into the light : Women's experiences with depression after childbirth », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 17, nº 1, p. 103-120.

BERNAZZANI, O. *et al.* (1997). « Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women », *Journal of Affective Disorders*, vol. 46, p. 39-49.

BOATH, E. et C. HENSHAW (2001). « The treatment of postnatal depression : A comprehensive literature review », *Journal of Reproductive and Infant Psychology* », vol. 19, nº 3, p. 215-248.

BREGGIN, P. et D. COHEN (1999). *Your Drug May Be Your Problem : How and Why to Stop Taking Medication*, New York, Perseus Books.

BRUGHA, T.S. *et al*. (1998). « The Leicester 500 project : Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort study », *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 63-79.

CORIN, E. (1996). « Le mouvement de l'être. Impasses et défis des psychothérapies psychanalytiques dans le monde contemporain », *PRISME*, vol. 6, nos 2-3, p. 333-349.

CORIN, E. (2000). « Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies », *Santé mentale au Québec*, numéro spécial, p. 11-30.

CORIN, E. (2002). « Se rétablir après une crise psychotique. Ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, nº 1, p. 65-82.

CREEDY, D. et I. SHOCHET (1996). « Caring for women suffering depression in the postnatal period », *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, vol. 5, p. 13-19.

DAYAN, J., G. ANDRO et M. DUGNAT (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson.

DELASSUS, J.-M. (2002). *Le sens de la maternité*, Paris, Dunod.

DELIGIANNIDIS, K.M. et M.P. FREEMAN (2010). « Complementary and alternatives medicine for the treatment of depressive disorders in women », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 33, nº 2, p. 441-463.

DES RIVIÈRES-PIGEON, C. (2002). « Une approche interdisciplinaire pour l'étude de la dépression postnatale », dans F. Descarries et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, p. 402-427.

DES RIVIÈRES-PIGEON, C. *et al*. (2003). « Travailler ou ne pas travailler… Le désir d'emploi des nouvelles mères et la dépression postnatale », *Recherches féministes*, vol. 16, nº 2, p. 35-71.

DI SCALEA, T.L. et K.L. WISNER (2009). « Pharmacotherapy of postpartum depression », *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, vol. 10, nº 16, p. 2593-2607.

DIAMOND, R. (1985). « Drugs and the quality of life : The patient's point of view », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, nº 5, p. 29-35.

DUFORT, F. *et al*. (2007). « À propos de quelques incursions de la psychologie dans la chaîne du médicament. Le cas des médicaments psychotropes », dans J. Lévy et C. Garnier (dir.), *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 367-396.

DURAND, B. (2001). « Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum », *La revue du praticien*, nº 51, p. 1259-1264.

EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

ESTROFF, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthelabo.

FÉDIDA, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.

FREEMAN, M.-P. (2009). « Postpartum depression treatment and breastfeeding », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 70, nº 9, p. 35.

GAMMEL, D.J. et J.M. STOPPARD (1999). « Women's experiences of treatment of depression : Medicalization or empowerment ? », *Canadian Psychology*, vol. 40, nº 2, p. 111-128.

GJERDINGEN, D. (2003). « The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants », *Journal of the American Board Family Practice*, vol. 16, nº 5, p. 372-382.

GREENSPAN, M. (1993). *A New Approach to Women and Therapy*, Blue Ridge Summit, McGraw-Hill.

GUILLAUMONT, C. (2002). *Les troubles psychiques précoces du post-partum*, Toulouse, Érès.

HOWELL, E. et M. BAYES (dir.) (1981). *Women and Mental Health*, New York, Basic Books.

JAYAWICKRAMA, H.S., L.H. AMIR et M.V. PIROTTA (2010). « GPs' decision-making when prescribing medicines for breastfeeding women : Content analysis of a survey », *BMC Research Notes*, vol. 23, nº 3, p. 82.

JENKINS, H.J., A. KLEINMAN et B.J. GOOD (1991). « Cross-cultural studies of depression », dans J. Becker et A. Kleinman (dir.), *Psychosocial Aspects of Depression*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 67-99.

KELLY, E. et V. SHARMA (2010). « Diagnosis and treatment of postpartum bipolar depression », *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 10, nº 7, p. 1045-1051.

KNUDSON-MARTIN, C. et R. SILVERSTEIN (2009). « Suffering in silence : A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 35, nº 2, p. 145-158.

KUOSMANEN, L. *et al*. (2010). « Postnatal depression screening and treatment in maternity and child health clinics », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 17, nº 6, p. 554-557.

LACHAUX, B. (dir.) (2001). *Des neuroleptiques aux antipsychotiques : entre évolutions et mutations*, publié par le Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Paris, Médias Flashs.

LAPLANTINE, F. (1989). « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie », dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 277-298.

LE BRETON, D. (2005 [1990]). *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses universitaires de France.

LEHMAN, H.E. (1986). « The future of psychiatry : Progress – mutation – or self destruct ? », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 31, p. 362-367.

LEWIS, S.E. et P. NICOLSON (1998). « Talking about early motherhood : Recognizing loss and reconstructing depression », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 16, nºs 2-3, p. 177-197.

MANTLE, F. (2002). « The role of alternative medicine in treating postnatal depression », *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, vol. 8, p. 197-203.

MAUTHNER, N.S. (1999). « Feeling low and feeling really bad about feeling low : Women's experiences of motherhood and postpartum depression », *Canadian Psychology*, vol. 40, nº 2, p. 143-161.

MCINTOSH, J. (1993). « Postpartum depression : Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, p. 178-184.

METZL, J. et J. ANGEL (2004). « Assessing the impact of SSRI antidepressants on popular notions of women's depressive illness », *Social Science & Medicine*, vol. 58, p. 577-584.

NICOLSON, P. (1999). « Loss, happiness and postpartum depression : The ultimate paradox », *Canadian Psychology*, vol. 40, nº 2, p. 162-178.

O'HARA, M.W. et A.M. SWAIN (1996). « Rates and risk of postpartum depression : A meta-analysis », *International Review of Psychiatry*, vol. 8, p. 37-54.

PARKER, R. (1995). *Torn in Two : The Experience of Maternal Ambivalence*, Londres, Virago.

PERKINS, R. (1994). « Choosing ECT », *Feminism and Psychology*, vol. 4, p. 623-627.

PITT, B. (1968). « "Atypical" depression following childbirth », *British Journal of Psychiatry*, vol. 114, p. 1325-1335.

POIREL, M.-L. (2007). « Détresse psychique postnatale et réponse médicale : points de vue d'intervenantes en périnatalité », *Revue québécoise de psychologie,* vol. 28, nº 2, p. 163-182.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1999). *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*, Montréal, RRASMQ.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2002). *Gestion autonome des médicaments. Guide d'accompagnement pour les ressources alternatives*, Montréal, RRASMQ.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC et ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2002). *Mon guide personnel. Gestion autonome des médicaments de l'âme,* Montréal, RRASMQ et AGIDD-SMQ.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC et ÉQUIPE DE RECHERCHE ET D'ACTION EN SANTÉ MENTALE ET CULTURE (2006). *Repères pour une gestion autonome de la médication. Guide d'accompagnement*, Montréal, RRASMQ.

RODRIGUES, M., V. PATEL, S. JASWAL et N. SOUZA (2003). « Listening to mothers : Qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India », *Social Science & Medicine*, vol. 57, p. 1797-1806.

RODRIGUEZ, L., E. CORIN et L. GUAY (2000). « La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement », dans *Les ressources alternatives de traitement,* Montréal, RRASMQ et Santé mentale au Québec, p. 49-94.

RODRIGUEZ, L., E. CORIN et M.-L. POIREL (2001). « Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voie ignorée », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, nº 2, p. 201-223.

RODRIGUEZ, L. et M.-L. POIREL (2007). « Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes. La gestion autonome des médicaments », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, nº 2, p. 111-125.

RODRIGUEZ, L. *et al.* (2003). « Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique », *Équilibre-en-Tête,* Montréal, Association canadienne de santé mentale.

ROUSSEAU, C. (1992). *Les neuroleptiques en psychiatrie : en prendre ou non, est-ce bien poser la question ?*, Texte de documentation, Montréal, RRASMQ.

SAUCIER, J.-F. *et al.* (1995). « La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale », *Santé mentale au Québec*, vol. 20, nº 2, p. 35-58.

SAUCIER, J.-F. *et al.* (1994). « Sous le signe du paradoxe : de diagnostic problématique de la dépression postnatale », Communication présentée aux Premières journées francophones de gynécologie-obstétrique psychosomatique, Paris.

STOPPARD, J.M. (1999). « Why new perspectives are needed for understanding depression in women », *Canadian Psychology*, vol. 40, nº 2, p. 79-80.

STUART, S. *et al*. (2003). « The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, nº 2, p. 57-69.

TAYLOR, V. (1995). « Self-labeling and the women's mental health : Postpartum illness and the reconstruction of motherhood », *Sociological Focus*, vol. 28, nº 1, p. 23-47.

TURMEL, F. (1990). « Psychopharmacologie et utilisation de la médication dans un centre psychanalytique de traitement des psychotiques », dans W. Apollon (dir.), *Traiter la psychose*, Québec, Éditions du GIFRIC.

WHITTON, A. et L. APPLEBY (1996). « Maternal thinking and the treatment of postnatal depression », *International Review of Psychiatry*, vol. 8, nº 1, p. 73-78.

WISNER, K.L., E.L. MOSES-KOLKO et D.K. SIT (2010). « Postpartum depression : A disorder in search of a definition », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 13, p. 37-40.

YOSHIDA, K. et R. KUMAR (1996). « Breast feeding and psychotropic drugs », *International Review of Psychiatry*, p. 118-124.

ZARIFIAN, É. (1997). *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob.

CHAPITRE

6

LA MATERNITÉ AUTOCHTONE[1] EN CONTEXTE DE VIOLENCE STRUCTURELLE

ENTRE REPÈRES CULTURELS, NÉGOCIATIONS ET HÉGÉMONIE

Catherine Flynn
Université de Montréal
Renée Brassard
Université Laval

La maternité des femmes autochtones ne peut être explorée sans être repositionnée dans un contexte sociohistorique et colonialiste qui tient compte des nombreuses politiques étatiques d'assimilation découlant de la *Loi sur les Indiens* de 1876, nommée à l'époque l'*Acte des sauvages*, et de leurs conséquences sur les familles. Le système des écoles résidentielles, mis en place durant les années 1870, a entraîné des transformations majeures au sein des communautés et des familles autochtones du Canada (Assembly of First Nations, 1994 ; Commission royale sur les peuples autochtones – CRPA, 1996). Durant plus d'un siècle, plus de 150 000 enfants ont été retirés de leur famille, puis placés dans des pensionnats (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, 2010). Plusieurs d'entre

1. En vertu de la Loi constitutionnelle de 1982, le terme « peuples autochtones » désigne tous les premiers habitants du Canada et leurs descendants. Le gouvernement canadien reconnaît trois catégories officielles d'Autochtones : les Amérindiens, les Inuits et les Métis. Les sept participantes qui ont été interrogées en vue de la rédaction de ce chapitre sont d'origine amérindienne.

eux ont subi des abus de toutes sortes (Rosalyn, 1991; Morissette, 1994; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2003). Forcé de constater les répercussions intergénérationnelles d'un tel système, l'État canadien a mis en œuvre, au cours des années 1960, des politiques sociales en vue de « protéger » les enfants autochtones. Durant cette période, communément appelée *Sixties Scoop*, on a enlevé aux parents jugés « inaptes » la garde de leurs enfants; ces derniers ont été adoptés par des familles allochtones canadiennes et même de l'extérieur du pays (Johnston, 1983). Pour certaines auteures, le *Sixties Scoop* et la période des écoles résidentielles représentent un véritable génocide culturel et de telles politiques affirment que l'État canadien a tenté d'exterminer les Autochtones par le biais des mères (Mzinegiizhigo-kwe Bédard, 2006).

Ces multiples ruptures intergénérationnelles et culturelles ont laissé des séquelles encore bien perceptibles parmi la génération actuelle des mères autochtones. Ces séquelles se manifestent notamment par des traumatismes non réglés (Bennet et Blackstock, 2002), par la difficulté de transmettre l'identité autochtone (Morissette, 1994) ainsi que par une faible estime de soi et une perception négative de leur culture et de leur rôle social (Smith *et al.*, 2005). À cela se greffent les réalités contemporaines qui dépeignent les Autochtones d'aujourd'hui; qu'on pense par exemple aux conditions de pauvreté et à la sous-scolarisation, à la forte urbanisation des femmes autochtones (Jaccoud et Brassard, 2003), à l'alcoolisme et à la toxicomanie (Smith *et al.*, 2005) ou encore à la surreprésentation des jeunes autochtones dans les services de protection (Tourigny *et al.*, 2007).

Bien que peu d'écrits se soient penchés jusqu'à ce jour sur la maternité des femmes autochtones en général (McShane et Hasting, 2004), et encore moins sur les femmes autochtones du Québec, force est de constater que cette thématique de recherche demeure largement teintée par les valeurs euro-canadiennes. Il importe donc d'aborder cette expérience en tenant compte du fait que les femmes autochtones vivent la maternité dans un contexte où les cultures autochtones et allochtones se côtoient. Même si l'ancrage des valeurs traditionnelles varie grandement chez les Autochtones, il n'en demeure pas moins que ces derniers sont constamment exposés à la culture allochtone (Weaver, 2010). Bien que cette coexistence entre ces deux cultures puisse se dérouler sans heurts, les données recueillies laissent entrevoir qu'elles s'opposent lorsqu'on aborde le sujet de la maternité. Les représentations occidentales de la maternité « blanche » sont hégémoniques par leur institutionnalisation au sein des différents systèmes de soins de santé et de services sociaux du Québec et du Canada (Davis-Floyd, 2000). Les mères autochtones, en raison des

différentes politiques assimilationnistes qui les ont ciblées historiquement et parce que ces systèmes actuels jugent leurs pratiques parentales « négligentes » ou « à risque », sont sujettes à la violence structurelle.

La violence structurelle est basée sur les normes et les traditions sociales et elle représente un processus par lequel un groupe est placé en position de subordination face à l'autre groupe (Bulhan, 1985, cité dans James *et al.*, 2003). Elle a des conséquences sur l'État, les institutions sociales et l'inconscient collectif. En fait, cette violence renvoie entre autres à la façon dont les institutions ou systèmes publics régulent certains groupes sociaux (James *et al.*, 2003). Selon Salazar (2006, cité dans Parazelli, 2008, p. 78), il « s'agit d'une forme de violence qui inflige des dommages de manière indirecte, immatérielle et invisible ». De ce fait, il est plus facile de nier les manifestations de la violence structurelle ainsi que ses causes que d'en débattre dans la sphère politique et publique (Bouju et De Bruijn, 2008 ; Parazelli, 2008). Cette forme de violence n'en demeure pas moins une connaissance partagée collectivement qui doit être réprimée afin de préserver l'illusion de la normalité (Bouju et De Bruijn, 2008 ; Parazelli, 2008). La violence structurelle ne faisant pas de victimes directes et ne menaçant pas l'ordre social au même titre que la violence dite directe ou interpersonnelle, l'attention qui y est accordée demeure faible en raison de son caractère indémontrable (Galtung, 1969).

Plusieurs études ont montré que le mode de vie des Autochtones a été régulé historiquement par différentes politiques colonialistes et assimilationnistes. Nous verrons dans ce chapitre que les expériences de maternité des femmes autochtones en contexte de coexistence culturelle s'inscrivent également dans une dynamique de violence structurelle qui se manifeste dans différents systèmes comme les soins de santé et les services de protection de l'enfance.

En s'appuyant sur les connaissances scientifiques relatives à la maternité autochtone, ce chapitre vise à rendre compte du sens et de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité de sept femmes autochtones, résidantes de la ville de Québec, qui ont été rencontrées dans le cadre d'un groupe focalisé[2]. Ces femmes ont été recrutées à l'aide d'une stratégie d'échantillonnage par effet boule de neige, parmi les réseaux de leaders issus des ressources communautaires autochtones de Québec. L'entretien de groupe focalisé a été retranscrit dans son intégralité, puis examiné par une analyse de contenu thématique afin d'en faire ressortir

2. Étant donné que les participantes rencontrées appartiennent à différentes nations amérindiennes, il est impossible d'homogénéiser leur expérience de maternité à l'ensemble des femmes autochtones du Québec et du Canada. À cet égard, les données présentées ici doivent donc être interprétées avec prudence.

les principales idées. Il s'agit ici, tout d'abord, de se pencher sur les différents repères culturels autochtones en lien avec la grossesse, l'accouchement et la maternité et de jeter un regard sur les différentes réponses sociales qui façonnent l'expérience des mères autochtones afin d'en dégager les rapports qu'elles entretiennent avec celles-ci. Par la suite, certaines pratiques parentales autochtones sont mises en évidence afin de dégager les principales zones d'incompréhension et les erreurs d'interprétation possibles lorsque l'on appréhende la maternité autochtone à partir d'une conception allochtone. Finalement, une discussion est proposée et différentes avenues de réflexion sont présentées à la lumière de cette discussion.

1. Repères culturels autochtones en lien avec la grossesse, l'accouchement et la maternité

Les écrits scientifiques et les enquêtes sociales dressent un portrait peu élogieux des enfants et des familles autochtones et de nombreuses femmes autochtones sont victimes de violence conjugale et familiale (Montminy *et al.*, 2010 ; FAQ, 2008 ; Tourigny *et al.*, 2007 ; CSSSPNQL, 2007). Pourtant, la maternité est une expérience qui permet aux femmes autochtones d'obtenir du pouvoir, de l'autorité et du respect (Anderson, 2006). Par exemple, selon certains principes de la culture ojibway, les femmes enceintes sont en état de symbiose avec la mère-terre et elles occupent une place privilégiée dans le cycle de la vie. Le Créateur leur a fait don du pouvoir de mettre au monde et d'élever un enfant, un travail sacré (Mzinegiizhigo-kwe Bédard, 2006). L'attention accordée aux femmes enceintes au sein des nations iroquoises, par exemple chez les Mohawks, est également éloquente de la façon dont la maternité y est reconnue. Pour les Mohawks, en effet, la maternité est une expérience de transformation sur le plan physique, mental, émotionnel et spirituel. L'ensemble de la communauté doit protéger la future mère et son enfant, et participe à la création d'un environnement optimal de santé et de bien-être[3] (Anderson, 2006).

Chez les Autochtones, la relation avec l'enfant débute bien avant sa naissance. Les soins donnés à la mère et à son bébé durant la grossesse sont basés notamment sur la roue médicinale. Ainsi, dans le contexte de l'accouchement, la mère et l'enfant doivent être considérés comme un

3. Les Autochtones se représentent la santé et le bien-être sous la forme d'un cercle, divisé en quatre parties égales, appelé la roue médicinale. Chaque cadran représente une dimension de leur être, soit le corps, le cœur, la pensée et l'esprit. Ces quatre éléments doivent être en équilibre (CSSPNQL, 2007). Alors que les problématiques sociales et la maladie perturbent le fonctionnement de la roue, la grossesse la modifie (Whitty-Rogers, Etowa et Evans, 2006).

tout, tant physiquement, spirituellement, émotionnellement, culturellement qu'historiquement (Foster, 2006). La préparation à la naissance se fait en évitant le stress, dans la création d'un lien avec son enfant, dans des soins à la mère, tout cela dans une tradition spirituelle ainsi que dans l'écoute de l'enseignement des femmes plus âgées (Sokoloski, 1995). Traditionnellement, les Aînés incitaient les futures mères à dormir directement sur la « Terre-Mère » afin que celle-ci puisse leur transmettre la force nécessaire pour porter le bébé (Brewer, Bird et Panousos, 2009). Ils intervenaient également dans le choix des aliments à consommer ou à éviter et assistaient aux accouchements. Des plantes médicinales comme la sauge servaient à purifier le sang et à enclencher le travail. Des bains d'écorce de cèdre étaient d'ailleurs proposés aux femmes enceintes, le cèdre aidant à l'équilibre et à la purification (Brewer *et al.*, 2009).

À l'arrivée des nouveau-nés, la famille faisait différents gestes chargés culturellement et spirituellement. Les participantes à l'étude de Brewer *et al.* (2009) expliquent qu'il était bien important de ne pas perdre les nombrils des bébés et qu'on procédait au « traitement traditionnel du placenta ». Les nouveau-nés étaient ainsi enveloppés dans de la mousse afin de préserver leur chaleur et emmaillotés serré et tenus près de leur mère afin qu'ils se sentent en sécurité. Ces pratiques auraient pratiquement disparu dans certaines communautés, la transmission entre jeunes et aînés ne s'étant pas perpétuée en raison de l'influence du christianisme. La perte de ces pratiques culturelles peut être attribuable au fait que les communautés suivent moins – ou ont abandonné – leurs traditions, car celles-ci ont été éclipsées par les pratiques « blanches ». Par exemple, les modes de guérison[4] autochtones ont été interdits et dissimulés jusque dans les années 1970 (Hill, 2003).

1.1. Devenir mère… pour une guérison individuelle et collective

Différents écrits scientifiques abordent la maternité autochtone en tant que processus de guérison. Ainsi, selon Archibald (2004), la maternité serait un moyen de contrecarrer les effets des différentes politiques coloniales. Les adolescentes et jeunes femmes autochtones auraient envie de recréer une famille et une atmosphère d'amour et d'attention autour

4. Les modes de guérison autochtones regroupent l'ensemble des pratiques favorisant le mieux-être physique, psychologique, émotionnel et spirituel fondé sur les croyances autochtones et la roue médicinale (Hill, 2003). Les modes de guérison comprennent « un large éventail d'activités allant de la guérison des troubles physiques par l'emploi de plantes médicinales et d'autres remèdes, jusqu'à la promotion du mieux-être psychologique et spirituel par le recours aux cérémonies, aux consultations et à la sagesse acquise par les Aînés » (RCRPA, 1996, vol. 3, p. 348).

d'elles, en réaction à la brisure affective vécue durant les *Sixties Scoop* et à l'époque des écoles résidentielles (Archibald, 2004). Les mères que nous avons rencontrées reconnaissent néanmoins que cette brisure affective et l'étiolement des liens familiaux ont entraîné certaines lacunes sur le plan des habiletés parentales des Autochtones :

> La coupure parentale et d'amour qu'on a eue… et affective. Donc on a des parents… Moi j'ai fait partie de ça un moment donné de : Je fais quoi avec un enfant ?

Ces lacunes peuvent d'ailleurs placer les futures jeunes mères dans l'embarras. Kline (1993) explique que les jeunes femmes autochtones enceintes et qui refusent l'avortement subissent souvent des pressions des proches, mais également des pressions qui viennent d'elles-mêmes, en raison du fait qu'elles reconnaissent leurs difficultés à se conformer au modèle idéal de la maternité. Les femmes que nous avons rencontrées ont eu leur premier enfant entre 16 et 20 ans. Même si, pour quelques-unes, la grossesse était un événement imprévu, l'avortement ne fut pas envisagé. Pour d'autres, la grossesse était planifiée et désirée. Une participante de notre groupe de discussion affirme avoir vécu des pressions de son entourage afin de donner son enfant. Comme elle vivait en situation de pauvreté et isolée de sa communauté, habitant en milieu urbain, son père allochtone a fait pression sur elle, en vain, pour qu'elle donne son enfant en adoption. D'autres participantes, conscientes de leurs propres lacunes en tant que jeunes mères dans le passé, souhaitent aujourd'hui, vers 40 ans, avoir de nouveau un enfant. L'une des participantes est d'ailleurs en démarche d'adoption par l'entremise de la banque mixte du centre jeunesse. La grande majorité des mères autochtones que nous avons rencontrées tiennent un discours qui témoigne clairement du fait que l'expérience de maternité se perpétue à travers les différents âges de leur vie. En ce sens, elles soutiennent qu'il est fréquent que les jeunes filles autochtones se retrouvent responsables d'autres enfants, des membres de la fratrie ou de la famille élargie ; le relâchement des liens affectifs entre les parents, l'alcoolisme et la toxicomanie les contraignent donc à assumer un rôle maternel relativement jeune. À cet effet, une répondante raconte :

> *J'ai joué le rôle de mère assez tôt dans ma vie. À 10 ans j'étais mère. C'est clair et net dans ma tête que je n'ai pas eu d'enfance pis j'ai pas eu d'ado*[lescence]. […] *J'avais 10 ans pis j'avais 7-8 enfants à m'occuper.*

On peut ainsi croire que la maternité à l'adolescence est l'aboutissement de cette parentification précoce. Les participantes de notre groupe de discussion ont également expliqué que leur rôle de mère se projetait dans leur rôle de grand-mère auprès des enfants de leurs propres enfants devenus grands. Deux participantes sont maintenant grands-mères à leur tour ; leur engagement auprès de leurs petits-enfants et le soutien qu'elles offrent à leurs enfants dans la réalisation de leur parentalité sont éloquents.

2. Des réponses sociales et médicales inadéquates

Il est maintenant bien reconnu que les politiques publiques canadiennes ont largement contribué à déprécier la culture, les croyances et le mode de vie autochtones en forçant les membres des Premières Nations à se conformer à la vision du monde et aux valeurs coloniales (Weaver, 2010). Différentes études qui se sont penchées sur la question de la santé maternelle et infantile chez les Autochtones dressent un portrait alarmant de la situation : prévalence élevée du diabète gestationnel, de la mort subite du nourrisson, des problèmes d'anémie ferriprive et du syndrome du spectre de l'alcoolisation fœtale (Santé Canada, 2009 ; CSSSPNQL, 2009). Le gouvernement du Canada a mis sur pied, depuis les années 1970, différents programmes permettant d'accroître le suivi médical offert aux futures mères autochtones et à leurs enfants.

Divers programmes font la promotion de la santé maternelle et infantile des populations autochtones. Par exemple, le programme *Grandir ensemble,* implanté au début des années 1990, soutient différents services offerts par des professionnels (intervenants en santé mentale, travailleurs de soutien psychologique et intervenants auprès des jeunes et des aînés). Il comprend cinq composantes : la santé mentale, le développement de l'enfant, la prévention des blessures, le volet « bébés en santé » et les compétences parentales.

> En matière de soins périnataux, le volet « bébés en santé » a pour but :
>
> d'améliorer la santé et le bien-être des mères et des nourrissons des Premières Nations et des Inuits, sur les plans physique, mental et social, notamment par des services et des activités dans les domaines suivants : éducation sur la nutrition, mise en évidence des bienfaits que représentent des examens médicaux réguliers durant la grossesse ; éducation sur les dangers que présente la consommation d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse ; surveillance plus intense des infections prénatales ; formation des intervenants communautaires et amélioration des programmes existants en santé maternelle et infantile (Santé Canada, 2007, p. 26).

Par de tels programmes, on vise alors à resserrer le suivi médical autour des femmes enceintes, à surveiller et à prévenir les problèmes liés à l'alimentation et à la consommation d'alcool.

Deux autres programmes sous-jacents destinés aux mères et aux nourrissons résidant en communauté sont également proposés aux femmes autochtones, soit le Programme canadien de nutrition prénatale – Volet Premières Nations et Inuits (PCNP-VPNI) et les Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Alors que le PCNP-VPNI s'intéresse à la prévention et au dépistage en matière de nutrition et fait la promotion de l'allaitement maternel, le TSAF poursuit des objectifs de sensibilisation, de dépistage précoce et de surveillance. On entend par surveillance la création d'un réseau de partenariat avec la Direction générale de la santé

environnementale et de la sécurité des consommateurs et le Système canadien de surveillance périnatale, afin de recueillir et d'analyser des données empiriques sur les troubles du spectre d'alcoolisation fœtale et de diffuser ces données en prévision d'améliorer les programmes et les pratiques (Santé Canada, 2007).

Sans présumer de l'efficacité de tels programmes, les données canadiennes récentes sur la santé des mères autochtones et de leurs enfants (Santé Canada, 2009) laissent entrevoir que les différents efforts ne semblent pas avoir permis de redresser les conditions de vie fragilisées de plusieurs mères autochtones. De plus, il a été établi que ces efforts, combinés avec le fait que la moitié des femmes autochtones du Canada résident en milieu urbain, sont venus considérablement modifier le portrait de l'accouchement traditionnel autochtone, accroissant de façon marquée le nombre d'accouchements en milieu hospitalier (Birch *et al.*, 2009). Le National Aboriginal Health Organization (NAHO) rapporte que 93 % des femmes inuites et amérindiennes ayant participé à leur étude ont accouché en contexte hospitalier (cité dans Brewer *et al.,* 2009). Les participantes de l'étude menée par la NAHO dénoncent d'ailleurs le fait que :

> Les événements traditionnellement vénérés de la grossesse, de la naissance et, jusqu'à un certain point, des soins post-partum ont été retirés de leur patrimoine et de leurs cultures par le traitement clinique, les interventions systémiques et les pratiques médicales occidentales par lesquels la grossesse était dépersonnalisée et traitée comme une maladie (Brewer *et al.*, 2009, p. 40).

2.1. Imposition de la représentation allochtone de la maternité : clivage et tensions

Les écrits scientifiques font état de conflits ou de chocs entre les cultures autochtone et allochtone (Dodgson et Struthers, 2005 ; Baker et Daigle, 2000). Selon une recension des écrits réalisée par Whitty-Rogers (2006), plusieurs femmes autochtones ayant participé aux études reconnaissent que la médicalisation des accouchements est dans leur meilleur intérêt physique, car elles risquent plus que les autres femmes canadiennes d'avoir des problèmes durant l'accouchement et qu'elles présentent des besoins importants en ce qui concerne l'observation médicale et les interventions technologiques. Ces femmes estiment néanmoins que la situation est différente d'un point de vue culturel et spirituel (Whitty-Rogers, 2006). La spiritualité, dimension très importante pour les futures mères autochtones, apparaît comme étant l'élément le moins bien compris du personnel de santé allochtone (Birch *et al.*, 2009). La période postnatale serait une période particulièrement porteuse de conflits, dans les situations où les membres du personnel soignant ne comprennent pas l'importance du

rôle actif de la mère et de la grand-mère (Birch *et al.*, 2009) ou le symbolisme culturel entourant la disposition traditionnelle du placenta (Paulette, 1999, citée dans Birch *et al.*, 2009). À cet effet, une participante de notre groupe de discussion a vécu un tel litige lorsque le personnel soignant de l'hôpital lui a refusé le droit de reprendre les placentas de ses enfants afin qu'elle puisse les enterrer sous un arbre au printemps. D'après les participantes de notre groupe de discussion, il ne s'agirait pas d'un refus isolé et, malgré la curiosité du personnel soignant à l'égard de ce rituel, il est difficile d'ajouter cette dimension spirituelle à l'accouchement médicalisé.

Dodgson et Struthers (2005) reconnaissent trois obstacles majeurs aux interactions entre le personnel de la santé et les femmes autochtones : 1) l'histoire traumatisante des Autochtones à travers le système « blanc » et leur marginalisation. Ainsi qu'il a été démontré précédemment, les femmes autochtones ont été la cible de plusieurs politiques assimilationnistes ayant fragilisé leur identité et leur expérience en tant que mères ; 2) le biculturalisme où les deux cultures s'entrechoquent. Alors que les repères autochtones de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité favorisent l'évitement du stress et valorisent l'enseignement des aînées ainsi que la participation de l'ensemble des membres de la communauté, l'approche de l'État propose plutôt un suivi resserré autour des femmes enceintes et l'accès à de nombreux professionnels. Il en résulte un important clivage entre les repères autochtones et les réponses des systèmes professionnels de santé ; et, enfin, 3) les difficultés liées au fait de devoir faire appel à un système de santé complexe. Il importe de noter que pour les femmes autochtones l'accouchement et la grossesse sont des événements normaux et naturels qui ne nécessitent ni intervention médicale ni soins prénataux. Les femmes autochtones interrogées par Sokoloski (1995) ont mentionné ne pas être à l'aise face aux technologies comme le monitoring fœtal ou relativement à certaines positions proposées pour accoucher. Plusieurs mères autochtones que nous avons rencontrées ont d'ailleurs dit préférer des méthodes naturelles leur permettant de donner naissance par voie vaginale. Certaines d'entre elles se sont également montrées réfractaires aux méthodes de soulagement de la douleur employées dans les milieux hospitaliers, comme la péridurale. Une mère de notre groupe de discussion a raconté qu'on lui a offert à plusieurs reprises la « drogue » (péridurale) et qu'elle l'a refusée avec véhémence. Les mères que nous avons rencontrées ont également mentionné que les femmes autochtones subissent des pressions sociales des femmes de leur famille élargie afin de contenir les signes de douleur et les cris lors de l'accouchement. Selon elles, cette résistance à la douleur est un signe de la force de caractère des mères autochtones.

2.2. Quelques pistes visant à réduire les inadéquations

Pour tenter de remédier aux problèmes liés à l'accouchement en milieu hospitalier, Smylie *et al*. (2000) proposent que le personnel soignant ait des connaissances historiques concernant les Autochtones, ce qui les aiderait à mieux comprendre cette réalité. Smylie *et al.* (2000) recommandent également que les femmes autochtones puissent donner naissance à proximité des membres de leur famille dans des espaces réservés, chez elles ou en maison de naissance. Brewer *et al*. (2009), pour leur part, recommandent de favoriser les visites régulières de différents professionnels de la santé dans les communautés, d'intégrer les pratiques traditionnelles dans les services existants ou encore de créer des centres de maternité autochtones. On propose également que les membres des communautés participent aux processus démocratiques et soient consultés par les conseils de bande, par le biais de recherches ou d'évaluations concernant la santé périnatale (Brewer *et al*., 2009). Néanmoins, adapter le système de soins de santé aux repères traditionnels autochtones se révélerait difficile compte tenu de l'étiolement des pratiques culturelles, de la dépendance face à la médecine occidentale et de la dispersion géographique entre les membres d'une même nation (Brewer *et al*., 2009).

Les mères que nous avons rencontrées ont expérimenté certaines des solutions proposées. Une participante a accouché à son domicile avec le soutien d'une sage-femme de sa communauté d'origine. Elle dit avoir préféré cette expérience à ses accouchements précédents en milieu hospitalier, car elle a pu, notamment, conserver le placenta de son bébé afin de procéder à une cérémonie.

Une autre raconte :

> *Moi j'ai eu le goût d'accoucher dans la tente. Donc j'ai fait les démarches pour accoucher dans la tente avec une… une femme de ma communauté. Puis il y a toute cette pression-là sociale que moi je vis, et la personne qui va m'accoucher vit* […], *il y a tout ce système-là, ce système social-là qui ne veut pas s'impliquer. Nous on avait besoin d'instruments, on avait besoin de ciseaux pour couper le cordon, des piqués. Personne* [ne] *voulait nous équiper. On a été obligés de voler au dispensaire et à l'hôpital. Ils ne voulaient pas être responsables de ce qui pouvait arriver.*

Malgré cela, elle a donné naissance à son enfant sous la tente en compagnie de son conjoint, d'une sage-femme et des membres de sa famille. Les habitants de la communauté ont assisté à l'accouchement à l'extérieur de la tente et le placenta a été offert au feu en guise de remerciement.

Bien que les repères culturels autochtones de la grossesse, l'accouchement et la maternité soient encore ancrés dans l'expérience de maternité des femmes autochtones, celles-ci rencontrent souvent des résistances au sein des établissements allochtones. Un accouchement isolé de sa culture représente une rupture culturelle, émotionnelle et spirituelle

porteuse de conséquences sur le plan de la santé globale (Anderson, 2006). Pour certaines militantes, une grossesse et un accouchement ancrés dans les repères culturels autochtones seraient une façon de contourner les effets du colonialisme, de se réapproprier un rôle social et de briser le cycle de la violence envers les mères autochtones. Anderson (2006) explique que sa propre expérience de mère a été l'amorce de sa volonté d'un changement social, afin que les mères autochtones et leurs enfants soient protégés des abus. Pour Simpson (2006), vivre une grossesse et un accouchement selon la tradition anishinabe était une façon de lier sa propre autodétermination à celle de sa nation, afin de briser le cycle de la violence issue du colonialisme et des politiques actuelles. De tels propos soutiennent l'idée que l'hégémonie du modèle médical de la grossesse et de l'accouchement des femmes autochtones, la pierre d'assise de leur expérience de maternité, s'inscrit dans une perspective de dépréciation de la culture autochtone et de pratiques postcoloniales qui façonnent le contexte de violence structurelle dans le cadre duquel la maternité autochtone s'inscrit.

3. Des pratiques parentales ancrées dans les repères traditionnels

Les pratiques parentales, les valeurs et les savoirs ancestraux autochtones sont transmis de génération en génération. Les valeurs fondamentales autochtones, comme le respect, la confiance, le partage, la bienveillance et l'humilité, sont enseignées aux enfants. Ces derniers doivent également établir un rapport particulier avec leur territoire ainsi qu'avec leur mère la terre (Greenwood, 2003).

Les mères rencontrées ont eu la générosité de partager avec nous différentes pratiques parentales inspirées du mode de vie traditionnel nomade des peuples autochtones et qui s'inscrivent dans une forme de résistance.

L'allaitement maternel a fait l'unanimité auprès du groupe de mères. Les réactions furent vives et chargées d'émotions. Ces femmes définissent l'allaitement comme étant un soin primordial, normal et naturel. Plusieurs répondantes ont allaité leurs enfants pendant plusieurs mois, en plus d'avoir remué ciel et terre pour pouvoir continuer à leur offrir leur propre lait après un retour au travail ou aux études. Pour une d'entre elles, la première mise au sein de son premier bébé a été un point d'ancrage dans son expérience de maternité : « *Quand il a tété mon sein quand je lui ai donné mon lait, je suis partie à brailler, là j'ai réalisé que j'étais maman. Là ça été là…* »

L'emmaillotage et le portage des bébés sont d'autres pratiques traditionnelles. Issu du mode de vie ancestral nomade, où les clans devaient se déplacer sur de longues distances, le portage des bébés demeure encore une coutume bien actuelle. Les mères expliquent que les enfants sont emmaillotés dans un *tikinagan* afin de les garder au chaud. L'usage qu'on en fait ou le sens qu'on lui donne varient selon les familles ou les communautés. Certaines l'utilisent pour imiter l'environnement du ventre maternel, alors que d'autres y placent l'enfant lorsqu'il dort ou au moment des sorties afin de pouvoir porter leur bébé sur leur dos.

> *Quand l'enfant il sort, il était au chaud, il a besoin de ressentir ça* […] [on ne le] *laisse pas vivre un autre traumatisme. Pour les Atikameks c'est autre chose là, eux autres aussi. C'est la même façon, mais le tikinagan là.*
>
> *Nous autres c'est pour quand il fait dodo, pour qu'il ait chaud. Et nous autres le tikinagan c'est quand il sort dehors là, parce qu'on le met sur notre dos et on sort.*

Chez les Atikameks, certaines répondantes mentionnent qu'il existe une cérémonie où les premiers pas de l'enfant sont célébrés par la communauté. Avant cette cérémonie, l'enfant ne peut toucher le sol avec ses pieds et il est porté par ses parents dans le tikinagan.

> *Et puis* [les pieds de] *l'enfant ne peuvent pas toucher le sol jusqu'à ce qu'il fasse ses premiers pas. Chez les Attifâmes c'est comme ça* […] *Quand il peut se tenir debout, il faut que la cérémonie des premiers pas soit faite. Tu le gardes emmailloté.*

Les mères autochtones estiment que le portage et l'emmaillotage des bébés les distinguent des autres mères et elles considèrent que les enfants non autochtones sont un « peu négligés ». D'après les participantes, ces pratiques parentales et l'allaitement font en sorte que les enfants sont plus touchés et câlinés que les petits non autochtones.

> *Juste de la façon d'emmailloter nos bébés, moi je trouve tellement que les bébés non autochtones ils font tellement pitié. Ils sont tous désorganisés, ils n'ont pas de chapeau sur la tête. Ils ne les habillent pas. Il fait frette pis ils sont en poussette, les enfants sont tout écartillés de même là. Moi ça me tombe sur les nerfs là.*
>
> *La différence aussi, la différence au niveau famille là, voyez-vous ça vous autres. Dans les familles blanches là, l'enfant il est moins pris, il est moins touché tandis que dans nos familles* [il l'est].

D'après ces femmes, les contacts physiques avec les autres membres de la famille ou de la communauté semblent également plus fréquents chez les Autochtones. Ce rapport différencié au corps renforce l'idée que les enfants autochtones développent des liens d'attachement qui se poursuivent au-delà de la dyade mère-enfant (Neckoway *et al.*, 2007). De surcroît, une mère explique que ses quatre enfants recherchent la chaleur humaine et qu'ils viennent tous la rejoindre dans sa chambre et dans son lit au courant de la nuit. Plusieurs participants confirment que le « co-dodo » est une pratique courante chez les Autochtones.

En raison de leur spiritualité, les parents autochtones ont une vision holistique de leurs enfants et leur rôle n'est pas d'encourager ou de punir les comportements, mais plutôt de créer un contexte favorisant leur expression et leur autonomie (Neckoway *et al.*, 2007). L'autonomie se développe grâce aux relations qu'entretiennent les enfants autochtones avec les autres (Nedelsky, 1989). Les mères expliquent qu'elles acceptent leurs enfants tels qu'ils sont et qu'elles les laissent choisir. Ils sont libres de faire leurs expériences et ils savent que les adultes seront présents s'ils ont besoin d'eux.

> *On a cette grande liberté-là, on leur donne cette liberté-là aussi d'apprendre* […] *En sachant probablement qu'il y a un adulte au passage qui va être là aussi s'il a besoin.*
>
> *C'est ça la liberté que nous autres on a. On accepte ce qui arrive avec eux autres. Moi mes enfants je leur dis toujours si vous avez besoin d'aide je suis là.*

4. Vécu collectif de la maternité

Les écrits scientifiques québécois dans le domaine de la famille sont dominés par les études sur les différentes compositions familiales et les liens complexes qu'entretiennent les parents avec leurs enfants (Parent *et al.*, 2008). Ces recherches, surtout axées sur le modèle classique de la famille nucléaire, mettent souvent l'accent sur la relation mère-enfant et occultent la réalité des familles autochtones, où de multiples liens d'attachement sont possibles et où la famille est élargie.

Les enfants sont l'avenir des Premières Nations (RCRPA, 1995) et participer à leur éducation est un rôle sacré qu'il importe de partager collectivement. En milieu autochtone, la parentalité dépasse les frontières de la famille nucléaire et s'étend non seulement aux membres de la famille élargie, mais se prolonge dans toute la communauté (Greenwood, 2003) qui participe donc à ancrer l'enfant dans la culture autochtone. Carole Phillips (citée dans Greenwood, 2003) appelle *enculturation* ce processus de socialisation et croit que celui-ci est essentiel au sain développement de l'enfant autochtone et dans la construction de son estime de soi. La famille élargie et la communauté constituent un point d'ancrage important au sein duquel les enfants construisent leur identité en tant qu'autochtone et se sentent soutenus en cas de besoin.

Les enfants autochtones tissent avec leurs proches de multiples liens affectifs significatifs qui favorisent l'émergence de l'aide mutuelle (Neckoway, Brownlee et Castellan, 2007). L'enfant autochtone et son entourage sont représentés comme un tout cohérent où « le meilleur intérêt de l'enfant est inexorable du meilleur intérêt de la collectivité, et vice versa » (Richard, 2007, p. 192). Bien que l'engagement des membres

de la famille élargie et de la communauté auprès de l'enfant revête une signification particulière, la relation mère-enfant n'en demeure pas moins différente et privilégiée (Neckoway *et al.*, 2007).

Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) a expliqué que la parentalité collective s'exerce dès les premières années de la vie, alors que les bébés et les enfants passent beaucoup de temps avec les membres de la famille élargie. Parents, grands-parents, oncles, tantes et frères et sœurs se partagent la responsabilité de les protéger et de leur prodiguer les soins nourriciers. Une participante a d'ailleurs souligné l'engagement de sa mère, de sa tante et de sa grand-mère auprès de son fils dans les premières années de sa vie. Ces acteurs ont représenté un tissu social aidant pour son enfant jusqu'à l'adolescence et certains problèmes ont été évités grâce à cela. Pour d'autres répondantes, les frontières entre la famille nucléaire et le reste de la famille sont plus perméables. Elles ont l'impression que les familles « blanches » font plus d'activités réunissant les parents et les enfants, alors que les enfants autochtones sont plus libres de passer du temps avec les adultes de leur choix.

La maternité collective se manifeste également par l'importance des grands-mères. Plusieurs cultures autochtones, nous l'avons vu, valorisent grandement le rôle des Aînés. Les récits traditionnels autochtones présentent les femmes comme étant les gardiennes de la culture. Les grands-mères sont les gardiennes du feu. Elles sont responsables de la transmission de l'identité autochtone et doivent s'assurer que les membres de leur famille sachent qui elles sont (Fiske, 1993). Plusieurs participantes au groupe de discussion ont salué l'engagement de leur propre mère dans l'éducation de leurs enfants. Certaines d'entre elles sont également *Kukum* (désignation du statut de grand-mère chez les femmes d'origine innue/montagnaise) à leur tour et s'impliquent réellement dans la vie de leurs petits-enfants. L'une d'elles aide sa fille de 17 ans et habite avec elle et son bébé. Pour elle, son rôle de *Kukum* est la poursuite de son rôle de mère auprès de sa fille.

La parentalité collective ne comporte pas que des avantages. Les mères autochtones trouvent parfois difficile d'être exposées aux conseils et recommandations de l'ensemble des membres de leur famille et de leur communauté. Vivre la maternité en milieu urbain semble les « protéger » de cette pression qui vise exclusivement les mères. De plus, elles sont souvent soumises au regard réprobateur du système d'aide et de protection non autochtone. Les mères autochtones n'ont pas constamment les yeux rivés sur leurs enfants. Il s'agit d'une différence notoire avec les mères « blanches », qui ont l'entière responsabilité de leurs enfants. Leur façon de surveiller et de s'occuper des enfants est susceptible d'être interprétée par le système d'aide non autochtone comme de la négligence. Puisque plusieurs personnes sont en mesure de s'occuper de l'enfant, les mères

ont moins besoin d'exercer une vigilance constante. Dans un contexte « blanc », cette sensibilité maternelle soulèverait des questions (Neckoway *et al.*, 2007). Une mère a expliqué que cette particularité lui a posé un défi considérable dans son expérience de maternité en milieu urbain. Elle se sentait exposée au jugement des autres et craignait que ses enfants soient signalés aux services de protection de l'enfance.

Étant donné les différences entre les pratiques liées à la maternité en milieu autochtone et en milieu allochtone et le fait que la norme se situe en fonction des pratiques allochtones, les services sociaux peuvent interpréter certaines pratiques culturelles comme étant passives, permissives ou négligentes (Hamilton et Sinclair, 1991). D'après Kline (1993), les femmes autochtones admettent que leurs pratiques sont incomprises par les services de protection de l'enfance et qu'elles risquent particulièrement d'être considérées par la Cour et par les services de protection de l'enfant comme étant de « mauvaises » mères. On observe d'ailleurs une surreprésentation d'enfants autochtones signalés aux services de protection de l'enfance dans l'ensemble du Canada (Gough *et al.*, 2005).

5. Racisme et préjugés dans les services de protection de l'enfance ?

Les services de protection blâment souvent les mères pour les difficultés vécues par leurs enfants (Kline, 1993). Plusieurs participantes autochtones soutiennent avoir connu des affrontements musclés avec des intervenants des services de protection de l'enfance qui ne reconnaissaient pas leurs différences culturelles ou encore qui exerçaient un traitement discriminatoire à leur égard ou envers leurs enfants. L'étude réalisée par Fox en 2004 a d'ailleurs établi que les enfants autochtones victimes de négligence ont été traités différemment des non-Autochtones. Ils ont été placés ou ont dû faire face à une mesure judiciaire, alors que les enfants non autochtones ont reçu des services orientés vers le maintien dans leur famille. L'idéologie allochtone du meilleur intérêt des enfants a longtemps perçu l'appréhension et le placement des enfants autochtones à l'extérieur de leur famille et de leur communauté comme une mesure naturelle, nécessaire et légitime plutôt que comme un moyen coercitif et destructif (Kline, 1993). La dénonciation des effets culturels dévastateurs d'une telle idéologie, la mobilisation politique de différentes organisations autochtones ainsi que le contexte d'autodétermination ont d'ailleurs conduit les autorités gouvernementales canadiennes à réagir et à participer à la mise en place de différentes mesures visant à mieux répondre aux besoins spécifiques des familles autochtones (Blackstock et Trocmé, 2005). Ainsi, depuis le début des années 1990, différentes structures communautaires et urbaines

destinées aux familles autochtones ont vu le jour dans différentes provinces canadiennes (qu'on pense notamment au Native Child and Family Services de Toronto ou encore au Système d'intervention d'autorité atikamekw offert dans les communautés au Québec). En dépit de ces efforts, la majorité des femmes autochtones rencontrées estiment que les représentants du système de protection de l'enfance ignorent leur mode de vie familial et elles considèrent que leur bonne foi est fréquemment mise en doute par ces intervenants.

> *Mais essayer de faire comprendre ça. Essayer de faire comprendre ça à des Québécois. Ils ne comprennent rien, ils ne veulent même pas comprendre.*

Certaines études, dont celle effectuée par Killington (2002), rapportent par ailleurs que les mères autochtones peuvent être victimes de racisme et de discrimination de la part des services gouvernementaux à l'enfance. Les répondantes interrogées dans le cadre de cette étude sont d'avis que le fonctionnement de cette structure est discriminatoire envers elles et que leurs interactions avec les intervenants sont teintées de racisme (Killington, 2002). Une participante raconte l'expérience qu'elle a vécue avec sa fille de 17 ans. L'enfant de sa fille a été signalé directement au moment de l'accouchement et une intervention d'une travailleuse sociale a eu lieu directement à l'hôpital. D'après cette mère, l'enfant aurait été signalé seulement en raison de l'âge de la mère et de son appartenance autochtone.

> *L'hôpital avait signalé simplement sur le fait qu'elle était jeune, qu'elle était autochtone… il ne s'était rien passé de spécial.*

L'enfant et sa mère vivent chez la participante et cette dernière accompagne sa fille dans l'éducation de son bébé. Il apparaît que les membres féminins de la famille élargie, comme la grand-mère et les tantes, soient également victimes de discrimination de la part du système de service à l'enfance (Ordolis, 2007), ce qui peut justifier une intervention de la DPJ, même dans le cas où un membre de la famille peut prendre soin de l'enfant.

5.1. Les rapports avec les services de protection de l'enfance : entre imposition et négociation

Bien que les femmes autochtones éprouvent souvent des difficultés avec les services de protection de l'enfance, elles ne sont pas des victimes passives (Kline, 1993). En effet, plusieurs mères autochtones que nous avons rencontrées ont affirmé avoir résisté aux interventions et avoir négocié activement avec les intervenants. Certaines d'entre elles mentionnent s'être « battues » à plusieurs reprises pour faire reconnaître leurs différences culturelles et le fonctionnement de leur famille.

Faut toujours que j'éduque, recommencer mon histoire. Le système social, comment on est, pis toute ça. C'est une grosse lutte ça là. D'essayer de faire reconnaître cette affaire-là juste de dire ton point de vue, que tu es différente de ça.

Faut toujours se battre pour se faire reconnaître. Il faut toujours dire comment on est dans notre façon mais ils ne veulent, ils ne comprennent rien. Tu parles à un mur là, un mur de béton que tu ne reçois rien de l'autre côté.

Selon Kline (1993), ces difficultés occultent le fait que les multiples interventions des services de protection de l'enfance auprès des Autochtones prennent racine dans les conditions historiques d'assimilation et perpétuent l'oppression. Le système actuel de protection de l'enfance est d'ailleurs perçu comme étant une prolongation des politiques d'assimilation de l'époque des écoles résidentielles (Ordolis, 2007). Les propos des participantes laissent croire que la Direction de la protection de la jeunesse tente toujours d'imposer son savoir-faire auprès de l'enfance.

Pis de te faire accepter et d'essayer de faire comprendre et ils ne comprennent pas. Parce qu'ils regardent juste, c'est eux qui ont la meilleure manière c'est eux qui l'ont, on l'a pas nous autres la meilleure manière.

Les mères rencontrées critiquent fermement le système de protection de l'enfance qui ne reconnaît pas que les difficultés vécues dans le cadre de leur expérience de maternité puissent venir de blessures transgénérationnelles : « *Tsé je me dis ils ne prennent pas en considération notre culture. Mais ils ne prennent surtout pas en considération notre dur passé, des écoles résidentielles.* » Elles reconnaissent certains manques, mais les reproches de la Direction de la protection de la jeunesse doivent être remis, selon elles, dans leur contexte sociohistorique.

Ça fait que j'avais des aptitudes manquantes… des manques en tant que maman et je n'ai pas honte de le dire. Ma mère ne m'a pas enseigné ben des choses. Elle n'a pas joué avec moi longtemps je suis en train de faire la même affaire. J'ai vécu dans un environnement alcoolique, j'étais sur le bord tsé. Eux autres leur système je vois ça comme un système en mode réaction au lieu d'être un mode prévention. La DPJ tout de suite ils nous accusent de ne pas [être] *présents. On n'a pas d'habiletés parentales, y a pas d'affectivité* [avec] *nos enfants. Nos enfants sont dans la rue à telle heure. Vous consommez. On revictimise encore la mère surtout… mais les parents. Moi je me dis que c'est un système fucké où c'est la même histoire qui se répète, en 2010.*

Comme l'exprime cette dernière participante, le système actuel de protection de l'enfance perpétue l'imposition d'un système de valeurs ainsi qu'une culture dominante et un savoir-faire qui dévaluent la culture autochtone (Kline, 1993). Ces propos soutiennent l'idée que le système actuel de protection de l'enfance est l'actualisation de ce lourd passé empreint de politiques assimilationnistes et colonialistes. Les écrits scientifiques ainsi que l'expérience des mères autochtones que nous avons

rencontrées au sein de services de protection de l'enfant montrent que les rapports entre les services de protection de l'enfance et les mères autochtones s'inscrivent dans une dynamique de violence structurelle.

Conclusion

Pour bien des femmes autochtones, la maternité est une expérience qui permet de reprendre le pouvoir d'agir et de revaloriser leur culture et leur rôle social. Elles y voient l'occasion de renverser les effets des écoles résidentielles en résistant à l'imposition d'un accouchement selon la tradition médicale et en négociant afin de faire reconnaître leurs repères traditionnels. Pourtant, les services de protection de l'enfance jugent que certaines pratiques comme celles de « partager » son expérience de maternité avec les membres de sa famille élargie, de transposer dans la modernité certaines pratiques parentales traditionnellement nomades ou de transmettre des valeurs de liberté à ses enfants sont inadéquates. Il s'agit alors pour ces mères de constamment expliquer et de sensibiliser les intervenants, souvent sans succès, sur le sujet.

Dans quelle mesure les mères autochtones peuvent-elles conserver leurs repères culturels ? Doivent-elles les cacher, ne pas les vivre et se soumettre aux pratiques valorisées et scientifiquement appuyées ? Sans toutefois nier les difficultés que peuvent éprouver les mères autochtones ni sombrer dans un déterminisme culturel, il importe de jeter un regard sur cette réalité dans un contexte où ces femmes sont marginalisées au sein du système de santé et de services sociaux. Tout cela renvoie à l'éternelle bataille qui caractérise les luttes autochtones, soit celle de faire reconnaître les Autochtones et leur rôle au sein d'une société majoritairement allochtone et hégémonique.

Références bibliographiques

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DÉVELOPPEMENT DU NORD CANADA (2010). « Pensionnats indiens », <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1332939430258/1332939552554>, consulté le 25 mai 2011.

ANDERSON, K. (2006). « New life stirring : Mothering, transformation and aboriginal womanhood », dans D. Memee Lavell-Havard et J. Corbiere Lavell (dir.), *Until Our Hearts Are on the Ground. Aboriginal Mothering, Oppression, Resistance and Rebirth*, Toronto, Demeter Press, p. 13-24.

ARCHIBALD, L. (2004). *Teenage Pregnancy in Inuit Communities : Issues and Perspectives*, Ottawa, Paukuutit Inuit Women's Association.

ASSEMBLY OF FIRST NATIONS (1994). *Breaking the Silence : An Interpretive Study of Residential School Impact and Healing as Illustrated by the Stories of First Nations Individuals*, Ottawa, Assembly of First Nations.

BADRY, D. (2009). « Fetal alcohol spectrum disorder standards : Supporting children in the care of children's services », *First Peoples Child and Family Review*, vol. 4, nº 1, p. 47-56.

BAKER, C. et M. CORMIER-DAIGLE (2000). « Crosscultural hospital care as experienced by Mi'kmaq clients », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 20, p. 1-27.

BENNETT, M. (2007). « Confrontation des mères autochtones aux systèmes de protection de l'enfance et aux tribunaux de la famille : examen de solutions de rechange aux processus judiciaires », dans *Les enfants du Canada*, Ottawa, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, p. 94-100.

BENNET, M. et C. BLACKSTOCK (2002). *Recensement des écrits et bibliographie annotée traitant de certains aspects du bien-être des enfants autochtones au Canada*, Ottawa, Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.

BENT, K., W. JOSEPHSON et B. KELLY (2004). « Effects of an aboriginal cultural enrichment program on adolescent mothers' self-perceptions », *First Peoples Child and Family Review*, vol. 1, p. 83-100.

BIRCH, J. *et al.* (2009). « Culturally competent care for aboriginal women : A case for culturally competent care for aboriginal women giving birth in hospital settings », *Journal de la santé autochtone*, décembre, p. 24-34.

BLACKSTOCK, C. et N. TROCMÉ (2005). « Community-based child welfare for aboriginal children supporting resilience through structural change », *Social Policy Journal of New Zealand*, vol. 24, p. 12-33.

BOUJU, J. et M. De BRUIJN (2008). « Violences structurelles et violences systémiques. La violence ordinaire des rapports sociaux en Afrique », *Bulletin de l'APAD*, <http://apad.revues.org/3673>, p. 27-28.

BREWER, C., P. BIRD et E. PANOUSOS (2009). *À la recherche de modèles de soins de maternité de qualité pour les communautés inuites et des Premières Nations : évaluation préliminaire des besoins – Rapport final des conclusions*, Ottawa, Les Centres Ajunnginiq et des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA).

CANADIAN INSTITUTE OF CHILD HEALTH (2000). *Pro-Action, Postponement, and Preparation/Support*, Ottawa, CAPC/CPNP.

CHAZE, F. (2007). « Donner un visage humain à la protection de la jeunesse : voix venant des Prairies », dans Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (dir.), *Les enfants du Canada*, Ottawa, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, p. 80-81.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR – CSSSPNQL (2007). *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec 2007-2017*, Québec, CSSSPNQL.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR – CSSSPNQL (2009). *Portrait communautaire/régional de la situation en matière de soins de santé maternelle et infantile* (SMI), Québec, CSSSPNQL.

COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES (1996). *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones. Perspectives et réalités*, vol. 4, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1307458586498>.

DAVIS-FLOYD, R. (2000). « Mutual accommodation or biomedical hegemony ? Anthropological perspectives on global issues in midwifery », *Midwifery Today and Childbirth Education*, vol. 12, p. 68-89.

DODGSON, J.E. et R. STRUTHERS (2005). « Indigenous women 's voices : Marginalization and health », *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 16, nº 4, p. 339-346.

FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC INC. – FAQ (2008). *Les femmes autochtones et la violence*, Québec, FAQ.

FISKE, J. (1993). « Child of the state mother of the Nation : Aboriginal women and the ideology of motherhood », *Culture*, vol. 13, p. 17-35.

FOSTER, C.H. (2006). « What nurses should know when working in Aboriginal communities », *Canadian Nurse*, vol. 102, p. 28-31.

FOX, K.E. (2004). « Are they really neglected ? A look at worker perceptions of neglect through the eyes of a National Data System », *First Peoples Child and Family Review*, vol. 1, p. 73-82.

GALTUNG, J. (1969). « Violence, peace, and peace research », *Journal of Peace Research*, vol. 6, p. 167-191.

GOUGH, P. *et al.* (2005). *Pathways to the Overrepresentation of Aboriginal Children in Care*, Toronto, University of Toronto, Centre of Excellence for Child Welfare.

GREENWOOD, M. (2003). *BC First Nations Children : Our Families, Our Communities, Our Future : British Columbia First Nations*, Vancouver, Early Childhood Development Roundtable.

HAMILTON, A.C. et C.M. SINCLAIR (1991). *Report of Aboriginal Justice Inquiry of Manitoba*, Winnipeg, Government of Manitoba.

HILL, D.M. (2003). *La guérison traditionnelle dans les contextes contemporains. Protéger et respecter le savoir et la guérison indigènes*, Ottawa, Organisation nationale de la santé des autochtones.

JACCOUD, M. et R. BRASSARD (2003). « La marginalisation des femmes autochtones à Montréal », dans D. Newhouse et E. Peters (dir.), *Des gens d'ici – Les Autochtones en milieu urbain. Projet de recherche sur les politiques*, Ottawa, Gouvernement du Canada, p. 143-160.

JAMES, S.E. *et al.* (2003). « The violent matrix : A study of structural, interpersonal, and intrapersonal violence among a sample of poor women », *American Journal of Community Psychology*, vol. 31, p. 129-141.

JOHNSTON, P. (1983). *Native Children and the Child Welfare System (Canadian Council on Social Development Series)*, Toronto, James Lorimer & Company.

KILLINGTON, S. (2002). *Missing Voices : Mothers at Risk for or Experiencing Apprehension in the Child Welfare System in BC*, Vancouver, National Action Committee on the Status of Women.

KLINE, M. (1993). « Complicating the ideology of motherhood : Child welfare law and First Nation women », *Queen's Law Journal*, vol. 18, p. 306-342.

LEWIS, M. (2005). « The child and its family : The social network model », *Human Development*, vol. 48, p. 8-27.

LUONG, May (2008). *Que sont devenues les mères adolescentes ?*, Ottawa, Statistique Canada.

MACLAURIN, B. *et al.* (2007). « Compréhension de la surreprésentation des enfants des Premières Nations dans le système de la protection de l'enfance au Canada : une analyse de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ÉCI-2003) », dans *Les enfants du Canada*, Ottawa, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, p. 24-29.

MCSHANE, K.E. et P.D. HASTINGS (2004). « Culturally, sensitive approachs to research on child development and family practices in First Peoples communities », *First People Child and Family Review*, vol. 1, p. 33-48.

MILLER, H.V. *et al.* (2008). « Explaining substance use among Puerto Rican adolescents : A partial test of social learning », *Journal of Drug Issues*, vol. 38, p. 261-284.

MONTMINY, L. *et al.* (2010). « Pour une meilleure compréhension des particularités de la violence conjugale vécue par les femmes autochtones au Canada », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 23, nº 1, p. 53-66.

MORISSETTE, P.J. (1994). « The holocaust of First Nation people : Residual effects on parenting and treatment implications », *Contemporary Family Therapy*, vol. 5, p. 381.

MZINEGIIZHIGO-KWE BÉDARD, R.E. (2006). An Anishinaabe-kwe ideology on mothering and motherhood. Dans D. Memee Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), *Until Our Hearts Are on the Ground : Aboriginal Mothering, Oppression, Resistance and Rebirth*, Toronto, Demeter Press, p. 65-75.

NECKOWAY, N., K. BROWNLEE et B. CASTELLAN (2007). « Is attachment theory consistent with Aboriginal parenting realities ? », *First Peoples Child and Family Review*, vol. 3, p. 65-74.

NEDELSKY, J. (1989). « Reconceiving autonomy : Sources, thoughts, and possibilities », *Yale Journal of Law and Feminism*, vol. 1, p. 7-16.

ORDOLIS, E. (2007). « A story of their own : Adolescent pregnancy and child welfare in Aboriginal communities », *First Peoples Child and Family Review*, vol. 3, nº 4, p. 30-41.

PARAZELLI, M. (2008). « Violences structurelles », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 20, nº 2, p. 3-8.

PARENT, C. *et al.* (dir.) (2008). *Visages multiples de la parentalité*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

RICHARD, K. (2007). « On the matter of cross-cultural Aboriginal adoptions », dans I. Brown *et al.* (dir.), *Putting a Human Face on Child Welfare : Voices from the Prairies*, Regina, Prairie Child Welfare Consortium / Centre of Excellence for Child Welfare.

ROSALYN-ING, N. (1991). « The effects of residential schools on Native child-rearing practices », *Canadian Journal of Native Education*, vol. 18, p. 65-118.

SANTÉ CANADA (2007). *Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil de programmes*, Ottawa, Santé Canada.

SANTÉ CANADA (2009). *Profil statistique de la santé des Premières nations du Canada*, Ottawa, Santé Canada.

SIMPSON, L. (2006). « Birthing an Indigenous resurgence : Decolonizing our pregnancy and birthing ceremonie », dans D. Memee Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), *Until Our Hearts Are on the Ground : Aboriginal Mothering, Oppression, Resistance and Rebirth*, Toronto, Demeter Press, p. 25-33.

SMITH, D., C. VARCOE et N. EDWARDS (2005). « Turning around the intergenerational impact of residential schools on Aboriginal people : Implications for health policy and practice », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 37, p. 38-60.

SMYLIE, J. *et al.* (2000). « A guide for health professionals working with Aboriginal peoples », *Journal of Obstetrics et Gynaecology Canada*, vol. 100, p. 1056-1061.

SOKOLOSKI, E.H. (1995). « Canadian First Nations women's beliefs about pregnancy and prenatal care », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 27, p. 89-100.

STATISTIQUE CANADA (2005). *Projections des populations autochtones, Canada, provinces et territoires 2001 à 2017*, Catalogue nº 91-547-XIF, Ottawa, Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (2007). *Naissances*, Catalogue nº 84F0210X, Ottawa, Statistique Canada.

STOUT, M.D., G.D. KIPLING et R. STOUT (2001). *Santé des femmes autochtones. Projet de synthèse des recherches – Rapport final*, Winnipeg, Les Centres d'excellence pour la santé des femmes.

STREGA, S. et J. CARRIERE (dir.) (2009). « *Walking this Path Together : Anti-Racist and Anti-Oppressive Practice in Child Welfare* », Halifax, Fernwood Publishing.

TOURIGNY, M. *et al.* (2007). « Les mauvais traitements envers les enfants autochtones signalés à la protection de la jeunesse du Québec : comparaison interculturelle », *First People Child and Family Review*, vol. 3, p. 84-102.

WEAVER, H.N. (2010). « The healthy living in two worlds project : An inclusive model of curriculum development », *Journal of Indigenous Voices in Social Work*, vol. 1, p. 1-18.

WESLEY-ESQUIMAUX, C.C. et M. SMOLEWSKI (2003). *Traumatisme historique et guérison autochtone*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison.

WHITTY-ROGERS, J. (2006). « Mi'kmaq women's childbirth experiences : Summary of literature review and proposed study for master's thesis », *Pimatisiwin*, vol. 4, p. 67-93.

WHITTY-ROGERS, J., J. ETOWA et J. EVANS (2006). « Becoming an Aboriginal mother : Childbirth experiences of women from one Mi'kmaq community in Nova Scotia », dans D. Memee Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), *Until Our Hearts Are on the Ground : Aboriginal Mothering, Oppression, Resistance and Rebirth*, Toronto, Demeter Press, p. 34-61.

CHAPITRE

7

LA MATERNITÉ DANS L'OMBRE
LA RÉALITÉ INCONNUE DES MÈRES D'ENFANTS HANDICAPÉS

Alice Home
Université d'Ottawa

Le rôle maternel est devenu plus complexe et plus diversifié dans les sociétés occidentales, mais la représentation de la maternité ne reflète pas cette nouvelle réalité. Alors que la plupart des mères occupent un emploi et que plusieurs femmes dirigent seules une famille, la définition de la maternité reste étroite. Les écrits féministes contestent, depuis longtemps, l'image de la mère épanouie, en soulignant que le travail maternel est peu valorisé, non rémunéré et surtout invisible. De même, on a critiqué la distinction, en service social, entre les « bonnes » mères et celles considérées comme inadéquates à cause de leur déviance par rapport à la maternité dite normale. Grâce à ces revendications et à des changements sociaux, les frontières de la maternité « acceptable » ont été repoussées depuis quelques décennies. On tolère davantage certains types de mères et on reconnaît que les femmes peuvent rechercher la valorisation en assumant une diversité de rôles. Cependant, la société continue de leur attribuer la responsabilité de prodiguer des soins aux enfants et d'exiger leur entière disponibilité aussitôt que le rôle maternel doit être joué (Cancian et Oliker, 2000). De plus, ce rôle s'est alourdi depuis le virage vers les soins communautaires et familiaux. Désormais, les femmes doivent ajouter à leurs tâches habituelles le travail de nature plus émotive qui consiste à définir les besoins des membres de la famille, à chercher les ressources adéquates et à assurer le suivi (Devault, 1999).

Si ces attentes sont irréalistes pour la plupart des mères, elles sont impossibles à atteindre pour celles dont la situation familiale ou la position sociale est particulièrement exigeante. En effet, le mythe de la femme comme « aidante naturelle », dont les soins se donnent par instinct maternel, ne fait que masquer la dure réalité de celles qui exercent leur rôle maternel dans des contextes difficiles (Neysmith, 2002). Les mères d'enfants handicapés font partie d'un groupe marginalisé dont le vécu est loin de l'image sociétale de la femme (Kingston, 2007), car se fier à son instinct dit naturel ne suffit pas lorsque les besoins spéciaux de l'enfant requièrent un travail maternel intensif et spécialisé (Segal, 2001). On tient pour acquis les sacrifices que font ces femmes pour être considérées comme de « bonnes » mères, tout en les culpabilisant lorsque, malgré leurs efforts, l'enfant ne peut progresser selon le rythme attendu (Green, 2007 ; Kingston, 2007).

Étant donné le nombre de familles dont un enfant est atteint d'un handicap, il est surprenant que le vécu de ces mères ne figure guère parmi les représentations de la maternité. Par conséquent, on entend rarement la voix de ces femmes et les services communautaires et publics tiennent peu compte de leurs besoins. Le texte qui suit vise à montrer leurs expériences à partir d'une analyse critique des écrits, illustrée par des données tirées d'une recherche menée auprès de mères d'enfants ayant un handicap invisible (Home et Pearce, 2003). Entreprise en collaboration avec un groupe d'entraide, cette recherche se concentre sur les femmes ayant un emploi en plus de s'occuper d'un enfant âgé de 6 à 17 ans, chez qui l'on a diagnostiqué le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Ce handicap touche entre 5 % et 8 % de la population, en plus de constituer la raison principale de consultation des services de santé mentale pour enfants (Barkley, 1997).

La recherche en question comporte deux volets : une étude qualitative auprès de 40 mères et un sondage national[1]. Le premier volet, basé sur des entrevues semi-dirigées, voulait donner aux mères l'occasion de s'exprimer sur leur vécu, de préciser le soutien disponible ainsi que les besoins non comblés. L'objectif du sondage mené auprès de 197 mères était de comprendre comment les femmes dans cette situation perçoivent les côtés positifs et négatifs de leur rôle maternel, en plus de déterminer ce qui influe sur leur expérience. Afin de rendre notre texte plus concret, nous illustrons les points abordés à l'aide de citations tirées des entrevues et de réponses données aux questions ouvertes posées lors du sondage.

1. Pour de plus amples renseignements au sujet de l'étude qualitative, veuillez consulter Home et Pearce (2003) et Home (2008). Nous remercions le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) pour son soutien financier (2002-2005) et CHADD Canada pour sa collaboration tout au long de la recherche.

En examinant la littérature, on constate rapidement que l'expérience de ces femmes apparaît très peu dans les représentations de la maternité. À partir des écrits et de nos données, nous exposerons leur vécu, avant d'examiner pourquoi celui-ci est si peu connu. Nous soulignerons alors la nature sexuée de la prestation des soins et le fait que ces femmes restent généralement silencieuses sur leurs expériences. Enfin, nous analyserons comment le peu d'écrits existants décrivent ces mères comme un groupe homogène, malgré la diversité des handicaps, des situations familiales et des positions sociales. Nous terminerons en discutant des implications de notre analyse pour les pratiques et les politiques touchant les mères dans ces situations exigeantes.

1. Quelle est la réalité des mères d'enfants handicapés ?

Lorsqu'on examine les quelques recherches traitant du vécu de ces mères, on découvre un fossé énorme entre celui-ci et l'image du rôle maternel qui domine dans la société aujourd'hui. Sur le plan professionnel, par exemple, on s'attend à ce que la plupart des mères puissent concilier les tâches familiales avec un emploi, mais les études montrent l'importance des adaptations que doivent faire les mères d'enfants handicapés. Étant donné la lourdeur des responsabilités familiales, la nécessité d'y répondre pendant la journée et l'insuffisance des services de garde adaptés, plusieurs mères d'enfants handicapés cèdent à la pression sociale et réduisent leur implication dans leur milieu de travail. Cette mère d'un enfant avec le TDAH explique que pendant sa journée de travail : « il fallait que j'aille à des rendez-vous chez le psychiatre ou le psychologue, ou fallait que j'aille chercher mon fils à l'école où il était suspendu » (Home et Pearce, 2003, p. 174). De même, si un arrangement de garde à l'égard d'un enfant avec handicap s'écroule, ce sont les mères qui doivent elles-mêmes en assumer la responsabilité ou bien trouver une autre ressource (Read, 2000). Ces obligations limitent beaucoup leurs possibilités professionnelles. Celles qui continuent à occuper un poste à temps plein sacrifient leur temps de loisirs, alors que d'autres réduisent leurs heures de travail ou prennent un emploi à temps partiel, malgré la perte de sécurité et de bénéfices qu'impliquent ces options (Shearn et Todd, 2000). Comme le constate Traustadottir (1991), lorsque les besoins de l'enfant dépassent ce qui est considéré comme habituel, les frontières d'acceptation sociale se déplacent et on respecte moins le droit de la mère de jouer un rôle professionnel.

Ce n'est pas seulement la priorité accordée aux différents rôles que ces mères doivent adapter, puisque des études qualitatives nous font découvrir que la réalité quotidienne de leur rôle maternel est très loin de l'image idéalisée de la maternité naturelle et instinctive. Comme l'indique Kingston (2007), juste « être là pour son enfant » ne suffit pas lorsqu'un

enfant a des besoins particuliers. En effet, la société définit l'enfance comme une période de dépendance temporaire, qui implique un progrès prévisible vers une vie adulte indépendante et productive (Green, 2007). Le fait que les enfants handicapés ne peuvent se conformer à ce stéréotype est perçu comme un problème social pour lequel seulement quelques services spécialisés sont fournis. Il revient donc aux mères d'élaborer des stratégies pour permettre à l'enfant de se débrouiller dans une société qui tolère peu la diversité. À titre d'exemple, le TDAH retarde d'environ 30 % le développement émotif des jeunes atteints de ce trouble, ce qui les amène à contrôler plus difficilement leur impulsivité que ne le font les enfants de leur âge (Barkley, 1997). Les propos d'une mère illustrent comment elle devait surveiller et encadrer sa fille :

> *À 6 ans, ma fille était capable de faire des choses par elle-même et d'y prendre plaisir… Mais pour elle, je devais m'assurer que l'événement où elle allait était correct. Je ne veux pas qu'elle reste chez une amie pour plus d'une heure car je sais qu'elle va se disputer. Je dois tout prévoir pour elle. Je trouve que ce n'est pas être parent du tout. C'est comme gérer une armée. Vous savez, c'est le soldat un tel et je suis le sergent et je dois être en charge du soldat en tout temps pour éviter qu'il soit dans le trouble* (E14).

Il s'agit nettement d'un rôle maternel « appris » car, selon une participante à l'étude de Segal (2001), « être une mère adéquate n'est pas suffisant pour ces enfants… vous ne pouvez pas vous permettre d'improviser comme vous l'avez fait avec les autres » (p. 268). La même auteure constate que, lorsque l'enfant présente des troubles de comportement, il faut généralement changer de méthodes éducatives. Les propos d'une mère d'enfants ayant le TDAH servent d'exemple : « *Ces enfants ne répondent pas aux stratégies parentales normales. Tu dois être plus ferme. Tu dois être plus persistant. Il est très entêté, il est très exigeant et il n'en donne pas beaucoup en retour* » (E14). Selon une autre participante à la même étude, ces adaptations si essentielles provoquent quand même des réactions de la part de la fratrie :

> *Je m'y prends tout à fait différemment avec lui qu'avec eux… tu ne peux pas le faire de la même façon. Ils pensent que c'est un enfant gâté. Ils vont dire : « Pourquoi tu ne le punis pas ? Tu devrais le mettre dans sa chambre pendant deux heures ! » Mais ça ne fonctionnera pas… Ils pensent qu'ils n'ont pas eu les mêmes chances* (E13).

Peu importe le type de handicap que présente l'enfant, les recherches révèlent à quel point le travail maternel de ces femmes est complexe et spécialisé. On s'attend à ce qu'elles fournissent des services presque professionnels, et cela, sans aucune formation, rémunération ou reconnaissance (McKeever et Miller, 2004). Ces femmes sont obligées d'adopter des rôles qui exigent des compétences spécialisées normalement associées au travail professionnel (Traustadottir, 1991). Selon la nature des besoins de l'enfant,

elles doivent être infirmières, gestionnaires de cas, éducatrices, en plus de travailler à la défense des droits de leur enfant (Roeher Institute, 2000). De plus, on s'attend à ce que la femme prodigue ces soins intensifs et difficiles comme faisant partie intégrante de son rôle maternel, même si les tâches complexes transforment ce rôle, devenu très différent de ce qui existe dans la plupart des familles (McKeever et Miller, 2004).

Ce travail complexe reste invisible si la femme l'accomplit bien, mais, lorsque c'est le père qui s'occupe de ces tâches, la contribution de ce denier est considérée comme étant tout à fait remarquable (Read, 2000). De plus, les écoles et autres établissements, qui hésitent à « déranger » le père, demandent de façon habituelle que la mère laisse tomber ses autres occupations aussitôt que les besoins spéciaux de l'enfant l'exigent. La mère agit donc comme une « armée de réserve » en alerte perpétuelle (McKeever et Miller, 2004). Les répondantes à notre étude confirment les propos de ces chercheuses. En effet, une mère constate que « *si ce ne sont pas les professeurs, c'est le directeur qui appelle* » (F10), alors qu'un autre dit que, même si le père travaille tout près, c'est elle qui est première répondante : « *Ils m'appellent moi* […] *mes équipes savent exactement où je suis en tout temps. S'ils ne peuvent pas me rejoindre, ils appellent mon mari… Son bureau est seulement à 10 minutes de l'école* » (F7).

En plus d'être intrusif, ce travail est épuisant, ne laissant aucune place pour le repos ou la vie personnelle, comme l'explique cette mère seule dont l'enfant a des problèmes de sommeil : « *Il se rend dans sa chambre et ferme sa porte… sort… rentre… sort… rentre… sort… rentre. Y peut faire ça 25 fois. "Veux-tu arrêter?" "J'ai pas sommeil"… Moi des fois je veux me coucher. Je veux dormir. Je lui dis : "Qu'est-ce que tu fais? Le* shift *de nuit?"* » (F11). Si plusieurs enfants ont un trouble de comportement, une surveillance constante est nécessaire, même lorsqu'il y a deux parents présents : « *On ne peut pas laisser les deux seuls ensemble ou nous payons le prix… ce n'est pas qu'une petite chicane à propos d'une émission de télévision. C'est comme la troisième guerre mondiale, frapper, donner des coups de pied, mordre* » (E28).

Évidemment, la vigilance et le temps requis pour s'assurer de la santé et de la sécurité de ces enfants empiètent sur la vie de couple et sur le temps personnel. La vie familiale n'est pas ce à quoi ces femmes s'attendaient, comme nous l'explique cette même mère : « *La maison est supposée être un endroit où tu te détends, où tu peux te sentir en sécurité… Les autres familles* […] *peuvent parler avec leurs enfants et faire des choses ensemble… Notre maison n'est pas comme ça… C'est impossible d'avoir une vie familiale calme et détendue dans ces conditions* » (Home, 2008). On peut douter du réalisme d'une vie familiale calme et détendue lorsque la société exige que tous les enfants se comportent de façon parfaite, peu importe le

contexte familial. Cependant, d'autres études ont également trouvé que la vie familiale dite normale n'existe plus lorsque l'enfant a des problèmes sérieux de comportement (Kingston, 2007).

De plus, comme d'autres femmes qui exercent leur maternité dans les situations difficiles, il semble que les mères d'enfants handicapés se sentent très peu appuyées. Si le soutien, tant informel que formel, est encore plus indispensable pour les mères qui affrontent des défis additionnels, comme la responsabilité d'enfants handicapés, ces femmes trouvent rarement le soutien nécessaire. Les recherches indiquent que, lorsque la famille élargie accepte l'enfant tel qu'il est et sait comment s'occuper de lui, cette aide pratique est indispensable. Cependant, la recherche révèle que beaucoup de ces mères ne reçoivent le soutien informel que dans les situations d'urgence (Roeher Institute, 2000 ; Cronin, 2004). Même si la famille habite près, ses membres peuvent se sentir incapables de prendre soin d'un enfant avec un handicap physique ou intellectuel. D'autres peuvent refuser de garder un enfant avec un trouble de comportement, comme l'indiquent certaines des mères que nous avons rencontrées : « *Il y a bien des membres de ma famille qui ne veulent rien savoir de lui* […] *ils ont peur de sa réaction* » (Home et Pearce, 2003).

Considérant le peu d'aide fourni par la famille élargie, les services formels sont essentiels pour permettre aux mères de se ressourcer et de se reposer un peu. Cependant, les rares services publics ne sont accessibles qu'aux familles dont l'enfant répond à certains critères précis, en fonction du type de handicap ou de sa sévérité. À titre d'exemple, une mère qui recevait du répit pour son fils autiste n'avait pas accès à ce service pour son autre enfant ayant un TDAH, même si elle trouvait ce dernier plus exigeant. Plusieurs mères doivent donc se battre pour obtenir des services qui devraient leur être accessibles (Russell, 2003). Malgré la fatigue et la surcharge de travail, ces mères persistent pour s'assurer que les besoins de leurs enfants sont comblés, en se disant « si je ne me bats pas, qui va le faire pour lui ? » (Kingston, 2007, p. 104). Or, certaines d'entre elles doivent même lutter pour faire reconnaître leur droit de militer, malgré le risque qu'on ne les perçoive plus comme des mères formidables, qui sacrifient tout et se débrouillent d'une manière qui étonne autrui, mais plutôt comme des mères surprotectrices qui en font trop et qui refusent de lâcher prise (Read, 2000). Une répondante à notre sondage illustre à quel point il est difficile de résister à la critique selon laquelle elle est une mère « hélicoptère », c'est-à-dire une mère qui plane continuellement au-dessus de ses enfants :

> *Je me demande parfois si je suis la source de tous les problèmes parce que je fais trop d'interventions à l'école, trop d'aide dans les devoirs… C'est seulement quand je regarde mon autre enfant, tellement reposant et agréable, que je me dis que non – ce n'est pas moi le problème* (S62).

Devant l'incompréhension de la société à l'égard des enfants qui ont des besoins spéciaux, les mères de ceux-ci sont obligées d'ajouter à leur fardeau, déjà lourd, la tâche d'expliquer continuellement aux proches et aux professionnels la nature et l'impact du handicap (Read, 2000). De plus, certaines d'entre elles vont au-delà de leur situation pour tenter d'améliorer le sort des familles vivant dans un contexte semblable. À cette fin, elles s'engagent dans la sensibilisation communautaire, le lobbying ou la défense de droits afin de changer les attitudes, les politiques et les services offerts. Même si de telles activités ne font pas partie du rôle maternel traditionnel, on les perçoit comme une extension de celui-ci lorsqu'elles sont réalisées par les femmes dont les enfants sont handicapés (Traustadottir, 2000). À titre d'exemple, ce sont surtout des mères qui finissent par assumer la responsabilité des groupes d'entraide dans la communauté. Si cela peut leur procurer du soutien et contrer ainsi l'isolement et la marginalisation, il reste que ce travail est non rémunéré, ardu, stressant et peu reconnu par la société (Kingston, 2007).

2. Pourquoi la réalité de ces mères est-elle si peu connue ?

Si le vécu de ces mères est si loin de la maternité telle que représentée habituellement, on peut se demander pourquoi on ne le connaît pas davantage. Les écrits permettent d'identifier deux facteurs qui contribuent à cette méconnaissance : la nature sexuée de la prestation des soins aux enfants dans notre société et la réticence des mères d'enfants handicapés de parler de leur expérience.

2.1. La nature sexuée de la prestation des soins

Même si l'inégalité sexuée dans l'allocation des soins aux enfants a bien été documentée (Neysmith, 2002), cette reconnaissance a peu changé les attentes sociétales à l'égard des mères. Plusieurs études soulignent que le rôle de prodiguer des soins est encore attribué aux femmes, peu importe leur situation particulière et malgré leur participation de plus en plus importante sur le marché du travail. Même si certains pères commencent à s'impliquer dans les soins des enfants, les mères portent encore la responsabilité ultime en ce qui a trait à la gestion de la famille et à la santé de ses membres (Home, 2002). À titre d'exemple, une mère rencontrée explique : « *Mon mari va m'aider si je lui dis exactement quoi faire. J'aimerais qu'il planifie de temps en temps* » (F8). Parmi les facteurs pouvant expliquer la persistance de cette inégalité, Kingston (2007) souligne que seules les femmes vivent le soin des enfants comme un travail d'amour qui a deux significations étroitement liées, soit *prendre soin* des enfants et leur *prodiguer* des soins. Le fait de s'occuper des multiples soins aux enfants est

perçu comme un indicateur du degré d'amour qu'éprouvent les mères à leur endroit, ce qui permet à la société de continuer à faire pression sur elles pour qu'elles demeurent les principaux prestataires des soins et à culpabiliser celles qui résistent (Traustadottir, 2000).

De plus, les aménagements économiques, tant dans le monde du travail que dans la communauté, se basent toujours sur la supposition de l'entière disponibilité des femmes au rôle maternel (Cancian et Oliker, 2000). Cette charge de travail non rémunérée qu'assument les femmes a même augmenté depuis quelques décennies, notamment à cause de la diminution de l'accès à l'aide de la famille élargie et des ressources publiques. En plus de leur travail domestique, les mères sont maintenant tenues de s'occuper de ces composantes émotionnelles et exécutives, telles que la définition des besoins de la famille et la recherche des ressources pertinentes et accessibles. En effet, ces femmes sont responsables de l'organisation et de la planification, de la prise de rendez-vous et des suivis, en plus d'être obligées de défendre les droits de leurs enfants lorsque leurs besoins ne sont pas comblés (Lee, 1997).

Ce fardeau déjà irréaliste s'alourdit lorsqu'un enfant a des besoins spéciaux, car ces familles doivent faire face à l'exclusion sociale, en plus de subir plusieurs inégalités dans les domaines de l'emploi, du revenu, des loisirs et de la qualité de la vie familiale (Dowling et Dolan, 2001). Ces désavantages affectent beaucoup plus les femmes que les hommes (Rolf, 2003 ; Kingston, 2007), mais la plupart des écrits cachent ce fait en employant des termes neutres comme « aidants » et « parents » pour décrire les répondants aux études, qui sont pourtant presque toujours les mères (Home, 2002). Lorsque les recherches mettent explicitement l'accent sur les mères, on souligne les impacts négatifs associés au fait d'être aidant principal et on sous-estime certains effets positifs rapportés par les femmes, dont la découverte de leurs forces, l'apprentissage de la tolérance et la défense des droits (Ryan et Runswick-Cole, 2008 ; Home, 2008). Le ton négatif de la plupart des écrits portant sur ces mères dirige l'attention des professionnels sur des facteurs d'ordre personnel et familial plutôt que sur la résilience de celles-ci. En effet, on reconnaît peu que ces femmes exercent leur travail maternel dans un contexte social où le soutien, déjà insuffisant pour toute famille, est clairement inadéquat étant donné les défis additionnels (Greenspan, 1998).

Dans ce contexte, les coûts sociaux associés aux soins pour personnes dépendantes sont réduits au minimum, entraînant la nécessité que les femmes se sentent obligées de faire le travail maternel non rémunéré (Traustadottir, 2000). La société doit alors convaincre celles-ci que ce rôle d'aidante leur revient et que le fait de se sacrifier pour les autres constitue une source d'épanouissement. Pour contrer ce mythe, il est essentiel de concevoir dans une perspective féministe le *caring* qui, toujours selon la

même auteure, est un travail effectué par les femmes. Il est socialement prescrit que celles-ci organisent et réorganisent constamment leur vie afin de répondre aux besoins des autres. Les féministes soutiennent que, loin d'être un « travail d'amour », le *caring* est un phénomène construit, qui détermine largement la place de la femme au sein de la société (Traustadottir, 2000). Quand ce *caring* implique les soins à une personne handicapée, la mère est obligée de se centrer sur celle-ci à un tel point ou « [s]a vie entière [lui] appartient », explique une participante à une étude (Fox *et al.*, 2002, p. 446).

2.2. Une maternité exercée en silence

Malgré la nature épuisante de leur vécu, bon nombre de ces mères n'expriment pas « comment leur journée typique peut être atypique » (Greenspan, 1998, p. 43). Différents facteurs peuvent contribuer à leur silence. Certains chercheurs avancent que le stress devient invisible pour les personnes qui le vivent de façon perpétuelle. Par exemple, pour certaines mères habituées aux exigences associées au fait de s'occuper d'un enfant handicapé, en minimiser la difficulté et les impacts peut servir de stratégie d'adaptation (Repetti et Wood, 1997). Cependant, le fait de ne pas se rendre compte que ces tâches drainent leur énergie et leurs ressources n'explique pas, à lui seul, pourquoi la plupart des mères dans cette situation partagent si peu leur vécu difficile. Pour mieux comprendre leur silence, il faut examiner l'impact sur elles de l'image idéalisée de la maternité et les règles qui en découlent.

Dans cette perspective, la « bonne » mère doit assumer les responsabilités lourdes du rôle d'aidante dite naturelle sans se plaindre (Greenspan, 1998). De plus, elle doit placer les besoins de ses enfants avant les siens et devrait se sentir épanouie en se sacrifiant ainsi pour eux (Kingston, 2007). Afin de nous conformer à cette image, « nous montrons au monde notre image la plus courageuse, nous ne dévoilons pas aux autres notre vrai vécu », selon une participante à l'étude de Dowling et Dolan (2001, p. 30). De plus, la mère « épanouie » n'est pas censée ressentir des sentiments négatifs ou ambivalents face à son enfant, même si de telles réactions sont normales chez tout parent. Lorsque le handicap de l'enfant s'exprime par des comportements difficiles, tels que l'opposition continuelle, les mères avouent ressentir de la frustration et de la colère, mais elles n'osent en parler que sous le couvert de la confidentialité. À titre d'exemple, deux mères nous avouent la façon dont elles vivent la supervision des devoirs : « *C'est l'enfer. Y veut pas. J'essaie de me détacher mais ça m'enrage* » (E11) et « *c'est la guerre…il faut négocier constamment… Un devoir qui devrait prendre 15 minutes, ça prend une heure et demie… lui il s'en fout… je trouve ça pénible* » (F6).

Cependant, plusieurs femmes dans cette situation craignent que le fait d'en parler publiquement pourrait leur valoir des reproches de la part de leur famille et l'étiquette de « mauvaise » mère de la part des professionnels de la santé ou des services sociaux. Notons que les pères ne vivent pas le même type de surveillance minutieuse (Kingston, 2007). Les mères hésitent à parler de leurs propres besoins de peur d'être perçues comme étant égoïstes (Todd et Jones, 2003), ne discutant de leur bien-être qu'en relation avec celui de leur enfant (Kingston, 2007). Par exemple, plusieurs d'entre elles se permettent d'exprimer leur besoin de répit uniquement si elles sont complètement épuisées, comme celle qui a engagé une action judiciaire : « Je serais morte sans ce répit » (Kingston, 2007, p. 167). C'est le manque de personnes à la fois capables et prêtes à garder leur enfant qui pousse les mères à agir, selon une répondante à notre sondage : « *Je n'ai pas été capable de trouver quelque chose et, croyez-moi, j'ai cherché. Tous les arrangements informels que j'ai mis en place dans le passé se sont écroulés à cause du comportement de mon fils – les gens ne veulent pas de lui* » (S46). Ces mères cherchent du répit en dernier recours sachant que, si elles demandent de l'aide ou insistent sur les droits de leurs enfants, elles peuvent être perçues comme trop exigeantes et se voir refuser l'accès à des services professionnels dont leurs enfants ont besoin (Todd et Jones, 2003).

Bien des femmes ont internalisé le mythe que toute mère devrait être capable de gérer facilement n'importe quel défi, sans quoi elle est perçue comme « déficitaire » (Kingston, 2007). D'une part, l'organisation résiduelle de nos services sociaux implique qu'il faut accepter d'être classée comme mère « inadéquate » pour recevoir de l'aide (Davis et Krane, 1996). D'autre part, même si c'est la mère qui connaît le mieux les besoins de son enfant, ses idées et son expertise sont rarement valorisées par les professionnels (Levine, 2008). Malgré ces difficultés, plusieurs mères persistent et, comme l'a dit une participante à l'étude de Ryan et Runswick-Cole (2008), elles « débutent inquiètes et finissent guerrières » (p. 204).

Nous avons décrit ci-dessus le vécu des mères d'enfants handicapés, en plus d'explorer pourquoi leur expérience est si peu connue. Entre autres choses, nous avons mentionné que ces mères doivent faire face à certaines situations douloureuses, comme l'exclusion des activités familiales et communautaires parce qu'on ne veut pas « voir » la peine qu'elles vivent (Greenspan, 1998). Alors que les formes que prend la marginalisation peuvent varier, les écrits ont tendance à traiter ces mères comme une population homogène (Ryan et Runswick-Cole, 2008). Dans la prochaine section, nous présenterons la diversité des femmes ayant des enfants avec besoins spéciaux, en insistant sur l'impact de ces différences sur leur vécu maternel.

3. La diversité des mères d'enfants handicapés : un même modèle s'applique-t-il à tous ?

Les écrits indiquent que deux facteurs en particulier peuvent modifier le vécu de ces mères : la nature du handicap qu'a l'enfant et la situation sociale de la famille. Nous abordons ces deux points en les illustrant à l'aide d'exemples tirés de nos études.

3.1. La diversité selon le type de handicap de l'enfant

La nature du handicap et la façon dont celui-ci se manifeste ont un impact sur le vécu de la mère. Par exemple, les femmes dont les enfants ont un handicap visible (physique ou intellectuel) doivent relever quelques défis particuliers. En raison de la pénurie de ressources publiques, ces mères sont obligées de se battre constamment pour avoir accès à l'équipement spécialisé ou aux interventions souvent coûteuses dont leurs enfants ont besoin. Même si les soins requis peuvent exiger énormément de temps et d'énergie, la plupart des mères ne veulent pas que leur enfant soit limité aux institutions et ressources réservées aux personnes handicapées. Afin de leur éviter ce sort, les mères doivent revendiquer le droit de leurs enfants à être intégrés le plus possible à l'école et dans la communauté, notamment à cause du stéréotype selon lequel un enfant à apparence différente ne possède aucun talent. Lorsqu'elles se trouvent dans les endroits publics, ces mères sont souvent l'objet de pitié de la part des étrangers qui regardent fixement leur enfant parce qu'il n'est pas « 100 % comme les autres » (Home, 2002). Ces femmes voudraient surtout que les gens acceptent leur enfant tel qu'il est, tout en comprenant qu'il possède des capacités et qu'être sa mère n'est pas sans récompense (Green, 2007). En dépit – ou à cause – de leur situation difficile, ces femmes reçoivent une certaine reconnaissance sociétale à l'égard des sacrifices qu'elles font pour leurs enfants. De plus, elles bénéficient souvent d'un soutien affectif de leurs proches.

Les handicaps peu apparents, comme le TDAH et les troubles du spectre autistique, affectent pour leur part le comportement et le fonctionnement social des enfants mais d'une façon imprévisible, variant selon le contexte et de jour en jour (Dore et Romans, 2001). En effet, les manifestations de ces handicaps peuvent devenir très évidentes dans des situations stressantes, par exemple lorsqu'on adresse une demande inhabituelle à l'enfant ou lorsqu'on l'oblige à faire une transition subite entre deux activités (Segal, 2001). Cette imprévisibilité peut accroître la stigmatisation, parce que les gens interprètent, à tort, que les comportements inacceptables sont délibérés. Ils ne comprennent pas pourquoi ces enfants, qui semblent pourtant peu différents de leurs pairs, ne peuvent pas répondre aux attentes sociétales (Marshak, Seligman et Prezant, 1999).

Selon plusieurs études, c'est la présence de comportements problématiques qui a le plus d'impact sur la mère (Fox *et al.*, 2002; Cronin, 2004), qui se sent alors moins compétente et plus stigmatisée (Green, 2007), ce qui affecte, à son tour, ses pratiques parentales (McLaughlin et Harrison, 2006). Ces mères doivent axer leur travail émotif sur la « régulation », qui consiste à amener l'enfant à changer ses comportements qui nuisent à sa santé ou à son acceptation sociale. Étant donné que ces actions sont moins positives que des formes d'aide plus courantes, telles que l'écoute et le soutien affectif (Strazdins, 2000), les interactions avec leur enfant peuvent être peu satisfaisantes pour les mères. En même temps, elles font l'objet de beaucoup de critiques, les blâmant d'avoir « mal élevé » leur enfant, comme le décrit cette répondante à notre sondage:

> *Les gens ont l'impression qu'on devrait pouvoir changer l'enfant et arrêter le comportement. Je ne sors pas souvent dans la communauté car j'ai peur des crises, des commentaires blessants des étrangers ou d'avoir mes collègues de travail dire « pas encore » ! Il n'y a rien que tu peux faire pour contrôler cet enfant?* (S007).

Selon plusieurs mères, ces critiques constantes sont l'aspect le plus difficile à supporter. Comme l'explique une autre répondante:

> *Les parents comme nous sommes sous attaque – on nous exige constamment de faire en sorte que notre enfant agisse normalement. Nous sommes ostracisés et rejetés par d'autres parents… ces enfants et leurs familles ne sont pas reconnus comme handicapés et ne sont pas traités avec le respect qu'ils méritent* (S55).

Ces enfants et leurs familles peuvent se trouver doublement exclus. D'une part, divulguer le handicap soulève le risque que l'enfant soit exclu des activités communautaires. D'autre part, les services adaptés peuvent être inexistants ou accessibles seulement aux gens qui présentent certaines incapacités très sévères. Voulant protéger l'enfant contre l'isolement et empêcher qu'il soit stigmatisé, certaines mères tentent de cacher ou, du moins, de ne pas dévoiler le handicap (Morrissette, 2001). Cependant, cette stratégie ne le protège pas contre le risque d'expulsion aussitôt que ses comportements « inacceptables » révèlent la présence de son handicap. Dans de telles circonstances, la mère doit consoler son enfant et lui trouver d'autres activités, tout en résistant à la critique implicite de la communauté. Ce cumul du rejet et des critiques finit par convaincre certaines mères d'enfants avec de tels handicaps qu'elles sont, en effet, inadéquates, comme dans le cas suivant:

> *Si ce n'était pas pour mon enfant « normal », j'aurais perdu toute confiance dans mes compétences parentales. Ce handicap affecte comment nous nous percevons comme « bonne » ou « pas bonne » mère et cela affecte les décisions que nous prenons – sans compter de se faire sentir incompétente par des gens qui jugent vite mais n'ont jamais eu à vivre notre situation* (S118).

Peu importe le type de handicap que présente l'enfant, le vécu est plus difficile lorsqu'à la situation familiale ou la position sociale de la mère s'ajoutent d'autres problèmes, comme un faible revenu ou la discrimination raciale. Les recherches existantes reflètent toutefois peu les expériences vécues par ces familles. Dans les paragraphes suivants, nous abordons la façon dont le contexte social peut modifier le vécu des mères d'enfants handicapés.

3.2. La diversité des situations familiales et des positions sociales

Malgré la diversité croissante des familles, les études reflètent surtout l'expérience de celles qui sont biparentales, caucasiennes et de classe moyenne, notamment parce que les familles appartenant à d'autres groupes sont plus difficiles à recruter. Les rares écrits sur les mères de diverses origines ethniques ou de faible revenu nous indiquent toutefois la complexité des défis qu'elles ont à affronter.

Plusieurs mères finissent par élever seules un enfant handicapé, entre autres parce que le couple n'est plus capable de gérer le stress qu'amène cette situation parentale. Être mère monoparentale n'implique pas nécessairement plus de travail pour la femme (Levine, 2008), si celle-ci reçoit de l'aide de la famille élargie ou si la garde partagée rend plus équitable le partage des soins de l'enfant avec l'ex-conjoint (Home, 2008). En effet, vivre en famille biparentale ne garantit pas une division égalitaire des soins pour l'enfant handicapé, car plusieurs conjoints s'absentent souvent du foyer ou demeurent inaccessibles sur le plan affectif (Bull et Whelan, 2006). Lorsque le conjoint se réfugie dans son emploi, son appui peut se limiter au soutien financier, laissant la mère « toute seule à élever [sa] fille », à un tel point que cette dernière se considère comme une « monoparentale mariée » (Home et Pearce, 2003, p. 175).

De plus, l'origine génétique de certains handicaps invisibles peut faire en sorte que les parents soient atteints du même trouble que l'enfant. Les difficultés sur le plan de l'organisation ou du comportement d'un père vivant avec le TDAH peuvent le rendre inefficace en tant que parent (Bull et Whelan, 2006), comme l'illustre cette femme : « *C'est tout sur moi. Faut toute que j'organise… Il faut que je lui enseigne comment s'y prendre… Je le considère des fois comme ses gars… tout le temps qu'il était jeune, il était sur la route et moi j'étais seule avec les trois et mon travail à temps plein* » (F11). Ainsi, l'engagement d'un père impulsif ne constitue pas nécessairement un soutien pour la femme : « *Je dois être là parce que quand il est seul avec eux, rien ne fonctionne. Tout le monde crie et saute tout partout* »

(F11). Une autre femme abonde dans le même sens : « *Leur père peut essayer d'intervenir mais ce n'est habituellement pas agréable. Cela n'aide pas puisqu'il ne fait que jeter de l'huile sur le feu* » (E19).

La présence d'un conjoint possédant de bonnes capacités parentales et qui est réellement engagé peut réduire la surcharge et la vulnérabilité financière d'une mère d'enfant handicapé. Une minorité des femmes qui assument seules toutes les responsabilités familiales jouissent d'un soutien tangible et socioaffectif important de la famille élargie. La plupart doivent tout faire seules, ce qui peut entraîner un risque important d'épuisement, comme l'explique une d'entre elles :

> *Tu n'as pas cette pause, tu sais, tu en as jusque-là mais tu ne peux pas dire « OK, prends la relève, j'ai besoin d'espace ». J'atteins un point où je sens que je vais perdre le contrôle, me mettre dans tous mes états et c'est comme si tu veux t'arracher les cheveux mais tu dois toujours être là* (E24).

Dans ces situations, le besoin de répit est criant, mais ce répit n'est pas toujours accessible, comme le montrent les propos de cette femme : « *il draine toute ton énergie… tu dois avoir du répit mais ce n'est pas disponible… ils ne veulent pas prendre des enfants difficiles donc je n'ai nulle part pour envoyer mon fils pour une nuit… tu es là 24/7. Il n'y a jamais de repos* » (E14). Lorsque l'enfant cumule plusieurs handicaps, tels que le TDAH et le syndrome d'Asperger, la vie quotidienne devient un défi en soi, comme nous l'a confié cette mère monoparentale : « *Je ne suis pas capable de prendre ma douche le matin parce que je ne peux pas faire confiance à ce qu'il va faire. On essaie de trouver comment on peut sécuriser la maison afin qu'il ne puisse pas sortir dans la rue sans que je le sache mais qu'on peut aussi se sauver s'il y a un feu* » (E25).

Ce n'est pas seulement la surcharge qui rend la maternité plus difficile pour les femmes qui élèvent seules un enfant handicapé. La plupart d'entre elles risquent de vivre également des contraintes financières importantes, ce qui augmente le niveau de stress tout en réduisant leur marge de manœuvre. Plusieurs ressources ne sont accessibles qu'aux familles qui ont la capacité d'en payer les coûts ou qui ont des assurances privées, obligeant les autres à rester longtemps sur une liste d'attente pour les services publics. Bien des mères seules occupent des emplois précaires sans bénéfices, ce qui leur laisse très peu d'options, comme l'a confié une d'elles : « *750 $ pour une évaluation psychologique ? C'est la moitié de mon salaire mensuel !* » (E25). Ces femmes n'ont ni les moyens d'obtenir les ressources nécessaires, ni le luxe de réduire leurs heures de travail afin de consacrer plus de temps à l'enfant. Malgré la culpabilité qu'elles peuvent ressentir, elles n'ont d'autre choix que d'assumer seules le double fardeau de la survie financière et des exigences lourdes de leur rôle maternel (Kingston, 2007).

De plus, plusieurs d'entre elles font partie des 38 % de mères d'enfants handicapés qui sont en situation de pauvreté au Canada (Roeher Institute, 2000), vivant d'un emploi à temps partiel ou des prestations d'assistance sociale. S'occuper seule d'un enfant dans de telles conditions exige de la résilience mais, selon une étude canadienne, celle-ci est peu reconnue par les professionnels (Levine, 2008). Cette recherche indique qu'on remet en question la légitimité de leur expertise maternelle, qui se fonde sur leur connaissance des besoins de l'enfant et des complexités de son contexte de vie. Les professionnels ont tendance à critiquer les décisions économiques et sociales prises par ces mères, qu'ils jugent victimes de leurs propres choix (Levine, 2008). De telles perceptions peuvent renforcer l'impression qu'ont nombre de ces femmes dépourvues de ressources d'avoir échoué dans le rôle le plus central de leur identité.

De même, les mères qui font partie des groupes ethniques minoritaires constituent un autre groupe pour qui élever un enfant handicapé est très complexe, étant donné qu'elles font partie simultanément de deux catégories stigmatisées. De plus, elles peuvent être doublement exclues parce qu'elles se situent entre deux cultures. En effet, en plus d'affronter la discrimination raciale et économique au sein de la société canadienne, elles sont souvent rejetées par les gens de leur communauté d'origine qui ne comprennent pas ou qui n'acceptent pas le handicap (Fazil *et al.*, 2004). En effet, dans certaines cultures, on perçoit le handicap comme une punition ou comme une source de honte qu'il faut cacher. Il n'est donc pas surprenant que plusieurs mères d'origine ethnique minoritaire hésitent à en parler ou à chercher de l'aide informelle dans leur communauté. En même temps, elles peuvent ne pas connaître les réseaux formels ou être réticentes à demander de l'aide, en raison des barrières linguistiques et de la sous-représentation des minorités parmi les professionnels (Wilgosh et Scorgie, 2006). Enfin, les mères peuvent s'inquiéter du fait que, si leurs pratiques éducatives étaient mal comprises, elles pourraient devoir composer avec les services de protection de l'enfance. Étant donné que la culture influence la perception d'un handicap ainsi que les stratégies d'adaptation familiale, ces craintes d'incompréhension interculturelles sont bien fondées (Wilgosh et Scorgie, 2006).

Le manque de soutien informel et formel augmente l'isolement des mères d'origine ethnique minoritaire, ce qui peut les rendre plus vulnérables à une intériorisation des critiques qui sont formulées à leur endroit, en plus d'accentuer leur sentiment d'impuissance. À titre d'exemple, une mère seule récemment arrivée d'un pays est-européen est devenue membre d'un groupe proposé aux mères d'enfants ayant un TDAH. Malgré ses difficultés linguistiques, elle a partagé à quel point elle se sentait blâmée et rejetée par la famille élargie, ainsi que sa méconnaissance des ressources qui pouvaient l'aider. Les membres de ce groupe lui ont offert

leur acceptation et des suggestions quant aux services pertinents, ce qui lui a permis d'améliorer sa situation. Cependant, ce ne sont pas toutes les mères immigrantes qui ont le courage de s'adresser à une agence, en sachant qu'elles peuvent devoir affronter à la fois une incompréhension du handicap concerné et un manque de compétence culturelle.

La diversité des mères d'enfants handicapés est réelle, même si le vécu de celles qui sont issues de communautés ethnoculturelles différentes, qui sont seules ou qui ont un faible revenu est moins documenté. Les femmes dans des situations plus favorisées sont généralement conscientes de la chance qu'elles ont de pouvoir recourir à certaines ressources. Par exemple, une d'entre elles se décrit comme « juste le bout de l'iceberg ». Elle explique : « J'ai survécu grâce à une relation de couple solide et souple… avec assez de revenu familial pour réduire mes heures de travail. Ce n'est pas toutes les mères d'enfants avec le TDAH qui ont ces avantages. Je n'ai aucune idée comment certaines femmes continuent à faire face à leur situation » (Home et Webster, 2006, p. 73). Étant donné la plus grande vulnérabilité de certaines populations dont la situation est peu documentée, il sera important d'incorporer la classe sociale et l'origine ethnique dans des études futures (Ryan et Runswick-Cole, 2008). Dans cette perspective, les chercheurs auront à relever le défi de rejoindre et d'impliquer ces populations, entre autres en formant des alliances avec celles-ci afin de s'assurer que leurs intérêts sont considérés et qu'elles bénéficient directement des recherches entreprises.

4. Implications pour les politiques et les pratiques

Nous avons constaté, à la suite de notre analyse, que la réalité des mères d'enfants handicapés est à la fois peu connue et très complexe. Nous nous rappelons qu'il faut rester vigilant pour que les recherches futures soient axées sur les aspects tant positifs que négatifs de ce rôle parental, tout en distinguant clairement le vécu des mères de celui des pères. Notons cependant que les écrits scientifiques qui en découleront ne seront pas suffisants pour rendre la situation de ces mères connue et comprise. Il sera important d'encourager celles-ci à en parler afin de sensibiliser le public, les professionnels et les politiciens à leur réalité et à la nécessité d'agir pour l'améliorer. Cependant, cela demandera du courage, parce que même les mères ne savent pas comment un tel partage sera reçu. À titre d'exemple, une travailleuse sociale raconte : « *Mes collègues disent "De quoi tu te plains ? Quand mes enfants avaient cet âge, ils étaient difficiles aussi". Je comprends pourquoi ils ne saisissent pas mais j'ai envie de leur dire "arrêtez-moi ça – passer à travers la journée est déjà assez difficile"* » (E1).

Si certaines mères sont prêtes à prendre le risque d'en parler, la plupart d'entre elles demeurent silencieuses au sujet de leurs expériences chargées d'ambivalence à cause, entre autres, de l'inconsistance de ces expériences en regard des images dominantes de l'accomplissement maternel. Il sera important que les mères d'enfants handicapés, avec leurs alliés, continuent de remettre en question les images et les attentes irréalistes de la société par rapport au rôle maternel ainsi que l'impact sur les femmes dans leur situation. Il sera aussi nécessaire de contester toute affirmation que la prestation des soins n'est plus sexuée, en plus de militer pour que celle-ci soit partagée de façon plus équitable entre les deux parents et entre ceux-ci et la société. Les travailleurs sociaux peuvent appuyer ces mères, notamment en les dirigeant vers des groupes d'entraide. Ces derniers ont toutefois besoin d'appui pour accéder aux ressources (médias, subventions, formations) requises pour atteindre leur double objectif de soutien et d'éducation communautaires.

En plus d'être réticentes à parler de leur vécu, plusieurs femmes ont peur de l'étiquette de « mauvaise mère » qu'une demande d'aide pourrait leur accoler. Malgré le discours d'intervention axée sur les compétences, l'idée voulant que toute mère adéquate devrait pouvoir se débrouiller sans aide professionnelle semble persister. De plus, certains professionnels continuent de responsabiliser les mères pour les handicaps dont les origines neurobiologiques et génétiques sont pourtant connues (Johnson *et al.*, 2000). L'expérience d'être blâmée ou de ne pas être prise au sérieux ne fait qu'ajouter au fardeau (Hammerman, 2000), parce que de telles réactions remettent en question la perception qu'a la mère de sa propre réalité. Cela peut toucher à son sens d'autoefficacité parentale, qui est souvent fragilisé par les difficultés réelles de son rôle maternel. Étant donné que le faible sens d'autoefficacité parental et les comportements dérangeants de l'enfant sont les facteurs qui influencent le plus les pratiques maternelles auprès d'enfants avec le TDAH (McLaughlin et Harrison, 2006), ce manque de compréhension et de soutien professionnel est d'autant plus inquiétant.

Il faut alors rendre moins menaçant le fait de demander de l'aide, en essayant de réduire les barrières signalées dans ce texte. Une première étape sera de reconnaître le courage que démontrent les mères qui décident d'agir de façon proactive, avant que la situation ne se détériore ou ne se transforme en période de crise. On devrait rassurer ces mères quant à leur droit de s'affirmer et de se sentir libres de solliciter l'aide requise au moment qu'elles jugent opportun. Loin d'être inadéquates ou surprotectrices, les femmes qui revendiquent les services requis par leur enfant font preuve d'*empowerment*. Diverses études soulignent que les mères d'enfants handicapés perçoivent les professionnels comme des barrières potentielles plutôt que comme des facilitateurs d'aide (Wilgosh et Scorgie, 2006), à

cause d'un manque de sensibilité et de capacité à écouter sans juger (Todd et Jones, 2003). Les relations avec les professionnels sont alors vues comme étant négatives, marquées à la fois par la non-collaboration et par une asymétrie de pouvoir (Wilgosh et Scorgie, 2006).

Même si les écrits avancent que c'est par le partenariat qu'on rendra ces relations plus productives, il est clair que le partenariat réel ne va pas de soi. Selon une étude des actions les plus et les moins aidantes (Prezant et Marshak, 2006), les professionnels devraient d'abord écouter et respecter les mères, particulièrement lorsque celles-ci doivent composer avec d'autres difficultés en plus du handicap de l'enfant. Les répondantes à cette même étude recommandent également que les professionnels partagent ouvertement des informations et des connaissances, en vue de favoriser une implication plus grande de la mère dans l'établissement d'un plan d'intervention. Lorsque celle-ci fait partie d'un groupe ethnique minoritaire, il faudrait aussi l'aider à adopter une image parentale positive, à construire une interprétation de la situation qui est compatible avec sa culture et à faire des choix informés quant aux stratégies à adopter et aux ressources à solliciter (Wilgosh et Scorgie, 2006). Une telle perspective passe nécessairement par la promotion d'un sens d'autoefficacité parentale (McLaughlin et Harrison, 2006), qui se fonde sur une reconnaissance de la nature unique et créative de chaque famille (Wilgosh et Scorgie, 2006).

Si l'on veut rendre l'aide professionnelle plus utile aux mères, il faut améliorer l'éducation universitaire et continue. La formation professionnelle, en service social et en santé, devrait contenir davantage de contenu général sur les familles qui ont un ou des enfants handicapés, en soulignant l'impact important sur les mères ainsi que l'influence que peuvent avoir le type de handicap et la position sociale. De plus, on devrait enseigner aux professionnels comment travailler de façon collaborative avec ces mères, sans nier les inégalités réelles de pouvoir existantes. Une telle approche est plus difficile à réaliser dans certains domaines, par exemple en protection de l'enfance, à cause du contexte d'autorité qui régit le travail. Cependant, s'assurer que les professionnels ont reçu des connaissances exactes et à jour réduirait l'influence des stéréotypes dépassés et des préjugés non fondés. À titre d'exemple, une méta-analyse révèle que le risque d'abus chez les enfants handicapés est plus élevé uniquement si l'incapacité est d'ordre émotionnel ou comportemental (Govindshenoy et Spencer, 2006). Sans traiter ces handicaps comme un simple « petit ajout » dans les familles à problématiques multiples, les intervenants devraient reconnaître que les mères dans ces situations difficiles ont besoin d'accéder rapidement à des services de soutien spécialisé, sans que l'offre de ceux-ci soit accompagnée de blâme.

Cependant, changer la situation des mères d'enfants handicapés implique plus que l'amélioration de l'éducation et des pratiques professionnelles. Les politiques et les services actuels mettent l'accent sur la gestion du handicap chez l'enfant, sans se préoccuper de l'impact qu'a sur la mère le fait d'être aidante principale. De plus, lorsque les mères sont confrontées à une adversité additionnelle, on reconnaît peu la manière complexe dont ces diverses sources de stress interagissent et affectent leur vécu et leurs options. Il est difficile pour les travailleurs sociaux de considérer ces situations de façon globale, étant données les mandats et les priorités des agences. De plus, les politiques adoptent souvent une approche fragmentaire, ce qui restreint le soutien financier et les services aux cas les plus sévères. Malgré le peu de pouvoir que possèdent les professionnels et les parents, on ne peut améliorer la situation sans instaurer une approche plus préventive et plus inclusive.

En effet, en plus d'éduquer le public et les professionnels, il faut aussi modifier les politiques et s'assurer qu'un soutien financier adéquat et durable est accessible aux familles directement et par l'intermédiaire des services mis en place pour les servir. À l'heure actuelle, l'accès aux crédits d'impôt, aux allocations pour personnes handicapées et aux services coûteux, comme le répit, est limité à un nombre restreint de personnes jugées incapables de fonctionner sans de telles ressources. Tout effort sérieux de rendre visible l'impact, sur les mères et sur leurs enfants handicapés, du manque de soutien à leur égard rencontrera des résistances importantes. Cependant, il faut continuer à faire reconnaître que le travail non rémunéré qui est exigé de ces femmes, que ce soit dans le rôle maternel ou dans les groupes d'entraide, n'est ni raisonnable ni réaliste. Convaincre les politiciens de la nécessité d'une approche préventive et proactive sera difficile, compte tenu des coûts qu'impliqueront des services. Cependant, c'est à cette seule condition, soit de recevoir non seulement la compréhension mais aussi des ressources adéquates, que ces mères n'auront plus à dire « c'est toujours sur moi que ça tombe ! ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARKLEY, R. (1997). *ADHD and the Nature of Self Control*, New York, Guilford Press.

BULL, C. et T. WHELAN (2006). « Parental schemata in the management of children with attention deficit-hyperactivity disorder », *Qualitative Health Research*, vol. 16, nº 5, p. 664-678.

CANCIAN, F. et S. OLIKER (2000). *Caring and Gender*, New York, AltaMira Press.

CRONIN, A. (2004). « Mothering a child with hidden impairments », *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 58, nº 1, p. 83-92.

DAVIES, L. et J. KRANE (1996). « Shaking the legacy of mother blaming no easy task for child welfare », *Journal of Progressive Human*, vol. 7, p. 3-22.

DEVAULT, M. (1999). « Comfort and struggle : Emotion work in family life », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 561, nº 1, p. 52-63.

DORE, G. et S. ROMANS (2001). « Impact of bipolar affective disorder on family and partners », *Journal of Affective Disorders*, vol. 67, nos 1-3, p. 147-158.

DOWLING, M. et L. DOLAN (2001). « Families and children with disabilities : Inequalities and the social model », *Disability and Society*, vol. 16, nº 1, p. 21-35.

FAZIL, Q. *et al.* (2004). « Empowerment and advocacy: Reflections on action research with Bangledeshi and Pakistani families who have children with severe disabilities », *Health and Social Care in the Community*, vol. 12, nº 4, p. 389-397.

FOX, L. *et al.* (2002). « "We can't expect other people to understand": Family perspectives on problem behaviour », *Exceptional Children*, vol. 68, nº 4, p. 437-450.

GOVINDSHENOY, M. et N. SPENCER (2006). « Abuse of the disabled child : A systematic review of population-based studies », *Child Care, Health and Development*, vol. 33, nº 5, p. 552-558.

GREEN, S. (2007). « "We're tired, not sad" : Benefits and burdens of mothering a child with a disability », *Social Science and Medicine*, vol. 64, nº 1, p. 150-163.

GREENSPAN, M. (1998). « Exceptional mothering in a "normal" world », dans C. García Coll, J.L. Surrey et K. Weingarten (dir.), *Mothering Against the Odds : Diverse Voices of Contemporary Mothers*, New York, Guilford, p. 37-60.

HAMMERMAN, A.R. (2000). *The Effects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children on Mothers and Fathers : A Qualitative Study*, Thèse de doctorat, New York, New York University.

HOME, A. (2002). « Challenging hidden oppression : Mothers caring for children with disabilities », *Critical Social Work*, vol. 2, nº 2, p. 88-103.

HOME, A. (2008). « All in a day's carework : A typical day mothering children with invisible disabilities », *Journal of the Association for Research on Mothering*, vol. 10, nº 1, p. 146-159.

HOME, A. et S. PEARCE (2003). « Triple journée de travail des mères d'enfants ayant une incapacité invisible », *Reflets*, vol. 9, nº 2, p. 163-185.

HOME, A. et I. WEBSTER (2006). « What helps or makes it harder ? Influences on maternal role quality in women caring for children with invisible disabilities », *Canadian Social Work Review*, vol. 23, nos 1-2, p. 59-76.

JOHNSON, H. *et al.* (2000). « Children's emotional and behavioral disorders : Attributions of parental responsibility by professionals », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 70, nº 3, p. 327-339.

KINGSTON, A. (2007). *Mothering Special Needs : A Different Maternal Journey*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

LEE, D. (1997). *Having It All, Having Enough : How to Create a Career/Family Balance that Works for You*, New York, Amacom.

LEVINE, K. (2008). « Resilience as authoritative knowledge : The experiences of single mothers of children with disabilities », *Journal of the Association for Research on Mothering*, vol. 10, nº 1, p. 133-145.

MARSHAK, L., M. SELIGMAN et F. PREZANT (1999). *Disability and the Family Life Cycle*, New York, Basic Books.

MCKEEVER, P. et L.K. MILLER (2004). « Mothering children who have disabilities : A Bourdieusian interpretation of maternal practices », *Social Science and Medicine*, vol. 59, nº 6, p. 1177-1191.

MCLAUGHLIN, D. et C. HARRISON (2006). « Parenting practices of mothers of children with ADHD : The role of maternal and child factors », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 11, nº 2, p. 82-88.

MORRISSETTE, P. (2001). « Fetal alcohol syndrome : Parental experiences and the role of family counsellors », *The Qualitative Report*, vol. 6, nº 2, p. 1-16.

NEYSMITH, S.M. (2002). « Networking across difference : Connecting restructuring and caring labour », dans M. Eichler *et al.* (dir.), *Feminist Utopias : Re-Visioning Our Futures*, Toronto, Inanna Publications and Education.

PREZANT, F. et L. MARSHAK (2006). « Helpful actions seen through the eyes of parents of children with disabilities », *Disability & Society*, vol. 21, nº 1, p. 31-45.

READ, J. (2000). *Disability, the Family and Society : Listening to Mothers*, Buckingham, Open University Press.

REPETTI, R. et J. WOOD (1997). « Families accommodating to chronic stress », dans D. Meichenbaum et B. Gottlieb (dir.), *Coping with Chronic Stress*, New York, Plenum Press, p. 191-220.

ROEHER INSTITUTE (2000). *Beyond the Limits : Mothers Caring for Children with Disabilities*, North York, Roeher Institute.

ROLF, K. (2003). *Exceptional Children and Everyday Jobs : The Effect of Caring for a Child Who Has a Chronic Illness or a Disability on Parents' Work Hours*, Thèse de doctorat inédite, Chicago, University of Chicago.

RUSSELL, F. (2003). « The expectations of parents of disabled children », *British Journal of Special Education*, vol. 30, nº 3, p. 144-149.

RYAN, S. et K. RUNSWICK-COLE (2008). « Repositioning mothers : Mothers, disabled children and disability studies », *Disability and Society*, vol. 23, nº 3, p. 199-210.

SEGAL, E. (2001). « Learned mothering : Raising a child with ADHD », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 18, nº 4, p. 263-279.

SHEARN, J. et S. TODD (2000). « Maternal employment and family responsibilities : The perspective of mothers of children with intellectual disabilities », *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 13, nº 3, p. 109-131.

STRAZDINS, L. (2000). « Integrating emotions : Multiple role of emotional work », *Australian Journal of Psychology*, vol. 52, p. 41-50.

TODD, S. et S. JONES (2003). « "Mum's the Word !" : Maternal accounts of dealings with the professional world », *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 16, nº 3, p. 229-244.

TRAUSTADOTTIR, R. (1991). « Mothers who care : Gender, disability, and family life », *Journal of Family Issues*, vol. 12, nº 2, p. 211-228.

TRAUSTADOTTIR, R. (2000). « Disability reform and women's caring work », dans M. Mayer (dir.), *Care Work : Gender, Labor and the Welfare State*, New York, Routledge, p. 249-264.

WILGOSH, L. et K. SCORGIE (2006). « Theoretical model for conceptualizing cross-cultural applications and intervention strategies for parents of children with disabilities », *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, vol. 3, nº 4, p. 211-218.

CHAPITRE

8

MOTHERS EXPERIENCING HOMELESSNESS IN CANADA
INTERSECTIONS AND STRATEGIES FOR SUPPORT

Sarah Benbow
University of Western Ontario

Homeless mothers are among the fastest growing subsections of homeless population and they face a multitude of challenges while parenting without a home (Rahder, 2006). Intimate partner violence, court mandates, acute and chronic health conditions, extreme poverty, and discrimination are some of the compounding issues surrounding experiences of homelessness for mothers. However, homeless mothers are not a homogeneous group and they encounter unique and complex experiences shaped by a myriad of coalescing factors such as mental and physical health status, available social supports, and diverse socio-political contexts. This chapter explores the unique experiences of mothering while homeless, examines intersecting vulnerabilities and social responses, and discusses practice implications for health and social professionals working with homeless mothers. Within this chapter homelessness will be broadly defined to include both the visible and hidden homeless populations. Visible homeless individuals include those living on the streets and in shelters (including bother homeless shelters and abused women's shelters). Individuals experiencing hidden homelessness are those who are constantly moving between unstable living situations, such as those who double up with family, friends, and strangers to avoid shelter use, those who live out of their car and those who are precariously housed.

1. Homelessness in Canada

Canada is considered to be one of the world's wealthiest nations, yet the social crisis of homelessness continues to impact the lives of over 300 000 people in Canada annually (Shapcott, 2008).

Lack of affordable housing in Canada is a national emergency, and the resulting homelessness affects a wide-range of people living in Canada. In 2007, Miloon Kothari, a special rapporteur for the United Nations (UN), outlined the devastating nature of housing and homelessness in Canada and brought his emergent concerns forward to the UN Human Rights Council. He also outlined the Canadian government's failure to meet international human rights obligations regarding the availability of affordable housing and declared an immediate need for a national housing policy. Despite these recommendations, Canada remains one of the only developed nations without a national housing policy. The Canadian government's lack of initiative to identify the magnitude of the housing and homelessness crisis contributes to inaction and reinforces invisibility of the problem (Layton, 2008).

1.1. Homelessness among Women

Rahder (2006) suggests that the Canadian government has done little to address the issue of homelessness as experienced by women. It is difficult to estimate the total number of homeless women in Canada for multiple reasons. Homelessness among women, particularly mothers, is exceptionally "hidden" from mainstream discourses and public knowledge. In fact, homeless mothers are considered to be one of the least recognized groups of the homeless population (Anooshian, 2005) despite the fact that they are among the fastest growing group of shelter users in the country (Rahder, 2006; Tischler, Rademeyer, and Vostanis, 2007).

1.2. Invisibility of Homeless Mothers

Part of what perpetuates the invisibility of this homeless subgroup is the hegemonic representation of homelessness as being of a specific age group (middle-aged), gender (men) and restricted to people who live on the street. Such understandings ignore and negate the recognition of a number of other subgroups of the homeless population (Styron, Janoff-Bulman, and Davidson, 2000). This narrow definition and mainstream depiction of who is homeless invisibilizes certain groups, which subsequently creates further vulnerability as their existence and needs go unnoticed and/or ignored. Instead, homelessness needs to be understood as encompassing those who are among the "visible" homeless, such as those residing in

shelter systems, as well as the "hidden" homeless. The "hidden" homeless may include individuals and families who lack stable housing, but do not use shelter systems (Klodawsky, 2006). Some examples are women who double up with friends or families, are constantly moving between unstable housing situations, and/or returning to abusive partners.

Martin (1987) suggests that homeless mothers have always existed, but have been "politely not seen" (p. 33) as women's homelessness is largely hidden from public view (Novac, 2001). In general, there is much public discomfort with the notion of homeless women, and homeless mothers in particular. Dominant portrayals of homeless women have been restricted to derogatory images such as that of the "bag lady," the "drug-addict," and the unclean, sexually available and socially deviant young girl. Such stereotypes are misleading and perpetuate stigmatizing notions of "the Other" (Sev'er, 2002; Varcoe and Hartrick Doane, 2007) in which more privileged people and our neoliberal[1] governments dismiss, reject, and blame these women for their plight (Hardill, 2000; Sev'er, 2002). In doing so, we, as a society, are able to avoid the discomfort of acknowledging and allowing women and children to be homeless. Further, these dominant discourses overlook the pathways that contribute to homelessness, such as intimate partner violence and the erosion of the welfare state.

Additionally, women and their children are commonly less visible as they are forced to negotiate various housing arrangements to avoid shelter use. Such as when they seek housing with family and friends, temporarily house themselves with men, or remain with an abuser to avoid shelter use (Bhui, Shanahan, and Harding, 2006). Fear of child protection services plays a role in increasing their invisibility, marginalization, and vulnerability; homeless mothers find themselves struggling to find shelter in order to maintain custody of their children within a socio-political context which would problematize the mothering capacity of any homeless woman (Barrow and Laborde, 2008).

1.3. Identity Constructions and the Experiences of Homeless Mothers

Mothering, and expectations of what mothering "should" look like are shaped by gendered Western ideals (Reid, 2007). Hegemonic constructions of women, mothering and what makes "good" mothers are pervasive in

1. Neoliberalism is theorized as an economic, political and moral philosophy that values individualism, whereby the individual is the "fundamental basis of society" (Gill, 2000, p. 3). Neoliberalism moves away from a valuing of the social state and redistributive policies and moves towards a society with less focus on social programs, and more on optimizing conditions for market activity (Harvey, 2006).

mainstream discourses. Political, religious, social, and medical institutions deliver the notion that women are natural caregivers and nurturers. These powerful institutions perpetuate the ideal that a woman's purpose and entire identity rests on her motherhood and mothering abilities (Carey *et al.*, 2009). Idealized notions of "good moms" are those who are: situated within a heterosexual union, domestic, economically independent, self-sacrificing, loving, and exclusively focused on their children (Varcoe and Hartrick Doane, 2007). Women living in poverty and/or are dependent on social assistance, unmarried, aged under 20, involved in same-sex unions, suffer from addictions, or who have committed criminal offences do not fit into the idealized category of the "good mother" (Rolfe, 2008). Existing dominant standards of mothering chastise, stigmatize, and categorize "welfare" moms and blame them for circumstances that make such standards impossible to meet (Barrow and Laborde, 2008; Boyd, 2004).

Moreover, the very existence of homelessness among women challenges social notions of femininity and mothering. Bartkey (1988) notes that social constructions of femininity are also focused on women's bodies, (hetero) sexuality, and appearance. An emphasis on women's bodies as being thin, well-kept, clean, with a focus on physical beauty and attendance to physical appearance, places enormous pressure on women to embrace a femininity that perpetuates objectification of women and unattainable expectations. Homeless women who may have limited access to bathing and other basic needs are shamed into feeling less feminine than that of their housed or financially secure counterparts. Social constructs of homeless women as unclean and without homes pose threat to these societal norms of "ladylike" behaviour (Padgett *et al.*, 2006; Wardhaugh, 1999) that are prominent in today's society. Watson (1999) notes that the very existence of single homeless women is a direct challenge to collective ideas of "the feminine body," sexuality, and the "sanctity of family" (May, Cloke, and Johnsen, 2007).

Further "threats" to social constructions of mothering and gender roles surround issues of child custody. When homeless women are facing overwhelming circumstances and are not provided with adequate supports to maintain or regain custody of their children they are blamed for their current plight and shamed for their inability to be what society considers to be "good mothers." Such views reject the reality and complexities of parenting without a permanent residence. Our neoliberal and patriarchal culture supports the individual-blaming and pathologizing of homelessness, rather than acknowledging the social inequalities that create and sustain homelessness for mothers.

Further, mothers without physical custody of their children are often described as "single women," stripping them of their status as "mothers" as though their mothering responsibilities and identities are no longer.

However, literature suggests that mothers who lack physical custody of their children are often actively engaged in trying to regain custody (Barrow and Laborde, 2008; Benbow, Forchuk, and Ray, 2011), are actively involved in protecting their children, such as by housing them with family or friends to avoid shelter use (Novac, 2006), and/or have maintained their mothering identity. The process for homeless mothers to no longer have physical/legal custody of their children is overwhelming for many mothers and intensifies their struggles (Benbow, 2009).

Experiences of "public mothering" whereby mothers' "mothering abilities" are on display for all to see are prominent in the literature on homeless mothers (Connolly, 2000; Cosgrove and Flynn, 2005; Thrasher and Mowbray, 1995). While doubled up with family or friends, or while residing in shelter systems, the parenting abilities of homeless mothers are judged by others, including shelter staff and health and social professionals. In a meta-synthesis of qualitative studies on homeless mothers, Meadows-Oliver (2003) notes that a commonality in the literature is that mothers residing in shelters felt that shelter staff undermined their parental authority. Thrasher and Mowbray (1995) further indicate that mothering in public spaces creates much distress for mothers by distorting their role of mother through dis-allowing her to be the primary nurturer of her children. When discussing mothering experiences of homeless mothers, Connolly (2000) notes that there is a "cultural drive to monitor mothers, regulate them intensively, and steer them toward fictive models of normality" (p. 49).

2. Social Inequalities Influencing Homelessness for Mothers

Social inequalities are structural patterns of distributions of power, resources, and opportunity in society by which disparity is created (Arrighi, 2001). Social inequalities create circumstances that situate certain groups in marginalized and disadvantaged positions in society, while privileging others. While each mother experiences complex challenges leading to homelessness, there are some central inequalities contributing to homelessness among single mothers. Structural barriers and social inequalities such as single mother status, poverty, lack of affordable housing, intimate partner violence, and mental illness can create pathways to homelessness for single mothers.

Single mothers are considered to be one of the most vulnerable and poorest groups in Canada (Raphael, 2009; Shapcott, 2008). In fact, 90% of single mothers under the age of 25 live in poverty (Czapska, Webb, and Taefi, 2008), as do 73% of Aboriginal single mothers (Statistics Canada, 2000). Overall, 33 to 43% of women-headed lone parent families live in

poverty (Ontario Human Rights Commission, 2008). The gendered experience of poverty is accompanied by blaming stereotypes rooted in perceptions that women *choose* to live in poverty, or *choose* to be dependent on social assistance (Reid, 2007). Reid (2007) notes that blame and shame are so pervasive in the lives of women living in poverty that women experience humiliation, depression, and hopelessness as a result. Poverty is recognized as the single most influential determinant of poor health and housing (Raphael, 2009).

Poverty and lack of affordable housing are inseparable and co-existing problems. The lack of affordable social housing greatly contributes to the poverty experienced single mothers. They are struggling to survive and meet basic human needs since so much of their income goes toward housing (Novac, 2006). Shortage of safe and adequate housing on Aboriginal reservations is also concerning (Native Women's Association of Canada, 2007). Housing on reservations for Aboriginal people is overcrowded, inadequate, substandard, and insufficient (Shapcott, 2008; Smylie, 2009).

Shapcott (2009) suggests that the roots of the homelessness crisis are a result of the federal, provincial and territorial governments' decisions to withdraw funding for social housing over the past two decades. Current attempts to adopt a national housing policy, ensuring increased affordable housing for all Canadians, have been ignored and denied by the federal government. Studies across Canada indicate that poverty and lack of available affordable housing are leading causes of homelessness for single mothers, yet without governmental action, the crisis of family homelessness, and homelessness in general, will likely worsen (Laird, 2007; Shapcott, 2008).

Intimate partner violence is also an influencing factor of homelessness for mothers. Tischler and Vostanis (2007), similar to other researchers (Sev'er, 2002; Tutty *et al.*, 2009) found that domestic violence was among the most common reasons for homelessness among mothers and their children. Across Canada, there were more than 64 5000 admissions of women to shelters from April 2009- March 2010 (Statistics Canada, 2011).

Fleeing domestic violence and subsequently becoming homeless can be seen as both a great strength and devastating plight. The trauma of domestic violence and leaving one's home is tragic, unjust, and undoubtedly challenging. However, a woman's ability to seek safety for herself and her children by becoming homeless demonstrates great strength and resistance to ongoing violence (Benbow *et al.*, 2011). Sadly, as a result of insufficient supportive services, lack of financial support, and shortage of affordable housing, women are often forced to return to abusive situations (Benbow *et al.*, 2011; Tutty *et al.*, 2009; Women's Housing Equality Network, 2008).

Further, struggling with mental illness and compromised mental health can be a debilitating factor in mothers' experiences of homelessness. For some, mental illness, coupled with violence, poverty, and ethno-cultural diversity, serves as pathway into homelessness; however, this certainly is not a cause and effect relationship, but rather a complex interconnection of inequalities shaping and contributing to experiences of homelessness. For others, increasing mental health issues happen when becoming, experiencing, and/or remaining homeless (Frankish, Hwang, and Quantz, 2005).

3. Health Experiences of Homeless Mothers

While there is limited literature on the health experiences of homeless mothers, researchers have explored the health experiences of homeless women. In many studies, motherhood status is not assessed, and if women are residing in shelter without physical custody of their children, they are often deemed as "single women." This section focuses on the health experiences of homeless women; however, since homeless mothers are in fact women, both women with and without children will share many of these experiences.

Homeless women face a multitude of "insurmountable" barriers to health (Morris and Strong, 2004). Not only are these women experiencing higher rates of violence, trauma, mental illness, and substance abuse than the general population (Anderson and Rayens, 2004; Holt, Montensinos, and Christensen, 2007; Weinreb, Goldberg, and Perloff, 1995), but they also experience significant health consequences such as multiple acute and chronic health conditions (Morris and Strong, 2004).

Homeless women experience increased rates of sexual and physical assault and violence than the general population (Holt *et al.*, 2007; Khador and Mason, 2007). In a study looking at experiences of homeless women in Toronto, Novac (2001) found that three quarters of the sample (N = 84) had been physically or sexually abused preceding them becoming homelessness. Further, a study in Vancouver on youth homelessness found that 84% of homeless Indigenous girls had been victims of sexual abuse (McCreary Centre Society, 2002). The impact of abuse and trauma in the lives of homeless women are severe (Styron *et al.*, 2000).

Other prominent and interconnected health concerns experienced by this population include increased suicidal ideation and attempts (Styron *et al.*, 2000). In Canada, homeless women experience higher prevalence of mortality than their housed counterparts; homeless women are 10 times more likely to die than the general population (Cheung and Hwang, 2004). In sum, Whitzman (2006) suggests that homeless women in Canada

are subject to higher rates of almost every disease and poor health condition, as compared to the general female population and experience more detrimental health consequences.

Homeless women and their children suffer disproportionately from health problems, in part because of inadequate access to care (Hatton *et al.*, 2001). Despite rhetoric of universal health care, homeless women experience significant barriers to accessing health services. Reid (2007) indicates that the system does not meet the needs of homeless women in three ways: lack of access to health promoting resources, lack of access to health care services, and discriminatory treatment by health care professionals.

Stigma, discrimination, and prejudice enacted by health care professionals pose significant barriers to access to care for this population (Bhui *et al.*, 2006; Cosgrove and Flynn, 2005). Discriminatory treatment from health and social professionals based on their poverty status can affect health care treatment and their ability to access services (Benbow *et al.*, 2011; Reid, 2007). Fear and distrust of health care workers related to potential involvement of children's social services is also noted in the literature (Cosgrove and Flynn, 2005; Whitzman, 2006), and may influence a mother's response to her child's health needs. As well, practical issues such as transportation, location of services, and lack of appropriate services further compromise access as authors note that traditional forms of care do not meet the needs of this population (Craft-Rosenberg, Powell, and Culp, 2000; Tutty *et al.*, 2009).

4. Unique Experiences for Homeless Mothers: Not a Homogenous Group

Homeless mothers are not a homogenous group. Homeless mothers experience unique and varying challenges and services available do not reflect their needs (Benbow *et al.*, 2011; Cosgrove and Flynn, 2005). Further complexity exists for racialized homeless mothers, homeless mothers with mental illness, young homeless mothers, homeless mothers of Aboriginal status, and homeless mothers who are newcomers, as they are at the crossroad of compounding and interactive inequities (Bryant, 2009; Hulchanski, 2009; Shapcott, 2008).

4.1. Mothers with Mental Illness Experiencing Homelessness

Several researchers note the compromised mental health of women experiencing homelessness (Benbow, 2009; Benbow *et al.*, 2011; Scott, 2007; Khador and Mason, 2007; Styron, Janoff-Bulman, and Davidson, 2000; Tutty *et al.*, 2009). Coping with mental health challenges is a difficult

and often lengthy journey of recovery. However, having compromised mental health is even more debilitating when women are urgently trying to maintain safety for themselves and their children, living without a home, trying to cope and stabilize their mental illness, while simultaneously surviving extremely stressful and overwhelming experiences.

Mothers with mental illness, or compromised mental health, can be faced with having to meet several competing expectations while dealing with compounding and intersecting forms of discrimination. Individuals with mental illness are one of the most highly stigmatized populations in our society (Alexander and Link, 2003). In fact, according to the Canadian Mental Health Association (2007), as well as Forchuk and colleagues (2006), the stigma and social responses accompanying mental illness is often more damaging and has worse impacts than the illness itself. Homeless mothers with mental illness are not only dealing with complex stigmatization as a result of their homelessness, poverty, or single motherhood status, but they are also dealing with the pervasive discrimination associated with mothering with a mental illness.

In a study by Benbow and colleagues (2011), having a mental illness and subsequently receiving social assistance for disabilities (Ontario Disability Support Program) created even more difficulty for homeless mothers trying to seek housing. Landlords would question reasons for being on a disability support program and mothers would have either to hide their mental illness for fear of discrimination, or share which created an additional layer of discrimination. Similarly, in a study examining discrimination among renters in Toronto, Ontario, it was found that individuals with mental illness were highly likely to be discriminated against and refused housing related to their mental health and public assistance status (Centre for Equality Rights in Accommodation, 2009).

4.2. Racialized[2] Mothers Experiencing Homelessness

Jiwani (2006) notes that young racialized women are devalued and marginalized based on their skin colour and religious/cultural differences. Racialized mothers experience discrimination in the form of racism when trying to seek housing to get out of homelessness (Khosla, 2003). Racialized women, particularly those with dependent children, have higher rates of poverty than the general population (Raphael, 2009). Racialized women

2. Racialization is the social process in which groups are categorized and designated as "different" and are consequently subjected to unequal treatment (Galabuzi, 2006). This process can be deliberate or unintended, but results in the marginalization of groups based on assumed biological, physical, or genetic differences (Fiske and Browne, 2004).

living in poverty and with children are at the intersections of multiple and confounding inequalities. Based on their single-motherhood and extreme poverty status, they also experience unfair treatment in the housing sector based on the colour of their skin, accent, and ethno-cultural identity (Centre for Equality Rights in Accommodation, 2009; Khosla, 2003).

In transitioning to a new country, newcomers, refugees and immigrants, experience incredible challenges (Caxaj and Berman, 2010). Newcomer mothers face unique barriers in their experiences of homelessness. Having to navigate services in a new country with limited accessibility to interpreters, perhaps without being able to speak or understand spoken English, creates challenges accessing social services.

4.3. Aboriginal Mothers Experiencing Homelessness

Aboriginal mothers' experiences of homelessness are most definitely racialized; however, their experiences cannot be understood without recognizing the assaults of past and present colonialism[3]. The colonial legacy in which Aboriginal peoples will be forever impacted by has created and continues to create significant disparities, inequalities and human right violations for Aboriginal people. The disregard for land treaties, substandard and overcrowded housing, food insecurity, lack of access to clean drinking water, catastrophic prevalence of murdered and missing Aboriginal women, apprehension of children, stripping of cultural safety, and an overall disregard for Aboriginal human rights are some examples of the ongoing effects of colonialism (Baskin, 2007; Public Service Alliance of Canada, 2008).

Discrimination and stereotypes have profound effects on an Aboriginal woman's way of life. Through the process of residential schooling, Aboriginal children were abducted from their deemed "negligent" mothers to ensure the protection of children (Kelm, 1998). While residential schools no longer exist, prevailing stereotypes of Aboriginal mothers held by non-Aboriginals are maintained in Canada (Browne, Smye, and Varcoe, 2007). Further, Aboriginal mothers are more likely than non-Aboriginal mothers to have their children taken into "protective" custody and Aboriginal children are more likely to be raised by someone other than their parent than are non-Aboriginal children (Statistics Canada, 2001). The "60s scoop," referring to the systematic removal of Aboriginal children from their families and communities and placed in non-Aboriginal homes,

3. Colonialism can be understood as a process of domination, invasion, and land theft. Contemporary forms of colonialism refer to the more subtle means of accomplishing these objectives (Alfred and Corntassel, 2005; Lawrence, 2002; Sefa Dei and Kempf, 2006).

is a more contemporary example of the effects of colonialism, the regulation of Aboriginal mothering, and the stripping of cultural safety (Alston-O'Connor, 2010; Markey, 2010). While in non-Aboriginal foster or group homes, Aboriginal children are subjected to racism, alienation, and abuse (Czapska *et al.*, 2008).

Aboriginal peoples are over-represented among the homeless population and Aboriginal women are recognized as one of the poorest and most vulnerable segments of the Canadian population (Pederson and Raphael, 2006; Raphael, 2009; Wilson and Macdonald, 2010). Because of their extreme poverty, Aboriginal mothers are highly vulnerable to living in substandard housing and experiencing homelessness. Racism tremendously impacts their homelessness status. In a study by Benbow *et al.* (2011), homeless Aboriginal mothers shared the extreme forms of racism they endured from potential landlords and employers.

4.4. Teenage Mothers Experiencing Homelessness

Teenage mothers also experience unique forms of discrimination manifested at the intersection of a number of compounding inequities. Central to their discriminatory experiences are ageism, sexism, and unfair treatment related to their teenage motherhood status (Czapska *et al.*, 2008). They experience this form of treatment in working with child protection agencies, health care professionals, landlords, and employers (Czapska *et al.*, 2008).

Many young mothers have complex childhood histories and are often already involved with child protection agencies and social services (Rolfe, 2008). As well, literature suggests that majority of teenage mothers live in poverty in Canada (Czapska *et al.*, 2008). However, dominant discourses place blame on these women and their "lack of knowledge" related to conception rather than examining structural inequalities contributing to their experiences (Rolfe, 2008).

Novac and colleagues (2009) discuss the tremendous transition to motherhood for homeless teenage mothers, and the incredible grief and overwhelming distress they experience when having their children apprehended. Novac *et al.* (2009) further note that when young postpartum homeless mothers are faced with child custody issues and court appearances and mandates, they are faced with an even more trying situation. Novac *et al.* (2009) make note of the unequal treatment homeless teenage mothers face when dealing with the justice system:

> during a time when middle-class mothers are being advised by medical professionals to do nothing but eat, sleep, and breastfeed, young homeless mothers (who are more likely than middle-class mothers to be undernourished,

> to have had a Caesarean delivery, and to be at risk of complications) are walking or taking the (transit system) to legal clinics, legal aid offices, appointments, and visits (p. 422).

The experiences of homeless young mothers are layered and complex. Similar to other groups of homeless mothers, they face structural barriers and inequalities.

5. Intersecting Sites of Inequality

It is clear that homeless mothers are not a homogeneous group, but rather, they are a group with much diversity who face unique challenges at the intersection of compounding injustices. Recognizing the structural and systemic issues contributing to homelessness among mothers, intersectionality can serve as a useful framework in understanding the unjust processes shaping their experiences. Intersectionality as a framework embraces the nuanced and layered experiences of oppression and privilege in the lives of these mothers. It problematizes *structures* of inequity as creating and reinforcing injustices for certain groups of people.

5.1. Intersectionality

Intersectionality shares several common elements to other critical theories. Critical social theory lays the foundational underpinnings of most critical theories (Fontana, 2004). It emerged from left-wing scholars guided by social philosophy at the Frankfurt School in Germany during the 1920s and 1930s (Browne, 2000). However, Fontana (2004) notes that critical thought and challenging of the status quo has always existed. Although there was no unified theory that emerged from the Frankfurt School, the critical theories that emerged shared the key roles of examining and challenging oppression and imbalanced power structures for the purpose of changing society as a whole (Welch, 1999). A commonality among critical perspectives, such as feminism, post-colonialism, and critical race theory, is the recognition that extreme inequities exist in our world and we have a responsibility to address and counter these injustices (Carroll, 2004).

Intersectionality, a term originally coined by Kimberly Crenshaw, evolved out of a number of critical perspectives in an attempt to avoid essentialism[4] and promote a comprehensive understanding of women's

4. Essentialism is belief that individuals or groups have static characteristics shared by each member of a group to which they belong (Hill Collins, 2000).

multiple and compounding realities. Black feminist scholars such as Bell Hooks, and Patricia Hill Collins are well known for their intersectional analysis of women's lives. According to Hill Collins (2000) second wave feminist theories, while attempting to address oppression based on gender, resulted in homogenous notions of all other social categories and were primarily emancipatory for White middle-class women. Generalizing needs based on the dominant and most influential women to all women forced race and class to be hierarchically situated as subsequent axes of domination, if addressed at all (Reid, Pederson, and Dupere, 2007). Crenshaw (1993) notes that intersectionality is a framework that recognizes that cultural, historical, political, and social categories interact in such a way that creates systems of power, injustice and social organization. Human experiences cannot be understood, nor are they lived, based on the isolation of well-established social categories (such as race, gender, age, sexuality etc.). In this way, intersectionality deconstructs homogenization and classification with the purpose to understand the complex dimensions of privilege, inequality and oppression and how these dimensions shape social positioning and ultimately health and well-being (Crenshaw, 1993; Knudsen, 2006).

5.2. An Intersectional Lens to Understanding Homeless Mothers

Intersectionality provides a framework to understand the diverse identities, backgrounds and social determinants that simultaneously and/or distinctly influence the experiences of homeless mothers. Intersecting sites of inequality in the lives of homeless mothers would be recognized as central to their experiences. For example, an Aboriginal mother suffering from depression who is receiving governmental financial support, is at the intersection of compounding factors shaping her experience of homelessness. Her experience cannot be understood as being shaped by solely one factor. Rather, the complexity of her situation must embrace an understanding of the mutually interactive forces of being a woman experiencing homelessness, with children, who is racialized, and who has a mental illness. This acknowledges the intertwined way the social constructions of gender, race, class and ability interact to shape this woman's current experience. Further layering of these constructions are the social, political, and historical contexts shaping and perpetuating this experience. In Canada, past and present colonialism and effects of colonialism are central to understanding this woman's experience.

6. Strategies for Health and Social Professionals

Through an intersectional lens, the practitioner can begin to understand the interwoven systems of power and oppression. An intersectional framework promotes both the recognition of ongoing injustice, as well as the recognition of resilience, strength, and perseverance.

6.1. Contextualizing Care

In working with and providing care for women it is important to note the inequalities shaping and contributing to their experiences. The inequalities and injustices contributing to circumstances and experiences are often referred to as the "root causes" of social and health problems (Raphael, 2009). This challenges the more pervasive ideology of focusing on the surfacing "symptoms" of inequality, such as addictions, poverty, and poor health. Such a lens allows for a broader understanding of contextual factors ultimately influencing and perpetuating their experiences. This is of utmost importance and requires a shift away from solely practicing from a behavioural or medical standpoint. It is through an acknowledgement of the intersectional sites of inequality and the recognition of political realities of these women, such as the lack of affordable, accessible housing and the demise of the welfare state, that change can occur and alliances between homeless women and social and health professionals built.

That being said, understanding and acknowledging injustices is only the initial step in working with mothers experiencing homelessness. Homeless mothers experience diverse circumstances and are not a homogenous group. Further, literature suggests that mainstream services are often not catered toward their needs and often invoke feelings of fear and distrust (Benbow *et al.*, 2011; Cosgrove and Flynn, 2005; Tutty *et al.*, 2009; Whitzman, 2006). In working with these mothers service providers and social and health professionals have a great opportunity to cater plans of care to the specific needs of the women, in collaboration with the women. This would provide a space where the layers and nuances of the women's lives can be embraced and recognized.

Advocating for a more family centered way of carrying out services without policing or finding fault may emphasize unique and tailored support. In this sense, contextualized care would be the core of family-centered support. Family-centered care through an intersectional lens would acknowledge the intersecting sites of inequality and contextualize care to meet their unique needs.

6.2. Challenging Status Quo

Using an intersectional lens to guide practice in working with mothers experiencing homelessness can promote active reflection of our role, as professionals, in perpetuating the status quo, maintaining power imbalances, and reinforcing structural inequalities. Engaging in active reflection, recognizing our own intersections of privilege and oppression, can help us to be aware of the presence we bring to relationships with homeless mothers. Further, though critical reflection, assumptions and biases held can be examined and acknowledged. Such awareness can also promote us to engage in advocacy.

The system has failed to provide adequate supports for homeless mothers in many ways, such as the way in which mothers are insufficiently supported to maintain or regain custody of their children. Some scholars (Novac *et al.*, 2009) suggest that through a shift in resources allocation from foster/group homes to mothers, women would have a better chance of maintaining or regaining custody of their children.

Through partnerships health professionals can support women by advocating for and with them in elevating their voices. If we can create space for their voices to be heard and valued, we can begin to address the complex voicelessness and injustice in which they face. Further, advocacy can go beyond that at the individual level. Health and social professionals have first hand knowledge of the political realities of these women. Political awareness and involvement to challenge existing inequalities is aligned with a social justice-based approach to practice, and would support positive change in the lives of homeless women.

6.3. Recognizing and Building on Strengths

Although homeless mothers are faced with extreme barriers and injustices, they demonstrate incredible strength and resilience in their fight to overcome existing barriers, survive, and thrive. This is emphasized in women's stories of protecting their children, fleeing domestic violence, seeking refuge, and simply surviving. Recognizing their strengths can be done by ensuring that plans of care or strategies are driven by self-identified goals of the mother. These self-identified goals would ultimately be unique and shaped by the specific intersecting vulnerabilities and strengths of the mother. Health and social professionals can work with these women to recognize their perseverance, build on their strengths, and support continued resistance to ongoing injustices, rather than perpetuating feelings of fear and distrust.

Conclusions

Mothers experiencing homelessness are a diverse group at the intersection of multiple and varied inequalities. Providing contextualized care, challenging the status quo and building on women's strengths are ways in which health and social professionals can work in partnership with homeless mothers. Through an intersectional lens we can begin to recognize the complex inequalities shaping the lives of these women and the strategies of support in which we can provide.

References

ALEXANDER, L.A. and B.G. LINK (2003). "The impact of contact stigmatizing attitudes toward people with mental illness," *Journal of Mental Health*, *12*(3): 271-289.

ALFRED, T. and J. CORNTASSEL (2005). *Politics of Identity*, Oxford, Blackwell Publishing.

ALSTON-O'CONNOR, E. (2010). "The Sixties Scoop: Implications for social workers and social work education," *Critical Social Work*, *11*(1), <http://www.uwindsor.ca/criticalsocialwork/the-sixties-scoop-implications-for-social-workers-and-social-work-education>.

ANDERSON, D.G. and M.K. RAYENS (2004). "Factors influencing homelessness in women," *Public Health Nursing*, *21*(1): 12-23.

ANOOSHIAN, L. (2005). "Violence and aggression in the lives of homeless children," *Journal of Family Violence*, *20*(6): 373-387.

ARRIGHI, B.A. (2001). *Understanding Inequality: The Intersection of Race/Ethnicity, Class, and Gender*, Toronto, Rowman & Littlefield.

BARROW, S.M. and N.D. LABORDE (2008). "Invisible mothers: Parenting by homeless women separated from their children," *Gender Issues*, *25*(3): 157-172.

BARTKEY, S.L. (1988). "Foucault, femininity, and the modernization of patriarchal power," dans L. Quinby and I. Diamond (eds.), *Feminism and Foucault: Paths of Resistance*, Boston, Northeastern University Press: 61-86.

BASKIN, C. (2007). "Aboriginal youth talk about structural determinants as the cause of their homelessness," *First Peoples Child and Family Review*, *3*(3): 31-42.

BENBOW, S. (2009). *Oppression in the Lives of Homeless Mothers with Mental Illness*, Master's Thesis, London, The University of Western Ontario.

BENBOW, S., C. FORCHUK, and S.L. RAY (2011). "Mothers with mental illness experiencing homelessness: A critical analysis," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Article first published online, March 13, <DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01720.x>.

BHUI, K., SHANAHAN, L., and G. HARDING (2006). "Homelessness and mental illness: A literature review and a qualitative study of perceptions of the adequacy of care," *International Journal of Social Psychiatry*, *52*(2): 152-165.

BOURGEAULT, I. (2006). "The provision of care: Professions, politics, and profits," in D. Raphael, T. Bryant, and M. Rioux (eds.), *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care*, Toronto, Canadian Scholars' Press: 263-286.

BOYD, S.C. (2004). *From Witches to Crack Moms: Women, Drug Law, and Policy*, Durham, NC, Carolina Academic Press.

BROWNE, A.J., SMYE, V.L., and C. VARCOE (2007). "Postcolonial-feminist theoretical perspectives and women's health," in M. Morrow, O. Hankivsky, and C. Varcoe (eds.), *Women's Health in Canada: Critical Perspectives on Theory and Policy*, Toronto, University of Toronto Press: 124-142.

BRYANT, T. (2009). "Housing and health: more than bricks and mortar," in D. Raphael (ed.), *Social Determinants of Health*, 2nd ed., Toronto, Canadian Scholars' Press: 235-249.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION (2007). *Stigma and Mental Illness*, Ottawa, Canadian Mental Health Association.

CAREY, G.E., *et al*. (2009). "Discourse, power and exclusion: The experiences of childless women," in A. Taket, *et al*. (eds.), *Theorising Social Exclusion*, New York, Routledge.

CARROLL, W.K. (2004). *Critical Strategies for Social Research*, Toronto, Canadian Scholars' Press.

CAXAJ, S.C. and H. BERMAN (2010). "Belonging among newcomer youths: Intersecting experiences of inclusion and exclusion," *Advances in Nursing Science*, *33*(4): 17-30.

CENTRE FOR EQUALITY RIGHTS IN ACCOMMODATION (2009). *"Sorry it's Rented": Measuring Discrimination in Toronto's Rental Housing Market*, Retrieved from <http://www.equalityrights.org/cera/docs/CERAFinalReport.pdf>.

CHEUNG, A.M. and S.Q. HWANG (2004). "Risk of death homeless women: A cohort study and review of the literature," *Canadian Medical Association*, *170*(8): 1243-1247.

CONNOLLY, D.R. (2000). *Homeless Mothers: Face to Face with Women and Poverty*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

COSGROVE, L. and C. FLYNN (2005). "Marginalized mothers: Parenting without a home," *Analyses of Social Issues and Public Policy*, *5*(1): 127-143.

CRAFT-ROSENBERG, M., S.R. POWELL, and K. CULP (2000). "Health status and resources of rural homeless women and children," *Western Journal of Nursing Research*, *22*(8): 863-878.

CRENSHAW, K. (1993). "Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics," in D.K. Weisberg (ed.), *Feminist Legal Theory*, Philadelphie, Temple University Press: 383-395.

CZAPSKA, A., A. WEBB, and N. TAEFI (2008). *More than Bricks and Mortar: A Rights-Based Strategy to Prevent Girl Homelessness in Canada*, Vancouver, Justice for Girls.

DU MONT, J. and K. MILLER (2000). "Countless abused women: Homeless and inadequately housed," *Canadian Woman Studies*, *20*(3): 115-122.

FISKE, J. and A.J. BROWNE (2004). *First Nations Women and the Paradox of Health Policy Reform*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

FONTANA, J.S. (2004). "A methodology or critical science in nursing," *Advances in Nursing Science*, *27*(2): 93-101.

FORCHUK, C., *et al*. (2006). "Surviving the tornado of mental illness: Psychiatric survivors' experiences of getting, losing, and keeping housing," *Psychiatric Services*, *57* (4): 558-562.

FRANKISH, J.C., S.W. HWANG, and D. QUANTZ (2005). "Homelessness and health in Canada: Research lessons and priorities," *Revue canadienne de santé publique / Canadian Journal of Public Health*, *96*(Suppl. 2): 23-29.

GALABUZI, G. (2006). *Canada's Economic Apartheid: The Social Exclusion of Racialized Groups in the New Century*, Toronto, Canadian Scholars' Press.

GALABUZI, G. (2011). *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalization of Racialised Groups*, Toronto, CSJ Foundation for Research & Education.

GILL, L. (2000). *Teetering on the Rim: Global Restructuring, Daily Life and the Armed Retreat of the Bolivian State*, New York, Columbia University Press.

HARDILL, K. (2000). "Now they are killing the homeless," *The Toronto Star*, June 16: A25.

HARVEY, D. (2006). *Spaces of Global Capitalism: Towards a Theory of Uneven Geographical Development*, London, Verso.

HATTON, D., *et al.* (2001). "Homeless women and children's access to health care: A paradox," *Journal of Community Health Nursing*, *18*(1): 25-34.

HILL COLLINS, P. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, 2nd ed., New York, Routledge.

HOLT, R., S. MONTESINOS, and R.C. CHRISTENSEN (2007). "Physical and sexual abuse history in women seeking treatment at a psychiatric clinic for the homeless," *Journal of Psychiatric Practice*, *13*(1): 58-60.

HULCHANSKI, J. (2009). *Ending Family Homelessness Symposium: Final Project Report*, Retrieved from <http://chhen.relyonmedia.com/ResourceFiles/0f3um0o4.pdf>.

JIWANI, Y. (2000). *Dicourses of Denial: Mediations of Race, Gender and Violence*, Vancouver, UBC Press.

KELM, M. (1998). *Colonizing Bodies: Aboriginal Health and Healing in British Columbia 1900-50*, Vancouver, UBC Press.

KHADOR, E. and K. MASON (2007). *The Street Health Report 2007*, Retrieved from <http://www.streethealth.ca/Downloads/SHReport2007.pdf>.

KHOSLA, P. (2003). *If Low Income Women of Colour Counted in Toronto,* Toronto, Community Social Planning Council of Toronto, Retrieved from <http://www.socialplanningtoronto.org/Research%20&%20Policy%20Updates/Low%20Income%20Women%20of%20Colour%20Aug03.pdf>.

KLODAWSKY, F. (2006). "Landscapes on the margins: Gender and homelessness in Canada," *Gender, Place and Culture*, *13*(4): 365-381.

KNUDSEN, S.V. (2006). "Intersectionality – a theoretical inspiration in the analysis of minority cultures and identities in textbooks," in E. Bruillard, *et al.* (eds.), *Caught in the Web or Lost in the Textbook?*, Paris, Jouve: 61-76. Retrieved from <http://www.caen.iufm.fr/colloque_iartem/pdf/knudsen.pdf>.

KOTHARI, M. (2007). *Preliminary Observations of a Fact-Finding Mission to Canada*, Geneva, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, Retrieved from <http://www.ohchr.org>.

LAIRD, G. (2007). *Shelter: Homelessness in a Growth Economy: Canada's 21st Century Paradox*, Calgary, Sheldon Chumir Foundation for Ethics in Leadership and Gordon Laird, Retrieved from <http://www.gordonlaird.com>.

LAWRENCE, B. (2002). "Rewriting histories of the land: Colonization and indigenous resistance in Eastern Canada," in S. Razack (ed.), *Race, Space, and the Law*, Toronto, Between the Lines: 21-46.

LAYTON, J. (2008). *Homelessness: How to End the National Crisis*, Toronto, Penguin Group.

MARKEY, N.A. (2010). "The 'other' accidental archaeologist," in G. Nicholas (ed.), *Being and Becoming Indigenous Archaeologists*, Walnut Creek, CA, Left Coast Press.

MARTIN, M. (1987). "Homeless women: An historical perspective," in B. Rick (ed.), *On Being Homeless: Historical Perspectives*, New York, Museum of the City of New York: 32-41.

MAY, J., P. CLOKE, and S. JOHNSEN (2007). "Alternative cartographies of homelessness: Rendering visible British women's experiences of 'visible' homelessness," *Gender, Place and Culture*, *14*(2): 121-140.

MCCREARY CENTRE SOCIETY (2002). *Between the Cracks: Homeless Youth in Vancouver,* Retrieved from <http://www.ihpr.ubc.ca/media/McCreary2002.pdf>.

MEADOWS-OLIVER, M. (2003). "Mothering in public: A meta-synthesis of homeless women with children living in shelters," *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *8*(4): 130-136.

MORRIS, R. and L. STRONG (2004). "The impact of homelessness on the health of families," *The Journal of School Nursing*, *20*(4): 221-227.

NATIVE WOMEN'S ASSOCIATION OF CANADA (2007). *Aboriginal Women and Homelessness: An Issue Paper*, Retrieved from <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/nwac-homelessness.pdf>.

NOVAC, S. (2001). *Women's Health and Homelessness: A Review of the Literature. Common Occurrence; The Impact of Homelessness on Women's Health*, Toronto, Canadian Women's Health Network.

NOVAC, S. (2006). *Family Violence and Homelessness: A Review of the Literature*, prepared for the National Clearinghouse on Family Violence, Ottawa, Public Health Agency of Canada.

NOVAC, S., *et al.* (2009). "Supporting young homeless mothers who have lost child custody," in J. Hulchanski, P. Campsie, and S. Philippa (eds.), *For Addressing Homelessness in Canada* (e-book), Chapter 4.1, Toronto, Cities Centre, University of Toronto, Retrieved from <http://www.homelesshub.ca/FindingHome>.

ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION (2008). *Right at Home – Report on the Consultation on Human Rights and Rental Housing in Ontario,* Retrieved from <http://www.ohrc.on.ca/en/resources/discussion_consultation/housingconsultationreport/pdf>.

PADGETT, D.K., *et al.* (2006). "In their own words: Trauma and substance abuse in the lives of formerly homeless women with serious mental illness," *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(4): 461-467.

PEDERSON, A. and D. RAPHAEL (2006). "Gender, race, and health inequalities," in D. Raphael, T. Bryant, and M. Rioux (eds.), *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care*, Toronto, Canadian Scholars' Press: 159-191.

PUBLIC SERVICE ALLIANCE OF CANADA (2008). *Making Aboriginal Poverty History*, Retrieved from <http://psac.com/what/humanrights/june21factsheet1-e.shtml>.

RAHDER, B. (2006). "The crisis of women's homelessness in Canada," *Women & Environments International Magazine*, *70-71*: 38-39.

RAPHAEL, D. (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2nd ed., Toronto, Canadian Scholars' Press.

REID, C. (2007). "Women's health and the politics of poverty and exclusion," in M. Morrow, O. Hankivsky, and C. Varcoe (eds.), *Women's Health in Canada*, Toronto, University of Toronto Press: 199-220.

REID, C., A. PEDERSON, and S. DUPERE (2007). "Addressing diversity in health promotion: Implications of women's health and intersectional theory," dans M. O'neil, *et al.* (eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd ed., Toronto, Canada Scholars' Press: 75-90.

ROLFE, A. (2008). "'You've got to grow up when you've got a kid': Marginalized young women's accounts of motherhood," *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *18*: 299-314.

SCOTT, S. (2007). *All Our Sisters: Stories of Homeless Women in Canada*, Toronto, Broadview Press.

SEFA DEI, G.J. and A. ARLO KEMPF (eds.) (2006). *Anti-Colonialism and Education: The Politics of Resistance*, Rotterdam, Sense Publishers.

SEV'ER, A. (2002). "A feminist analysis of flight of abused women, plight of Canadian shelters: Another road to homelessness," *Journal of Social Distress and the Homeless*, *11*(4): 307-313.

SHAPCOTT, M. (2008). "Housing," in D. Raphael (ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2nd ed., Toronto, Canadian Scholars' Press: 221-234.

SMYLIE, J. (2009). "The health of Aboriginal peoples," in D. Raphael (ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2nd ed., Toronto, Canadian Scholars' Press: 280-301.

STATISTICS CANADA (2000). *Women in Canada: A Gender-based Statistical Report*, Ottawa, Ministry of Industry.

STATISTICS CANADA (2011). *Shelters for Abused Women in Canada, 2010*, Component of Statistics Canada Catalogue no. 85-002-X, Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11495-eng.pdf>.

STERMAC, L. and E.K. PARADIS (2001). "Homeless women and victimization: Abuse and mental health history among homeless rape survivors," *Resources for Feminist Research*, *28*(3): 65-78.

STYRON, T., R. JANOFF-BULMAN, and L. DAVIDSON (2000). "'Please ask me how I am': Experiences of family homelessness in the context of single mothers' lives," *Journal of Social Distress and the Homeless*, *9*(2): 143-165.

THRASHER, S.P. and C.T. MOWBRAY (1995). "A strengths perspective: An ethnographic study of homeless women with children," *Health and Social Work*, *20*(2): 93-101.

TISCHLER, V., A. RADEMEYER, and P. VOSTANIS (2007). "Mothers experiencing homelessness: Mental health, support and social care needs," *Health and Social Care in the Community*, *15*(3): 246-253.

TISCHLER, V. and P. VOSTANIS (2007). "Homeless mothers: Is there a relationship between coping strategies, mental health and goal achievement?," *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *17*(2): 85-102.

TUTTY, L.M., *et al*. (2009). *"I Built My House of Hope": Best Practices to Safely House Abused and Homeless Women,* Calgary, RESOLVE Alberta.

VARCOE, C. and G. HARTRICK DOANE (2007). "Mothering and women's health," in M. Morrow, O. Hankivsky, and C. Varcoe (eds.), *Women's Health in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

WARDHAUGH, J. (1999). "The unaccommodated woman: home, homelessness and identity," *Sociological Review*, *47*(1): 91-109.

WATSON, S. (1999). "Home is where the heart is: Engendering notions of homelessness," in P. Kennett and A. Marsh (eds.), *Homelessness: Exploring the New Terrain*, Bristol, Policy Press: 81-100.

WEINREB, L., R. GOLDBERG, and J. PERLOFF (1998). "Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers," *Journal of General Internal Medicine*, *13*(6): 389-397.

WELCH, M. (1999). "Critical theory and feminist critique," in E.C. Polifroni and M. Welch (eds.), *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*, Philadelphia, Lippincott: 355-358.

WHITZMAN, C. (2006). ''At the intersection of invisibilities: Canadian women, homelessness and health outside the 'big city','' *Gender, Place and Culture*, *13*(4): 383-399.

WILSON, D. and D. MACDONALD (2010). *The Income Gap Between Aboriginal Peoples and the Rest of Canada*, Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives.

WOMEN'S HOUSING EQUALITY NETWORK (2008). *A Crisis Denied: Homelessness and Inadequate Housing in Canada: A Submission to the Office of the High Commissioner for Human Rights,* Retrieved from <http://www.equalityrights.org/when/newPDFs/WHEN_UPR_Submission_8.pdf>.

CHAPITRE

9

ÊTRE MÈRE DANS L'OMBRE
QUAND MATERNITÉ SE CONJUGUE AVEC CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Amélie Bédard
Université de Montréal

Aborder la question de la maternité combinée à la toxicomanie, c'est plonger au cœur même de la signification sociale du rôle de mère. La question soulevée est complexe et les réponses sont nombreuses selon le point de vue que l'on adopte. Force est de reconnaître que la société nord-américaine nous propose une vision de la mère qui est un modèle de perfection, d'exemplarité empreint de patience, de dévotion et de douceur. Cette image idéalisée de la mère est fortement inscrite dans la culture occidentale et les représentations socialement acceptables de la mère vont de pair avec cette image. Par ailleurs, que signifie être toxicomane au féminin ? Ici encore, une variété de points de vue sont véhiculés. De façon dominante, la toxicomanie chez la femme évoque surtout une vie marquée par la dépendance, le dur manque à gagner et les conditions de vie très difficiles (Anderson, 2008). Présenté ainsi, l'archétype de la toxicomane est tout à l'opposé de celle de la mère contemporaine. Pourtant, être mère et consommer des substances psychoactives est une réalité qui prend forme dans une palette de nuances qu'il importe de considérer au-delà des jugements moraux, pour le bien-être de l'enfant comme pour celui de la mère. Certes, les questions morales, éthiques s'enchevêtrent et dérangent.

Comment concilier la maternité avec la toxicomanie sans heurts, sans discréditer ni punir ? Est-il possible que la relation mère-enfant se construise dans un contexte considéré autrement que socialement déviant ?

Le contraste marqué, voire choquant, entre ces deux positions sociales mérite qu'on approfondisse l'analyse sur la question. Le texte proposé se veut une réflexion sur la littérature scientifique dans une perspective féministe critique. À l'instar d'auteures canadiennes comme Susan Boyd (1999, 2004a, 2004b), Nancy Poole (2001, 2005, 2007) et Lorraine Greaves (2002), femmes engagées et inspirées par des communautés de femmes consommant des drogues, nous souhaitons mettre en lumière comment le processus de construction sociale de la maternité dessert celui de la mère aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

Pour ce faire, nous délimiterons, dans un premier temps, le cadre de notre réflexion. La première section traitera des discours portant sur les mères toxicomanes, plus précisément de la construction sociale de la maternité et de son impact sur les mères qui consomment des substances psychoactives, du modèle social dominant et de la stigmatisation des mères, de même que de l'influence que la perception sociale de la toxicomanie féminine peut jouer dans le maintien de ces discours. Nous conclurons cette première partie en soulevant la question de la déviance sociale, car dans le paradigme promulgué par le discours dominant force est d'admettre que la toxicomanie en contexte de maternité est perçue comme un phénomène en marge des normes sociales. La deuxième section concernera le discours des mères toxicomanes elles-mêmes, la façon dont elles perçoivent leurs expériences de la maternité et les concepts de risques et de droits avec lesquels elles doivent jongler. La dernière section du chapitre portera sur les avenues à explorer avec les mères consommant des substances psychoactives, c'est-à-dire les services existants et les facteurs favorisant le soutien aux mères, les relations avec le système de protection de l'enfance et de la jeunesse, de même que l'approche de réduction des méfaits comme manière appropriée d'aborder la situation.

Précisons que le texte suivant ne porte pas sur la période de la grossesse mais bien sur la maternité, même si cette période sera parfois abordée puisqu'elle représente un moment charnière dans la vie des femmes. Nous avons fait le choix d'être inclusive sur le plan des substances psychoactives consommées et ne ferons pas de distinction entre celles qui sont légalisées (alcool) et celles qui ne le sont pas (cocaïne, opiacés, amphétamines, *speed* et autres narcotiques). De plus, le mode d'ingestion des substances n'est pas en cause (par voie orale, nasale, intraveineuse, etc.) Notons que ce chapitre a été rédigé dans l'optique de s'intéresser essentiellement aux personnes qui présentent une dépendance ou un abus à une ou plusieurs substances psychoactives selon les critères cliniques

établis par le DSM-IV-TR. Le but de cet écrit n'est pas non plus de dresser un portrait des caractéristiques sociodémographiques des femmes consommatrices de substances psychoactives qui sont mères, car ces caractéristiques sont multiples et ne rendraient pas compte de la complexité de leur réalité.

1. Le discours sur les mères toxicomanes

La construction sociale de la maternité catégorisant les femmes qui consomment des drogues ainsi que les politiques et les pratiques qui en découlent font en sorte qu'il est important de se pencher sur le contexte environnemental, économique et social dans lequel ces femmes évoluent (Litzke, 2005). Il est impératif de tenir compte des lois et des normes qui, de manière dominante, sont défavorables à la consommation abusive de substances. De plus, il est impossible de passer sous silence les contextes de pauvreté et de désorganisation sociale au sein desquels s'inscrit l'usage de drogues illicites (Boyd, 2004a, 2004b). La complexité des conditions associées à la consommation de drogues par des femmes qui, au surplus, occupent le rôle de mère (par exemple, l'influence d'un partenaire masculin, problèmes de santé physique ou de santé mentale, etc.) rend le regard porté sur le phénomène encore plus compliqué. C'est pourquoi il est essentiel de resituer cette réalité dans son contexte plus large, car les solutions qui s'imposent doivent s'y attaquer (Litzke, 2005). Citons une métaphore particulièrement saisissante à ce propos : « Les mères toxicomanes sont assises à l'intersection des images idéalisées de la maternité, des efforts sociaux pour protéger leurs enfants des abus et de la négligence et des problèmes sociaux déshumanisants causés par la consommation de l'alcool et de la drogue » (Brownstein-Evans, 2004, 223 ; traduction libre).

Un large corpus de littérature s'est intéressé aux impacts négatifs de la consommation de substances psychoactives sur le fœtus et les enfants, dont l'effet est d'accroître le sentiment de honte et la culpabilité des mères toxicomanes (Litzke, 2005). La stigmatisation sociale est un puissant levier de condamnation faisant en sorte que la plupart de ces femmes, dès l'annonce de la grossesse, remettront immédiatement en question leurs capacités à mettre au monde un enfant. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin.

1.1. Le modèle social dominant et la stigmatisation des mères

Sous l'égide du système social prônant le modèle de la « bonne » mère qui encadre la maternité et qui en détermine les critères, force est de constater que la maternité est hautement idéalisée (Boyd, 1999). Les représentations sociales de la maternité et celles de la toxicomanie sont en conflit,

puisque ces mères présentent un stigmate faisant d'elles des personnes moins humaines et par conséquent de moins « bonnes » mères (Simmat-Durand, 2007).

C'est ainsi que les mères toxicomanes sont réputées comme n'étant pas aptes à s'occuper de leurs enfants (Boyd, 1999). D'ailleurs, ces mères, tout comme celles qui souffrent de troubles mentaux et celles qui sont victimes de violence conjugale, sont dépeintes par les médias et d'autres institutions comme irresponsables, coupables des situations risquées auxquelles elles exposent leurs enfants (Greaves *et al.*, 2002). De plus, selon Greaves *et al.* (2002), les interventions et mesures prises envers ces femmes (toxicomanes) ne sont pas aidantes, elles ne permettent pas de construire ou protéger le lien mère-enfant : « Les lois et politiques conçues pour répondre à l'intérêt de l'enfant ont malheureusement pour résultat de polariser davantage les droits des enfants et ceux des mères, affaiblissant la relation mère-enfant et ne réussissant pas à apporter la santé et la sécurité aux deux » (p. 75). Autrement, il semblerait que les décisions juridiques soient prises en fonction du bien-être de l'enfant et du bien-être de la mère, mais sans viser la qualité de la relation mère-enfant. Cela porte préjudice aux deux parties, selon les auteures. Enfin, le système institutionnel ne prend pas en compte la situation individuelle des mères. Les mauvaises mères ne semblent alors pas soutenues, et « il arrive souvent que le système lui-même contribue à aggraver plutôt qu'à atténuer la situation de crise » (p. 123). « Malheureusement, lorsqu'une personne devient un ''cas'', ses possibilités comme une mère ou comme une personne autonome deviennent très limitées » (p. 124). Puisque les caractéristiques de ces femmes ne sont pas prises en compte, il semble que les décisions prises ne soient pas adaptées aux besoins des enfants et de leur mère (Doitteau, 2004, p. 18).

Bref, elles se retrouvent dans une position de discrédit où elles doivent faire la démonstration qu'elles ont les capacités nécessaires pour remplir ce rôle, au risque de perdre la garde de leur enfant. En fait, le rapport avec les professionnels du système de santé et des services sociaux est continuellement marqué par la menace du signalement aux autorités légales de protection de l'enfance et de la jeunesse (Greaves *et al.*, 2002 ; Simmat-Durand, 2007 ; Reid *et al.*, 2008). Cela a souvent pour conséquence directe que les mères qui souhaiteraient recevoir de l'aide n'en demandent pas par crainte de tout perdre.

Pourtant, des études ont démontré que la consommation de substances illicites chez les mères n'équivaudrait pas automatiquement à la perte des compétences parentales (Boyd, 1999 ; Lussier *et al.*, 2010). Certaines recherches ont eu tendance à comparer les habiletés parentales des mères qui font usage de drogues avec celles des mères qui ne font usage d'aucune substance, ce qui n'est pas représentatif de leur réalité et biaise

les résultats des analyses. En effet, il existe un ensemble de variables structurelles à prendre en considération, telles que les conditions de vie socioéconomiques, les caractéristiques personnelles des parents (et pas uniquement de la mère), de même que la dynamique du système familial en place (Lussier *et al.*, 2010). Ces mêmes auteures, dans leur récente étude, ont d'ailleurs fait la démonstration que ce n'est pas la toxicomanie des mères qui est incompatible avec la parentalité ; ce seraient plutôt l'âge précoce de la maternité et la qualité du réseau de soutien qui accentuent leur vulnérabilité et leurs difficultés à prendre soin de leur enfant. De plus, malgré les difficultés rencontrées par les mères toxicomanes, cela ne semble pas nécessairement affecter la qualité des relations parent-enfant. Les mères qui sont en contact avec les services de protection de l'enfance et de la jeunesse reconnaissent avoir besoin de soutien pour maintenir des compétences parentales adéquates et stables, mais elles n'en sont pas moins attachées à leurs enfants et préoccupées par leur bien-être pour autant (Lussier *et al.*, 2010). Ce sont là des pistes d'interventions importantes sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

1.2. Influence de la perception sociale de la toxicomanie des femmes

En comparaison avec celles des hommes toxicomanes qui font usage de drogues, les représentations sociales des femmes toxicomanes diffèrent sur plusieurs points. En effet, les femmes sont plus stigmatisées que les hommes et vivent plus d'incidences négatives dans le traitement de leur problème de toxicomanie, telles que des répercussions dans les responsabilités familiales, la perte de son emploi et l'effritement du réseau social (Poole et Dell, 2005). Des recherches approfondies à ce sujet ont démontré que les rapports aux substances psychoactives, les réactions à celles-ci, de même que les traitements adaptés, doivent être considérés selon un regard sexospécifique (Litzke, 2005 ; Poole et Dell, 2005 ; Tuchman, 2010). Les femmes consommatrices de drogues sont souvent représentées de façon stéréotypée par les différents médias. Elles sont perçues comme des personnes égocentriques, paresseuses, faibles, prêtes à toutes les bassesses pour assouvir leur besoin de consommer. D'ailleurs, dans le discours néolibéral, elles occupent une position marginale, non seulement en raison de leur usage de drogues, mais elles sont aussi en marge de leurs semblables masculins en raison des attentes sociales face au genre féminin qui ne sont pas compatibles avec l'image qu'elles véhiculent. Tôt ou tard, dans cette sous-culture, elles seront vues comme passives, jugées plus sévèrement que les hommes. Elles seront rapidement identifiées comme des « monstres », puisque dépourvues d'attributs féminins socialement reconnus, tels que le don de soi, la modestie et l'attitude bienveillante (Moore et Fraser, 2006).

Campbell (2001) va même jusqu'à affirmer que les femmes faisant usage de substances illicites sont socialement présentées comme les figures de l'échec de la féminité et de la maternité. D'ailleurs, on retrouve dans la littérature certains écrits perpétuant le mythe des femmes faisant usage de crack, comme des *crack whores* qui seraient portées à avoir des relations sexuelles dans n'importe quel contexte, tant public que privé, et ce, avec de multiples partenaires. D'autres recherches sont cependant venues corriger cette image immorale de la femme consommatrice de drogues illicites vivant dans la promiscuité sexuelle (Boyd, 2004a, 2004b).

Anderson (2008), dans un ouvrage féministe critique sur les femmes toxicomanes, dénonce le fait que le discours développé dans les années 1990, qui a amené à élargir la problématique à d'autres préoccupations, telles que la violence, la santé mentale, la prostitution et le VIH, soit resté cantonné dans le modèle de la victimisation et dans l'échec des femmes à remplir leurs rôles sociaux, tel celui de mère. Ce mode de pensée a conduit à percevoir les femmes toxicomanes comme « pathologiques » et « impuissantes », les confinant au rôle de vilaines et de victimes (Anderson, 2008). D'autres auteures féministes australiennes ont aussi alimenté la réflexion sur le sujet en abordant la question des femmes dans l'univers du commerce de la drogue, typiquement reconnu pour en être un d'hommes (Broom, 1994 ; Denton, 2001). Denton (2001) démontre que les femmes, loin d'être à la remorque des hommes, sont en mesure de développer des stratégies et des compétences qui leur sont propres pour occuper des positions de leadership dans le marché de la drogue.

Néanmoins, les femmes toxicomanes demeurent un groupe stigmatisé et jugé en fonction de standards non réalistes. C'est-à-dire qu'en raison des multiples problèmes qu'elles peuvent rencontrer dans leur parcours de vie, elles n'auront pas nécessairement le réflexe de faire appel à leurs compétences et leurs ressources (souvent sous-développées ou négligées) au moment souhaité pour composer avec ces situations de la manière attendue socialement. En comparaison avec d'autres groupes de femmes vivant des difficultés similaires (itinérance, pauvreté, etc.), elles sont souvent considérées comme étant des « pauvres non méritantes », qui sont moralement déficientes car elles sont les seules responsables des difficultés qu'elles vivent. De plus, les femmes toxicomanes perçoivent les services sociaux qu'elles reçoivent comme étant de type interventionniste et punitif, ce qui a pour conséquence de maintenir un effet de discrimination sociale à leur égard (Banwell et Bammer, 2006).

1.3. Une question de déviance sociale ?

Aborder le sujet de la maternité associée à la toxicomanie conduit indéniablement à la confrontation aux questions de normes légales, morales et sociales. Étant donné la nature illicite de certains produits consommés,

il convient de parler de déviance sociale quant à une norme établie par les lois. En effet, faire l'usage de produits illicites équivaut à s'exposer à des sanctions légales alors que cela n'est pas le cas pour les produits légalisés qui sont néanmoins néfastes pour la santé (Boyd, 1999). Les données scientifiques existantes ont pourtant démontré que les méfaits associés à l'usage des drogues illicites étaient grandement surestimés (Boyd, 1999). En contrepartie, les méfaits liés à la consommation d'alcool et de tabac sont davantage connus en recherche scientifique, y compris les effets sur le fœtus et l'enfant (Flavin et Paltrow, 2010). Pourtant, la répression sociale vis-à-vis des drogues illicites est de loin la plus sévère.

Les réponses de type punitif et répressif au phénomène des femmes enceintes qui consomment des drogues sont populaires (Young, 1994). Dans les années 1990, certains États américains ont sévèrement sanctionné des femmes pour avoir consommé des drogues durant la grossesse : accusations au criminel pour abus et négligence en raison d'une exposition *in utero* du fœtus à des substances psychoactives, retrait de l'enfant dès la naissance qui repose uniquement sur un dépistage urinaire positif de drogues et peine d'emprisonnement allant jusqu'à dix ans de pénitencier en sont quelques exemples. Young nous rappelle à quel point le sujet est sensible, considérant le paradoxe suivant : la maternité implique qu'une mère fera tout pour assurer le bien-être de son enfant, alors que la mère toxicomane est non seulement perçue socialement comme inadéquate, mais elle s'expose à des conséquences légales faisant d'elle une criminelle potentielle. Toujours selon Young (1994), la promotion de l'approche punitive en vue d'amener en traitement les femmes qui consomment n'est pas indiquée, car les services demeurent limités pour celles-ci. De plus, en punissant les femmes enceintes qui consomment des drogues, on ne prévient pas les torts causés aux bébés, mais on marque les femmes comme étant déviantes socialement, ce qui a pour effet de les exclure davantage du système de soins. Finalement, Young (1994) base sa critique de l'approche répressive sur le fait que la dépendance aux substances illicites est d'abord et avant tout un problème de santé, plus qu'un problème de justice criminelle, et que c'est sur cette prémisse que les politiques sociales devraient prendre appui.

D'ailleurs, Greaves *et al*. (2002) se sont intéressées aux politiques sociales canadiennes en termes de soins destinés aux mères qui s'intoxiquent. Elles concluent que les politiques sont principalement axées sur le bien-être des enfants et non sur le lien entre la mère et l'enfant. Cela n'est pas sans conséquence. Les politiques sociales mettront plus l'accent sur le risque que les femmes font courir aux enfants que sur leur propre bien-être (Campbell, 2001 ; Poole et Dell, 2005).

Les femmes consommatrices qui ont des enfants se retrouvent soumises à une double réglementation, à la fois formelle (lois) et informelle (morale) (Boyd, 2004a, 2004b). Boyd établit clairement le lien entre les

lois sur les drogues et le contrôle de la moralité, de la sexualité et de la capacité de reproduction des femmes en faisant le tracé de son évolution historique. Les femmes sont contrôlées à travers l'institution que représente la famille contemporaine, et son autonomie reproductive s'en trouve limitée (Boyd, 1999). C'est comme si le fœtus devenait un objet séparé du corps de sa mère et que cette dernière n'était que le vaisseau porteur du bébé. Pourtant, la loi est claire et reconnaît qu'on ne peut forcer une femme enceinte qui consomme des substances toxiques à suivre un traitement contre sa volonté, car le fœtus n'a pas de droit et c'est celui de sa mère qui prévaut (Boyd, 1999).

Le discours sur les mères présentant un problème de toxicomanie nous démontre comment la maternité est un construit social dont les principales composantes ne cadrent pas avec les perceptions véhiculées sur les femmes ayant un problème majeur de consommation d'alcool ou de drogues. Cette situation place les femmes au centre d'un processus de discrimination sociale, les invalidant dans le rôle de mère et renforçant la dichotomie entre la « bonne » et la « mauvaise » mère. Néanmoins, ces femmes sont très conscientes de l'existence de cette classification sociale, des catégories de mères, et elles ont leurs propres perceptions quant à l'expérience de la maternité. Il importe d'explorer ces perceptions pour mieux comprendre l'ampleur du phénomène étudié.

2. Le discours des mères toxicomanes

2.1. La perception des femmes face à l'expérience de la maternité

L'expérience de la maternité constitue une étape charnière dans la vie d'une femme. Les personnes qui consomment des drogues ne font pas exception à cette réalité. Plusieurs auteurs se sont d'ailleurs intéressés à la conception de la maternité des femmes ayant un problème de toxicomanie. Une étude qualitative québécoise portant sur l'expérience maternelle de femmes toxicomanes (De Koninck *et al.*, 2003) a permis de démontrer que ces femmes, à l'annonce d'une grossesse, manifestent des réactions similaires aux femmes vivant en contexte défavorisé. Elles ressentent un fort désir de normalité dans cette période importante de leur parcours et remettent en question leur mode de vie, considéré comme déviant. Pour certaines femmes, l'annonce d'une grossesse donne soudainement un sens à leur existence et elles tentent de créer des liens sociaux positifs. Elles ont une représentation théorique de ce que doit être une « bonne » mère, et ce, selon les normes sociales établies. Ces mères ressentent le besoin de convaincre leur entourage ainsi que la société de la légitimité du rôle qui leur est consenti et souhaitent se montrer dignes de confiance, car elles sont très conscientes que maternité et toxicomanie

sont difficilement conciliables. Elles se sentent jugées et surveillées : « Pour certaines, dès l'instauration de l'état de grossesse, elles enfreignent un interdit. Être mère alors qu'on n'a pas vraiment le "droit" de l'être » (De Koninck *et al.*, 2003, p. 125). Cette notion de droit est fondamentale, puisque la consommation de substances illégales remet directement en cause la légitimité d'être mère. Est-ce que, parce qu'elles adoptent un comportement déviant socialement dans une sphère de leur vie, cela les condamne forcément à être déviantes sur tous les plans ? Nous y reviendrons dans la section suivante.

Une étude qualitative américaine dresse le portrait complexe et ambivalent que constitue l'expérience de la maternité pour la mère toxicomane (Baker et Carson, 1999). L'on constate que la maternité est une partie fondamentale de leur vie et que leur discours est teinté d'éléments les définissant à la fois comme de « bonnes » et de « mauvaises » mères. En fait, les femmes interrogées dans l'étude adhèrent à l'idéologie dominante de la maternité et elles démontrent qu'elles ont à cœur le bien-être de leurs enfants et qu'elles tentent par plusieurs moyens de concilier leur problème de consommation avec ce que la société attend d'elles en tant que mère. D'une part, elles sont généralement conscientes d'exposer leur enfant à un certain danger, de parfois ne pas être disponibles physiquement, financièrement et émotionnellement pour ceux-ci, de même qu'elles reconnaissent ne pas toujours avoir le contrôle de la situation. D'autre part, elles reconnaissent aussi être en mesure de subvenir aux besoins de base de leurs enfants, de les protéger des méfaits de la consommation et de faire usage de drogues dans le but de gérer leurs humeurs et leur stress afin d'être mieux disposées pour les enfants (Baker et Carson, 1999).

De plus, la maternité apparaît comme une occasion de changement pour les femmes consommant des substances psychoactives (Boyd, 1999 ; De Koninck *et al.*, 2003 ; Dunlap *et al.*, 2006 ; Simmat-Durand, 2007). Une récente étude quantitative a d'ailleurs démontré que la maternité est le premier tournant qui amène les femmes défavorisées à sortir de la délinquance et de la consommation de drogues, en raison des éléments suivants : un changement dans les priorités de vie, un changement dans la valeur attribuée au risque d'arrestation et une modification dans les activités quotidiennes (Kreager *et al.*, 2010). Selon des chercheurs de Baltimore qui ont interrogé 149 femmes toxicomanes, celles qui sont enceintes seraient quatre fois plus susceptibles d'exprimer une grande motivation à suivre un traitement que celles qui ne sont pas enceintes (Mitchell *et al.*, 2008). L'échantillon utilisé pour obtenir ces résultats comprenait 49 femmes enceintes, alors que 100 femmes constituaient le groupe contrôle. Les sujets ont été recrutés par le biais de deux études épidémiologiques longitudinales évaluant les facteurs de risques du VIH et des hépatites. Une série d'analyses quantitatives ont par la suite été réalisées.

Il semble que le même phénomène se produise pour les jeunes filles de la rue qui connaissent une grossesse (King *et al.*, 2009). D'après cette étude torontoise, l'annonce d'une grossesse marquerait un tournant chez les adolescentes âgées de 17 à 21 ans qui fréquentent la rue, puisqu'elles s'identifieraient positivement à leur nouveau rôle parental et renoueraient des liens avec leur famille. Ces résultats sont basés sur l'analyse qualitative d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de dix adolescentes ayant donné naissance ou étant sur le point de le faire.

2.2. Les notions de risque et de droit dans le discours des mères

L'analyse du discours de mères utilisatrices de drogues est un exercice particulièrement éclairant quant à la signification et à l'autoperception que les femmes accordent à la maternité. Une étude réalisée à Vancouver, campée dans un cadre conceptuel permettant d'éclairer les discours des mères toxicomanes en fonction des notions de droit et de risque (Reid *et al.*, 2008), a permis de dégager quatre principales perceptions qu'ont ces femmes quant au rôle qu'elles exercent, soit celui de la « mauvaise » mère, celui de la « bonne » mère, celui de la mère « déconcertante[1] » et celui de la mère « dépendante aux drogues ». Les résultats obtenus sont issus de deux groupes de discussion auxquels entre 10 et 15 femmes ont pris part. Ces groupes se sont déroulés dans deux milieux différents offrant des services d'aide aux femmes et aux mères ayant des problèmes de dépendance à diverses substances psychoactives.

Dans le discours où le rôle de la « mauvaise » mère est au premier plan, ce sont les droits de l'enfant qui devraient guider toute prise de décision. Selon ce schéma de pensée, les mères, par leurs comportements déviants, exposent leurs enfants à un ensemble de risques. Le discours qui définit la femme comme étant une « bonne » mère est celui où les femmes reconnaissent que les besoins et la santé de leurs enfants ont préséance sur tout le reste, mais considèrent qu'elles sont les seules à s'exposer à un risque en consommant. Les mères sont responsables de leurs actes, elles sont conscientes de leur problème et prennent les mesures pour corriger une situation anormale. Dans ce discours, les droits des mères équivalent à ceux des enfants.

Le discours de la mère « déconcertante » fait référence à la menace omniprésente de perdre la garde de l'enfant. L'État est perçu comme ayant tous les pouvoirs et les femmes ne sont plus des individus à part entière. Dans ce paradigme, elles se sentent comme des « cas sociaux » et se voient privées de leurs droits. L'enfant est considéré comme étant « à risque » en

1. Traduction libre de l'anglais «*thwarted*».

raison des comportements de sa mère. Les rapports entre l'État et les femmes qui consomment des substances illicites semblent ici injustes. En fait, l'État ne prendrait pas en considération les besoins particuliers des femmes et celles-ci auraient l'impression qu'elles n'ont aucun pouvoir sur les décisions qui sont prises et qui les concernent. Les attentes formulées à l'égard des mères qui consomment leur apparaissent trop élevées et elles déplorent n'avoir aucune reconnaissance des efforts faits pour améliorer leurs comportements jugés déviants. D'après les mères interrogées, les seuls résultats qui sont pris en compte concernent l'abstinence totale qu'elles doivent réussir à maintenir dans le temps, ce qui n'est pas un objectif réaliste pour toutes.

Finalement, le discours sur la mère « dépendante » met en lumière le fait que les femmes sont conscientes de la complexité du problème de dépendance. Bien que celui-ci soit le moins apparent lors des discussions avec les femmes ayant participé à l'étude, il demeure, selon Reid *et al.* (2008), le véritable problème pour les mères toxicomanes. D'après ces auteures, les femmes doivent être soutenues à toutes les étapes du processus de réadaptation de leur toxicomanie, incluant le soutien à la motivation, et les périodes de rechute doivent être considérées comme faisant partie de la démarche. De plus, la dépendance devrait être considérée comme un problème de santé et non une déviance sociale, plaident les auteures. On devrait davantage penser en termes de gestion des risques et de promotion des droits. Malheureusement, le discours social dominant tend plutôt à victimiser les femmes, à leur enlever du pouvoir au lieu de les soutenir et de favoriser les relations mère-enfant (Greaves *et al.*, 2002 ; Reid *et al.*, 2008).

3. Vers une conciliation des discours : les approches à explorer avec les mères

Les services médicaux et sociaux jouent un rôle absolument capital dans le parcours de la mère qui présente un problème de toxicomanie. Même si, comme on l'a vu plus tôt, les femmes ont tendance à s'éloigner des services de crainte d'être punies et confirmées dans l'échec de l'accomplissement de leur rôle, il est nécessaire que des services adaptés leur soient rendus disponibles. D'ailleurs, différents modèles, plus souples et congruents avec leur réalité, peuvent arriver à bien les servir. Ainsi que l'ont mentionné De Koninck *et al.* (2003), il importe d'abord et avant tout de soutenir la volonté de changement chez les mères et de mettre à leur disposition un ensemble de ressources flexibles et polyvalentes.

3.1. Les services existants et les facteurs favorisant le soutien aux mères

La période prénatale est particulièrement cruciale, puisqu'elle représente souvent le premier contact de la mère avec le système de soins pour une période qui s'échelonnera dans le temps. Dans leur portrait des services existants, principalement au Québec mais aussi au Canada et ailleurs dans le monde, Lecompte *et al*. (2002) font un survol des modèles et programmes offerts aux enfants exposés aux substances et à leur famille ainsi qu'aux femmes toxicomanes enceintes. Nous retiendrons que les approches qui semblent les plus prometteuses en milieu hospitalier sont celles qui reposent sur une équipe multidisciplinaire et qui instaurent rapidement une collaboration avec la mère en début de grossesse (Lecompte *et al*., 2002 ; Morissette et Venne, 2009). Par ailleurs, il apparaît important d'offrir de la formation aux professionnels de la santé qui travaillent auprès de ces femmes dont la réalité est encore méconnue de plusieurs. De nombreux programmes ont regroupé en un seul et même lieu les services offerts à cette clientèle, ce qui agit comme un élément facilitant le suivi médical et psychosocial, de même que la création d'un environnement favorable à la mise en confiance des mères toxicomanes vivant une grossesse.

En ce qui concerne la période postnatale, mentionnons l'étude de Suchman *et al*. (2006), qui a passé en revue six programmes destinés à l'amélioration des compétences parentales de mères d'enfants de moins de 5 ans aux prises avec des problèmes d'abus de substances. La principale difficulté rencontrée dans la dispensation des services demeure l'engagement des mères dans le traitement. Pour remédier à cette difficulté, il est conseillé d'établir une bonne relation de confiance avec celles-ci, de respecter l'ambivalence des mères et d'effectuer un travail au regard de leur motivation à cesser leur consommation problématique. Ce qui apparaît le plus prometteur est de mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité de la relation mère-enfant, en passant par une forte alliance thérapeutique entre le professionnel et la mère. L'approche motivationnelle est particulièrement indiquée dans de tels cas, mais elle nécessite du personnel clinique bien formé et supervisé sur une base régulière (Suchman *et al*., 2006).

3.2. Les relations avec le système de protection de l'enfance et de la jeunesse

L'abus de substances psychoactives chez la mère est l'un des facteurs les plus courants de signalement d'un enfant à la protection de la jeunesse, et ce, en raison d'une négligence ou d'un abus parental suspecté (Suchman *et al*., 2006). Il importe donc d'explorer des pistes de solutions portant sur les relations entre les mères et les intervenants sociaux qui travaillent dans un contexte judiciaire. À ce sujet, Weaver (2007) a réalisé deux études

qualitatives en Colombie-Britannique, auprès de travailleurs sociaux d'établissements de protection de l'enfance (Child Protection Division). Les entretiens réalisés mettent en lumière les peurs qui résident de part et d'autre dans la relation entre la mère et l'intervenant de la protection de l'enfance lorsqu'il est question de toxicomanie chez la mère. Les travailleurs sociaux sont limités dans le temps et contraints par la loi des services à l'enfance, à la famille et à la collectivité[2] de respecter le mandat qui leur est confié, tout en étant conscients qu'un processus de réadaptation commande temps et efforts. La mère, de son côté, est méfiante, s'ouvre peu et aura plutôt tendance à divulguer l'information qui peut jouer en sa faveur, bien consciente du contexte judiciaire dans lequel la démarche s'inscrit (Weaver, 2007). Les travailleurs sociaux se retrouvent souvent frustrés de ne pouvoir sortir du cadre d'évaluation des risques pour l'enfant, alors que les mères déplorent être parfois considérées comme des « dossiers » et se sentir rapidement jugées. Il est proposé que les intervenants en protection de l'enfance soient plus sensibilisés à la réalité des mères consommatrices de drogues et que l'on démystifie et déconstruise le discours de la « mauvaise » mère qui prédomine socialement (Weaver, 2007). L'approche centrée sur les forces semble aussi une avenue à explorer, car elle permet de mettre davantage l'accent sur les éléments positifs du bien-être familial et de sortir des rapports de force et de confrontation.

3.3. La réduction des méfaits comme une approche adaptée

L'approche humaniste et pragmatique de la réduction des méfaits s'est développée dans le courant des années 1980, en réaction à la propagation grandissante du VIH chez les personnes injectrices de drogues et devant le constat d'échec des politiques de type prohibitionniste (tolérance zéro). Selon la définition retenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec, cette approche consiste en « une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou ''addictifs''), à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements » (MSSS, 1999, p. 2). Ces moyens, qui servent à limiter les conséquences néfastes, visent à la fois les personnes, leur entourage et la société, tant sur le plan sanitaire, économique que social. Les postulats qui sous-tendent cette approche sont les suivants :

1. Les comportements excessifs apparaissent selon un continuum de risques : ces comportements passent d'un pôle où le niveau de risque est minimum à un pôle où les risques sont extrêmes.

2. Nom de la loi provinciale qui s'applique en Colombie-Britannique.

2. Changer les comportements toxicomaniaques est un processus comportant plusieurs étapes, dont la dernière consiste en l'abstinence. Cependant, tout mouvement dirigé vers la réduction des méfaits, donc en amont de l'abstinence, si minime soit-il, est positif en soi.
3. L'objectif d'abstinence ne s'applique pas à tous : certaines personnes connaissent des conditions de vie et des circonstances horribles, l'usage de drogues devenant un moyen de supporter cette réalité douloureuse (Chayer et Larkin, 1997).

L'étude de Reid *et al*. (2008) soulevait, en conclusion, que l'approche de réduction des méfaits, dont l'efficacité est de plus en plus démontrée dans le champ de la santé publique, devrait être considérée comme une option appropriée dans l'intervention auprès des mères consommatrices de substances psychoactives. D'ailleurs, Richter et Bammer (2000), dans une étude portant sur les stratégies adoptées par des mères utilisatrices d'héroïne pour prendre soin de leurs enfants, ont obtenu des résultats démontrant que celles-ci utilisent plusieurs moyens apparentés aux principes de réduction des méfaits, par exemple avoir recours au traitement de substitution à la méthadone, réduire leur consommation de manière significative, protéger leurs enfants de leurs activités liées à la consommation, maintenir un environnement stable et sécuritaire et placer leurs enfants sous les soins d'un tiers responsable en situation active de consommation.

Il ne s'agit pas ici de prêcher en faveur du maintien d'une consommation abusive de substances psychoactives, mais bien de voir au-delà de ce simple comportement. Le but premier étant que l'enfant se développe dans un contexte sain et sécuritaire, que sa mère soit en mesure de répondre adéquatement à ses besoins tout en étant soutenue et respectée dans sa dignité de mère et de femme. Différentes avenues peuvent et doivent être explorées afin de favoriser les liens mère-enfant dans la mesure où ceux-ci contribuent à l'épanouissement des deux êtres qui sont en relation. La zone est évidemment grise et appelle au discernement des professionnels interpellés par la question.

En conclusion, rappelons à quel point le discours dominant sur la vision idéalisée de la maternité semble, *a priori*, contredire celui de l'expérience de la femme toxicomane. Les normes sociales semblent indiquer que ces femmes ne peuvent prétendre à être de « bonnes » mères et que, d'emblée, elles sont discréditées par leur consommation problématique de substances toxiques. Pourtant, il existe une maternité pour la femme toxicomane qui revêt un caractère souvent déterminant dans son parcours de vie. Il importe d'être sensibilisé à cette réalité et de voir au-delà des discours qui maintiennent ces mères en situation de marginalité et de discrimination sociale. Les politiques sociales et les programmes doivent être sensibles à cette réalité, et ce, dans une perspective de bien-être réciproque. Dans les milieux institutionnels comme communautaires, les

intervenants gagneront à adopter des pratiques flexibles misant sur les forces des femmes. Cette approche pourra contribuer à la construction d'une relation de confiance puisant aux valeurs d'égalité, de respect mutuel et d'humanisme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANDERSON, T.L. (2008). *Neither Villain nor Victim*, Newark, NJ, Rutgers University Press.

BAKER, P. et C. CARSON (1999). « I take care of my kids », *Gender & Society*, vol. 13, nº 3, p. 347-363.

BANWELL, C. et G. BAMMER (2006). « Maternal habits : Narratives of mothering, social position and drug use », *International Journal of Drug Policy*, vol. 17, p. 504-513.

BOYD, S.C. (1999). *Mothers and Illicit Drugs Transcending the Myths*, Toronto, University of Toronto Press.

BOYD, S.C. (2004a). « Femmes et drogues : survol des lois et des conflits mères/État aux États-Unis et au Canada », *Psychotropes*, vol. 10, nºs 3-4, p. 153-172.

BOYD, S.C. (2004b). *From Witches to Crack Moms : Women, Drug Law, and Policy*, Durham, NC, Carolina Academic Press.

BROOM, D.H. (1994). *Double Bind : Women Affected by Alcohol and Other Drugs*, Sydney, Allen & Unwin.

BROWNSTEIN-EVANS, C. (2004). « Reaffirming motherhood : Mothers, substance use, and recovery », *Dissertation Abstracts International*, vol. 65, nº 5.

CAMPBELL, N.D. (2001). *Using Women : Gender, Drug Policy, and Social Justice*, New York et Londres, Routledge.

CHAYER, L. et J.-G. LARKIN (1997). *La réduction des méfaits chez les usagers de substances psychoactives*, Montréal, Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies, Université de Montréal.

DE KONINCK, M., L. GUYON et L. MORISSETTE (2003). « L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives », *Recherches féministes*, vol. 16, nº 2, p. 107-137.

DENTON, B. (2001). *Dealing : Women in the Drug Economy*, Sydney, Presses de l'Université de Nouvelles-Galles du Sud.

DOITTEAU, N. (2004). *La perception de femmes prostituées quant à leur relation avec leur(s) enfant(s)*, Mémoire de maîtrise, École de service social, Université Laval.

DUNLAP, E., G. STURZENHOFECKER et B. JOHNSON (2006). « The elusive romance of motherhood : Drugs, gender, and reproduction in inner-city distressed households », *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, vol. 5, nº 3, p. 1-27.

FLAVIN, J. et M.L. PALTROW (2010). « Punishing pregnant drug-using women : Defying law, medicine, and common sense », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 29, nº 2, p. 231-244.

GREAVES, L. *et al.* (2002). *Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise*, Ottawa, Condition féminine Canada.

KING, K.E. *et al.* (2009). « Identity work among street-involved young mothers », *Journal of Youth Studies*, vol. 12, nº 2, p. 139-149.

KREAGER, D.A., R.L. MATSUEDA et E.A. EROSHEVA (2010). « Motherhood and criminal desistance in disadvantaged neighborhoods », *Criminology*, vol. 48, nº 1, p. 221-258.

LECOMPTE, J. *et al.* (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

LITZKE, C. (2005). « Social constructions of motherhood and mothers on drugs : Implications for treatment, policy, and practice », *Journal of Feminist Family Therapy*, vol. 16, nº 4, p. 43-59.

LUSSIER, K., M. LAVENTURE et K. BERTRAND (2010). « Parenting and maternal substance addiction : Factors affecting utilization of child protective services », *Substance Use & Misuse*, vol. 45, p. 1572-1588.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*, Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

MITCHELL, M.M., S.G. SEVERTSON et W.W. LATIMER (2008). « Pregnancy and Race/Ethnicity as Predictors of Motivation for Drug Treatment », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 34, p. 397-404.

MOORE, D. et S. FRASER (2006). « Putting at risk what we know : Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications », *Social Science and Medicine*, vol. 62, nº 12, p. 3035-3047.

MORISSETTE, P. et M. VENNE (2009). *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

POOLE, N. et C.A. DELL (2005). *Toxicomanie au féminin*, Vancouver, Ottawa, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

REID, C., L. GREAVES et N. POOLE (2008). « Good, bad, thwarted or addicted ? Discourses of substance-using mothers », *Critical Social Policy*, vol. 28, nº 2, p. 211-234.

RICHTER, K.P. et G. BAMMER (2000). « A hierarchy of strategies heroin-using mothers employ to reduce harm to their children », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19, nº 4, p. 403-413.

SIMMAT-DURAND, L. (2007). « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Médecine et Hygiène / Déviance et Société*, nº 31, p. 305-330.

SUCHMAN, N. *et al.* (2006). « Parenting interventions for drug-dependent mothers and their young children : The case for an attachment-based approach », *Family Relations*, nº 55, avril, p. 211-226.

TUCHMAN, E. (2010). « Women and addiction : The importance of gender issues in substance abuse research », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 29, nº 2, p. 127-138.

WEAVER, S. (2007). « "Make it more welcome" : Best-practice child welfare work with substance-using mothers – Diminishing risks by promoting strengths », dans S.C. Boyd et L. Marcellus (dir.), *With Child. Substance Use During Pregnancy : A Woman-Centered Approach*, Fernwood, Halifax.

YOUNG, I. (1994). « Punishment, treatment, empowerment : Three approaches to policy for pregnant addicts », *Feminist Studies*, vol. 20, nº 1, p. 33-57.

CHAPITRE

10

UNE PRATIQUE À LA CROISÉE DES CHEMINS
COMPRENDRE LES FEMMES EN TANT QUE MÈRES EN MAISON D'HÉBERGEMENT

Julia Krane
Université McGill
Rosemary Carlton
Université McGill

> Cindy (28 ans), du haut du balcon du premier étage, regarde par-dessus la rampe son fils Brandon, âgé de 5 ans, aux prises avec un violent accès de colère. Elle est parvenue à se retirer de la situation afin d'éviter que l'incident ne dégénère en affrontement physique, ce qui survient beaucoup trop fréquemment entre cette mère et son fils. Pendant ce temps, l'intervenante de Cindy est assaillie par la colère des autres femmes hébergées qui veulent avant tout qu'elle force Cindy à maîtriser son fils. L'intervenante est coincée entre son désir de reconnaître les efforts de Cindy pour éviter d'aggraver la situation avec Brandon et l'afflux de protestations des autres résidentes. Et puis elle ressent une sourde inquiétude que Cindy soit violente envers Brandon. Elle a déjà vu la mère réagir aux crises de Brandon en le frappant avec un journal plié, en le traînant par le bras dans un coin pour réfléchir et en le repoussant physiquement dans une chambre à coucher, autant de gestes qui n'ont servi qu'à exacerber les tensions. Comme Cindy semble envisager de quitter la maison d'hébergement, les craintes de l'intervenante pour la sécurité de Brandon sont accentuées. Celle-ci se demande si la capacité de Cindy à gérer les comportements de son fils ne se détériorera pas encore plus une fois à l'abri du regard attentif du personnel et des autres résidentes de la maison d'hébergement et à l'extérieur de ce cadre de vie collectif.

Ce scénario résume toute la complexité de la pratique en maison d'hébergement et de l'intervention auprès des femmes en tant que mères. La préoccupation plutôt récente concernant les effets de la violence entre conjoints sur la fonction maternelle (rôle de mère) des femmes, sur leurs

relations avec leurs enfants et sur le développement des enfants exposés à cette violence ainsi que l'inquiétude voulant que la violence entre conjoints s'accompagne de violence envers les enfants ont eu pour effet de placer le rôle de mère en maison d'hébergement sous la lentille du microscope. Dans ce chapitre, nous nous appuyons sur les connaissances théoriques et empiriques entourant les épreuves et les vicissitudes du rôle de mère en maison d'hébergement afin d'éclairer la pratique des intervenantes dont le rôle est de soutenir les mères hébergées, mais aussi de scruter leurs comportements parentaux par souci du bien-être des enfants. Nous présentons d'abord les maisons d'hébergement en tant que chez-soi pour de nombreuses mères et leurs enfants. Nous examinons ensuite les recherches principalement féministes sur la fonction maternelle en général et, plus particulièrement, sur la fonction maternelle des femmes en maison d'hébergement. Nous terminons en revenant sur le cas de Cindy et, à la lumière de ces études et ouvrages scientifiques, nous suggérons des façons d'intervenir auprès des femmes hébergées afin que la mesure complète de la complexité de leur situation sociale, notamment de leur identité en tant que mères, soit prise en compte dans la pratique.

1. La maison d'hébergement

Durant le dernier quart du XXe siècle, le problème complexe de la violence entre conjoints a fait l'objet d'une attention sans pareille de la part du grand public et du milieu professionnel (Krane et Davies, 2002). La prise de conscience populaire à cet égard, portée dans une grande mesure par des militantes féministes, s'est accentuée. On a créé et financé des endroits pouvant servir de refuge aux femmes victimes de violence. On a modifié les façons d'intervenir au chapitre des services sociaux, des soins médicaux, de la justice pénale et de l'application des lois. Les maisons d'hébergement pour les femmes violentées et leurs enfants occupent dorénavant une place centrale et bien reconnue au sein des réseaux de soutien et d'intervention. Au Canada, il existe actuellement 593 maisons d'hébergement pour les femmes désireuses d'échapper à des relations violentes, notamment des maisons de transition, des refuges d'urgence et des maisons d'hébergement de deuxième étape (Burczycka et Cotter, 2011). Selon Haj-Yahia et Cohen (2009), les femmes font appel aux services d'hébergement lorsqu'elles sont en situation de crise ou de danger, lorsqu'elles n'ont pas de soutien et, souvent, comme dernier recours.

Les recherches menées auprès de femmes hébergées indiquent que ces dernières font partie des personnes les plus marginalisées et appauvries de la société, et qu'elles sont parmi celles qui ont le plus besoin d'une aide immédiate. Un portrait au 15 avril 2010, tracé par Burczycka et Cotter (2001), révèle qu'au moins le tiers (31 %) des femmes hébergées se sont

tournées vers un refuge plus d'une fois dans le passé. Dans leur étude, Tutty et Rothery (2002) ont constaté que la majorité des femmes hébergées avaient déjà eu recours à un service d'hébergement, le tiers d'entre elles rapportant de 3 à 12 séjours antérieurs. Ces femmes ont décrit des épisodes graves et fréquents de violence ayant nécessité des soins médicaux et une intervention policière. Elles ont aussi mentionné des incidents fréquents de violence de la part de leur conjoint ou de leur mari envers leurs enfants.

Les maisons d'hébergement offrent une sécurité immédiate aux femmes et leur procurent la protection physique et un refuge temporaire face à des conjoints violents. Elles offrent des services de counseling individuel et des groupes d'entraide pour renforcer la confiance en soi des femmes et les aider à surmonter les obstacles matériels et affectifs qui les empêchent de vivre une vie sans violence. Le volet soutien des pairs propre à la vie en maison d'hébergement permet de rompre le silence et le secret si souvent caractéristiques des abus. Les femmes sont confortées et encouragées à inscrire leur expérience personnelle de la violence dans un contexte sociopolitique plus général (Haj-Yahia et Cohen, 2009 ; Krane et Davies, 2002 ; Tutty *et al.*, 1999). Habituellement, les maisons d'hébergement offrent aussi d'autres services : programmes spécialisés pour enfants d'âges variés, liaison avec d'autres professionnels aidants (protection de l'enfance et de la jeunesse, santé mentale, système scolaire, application de la loi et justice pénale), aiguillage vers l'aide juridique et les soins médicaux, soutien au revenu et logement à prix modique. Par ces initiatives, dans le cadre d'une vie en communauté avec d'autres femmes également victimes de violence de la part d'un conjoint, les intervenantes en maison d'hébergement s'efforcent de fournir aux femmes un refuge leur permettant d'acquérir un sentiment d'indépendance et d'autonomie (Haj-Yahia et Cohen, 2009 ; Krane et Davies, 2002).

Ces initiatives pour s'attaquer aux effets de la violence d'un conjoint sur la vie des femmes ont accordé, jusqu'à tout récemment, très peu d'attention aux différences significatives entre les femmes, des différences susceptibles d'influencer leur vécu comme victimes de violence et leur volonté d'y échapper. Par exemple, l'expérience subjective des femmes, la dimension affective et les aspects matériels de leur rôle de mère sont des facteurs qui ont été mis en évidence pour mieux comprendre et mieux répondre à leurs besoins en tant que « femmes » violentées (Krane et Davies, 2002, 2007 ; Lapierre, 2008, 2010). L'attention accordée aux femmes en tant que mères est très importante. En effet, une enquête menée en 2008 auprès des résidentes des maisons d'hébergement pour femmes violentées au Canada a révélé que plus des deux tiers des hébergées étaient des « mères », que 50 % des répondantes avaient été admises avec leurs enfants et que 21 % l'avaient été sans leurs enfants (Sauvé et

Burns, 2009). Plus récemment, dans une enquête réalisée en 2010, Burczycka et Cotter ont trouvé que 74 % des femmes se présentaient avec leurs enfants à la maison d'hébergement. Elles étaient admises en moyenne avec deux enfants.

2. La fonction maternelle sous la lentille du microscope

Dans les vingt-cinq dernières années, sous l'impulsion en grande partie de chercheuses féministes, la question du rôle de la mère et de la maternité a fait l'objet de recherches fondamentales et empiriques et a évolué rapidement. On a voulu déconstruire les concepts voulant que la fonction maternelle soit la vocation principale des femmes, glorifiant le lien d'attachement mère-enfant et définissant « les qualités de *nurturance* et d'oubli de soi comme étant à l'essence même de la fonction maternelle, par conséquent, de la féminitude » (Thorne, 1992, p. 15 ; traduction libre). On a idéalisé les mères, les dépeignant comme des aidantes, fortes dans l'adversité, résilientes émotionnellement et capables d'avoir recours à leurs instincts naturels pour bien prendre soin de leurs enfants (Ramvi et Davies, 2010). On croyait que ce qui motivait les pratiques et l'instinct maternels des femmes était leur désir de répondre aux aspirations et aux besoins concrets, affectifs, comportementaux, relationnels ou sociaux de leurs enfants. Pour les féministes, cette vision nie l'ampleur du travail qu'exige la fonction maternelle ainsi que les conditions émotionnelles et matérielles dans lesquelles les femmes s'acquittent de leur rôle de mère. On s'attend des mères qu'elles surmontent toutes les difficultés associées à l'éducation d'un enfant (Krane et Davies, 2007). Cette sentimentalisation de la maternité coïncide avec une négation omniprésente des sentiments négatifs, laquelle pourrait « aider à expliquer le mal qu'ont les professionnels, ainsi que le grand public, à reconnaître et à assimiler des comportements maternels apparemment insupportables qui remettent en question des idées reçues tenaces à propos des femmes » (Ramvi et Davies, 2010, p. 448 ; traduction libre). En d'autres termes, on est prêt à dénigrer l'idéalisation et la sentimentalisation de la fonction maternelle lorsque sa perfection mythique ne se manifeste pas. À cause de cette conception dominante du rôle de mère, les sentiments d'anxiété, d'ambivalence et d'incompétence des mères s'intensifient, mais ne s'expriment pas.

En fait, les féministes ont lutté pour la reconnaissance de la différence et de la diversité des expériences que vivent les femmes dans l'exercice de leur fonction maternelle, un vécu qui peut diverger et qui diverge effectivement des idéologies romancées dominantes, omniprésentes et persistantes entourant la maternité. La recherche a démontré que l'expérience des femmes dans l'exercice de leur rôle de mère regorgeait de

tensions dialectiques. Par exemple, « le rôle de mère peut tout à la fois conférer du pouvoir aux mères et leur imposer un lourd fardeau de responsabilités » (Oberman et Josselson, 1996, p. 344 ; traduction libre).

> Le rôle de mère peut être… source de réalisation personnelle, de croissance et de joie, d'une part, et d'autre part, source de détresse, de dépression et d'anxiété… Élever un enfant peut favoriser le développement personnel, mais aussi augmenter le stress au travail et les pressions économiques. On éprouve un sentiment de libération, mais également un sentiment d'oppression et de subordination (Arendell, 2000, p. 1196 ; traduction libre).

Malgré la vague d'études féministes sur le rôle de mère, les notions glorifiées persistantes sur le sujet ont eu pour effet de taire les comportements maternels socialement inacceptables : « Ceci pourrait s'avérer particulièrement dans le cas de mères qui, à cause de leurs circonstances de vie, ont du mal à réaliser leur potentiel maternel ; par exemple, les mères victimes de violence d'un conjoint » (Peled et Gil, 2011, p. 2 ; traduction libre).

Les féministes ont aussi souligné que les conceptions universelles et homogènes du rôle de mère ne prenaient pas en compte la situation sociale des femmes. Elles ont dénoncé les constructions idéalisées de la maternité et de la fonction maternelle, d'inspiration eurocentrique et propre aux femmes de race blanche et de classe moyenne. Comme l'ont souligné des chercheuses et notamment Arendell (2000, p. 1194-1195), « les contextes culturels et économiques influencent différemment les connaissances et les activités [au quotidien] des mères. La fonction maternelle se déroule "dans des contextes historiques particuliers s'inscrivant dans des structures raciales, de classe et de genre imbriquées les unes aux autres" » (Collins, 1994, p. 56 ; traduction libre). La synthèse des études sur le sujet, réalisée par Arendell (2000), démontre que la fonction maternelle recoupe les situations sociales, c'est-à-dire que les femmes mariées qui ont des enfants, qui sont actives sur le marché du travail, qui ont du mal à trouver un service de garde à l'enfance abordable et qui assument sans soutien l'éducation de leurs enfants sont le plus susceptibles d'être désemparées, stressées, voire dépressives. Il ne faut pas s'étonner que « les mères qui ont des enfants d'âge préscolaire ou qui ont plusieurs enfants et vivent dans des conditions de promiscuité intense se sentent accablées » (Arendell, 2000, p. 1197 ; traduction libre). Les féministes ont insisté sur la nécessité « d'exprimer et de faire ressortir les différences entre les divers vécus maternels selon les expériences de vie et les origines socioculturelles des mères, notamment leurs luttes, leur pauvreté et leur souffrance » (Middleton, 2006, cité dans Peled et Gil, 2011, p. 2 ; traduction libre).

La fonction maternelle s'avérant complexe, multiple et difficile au quotidien, on peut s'imaginer à quel point les difficultés sont exacerbées dans le cadre d'une maison d'hébergement :

> Il va de soi qu'élever ses enfants en maison d'hébergement peut être considéré comme exercer son rôle de mère dans des circonstances difficiles et inhabituelles. La maison d'hébergement n'est pas située dans le quartier où se trouve le domicile familial. Pour les enfants, la fréquentation de l'école et des amis et l'accès à l'environnement et aux choses qui leur sont familières sont interrompus pour un moment. Les femmes avec enfants et sans enfants vivent ensemble, en communauté. Les relations dans un cadre collectif stressant en soi sont parfois encore plus difficiles à gérer du fait que les femmes et les enfants ont été victimes de violence. Étrangères les unes aux autres au départ et contraintes à des horaires et des règles qu'elles n'ont pas choisis, les mères hébergées doivent encadrer leurs enfants et s'en occuper dans un milieu de vie non familier, ponctué des crises intermittentes de leurs enfants ou des enfants des autres mères hébergées. Une intervenante décrit la situation ainsi : « Il y a toujours de nouvelles femmes, de nouveaux problèmes, de nouveaux tempéraments, et tout bouge tout le temps ; il n'y a pas de stabilité » (Krane et Davies, 2007, p. 31 ; traduction libre).

Dans la plupart des maisons d'hébergement, on vit en communauté. Les activités quotidiennes sont habituellement soumises à des règles et à des attentes applicables à toutes les femmes hébergées, peu importe leur situation sociale. En fait, comme l'a souligné Friedman (2007), les intervenantes de première ligne et les directrices des refuges travaillent diligemment à « créer un milieu de vie ordonné, prévisible, équitable, sûr et flexible pour toutes » (p. 5 ; traduction libre). En règle générale, il y a une procédure pour entrer et sortir de la maison, un couvre-feu, des règles pour assurer la confidentialité de l'adresse du refuge, des règles de sécurité et de précaution en ce qui concerne les contacts avec un conjoint violent, des attentes quant à l'entretien des lieux et la préparation des repas et l'insistance sur des comportements parentaux (soins et encadrement des enfants) excluant toutes formes de violence (Haj-Yahia et Cohen, 2009 ; Krane et Davies, 2002, 2007).

Boxill et Beaty (1990) ont été les premières chercheuses à s'intéresser à la fonction maternelle dans un cadre public et collectif comme la maison d'hébergement. En se basant sur l'observation de mères et d'enfants dans un centre d'hébergement pour la nuit à Atlanta, en Georgie, et sur des entrevues réalisées auprès de quarante mères, Boxill et Beaty ont décrit « l'exercice en public du rôle de mère » comme un lieu où les mères et les enfants peuvent rarement réagir « en privé », en toute intimité :

> Tous les aspects et toutes les nuances des relations mère-enfant sont publics, influencés par ce caractère public et scrutés à la loupe. D'un réveil à l'autre, les mères et leurs enfants vivent dans des espaces partagés. Les cellules familiales au sein desquelles on avait l'habitude à la maison d'exprimer librement son amour, sa sollicitude, sa frustration, sa colère et toutes sortes d'autres émotions doivent maintenant exprimer leurs sentiments dans un cadre collectif. Elles sont tenues de se plier aux règles de vie en famille du centre, elles doivent réprimer leurs sentiments les plus forts et profonds.

> Elles exposent leur fonctionnement interne au vu de tous et de toutes, elles sont soumises à la pression de leurs pairs et voient dans les yeux des spectateurs l'image qu'elles projettent (Boxill et Beaty, 1990, p. 58; traduction libre).

Boxill et Beaty poursuivent ainsi:

> Le statut de «sans-abri» fournit de nombreuses occasions à «d'autres» de déterminer les activités quotidiennes dans la vie d'une mère, ses options de changement et le contexte de ses relations avec ses enfants. Cette phrase revenait sans cesse dans les propos des mères: «J'ai l'impression de ne rien contrôler.» Les mères avaient le sentiment que leur rôle traditionnel de soutien et de chef de famille, d'organisatrice et de modèle avait disparu. Quelqu'un, qui n'était pas la mère, décidait du moment où les enfants se reposaient, prenaient leur bain, et de l'endroit où la famille se logeait et se faisait soigner. D'autres décidaient ce que sa famille allait manger, évaluaient ses habiletés en tant que parent, déterminaient si elle avait besoin de soutien et de formation parentale ou jugeaient de sa compétence pour conserver la garde de ses enfants» (p. 60; traduction libre).

Dans leurs recherches, Boxill et Beaty (1990) ont mis à jour la perte d'autorité maternelle en maison d'hébergement, une thématique reprise depuis par d'autres chercheuses. En s'appuyant sur des entrevues en profondeur réalisées auprès de dix-sept mères, ex-résidentes de centres pour sans-abri, Lindsey (1998) a décrit comment il était difficile à bien des égards d'exercer son rôle de mère quand on vivait en maison d'hébergement: les efforts des mères pour encadrer et imposer une discipline à leurs enfants étaient gênés par les règles interdisant les punitions corporelles et par l'ingérence des autres résidentes dans l'éducation de leurs enfants. Elles considéraient que les couvre-feux, la rigidité des heures de repas et l'obligation de s'occuper en tout temps de leurs enfants, des conditions propres à la vie en communauté, avaient un effet négatif sur leurs relations avec leurs enfants pendant leur séjour dans le centre. Et, pour compliquer les choses, les mères ont indiqué que «les [autres] résidentes et les employées du centre ne faisaient pas toujours preuve de compréhension face à ce qu'elles estimaient être un niveau d'activité ou d'inconduite normal pour des enfants» (Lindsey, 1998, p. 248; traduction libre).

> Un des aspects sans doute les plus dérangeants de la vie en maison d'hébergement pour les mères était l'interdiction d'appliquer des punitions corporelles. Les mères devaient s'assurer de la bonne conduite de leurs enfants, mais elles ne pouvaient pas utiliser leur méthode de discipline la plus efficace. Il arrivait même que les intervenantes corrigent les mères devant leurs enfants, minant ainsi leur autorité parentale (p. 248; traduction libre).

De plus, «certaines mères ont indiqué que d'autres résidentes s'ingéraient dans l'éducation de leurs enfants [par exemple] en disant aux enfants quoi faire» (Lindsey, 1998, p. 248; traduction libre).

Cosgrove et Flynn (2005), qui ont également interviewé des femmes hébergées dans des centres pour sans-abri, ont trouvé « qu'élever un enfant dans une maison d'hébergement était très difficile à faire à cause des contradictions entre les règles d'éducation appliquées avant l'arrivée au centre et les règles en vigueur dans le centre » (Cosgrove et Flynn, 2005, p. 134 ; traduction libre). Dans cette étude, les femmes reconnaissaient « qu'il fallait des règles lorsqu'on vivait en communauté », néanmoins « beaucoup [d'entre elles] considéraient que les règles du centre reliées à l'éducation des enfants étaient stressantes et parfois stigmatisantes. En fait, une majorité de femmes ont dit que l'aspect le plus difficile d'élever des enfants dans un refuge était de ne pas pouvoir établir et imposer leurs propres règles en matière d'éducation » (p. 135 ; traduction libre). Les nombreux commentaires sur l'ingérence extérieure ou sur l'impossibilité d'élever leurs enfants à leur façon témoignent de ce point de vue.

Ce thème de la perte d'autorité parentale a refait surface dans une synthèse d'études qualitatives sur les mères de famille hébergées dans des refuges, réalisée par Meadows-Oliver (2003) : « Outre la perte de leur chez-soi, après leur admission en maison d'hébergement, les mères parlent de la perte d'intimité […] de la perte de liberté face à diverses activités […] de la perte d'autorité parentale et […] de la perte du respect des autres » (p. 133 ; traduction libre). Notamment, l'analyse de Meadows-Oliver a révélé que les intervenantes minaient l'autorité parentale des mères en « [les corrigeant] devant leurs enfants pour avoir contrevenu aux règles, ce qui leur donnait l'impression de perdre le respect des autres » (p. 134 ; traduction libre).

Krane et Davies (2007) ont émis l'hypothèse selon laquelle la perte du pouvoir d'élever à sa façon ses enfants était peut-être liée aux méthodes non violentes et égalitaires prônées par les féministes en matière de discipline et d'encadrement des enfants. En se basant sur des entrevues en profondeur réalisées auprès des résidentes et des intervenantes d'une maison d'hébergement pour femmes violentées, elles ont trouvé qu'il y avait peu d'espace pour l'exercice légitime de l'autorité des mères au chapitre de l'éducation de leurs enfants, cette autorité étant interprétée comme un abus de pouvoir et du contrôle excessif. Ainsi, le ton de la voix utilisé pouvait même être considéré comme une forme de violence potentielle. Cette façon de voir les choses s'inscrivait dans l'approche féministe privilégiant les relations égalitaires aux rapports hiérarchiques, mais elle nuisait aux efforts pour démêler, comprendre et faire la distinction entre l'exercice légitime de l'autorité maternelle et une dynamique déconcertante et potentiellement violente entre les mères hébergées et leurs enfants.

Tenant compte des conditions sociales extrêmement différentes au sein desquelles les femmes exercent leur fonction maternelle, Middleton (2006) a remis en question certaines notions de l'approche féministe en matière d'éducation parentale selon lesquelles les modèles d'intervention démocratique étaient bénéfiques et supérieurs aux modèles d'intervention autoritaire :

> Les mères qui n'ont pas accès à d'importantes ressources financières ou à de bons services de garde à l'enfance ou les femmes qui assument leur rôle de mère dans des conditions difficiles, par exemple une relation violente, la maladie, des problèmes de dépendance, auront du mal à avoir le contrôle, l'autorité, l'autonomie et l'authenticité décrites dans […] certaines théories féministes sur la fonction maternelle. De plus, les femmes qui élèvent leurs enfants dans des conditions difficiles sont souvent sous la mire des services sociaux qui supervisent et régissent leur rôle de mère, ce qui va à l'encontre de l'approche féministe en matière d'éducation des enfants (p. 74 ; traduction libre).

Une étude qualitative de Peled et Dekel (2010) sur les perceptions de la fonction maternelle des intervenantes en maison d'hébergement a révélé la position complexe et délicate dans laquelle elles se trouvaient pour essayer de comprendre le cheminement des femmes en tant que victimes de violence et que mères responsables de répondre aux besoins et aspirations de leurs enfants après avoir vécu la violence familiale. En se basant sur des groupes de discussion réunissant trente intervenantes de huit centres d'hébergement différents, Peled et Dekel ont conclu que ces intervenantes étaient « coincées entre l'arbre et l'écorce » :

> Les intervenantes étaient malheureuses pour les enfants et se sentaient responsables de leur souffrance. Il leur arrivait aussi d'être en colère contre les femmes qui n'étaient pas d'assez bonnes mères. Néanmoins, elles semblaient sensibles à la souffrance des femmes et elles éprouvaient de l'empathie à leur endroit. Ces réactions étaient manifestes dans les commentaires de certaines participantes sur la fonction maternelle de ces femmes, des commentaires empreints de compréhension pour ce qu'elles avaient vécu et à l'égard de la violence qu'elles avaient subie (p. 1231 ; traduction libre).

Les intervenantes qui ont participé à cette étude se sont posé des questions à propos des contradictions entre leurs perceptions des mères et les attentes du centre eu égard aux soins et au soutien à donner aux femmes et à leurs enfants. Tout en étant déterminées à « faciliter les choix et l'autonomie des femmes… [et] à renforcer, soutenir et conforter les mères dans leurs interactions avec leurs enfants » (p. 1223 ; traduction libre), elles souhaitaient « protéger les enfants et pourvoir à leurs besoins » (p. 1232 ; traduction libre). Les intervenantes ont parlé de leur responsabilité d'intervenir lorsqu'elles considéraient que le traitement des mères envers leurs enfants était violent ou tout simplement inadéquat. Dans cette étude, les intervenantes s'abstenaient de blâmer les mères pour leurs

insuffisances. Elles replaçaient celles-ci en contexte et parlaient plutôt de « lacunes excusables » liées à leurs « antécédents de violence et aux dures réalités de leur vie » (Peled et Dekel, 2010, p. 1234 ; traduction libre). Dépeindre les mères comme des « victimes impuissantes » semblait être « l'unique perspective socialement acceptable pouvant excuser une ''mauvaise éducation'' des enfants » (p. 1234 ; traduction libre). De cette façon, les intervenantes pouvaient justifier leur compassion envers les mères et leurs interventions parfois intrusives dans le but de protéger les enfants des hébergées. Pour Peled et Dekel, la notion de « lacunes excusables » et les pratiques correspondantes des intervenantes compliquaient et minaient leur volonté de donner aux femmes les moyens de devenir autonomes et de les soutenir en tant que mères responsables et compétentes.

Cette perception d'insuffisances maternelles est très présente dans la littérature scientifique portant sur la fonction maternelle en situation de violence familiale. L'examen approfondi qu'a fait Lapierre (2008) des recherches sur le sujet menées jusque dans la première décennie du XXIe siècle a révélé une préoccupation omniprésente en rapport avec « les conséquences négatives sur les enfants de la violence familiale et l'effet déterminant du rôle de la mère sur la réaction des enfants à cette violence, [ce qui] a eu pour effet de mettre l'accent sur les "déficiences" et les "échecs" des femmes en tant que mères » (p. 456 ; traduction libre). Lapierre a fait valoir que les pratiques en travail social qui s'inspirent de ce « modèle fondé sur les déficiences maternelles risquent d'être perçues par les femmes concernées comme punitives, surtout si elles ne sont pas accompagnées de mesures concrètes et positives de soutien affectif » (p. 458 ; traduction libre). De plus, Lapierre a constaté qu'insister sur les lacunes et les insuffisances n'aidait pas véritablement à comprendre la complexité de l'expérience des femmes en tant que mères victimes de la violence d'un conjoint.

Malgré l'omniprésence du modèle fondé sur les déficiences maternelles, la recherche empirique sur la fonction maternelle des femmes violentées demeure équivoque. Par exemple, Sullivan *et al.* (2000) ont examiné les interrelations entre le vécu des femmes victimes de violence physique de la part d'un conjoint, leur stress parental, la qualité de leurs comportements maternels et l'adaptation du comportement de leurs enfants dans le but de tester l'hypothèse répandue selon laquelle « la violence que subissent les femmes entrave leurs habiletés parentales » (p. 53 ; traduction libre). En se basant sur la réaction de 80 mères victimes d'un nombre considérable d'agressions physiques et psychologiques dans les quatre mois précédant l'étude et la réaction de leurs enfants âgés de 7 à 11 ans à une série de tests, Sullivan *et al.* (2000) ont trouvé que, même si les femmes disaient éprouver un niveau faible à modéré de stress par rapport à leur rôle de mère, une grande majorité d'entre elles chérissaient ce rôle et croyaient qu'il s'agissait d'un des plus beaux aspects de leur vie. Elles étaient

disponibles émotionnellement pour leurs enfants et supervisaient étroitement leurs activités. L'analyse des données a révélé que ces mères étaient moins enclines à frapper leurs enfants. Au contraire, dans l'ensemble, leurs méthodes de discipline étaient exemptes de punitions corporelles et de violence. L'étude de Sullivan *et al*. (2000) a démontré que la violence du conjoint avait un effet direct et exacerbant sur le comportement des enfants, ce qui augmentait le stress de la mère par rapport à son rôle parental, mais que cette violence n'influençait pas les méthodes de discipline appliquées par la mère. Au lieu de révéler des déficiences maternelles, cette étude « met en lumière les forces des femmes violentées, leur attachement affectif envers leurs enfants et leurs stratégies d'éducation positives » (p. 67 ; traduction libre). À l'instar de cette étude, des recherches plus récentes ont démontré que la violence d'un conjoint ne nuit pas nécessairement à la fonction maternelle des femmes et que les relations entre les différentes variables sont effectivement complexes, contextuelles et multiples (Casanueva *et al.*, 2008 ; Létourneau, Fedick et Wilms, 2007 ; Levendosky *et al.*, 2003 ; Levendosky et Graham-Bermann, 2001 ; Radford et Hester, 2006).

Sullivan *et al*. (2000) ont observé que l'insistance sur les déficiences maternelles a eu pour effet d'accroître les connaissances

> sur la dépression des femmes plutôt que sur leur bonheur, sur leurs difficultés en tant que parents plutôt que sur leurs habiletés parentales et sur les punitions corporelles plutôt que sur les interdictions de sortie, les retraits et la révocation de privilèges comme méthode de discipline. Si la recherche continue de se concentrer uniquement sur les lacunes et les déficiences maternelles des femmes violentées, nous n'en apprendrons pas beaucoup sur leurs forces et leurs capacités (p. 55 ; traduction libre).

Dans l'univers des maisons d'hébergement, il existe une certaine réticence à excuser des comportements maternels inadéquats à cause de l'inquiétude que soulèvent les effets négatifs sur les enfants de la violence d'un conjoint. Récemment, deux synthèses d'études empiriques sur la question ont démontré que le fonctionnement affectif, comportemental, cognitif et social d'enfants exposés à la violence entre conjoints risquait d'être affecté négativement (Kitzmann *et al.*, 2003 ; Wolfe *et al.*, 2003). On pense, par ailleurs, que les effets nuisibles de la violence conjugale sur les enfants sont atténués par le soutien que donne la mère aux enfants, son fonctionnement psychologique et la qualité de ses comportements parentaux, pour ne nommer que quelques-uns des facteurs liés à la résilience des enfants. Holt, Buckley et Whelan (2008) ont observé que l'attachement ou une relation sûre avec « un parent non violent ou avec une autre personne significative dans leur vie étaient des facteurs de protection contre le traumatisme et la détresse [des enfants] » (p. 806 ; traduction libre). Par exemple, des enfants âgés de 8 à 16 ans ayant participé à la

recherche de Mullender *et al.* (2002) disaient de leur mère « qu'elle était la source d'aide la plus importante dans leur vie » (p. 210 ; traduction libre). Par contre, des corrélations ont été établies entre les déficiences maternelles et un fonctionnement négatif des enfants. Les études de Levendosky et Graham-Bermann (1998, 2001) sur la corrélation entre l'adaptation d'enfants exposés à la violence entre conjoints, le fonctionnement psychologique de la mère et les comportements parentaux de la mère ont démontré un lien distinct entre la dépression maternelle, le stress parental et les problèmes d'adaptation des enfants. Plus particulièrement, Levendosky et Graham-Bermann (2001) ont observé une corrélation entre le fonctionnement psychologique diminué de la mère et l'affaiblissement de ses habiletés parentales. Ils ont conclu par ailleurs que le « fonctionnement psychologique d'une mère avait des effets propres directs sur les enfants, que son fonctionnement comme parent n'était pas le seul facteur qui influait sur les enfants » (p. 184 ; traduction libre). Levendosky et Graham-Bermann font valoir que « même si la mère continue d'assumer adéquatement son rôle parental, les changements dans son affect et son humeur peuvent avoir un effet délétère sur la santé émotionnelle de ses enfants » (p. 184 ; traduction libre).

Quoi qu'il en soit, les conséquences de la violence entre conjoints sur le bien-être des enfants ont eu l'effet d'une tempête sur la pratique en maison d'hébergement. Non seulement les intervenantes sont-elles sensibles aux besoins des enfants exposés à la violence entre conjoints, mais elles sont conscientes de leur obligation de signaler leurs inquiétudes pour l'enfant aux autorités responsables de la protection de l'enfance. Elles en sont d'autant plus conscientes depuis l'introduction récente de modifications aux diverses législations sur la protection de l'enfance au Canada. Ces modifications précisent que le fait pour un enfant d'être exposé ou d'être témoin de violence familiale constitue un facteur de risque et un signe comme quoi l'enfant est susceptible d'avoir besoin de protection. Dans la Loi sur la protection de la jeunesse du Québec (2007), on peut lire que le défaut d'un parent de « prendre les mesures nécessaires pour mettre fin à une situation » dans laquelle un enfant est exposé à la violence conjugale ou familiale constitue un risque pour l'enfant. En pratique, l'obligation de protéger l'enfant dans des situations de violence entre conjoints revient aux mères (Johnson et Sullivan, 2008 ; Strega, 2006). Comme l'ont indiqué Johnson et Sullivan (2008), « de nombreuses politiques pour protéger les enfants exposés à des actes de violence contre leur mère indiquent implicitement que les mères peuvent et doivent choisir d'échapper à la violence dont elles sont victimes » (p. 243 ; traduction libre).

Ce qui transpire de la pratique en maison d'hébergement, ce sont les multiples attentes à l'égard des mères. On s'attend à ce qu'elles surmontent leurs difficultés, qu'elles exercent leur fonction de mère « en public » et dans un cadre qui se veut un refuge sûr, exempt d'abus de pouvoir et de contrôle excessif, qu'elles répondent adéquatement aux besoins affectifs et comportementaux de leurs enfants et, enfin, qu'elles assurent la sécurité de leurs enfants et leur fournissent les soins dont ils ont besoin, non seulement pendant leur séjour dans le centre, mais également après l'avoir quitté. Maintenant, considérons toutes ces attentes et revenons au scénario de Cindy pour explorer différentes façons de réfléchir à la situation des femmes qui sont des mères et qui vivent avec leurs enfants dans une maison d'hébergement pour femmes violentées. Et profitons-en aussi pour considérer d'autres modèles d'intervention auprès des femmes hébergées afin de les aider à surmonter l'expérience de violence de la part d'un conjoint.

3. Une pratique à la croisée des chemins

Dans notre scénario, l'intervenante se trouve à une croisée de chemins : faire face aux pressions exercées par les autres résidentes pour mettre fin à la crise de Brandon, reconnaître les efforts de Cindy pour s'acquitter de façon autonome de son rôle parental sans envenimer la situation et tenir compte de ses propres craintes entourant la violence possible de Cindy à l'égard de son fils et de ses doutes quant à la capacité de Cindy d'assumer avec constance son rôle de parent, notamment lorsqu'elle aura quitté la maison d'hébergement. À ce moment précis, il n'y a pas de doute, la priorité de l'intervenante doit être de rétablir le calme, la sécurité et un climat sans violence dans le centre en faisant les gestes qu'il faut pour calmer Brandon. On peut aussi s'imaginer qu'elle a à l'esprit ses appréhensions à propos des lacunes apparentes de Cindy dans sa façon d'élever son fils.

Dans un premier temps, dans son approche avec Cindy, nous suggérons que l'intervenante reconnaisse les défis que pose au quotidien le rôle de mère. À vrai dire, il est impossible d'élever un enfant sans jamais perdre patience, de posséder toutes les connaissances et habiletés requises et de disposer de ressources matérielles illimitées. La fonction maternelle est une activité laborieuse, exigeante, diversifiée et influencée par les multiples facettes de la situation sociale des mères, comme il a été amplement démontré précédemment. En observant les difficultés auxquelles les mères doivent faire face dans leurs efforts pour élever leurs enfants, comme ce scénario le montre bien, les intervenantes ont l'occasion de changer de perspective et de voir que les difficultés liées à la fonction maternelle sont normales, qu'elles ne sont pas le résultat de déficiences maternelles.

En adoptant cette perspective, au lieu d'attribuer la crise de Brandon à l'incompétence maternelle de Cindy et de croire qu'une mère normale saurait maîtriser sont enfant, les intervenantes tiendraient pour acquis que les mères dites normales sont souvent aux prises elles aussi avec des enfants dont le comportement est difficile et désemparé. Par conséquent, elles remettraient en question le mythe de l'harmonie parfaite entre les mères et leurs enfants et elles laisseraient aux mères comme Cindy un certain espace pour avouer leur impuissance face à la situation ou pour exprimer leurs sentiments négatifs à l'endroit de leurs enfants. Krane et Davies (2007) ont écrit :

> La conspiration du silence entourant les sentiments maternels négatifs ne laisse aucune porte de sortie aux mères pour désamorcer leurs sentiments d'ambivalence et de culpabilité ou pour les comprendre. Au contraire, les mères aux prises avec ces émotions perturbatrices se sentent souvent dénaturées. Comme l'ont indiqué Maynes et Best (1997, p. 126), « c'est à cause de la négation des sentiments de colère, d'ennui ou même de ressentiment envers les enfants, des émotions qui font toutes partie de la maternité, que le fardeau est dur à supporter pour les femmes et peut souvent faire que ces sentiments négatifs s'expriment de façons secrètes et perverses ». Parker (1997, p. 25) a encouragé les mères à abandonner les idéaux maternels impossibles qui « accentuent dangereusement la haine de soi et la haine de l'enfant ». Pour ce faire, il est essentiel de reconnaître les épreuves, les difficultés et les émotions quotidiennes associées au rôle et aux tâches des mères (p. 29 ; traduction libre).

Tout comme elles sont déterminées à rompre le silence qui caractérise les situations d'abus et de violence, les intervenantes en maison d'hébergement ne pourraient-elles pas s'engager à briser le carcan de la perfection maternelle ? Nous suggérons que les intervenantes entreprennent avec les mères une sorte de narration sur le rôle de mère afin d'explorer le vécu des femmes en tant que mères (pour une description détaillée de ce concept, voir les travaux de Davies *et al.*, 2007). Pour engager les mères dans cette narration, il faudra que les intervenantes abandonnent leurs idées reçues entourant la perfection maternelle. Ce sera une occasion d'exprimer et de valider l'éventail d'émotions que ressentent les mères et les efforts qu'elles ont dû déployer pour s'acquitter de leur fonction maternelle avant leur séjour dans la maison d'hébergement et pendant celui-ci. Cette narration leur permettra aussi d'avoir une idée de ce qui les attend après avoir quitté le centre. Comme nous le mentionnons plus loin, cette technique procure aux femmes un espace, un lieu pour examiner leur rôle de mère dans le cadre particulier de la maison d'hébergement.

Comme il ne se dégage pas de consensus des études sur les effets de la violence entre conjoints sur la fonction maternelle, le fonctionnement affectif des enfants et leurs comportements, les intervenantes devront se départir consciemment de leurs croyances relatives aux causes profondes

des conflits entre les mères violentées et leurs enfants. En nous appuyant sur la recherche de Peled et Dekel (2010), dans laquelle les intervenantes en maison d'hébergement excusaient les lacunes des mères sur la base de leur vécu de victimes, nous proposons que les intervenantes déconstruisent cette perception de déficiences excusables et qu'elles utilisent plutôt les moments contentieux, comme celui du scénario avec Cindy, pour explorer la fonction maternelle et ses combats dans toute leur complexité. Il n'est plus possible de baser sa pratique et de l'axer sur un lien linéaire entre la violence entre conjoints, la fonction maternelle et les comportements des enfants. Comme en témoigne la conclusion de Peled *et al.* (2010), « les femmes victimes de violence […] assument leur rôle parental dans des conditions extrêmement difficiles, des conditions qui peuvent affecter négativement les mères et leurs enfants, mais il serait malvenu de présumer que toutes ces mères sont inadéquates et mettent en danger leurs enfants » (p. 392 ; traduction libre). À cette fin, nous suggérons que les intervenantes prennent du recul et s'ouvrent à diverses explications et causes possibles de la dynamique mère-enfant. Le comportement de l'enfant est-il propre à son tempérament ? L'enfant a-t-il ce comportement parce qu'il a été exposé à la violence familiale ? Ou s'agit-il d'une réaction à un milieu de vie qui ne lui est pas familier et qui perturbe ses habitudes ? Avant de tirer des conclusions trop hâtives à propos des déficiences maternelles de Cindy ou de presser le bouton de panique et faire un signalement aux services de protection de l'enfance, l'intervenante de Cindy pourrait s'appuyer sur ses compétences et ses habiletés pour comprendre ce qui se passe vraiment entre Brandon et sa mère et les efforts de celle-ci pour faire face au comportement de son fils. Nous suggérons de prendre le temps de décortiquer et d'analyser nos préoccupations et nos craintes entourant les pratiques parentales des femmes violentées, comme dans le cas de Cindy. Malgré tout le battage sur les conséquences de l'exposition des enfants à la violence entre conjoints, les intervenantes en maison d'hébergement n'ont pas reçu le mandat des services de protection de l'enfance d'enquêter et d'intervenir dans des situations de violence ou de négligence envers les enfants. L'intervenante de Cindy est consciente de son obligation de faire un signalement si elle a des craintes par rapport à la maltraitance d'un enfant, mais elle n'est pas tenue de prendre une décision urgente et sur-le-champ concernant Brandon. Elle peut vivre avec une certaine incertitude et reconnaître que cette incertitude fait partie du cheminement pour comprendre Cindy et travailler avec elle. Tout au long de ce voyage, nous suggérons de faire preuve de circonspection avant de tenir pour acquis que les comportements parentaux observés chez les mères dans la maison d'hébergement sont similaires aux comportements qu'elles avaient avant ou qu'elles auront suivant l'hébergement. Il existe peu de recherches sur les changements dans le comportement

parental des mères avant, pendant et après leur séjour en maison d'hébergement, mais il y en a beaucoup, dont nous nous sommes inspirées, sur les difficultés d'assumer ses fonctions maternelles dans un centre pour les sans-abri et une maison d'hébergement pour femmes violentées.

Si l'on convient que la fonction maternelle n'est pas universelle dans sa pratique et qu'il n'est pas facile de s'en acquitter dans le meilleur des cas, il va de soi qu'il est d'autant plus difficile de s'en acquitter « en public ». On peut concevoir qu'élever ses enfants dans une maison d'hébergement pour femmes violentées équivaut à les élever dans des circonstances difficiles et inhabituelles considérant les horaires perturbés pour les mères et leurs enfants, le chaos ambiant et l'état de crise pour soi et les autres, de même que l'obligation de se plier aux règles de la maison qui, la plupart du temps, entraînent une perte d'autonomie parentale, comme en témoigne la recherche sur le sujet. « Puisque les mères s'installent rarement avec leurs enfants dans une maison d'hébergement avant d'avoir épuisé toutes les autres options, il n'est pas étonnant qu'elles se disent dépressives, désespérées et impatientes à l'endroit de leurs enfants » (Lindsey, 1998, p. 249 ; traduction libre). Cela étant, les intervenantes doivent être conscientes que les comportements parentaux observés dans les maisons d'hébergement s'inscrivent dans un moment particulier. On ne peut conclure qu'ils sont représentatifs des comportements parentaux habituels. Les remarques de Friedman (2007) sur l'exacerbation du stress parental dans les centres pour sans-abri offrent des pistes de réflexion pour guider les interventions auprès des mères hébergées.

> Les parents hébergés en refuge peuvent y vivre leurs meilleurs et leurs pires moments. Parfois les épreuves font sortir le meilleur des gens, mais lorsque le stress est soutenu, il est difficile de briller. En milieu d'hébergement, l'autorité exercée par les parents sur leurs enfants ne plaît pas toujours aux intervenants qui ont la responsabilité de veiller à la prévisibilité au sein du refuge et d'y assurer la sécurité de tous et de toutes. L'intimité des parents avec leurs enfants dans leur propre maison est difficile à recréer pour les familles hébergées en communauté… Ajouté à ces circonstances, il y a le défi de concilier les différents comportements parentaux et les diverses habitudes familiales, règles et traditions de familles d'origine ethnoculturelle diversifiée vivant en situation de cohabitation. Il s'agit d'une recette parfaite pour exacerber les effets du stress persistant sur les enfants et leurs parents plutôt que pour améliorer la situation (p. 5 ; traduction libre).

En d'autres termes, la pratique en maison d'hébergement devrait dès le départ reconnaître le fait qu'à cause de la nature publique de l'endroit, il n'y a pas beaucoup d'occasions de se mettre à l'abri du regard des autres lors de ses « pires moments », comme on pourrait le faire dans l'intimité de sa propre maison. Élever ses enfants en public, c'est très différent de le faire en privé. Les comportements parentaux qui divergent de la norme idéalisée sont le propre des personnes qui peuvent se soustraire

du regard des autres dans les confins de leur maison et qui ont accès à des ressources et à du soutien. La vie privée et l'accès à des ressources sont un luxe que peuvent rarement s'offrir les femmes en maison d'hébergement. À vrai dire, assumer son rôle de mère dans un refuge, c'est le faire sous la lentille du microscope. Nos actions se font au vu de tous et de toutes et les occasions de les scruter sont inévitables. Prendre conscience des difficultés associées à l'exercice de la fonction maternelle dans un cadre public permet de remettre en question les hypothèses ou les craintes voulant que les comportements maternels se détériorent lorsqu'ils sont soustraits au regard attentif du personnel et des autres résidentes de la maison d'hébergement ou lorsque les mères sont privées du soutien que leur procure le centre. S'il est vrai que le conflit entre Cindy et Brandon peut prêter à juger de ses compétences maternelles, nous suggérons que l'intervenante de Cindy prenne conscience des multiples facettes interreliées de la fonction maternelle de Cindy, qu'elle les identifie et qu'elle les décortique, notamment dans le contexte de la maison d'hébergement. Ce peut être aussi simple que d'entamer une conversation avec Cindy et de reconnaître à quel point ce doit être difficile pour elle dans les circonstances actuelles d'élever son enfant et de lui proposer de l'aide ou du répit. En adoptant cette approche, l'intervenante évite de faire du comportement parental de Cindy le sujet de préoccupation ; elle place plutôt l'expérience de Cindy comme parent dans la maison d'hébergement au cœur de l'intervention.

Les militantes féministes se sont battues avec passion pour créer un réseau d'hébergement capable de répondre aux besoins urgents des femmes à la recherche d'un refuge. Il s'agissait de fournir aux femmes violentées un refuge sûr, un sanctuaire à l'abri de la violence, où toutes les femmes seraient soutenues pour surmonter la violence dont elles étaient victimes de la part d'un conjoint. Parce qu'on s'inquiète de plus en plus des conséquences de la violence entre conjoints sur la fonction maternelle et sur les relations mère/enfant et parce qu'on craint que la violence entre conjoints s'accompagne de violence envers les enfants, il n'est plus certain que les femmes violentées vont considérer les maisons d'hébergement comme un lieu sûr ou un refuge pour elles en tant que mères. Les maisons d'hébergement doivent faire preuve d'une compréhension plus profonde, plus complexe et plus nuancée du rôle de la mère. Pour atteindre ce niveau de compréhension, il faut absolument que les féministes repensent la notion de refuge. Par ceci, nous entendons qu'il faut modifier notre façon de comprendre la fonction maternelle. Il faut cesser d'idéaliser et d'imaginer les pratiques maternelles comme étant harmonieuses, égalitaires, démocratiques et s'exerçant dans le calme et la quiétude et plutôt reconnaître les conflits de la vie courante, des conflits qui sont souvent déplaisants, bruyants et hors de contrôle, comme dans le cas de Cindy, peut-on s'imaginer. Cela étant, les maisons d'hébergement devront sans doute

créer un espace où les relations hiérarchiques mère-enfant et l'autorité légitime de la mère pourront s'exprimer et se manifester d'une façon qui n'est ni calme ni égalitaire. Pour créer ce refuge sûr, il faudra démolir le fantasme inatteignable d'une mère parfaite et éviter de juger hâtivement un comportement parental déconcertant. Ne pas le faire, c'est s'exposer et exposer les maisons d'hébergement pour femmes violentées à représenter une menace pour les femmes en tant que mères et à les aliéner.

Références bibliographiques

ARENDELL, T. (2000). « Conceiving and investigating motherhood : The decade's scholarship », *Journal of Marriage and Family Therapy*, vol. 62, nº 4, p. 1192-1207.

BOXILL, N.A. et A.L. BEATY (1990). « Mother/child interaction among homeless women and their children in a public night shelter in Atlanta, Georgia », *Child & Youth Services*, vol. 14, nº 1, p. 49-64.

BURCZYCKS, M. et A. COTTER (2011). *Shelters for Abused Women in Canada, 2010*, Ottawa, Statistics Canada.

CASANUEVA, C. *et al.* (2008). « Quality of maternal parenting among intimate-partner violence victims involved with the child welfare system », *Journal of Family Violence*, vol. 23, nº 6, p. 413-427.

COLLINS, P. (1994). « Shifting the center : Race, class, and feminist theorizing about motherhood », dans D. Bassin, M. Honey et M.M. Kaplan (dir.), *Representations of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Press, p. 56-74.

COSGROVE, L. et C. FLYNN (2005). « Marginalized mothers : Parenting without a home », *Analyses of Social Issues and Public Policy*, vol. 5, nº 1, p. 127-143.

DAVIES, L. *et al.* (2007). « Developing mothering narratives in child protection practice », *Journal of Social Work Practice*, vol. 21, nº 1, p. 23-34.

FRIEDMAN, D.H. (2007). « Under a watchful eye : Parents and children living in shelters », dans B.A. Arrighi et D.J. Maume (dir.), *Child Poverty in America Today : Families and Children*, vol. 1, Westport, CT, Praeger Publishers.

HAJ-YAHIA, M.M. et H.C. COHEN (2009). « On the lived experience of battered women residing in shelters », *Journal of Family Violence*, vol. 24, nº 2, p. 95-109.

HOLT, S., H. BUCKLEY et S. WHELAN (2008). « The impact of exposure to domestic violence on children and young people : A review of the literature », *Child Abuse and Neglect*, vol. 32, nº 8, p. 797-810.

JOHNSON, S.P. et C.M. SULLIVAN (2008). « How child protection workers support or further victimize battered mothers », *Affilia*, vol. 23, nº 3, p. 242-257.

KITZMANN, K.M. *et al.* (2003). « Child witnesses to domestic violence : A meta-analysis review », *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, vol. 71, nº 2, p. 339-352.

KRANE, J. et L. DAVIES (2002). « Sisterhood is not enough : The invisibility of mothering in battered women's shelters », *Affilia*, vol. 17, nº 2, p. 167-190.

KRANE, J. et L. DAVIES (2007). « Mothering under difficult circumstances : Challenges to working with battered women », *Affilia*, vol. 22, nº 1, p. 23-38.

LAPIERRE, S. (2008). « Mothering in the context of domestic violence : The pervasiveness of a deficit model of mothering », *Child and Family Social* Work, vol, 3, nº 4, p. 454-463.

LAPIERRE, S. (2010). « More responsibilities, less control : Understanding the challenges and difficulties involved in mothering in the context of domestic violence », *British Journal of Social Work*, vol. 40, nº 5, p. 1434-1451.

LÉTOURNEAU, N.L., C.B. FEDICK et J.D. WILLMS (2007). « Mothering and domestic violence : A longitudinal analysis », *Journal of Family Violence*, vol. 22, nº 8, p. 649-659.

LEVENDOSKY, A.A. et S.A. GRAHAM-BERMANN (1998). « The moderating effects of parenting stress on children's adjustment in woman-abusing families », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 13, nº 3, p. 383-397.

LEVENDOSKY, A.A. et S.A. GRAHAM-BERMANN (2001). « Parenting in battered women : The effects of domestic violence on women and their children », *Journal of Family Violence*, vol. 16, nº 2, p. 171-192.

LEVENDOSKY, A.A. *et al.* (2003). « The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and pre-school-age children's functioning », *Journal of Family Psychology*, vol. 204, p. 544-552.

LINDSEY, E.W. (1998). « The impact of homelessness and shelter life on family relationships », *Family Relations*, vol. 47, nº 3, p. 243-252.

MEADOWS-OLIVER, M. (2003). « Mothering in public : A meta-synthesis of homeless women with children living in shelters », *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, vol. 8, nº 4, p. 130-136.

MIDDLETON, A. (2006). « Mothering under duress : Examining the inclusiveness of feminist mothering theory », *Journal of the Association for Research on Mothering*, vol. 8, nºs 1-2, p. 72-82.

MULLENDER, A. *et al.* (2002). *Children's Perspectives on Domestic Violence*, Londres, Sage.

OBERMAN, Y. et R. JOSSELSON (1996). « Matrix of tensions : A model of mothering », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 20, nº 3, p. 341-359.

PELED, E. et R. DEKEL (2010). « Excusable deficiency : Staff perceptions of mothering at shelters for abused women », *Violence Against Women*, vol. 16, nº 11, p. 1224-1241.

PELED, E. et I.B. GILL (2011). « The mothering perceptions of women abused by their partner », *Violence Against Women*, vol. 17, nº 4, p. 457-479.

QUÉBEC (2007). *Loi sur la protection de la jeunesse*, LRQ, chapitre P-34.1, Québec, Éditeur officiel du Québec.

RADFORD, L. et M. HESTER (2006). *Mothering through Domestic Violence*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

RAMVI, E. et L. DAVIES (2010). « Gender, mothering and relational work », *Journal of Social Work Practice*, vol. 24, nº 4, p. 445-460.

SAUVÉ, J. et M. BURNS (2009). *Les résidents des refuges pour femmes violentées au Canada, 2008*, Catalogue nº 85-002-X, vol. 29, nº 2, Ottawa, Statistique Canada.

STREGA, S. (2006). « Failure to protect ? Child welfare interventions when men beat mothers », dans R. Alaggia et C. Vine (dir.), *Cruel But Not Unusual : Violence in Canadian Families*, Ottawa, Wilfrid Laurier University Press, p. 650-690.

SULLIVAN, C.M. *et al.* (2000). « Beyond searching for deficits : Evidence that physically and emotionally abused women are nurturing parents », *Journal of Emotional Abuse*, vol. 2, nº 1, p. 51-71.

THORNE, B. (1992). « Feminism and the family : Two decades of thought », dans B. Thorne et M. Yalom (dir.), *Rethinking the Family : Some Feminist Questions*, Boston, Northeastern University Press, p. 3-30.

TUTTY, L. et M. ROTHERY (2002). « How well do emergency shelters assist abused women and their children ? », dans L. Tutty et C. Goard (dir.), *Reclaiming Self : Issues and Resources for Women Abused by Intimate Partners*, Halifax, Fernwood, p. 25-42.

TUTTY, L., G. WEAVER et M. ROTHERY (1999). « Resident's view of the efficacy of shelter services for assault women », *Violence Against Women*, vol. 5, nº 8, p. 898-925.

WOLFE, D.A. *et al.* (2003). « The effects of children's exposure to domestic violence : A meta-analysis and critique », *Clinical Child and Family Psychology*, vol. 6, nº 3, p. 171-187.

CHAPITRE

11

LA PRATIQUE EN MATIÈRE DE PROTECTION DANS LES CAS D'AGRESSION SEXUELLE D'ENFANTS

PERSPECTIVES FÉMINISTES SUR L'INTERVENTION AUPRÈS DE MÈRES NON AGRESSEUSES

Julia Krane
Université McGill
Rosemary Carlton
Université McGill

L'intervention sociale auprès de femmes en tant que mères est un aspect difficile de la pratique quand il s'agit de cas d'agressions sexuelles sur des enfants. Même si ce type d'agression existe depuis toujours, la prise de conscience à cet égard est relativement récente : « Alors qu'autrefois les allégations d'enfants se plaignant d'agressions sexuelles étaient communément rejetées comme le produit d'une imagination fertile […] ou de la malveillance, les professionnels aidants d'aujourd'hui sont plus enclins à écouter, croire, intervenir et prévenir » (Krane, 2003, p. 38 ; traduction libre). Les professionnels du secteur de la protection de l'enfance sont chargés du mandat d'éviter de nouveaux actes d'agressions sexuelles en déterminant quel est le risque de récurrence des agressions et quelles sont les mesures de protection à prendre, à court ou long terme, pour protéger les enfants. À cette fin, ils s'attendent essentiellement à ce que la mère non agresseuse protège son enfant. Pourtant, en nous appuyant sur des études féministes sur la maternité, nous soutenons qu'une telle pratique risque d'occulter les multiples facettes de l'identité des femmes et de leurs milieux sociaux, de

ne pas tenir compte de la complexité des expériences des mères au moment du dévoilement et, par la suite, de ne laisser que peu de place à d'autres formes de protection et d'exacerber des conditions de vie déjà précaires.

Nous commencerons ici par un survol des principes qui orientent les évaluations de la protection des enfants et les réponses aux agressions sexuelles d'enfants, suivi d'un regard historique sur l'évolution qui a voulu que les mères non agresseuses soient placées au centre du problème et de sa résolution. Nous porterons une attention particulière à la façon dont les perspectives sur les mères ont changé : de blâmables, elles sont devenues responsables de la protection. Par la suite, nous passerons en revue les études féministes sur la maternité afin d'en tirer des perspectives sur une pratique plus complexe et plus nuancée de la protection des enfants en tenant compte des femmes dans leur rôle de mère à la suite de l'agression sexuelle.

1. Protection des enfants contre les agressions sexuelles : détermination du risque et du besoin de protection

Au Québec comme ailleurs au Canada, le système de protection de l'enfance est responsable, aux yeux de la loi, de déterminer si un enfant risque de subir des agressions sexuelles et s'il a besoin de protection. La loi précise qu'un enfant nécessite une protection lorsqu'il a été agressé sexuellement ou s'il est exposé à un risque important d'agressions sexuelles par la personne ayant sa garde ou par une autre personne, si la personne ayant sa garde était consciente ou aurait dû être consciente du risque d'agression sexuelle mais a omis de le protéger. Il en ressort donc que la détermination du risque d'agressions sexuelles est liée non seulement aux actes de l'agresseur présumé, mais également à l'omission présumée d'un fournisseur de soins ou d'un parent à protéger l'enfant alors qu'il aurait dû être conscient des actes posés. Nous expliquerons plus loin que ce cadre législatif entraîne la participation du parent non agresseur, habituellement la mère, dans le problème et dans sa solution.

Les interventions en cas d'agressions sexuelles d'enfants sont guidées par des protocoles visant à assurer la prise en charge sérieuse et uniforme de ces cas complexes. Un exemple en est l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'agressions sexuelles, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique (Gouvernement du Québec, 2001). Ainsi, lorsqu'une plainte relative à l'agression sexuelle d'un enfant est déposée à la police ou à un organisme de protection de l'enfance, des protocoles établissent les procédures de communications réciproques et d'enquêtes communes à suivre. Normalement, un agent de police interroge l'enfant et l'agresseur présumé afin de rassembler

les éléments de preuve nécessaires en prévision de poursuites criminelles. Un préposé des services de protection de l'enfance observe cette conversation, s'entretient avec le ou les parents non agresseurs, et réinterroge l'enfant afin de s'assurer qu'il est en sécurité et d'évaluer la capacité des parents à empêcher la récurrence des agressions.

De nos jours, les intervenants en protection de l'enfance sont convaincus du besoin d'accueillir et de soutenir les enfants qui dévoilent des agressions sexuelles, en causant le moins de perturbations possible aux soins dont ils font l'objet. Le plus souvent, ils ont à traiter de cas dans lesquels les agresseurs, en majorité des hommes, sont des personnes connues et de confiance ou des membres de la famille, et qui, bien souvent, ont des responsabilités en matière de prestation de soins à l'enfant. Pour préciser ce tableau, d'après des comptes rendus tirés d'observations aux dossiers des intervenants sur une période de trois mois, l'É*tude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003* a identifié les membres de la famille autres que les parents comme principal groupe d'agresseurs (35 %), suivi des amis des enfants (15 %), des beaux-pères (13 %), des pères biologiques (9 %), d'autres connaissances (9 %) et des amis des parents (5 %). En outre, dans 5 % des cas où l'agression sexuelle était la forme primaire de maltraitance corroborée, les mères biologiques en étaient les auteures (Trocmé *et al.*, 2005).

En raison de la proximité des agresseurs par rapport à leurs victimes, les intervenants en protection de l'enfance sont appelés à agir rapidement (parfois en l'espace de quelques jours) pour mettre en place des mesures visant à éloigner les agresseurs présumés afin que les enfants puissent demeurer avec leur principal fournisseur de soins – généralement la mère non agresseuse. On a déjà remarqué que les mères sont bien plus souvent l'objet des interventions en protection de l'enfance que les pères (Risley-Curtiss et Heffernan, 2003 ; Scourfield, 2003 ; Swift, 1995) et cette observation est appuyée par des données empiriques exposées dans l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008* (Trocmé *et al.*, 2010). En effet, selon près de 1 800 intervenants en protection de l'enfance interrogés, les femmes étaient les principaux fournisseurs de soins dans 91 % des cas corroborés de maltraitance et de négligence durant la période de trois mois visée par la collecte de données pour l'étude, s'agissant essentiellement des mères biologiques (86 % des cas). Considérant que, dans près de la moitié (47 %) des cas corroborés d'agressions sexuelles qui sont exposés dans l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003*, il s'agissait d'enfants qui habitaient avec deux figures parentales, la tendance à concentrer l'attention sur les mères semble persistante dans les pratiques en matière de protection de l'enfance.

En présence d'allégations d'agressions sexuelles sur des enfants, l'enquête, l'évaluation et la réponse sont déterminées par l'impératif que la victime soit protégée contre tout méfait additionnel. Pour conscients qu'ils sont des difficultés émotionnelles et matérielles qu'éprouvent les familles (surtout les mères), les intervenants doivent veiller avant tout à la sécurité de l'enfant. Même s'ils comprennent le choc, l'incrédulité et la confusion manifestés par une mère non agresseuse – retombées émotionnelles assez courantes, comme on le verra plus tard – les intervenants doivent s'assurer qu'elle est capable de protéger la victime contre toute récurrence de l'agression. C'est pourquoi le bien-être émotionnel de la mère non agresseuse devient un facteur critique dans l'évaluation de sa capacité à fournir des soins et une protection. Comme on le verra plus loin, le défi auquel sont confrontés les intervenants est de reconnaître qu'une mère non agresseuse peut avoir besoin de temps et de soutien pour accepter l'agression dévoilée par son enfant tout en comprenant que la sécurité de l'enfant à son domicile dépend de la capacité de la mère non agresseuse à être forte et solidaire. Ici, il faudra envisager en dernier recours la séparation de l'enfant et de la famille.

Pour aggraver la détresse souvent ressentie par une mère en raison des faits dévoilés par son enfant, il y a les conséquences matérielles, y compris généralement « la perte de relations, la baisse du revenu, la dépendance accrue à l'égard des programmes gouvernementaux, la perturbation de l'emploi et le changement du lieu de résidence » (Massat et Lundy, 1998, p. 378 ; traduction libre). Ces conséquences sont importantes, surtout que les familles suivies par les organismes de protection de l'enfance ont déjà tendance à vivre dans des conditions précaires : « Les clients des organismes de protection de l'enfance sont souvent peu scolarisés, vivent sous le seuil de la pauvreté ou presque, et sont souvent membres de minorités raciales et de ménages à un seul chef de famille, lequel se trouve habituellement être la mère » (Bala, 2004, p. 24 ; traduction libre). On sait que la violence conjugale, le manque de soutien social, les problèmes de santé mentale, la maltraitance pendant l'enfance, la toxicomanie et l'alcoolisme sont souvent des constantes marquant la vie des clients d'organismes de protection de l'enfance (Trocmé *et al.*, 2005, 2010).

L'influence croissante de la théorie de l'attachement par rapport aux méfaits émotionnels causés par la séparation des enfants de leurs parents au moment de l'évaluation et par la suite fait qu'il est rare qu'on retire l'enfant de sa famille. En 2003, par exemple, seulement 6 % des enfants ont été éloignés de leur famille, dans des cas corroborés d'agressions sexuelles, au moment de l'évaluation initiale (Trocmé *et al.*, 2005). En 2008, seuls 8 % des enfants ont été retirés de leur famille dans les cas corroborés de maltraitance, toutes formes confondues (Trocmé *et al.*, 2010).

Alors même que les intervenants s'efforcent de minimiser les effets potentiellement perturbateurs du dévoilement et de ses conséquences en maintenant l'enfant sous la garde de sa mère non agresseuse, ils craignent de prendre des décisions qui auront pour effet secondaire d'entraîner la récurrence de l'agression.

En fin de compte, les intervenants en protection de l'enfance doivent pencher du côté de la sécurité de l'enfant. Si la mère non agresseuse est incapable de protéger celui-ci, les intervenants n'ont d'autre choix que de lui retirer la garde de l'enfant. Dans le contexte du mandat d'urgence et de la nécessité de réagir rapidement, la tendance actuelle consiste à se demander si la mère non agresseuse est capable d'offrir une protection immédiate et durable.

2. La mère et la protection de l'enfant

2.1. Les racines historiques du blâme à l'endroit des mères et de la responsabilisation maternelle

L'agression sexuelle de l'enfant a toujours existé, à toutes les époques et dans toutes les cultures. C'est un problème qui « a émergé plusieurs fois dans la conscience du public et des professionnels au cours des 150 dernières années » (Olafson, Corwin et Summit, 1993, p. 8 ; traduction libre). Selon Bolen (2001), « la personne qui a eu le plus d'influence sur la littérature professionnelle concernant l'agression sexuelle de l'enfant est peut-être Sigmund Freud » (p. 3 ; traduction libre). À la fin du XIXe siècle, Freud proposa une théorie de la séduction selon laquelle les symptômes hystériques et névrotiques manifestés par ses patientes adultes étaient causés par une tentative de confronter des expériences traumatisantes d'agressions sexuelles vécues pendant l'enfance. Toutefois, hésitant de plus en plus à accuser les pères, Freud en vint à rejeter publiquement sa propre théorie. Ensuite, poussé par la pression publique à renoncer à sa théorie, Freud la reformula en affirmant que la détresse de ses patientes ne provenait pas d'une agression sexuelle réelle, mais plutôt de la projection et, parfois, de la mise en scène d'un fantasme sexuel interne (Olafson *et al.*, 1993).

Jusque vers la fin des années 1960, l'explication dominante au sujet de l'agression sexuelle des enfants était influencée par Freud et donc axée sur la tentative présumée de séduction du père par sa fille (Hooper, 1992). Cette analyse a été de plus en plus contestée par une approche fondée sur les systèmes familiaux, selon laquelle tous les membres de la famille étaient considérés comme contribuant à l'inceste père-fille. Un aspect significatif de cela, c'est qu'on attribuait à la mère un rôle clé dans l'apparition et la perpétuation des agressions. Par exemple, une étude

datant de 1966 identifiait la mère comme « pierre angulaire » dans un « système familial pathologique » : on disait qu'elle avait préparé et approuvé l'agression sexuelle en renonçant, de façon consciente ou inconsciente, à ses obligations conjugales et en déléguant à sa fille la responsabilité de « satisfaire les besoins » du père (Lustig *et al.*, 1966 ; traduction libre).

Malgré les progrès réalisés depuis les années 1960 dans l'évaluation des situations d'agressions sexuelles d'enfants dans le contexte familial, on retrouve la mère dans un rôle central de fautive ou de victime (Elbow et Mayfield, 1991 ; Krane et Davies, 1996). La mère a été identifiée comme complice à cause de son absence ou de son insuffisance physique ou émotionnelle, ou à cause d'actions qui suggèrent qu'elle prépare l'agression de façon plus ou moins consciente (Krane, 2003). À titre d'exemple, Zuelzer et Reposa (1983) considéraient que les mères jouaient un rôle central dans l'inceste. Puisqu'elles seraient exigeantes et dénuées d'investissement psychologique dans leurs enfants, les mères de familles incestueuses pourraient « inconsciemment » jouer la carte de la maladie ou de l'absence (voire de la mort) pour échapper à leurs responsabilités maternelles. Elles passeraient sous silence des « comportements sexuels manifestement inappropriés et provocateurs » ou elles auraient une réaction de rejet ou de punition face aux tentatives de leur fille de dévoiler l'agression (Zuelzer et Reposa, 1983, p. 104-105). Le père incestueux, par ailleurs, serait le bénéficiaire passif de l'abdication par la mère de ses devoirs conjugaux et sexuels. Selon ces auteurs, la mère abandonnerait sa responsabilité sexuelle envers son mari en « obligeant sa fille à adopter le rôle sexuel de la mère et à devenir la fournisseuse de soins de la famille » (Zuelzer et Reposa, 1983, p. 105 ; traduction libre).

D'après l'analyse de Krane (2003), cette focalisation persistante sur le rôle de la mère montre qu'on détourne l'attention des actes de l'agresseur présumé pour la porter sur les insuffisances et « in/actions des femmes comme mères et épouses » (p. 70 ; traduction libre), en particulier si elles étaient conscientes de l'agression et n'ont pas protégé l'enfant. Ce thème ressort d'un ouvrage influent, le *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse* :

> On peut dire que les mères omettent souvent de protéger l'enfant [...]. Parfois, elles s'absentent de façon régulière et prévisible, ce qui procure l'occasion de commettre l'inceste. L'exemple type de cette situation est celui où la mère travaille de nuit ou de soir. Parfois, la mère est psychologiquement absente et ignore les comportements ouvertement séducteurs entre les acteurs de l'inceste, alors qu'elle devrait y mettre fin, les réorienter et fixer des limites dès le début. Certaines mères omettent directement de protéger l'enfant en provoquant des situations où les acteurs de l'inceste sont encouragés à avoir des comportements sexuels (Sgroi, Blick et Porter, 1982, p. 28 ; traduction libre).

Sgroi et ses collaborateurs admettent que ce ne sont pas toutes les mères qui créent délibérément les conditions de l'inceste, tout en soulignant que « la plupart des mères de victimes d'inceste savent, consciemment ou non, que l'inceste existe » (p. 29 ; traduction libre). À l'instar d'autres chercheurs à cette époque, Sgroi et ses collaborateurs (1982) estiment que les mères répondent souvent au dévoilement par leur fille avec hostilité et incrédulité, et qu'elles ne prennent aucune mesure ou seulement des mesures inefficaces. En définitive, les mères n'offrent aucune protection. Sgroi et ses collaborateurs (1982) accordent certes de l'attention aux pères incestueux. Décrits comme dominateurs et égocentriques, ces hommes coupent leur famille du monde extérieur « hostile » et maintiennent une « autorité suprême » sur toutes les décisions familiales (p. 27). Selon ce portrait du père sexuellement agresseur, il est pratiquement impossible d'imaginer comment une mère, dont Sgroi et ses collaborateurs (1982) disent qu'elle occupe généralement une « position subalterne » (p. 28) au sein de la famille incestueuse, pourrait agir de manière à protéger la victime.

Depuis les années 1980 et 1990, des chercheurs font des efforts pour élargir les approches reposant sur le système familial en examinant les histoires et les personnalités des membres de la famille ainsi que les rapports intimes du couple (Bolen, 2001 ; Krane, 2003). Cette complexité se retrouve dans Finkelhor (1984), qui établit quatre conditions préalables cadre pour comprendre comment les agressions sexuelles d'enfants se produisent. La première condition, la motivation d'agresser sexuellement, comprend des facteurs individuels tels que la congruence affective entre l'agresseur et la victime, l'éveil sexuel d'un enfant ou l'indisponibilité d'autres sources de gratification sexuelle. Sur le plan social, les facteurs comprennent la domination masculine, la pornographie et la sexualisation des besoins des hommes. La seconde condition est axée sur les facteurs qui pourraient désinhiber l'agresseur, comme l'alcool, la psychose, un trouble de l'impulsion et « l'absence de mécanismes d'inhibition de l'inceste dans la dynamique familiale » (Finkelhor, 1984, p. 56 ; traduction libre). La tolérance de l'intérêt sexuel à l'égard des enfants, la faiblesse des sanctions pénales, la croyance dans le droit du père et « l'incapacité des hommes à sympathiser avec les besoins des enfants » (Finkelhor, 1984, p. 57 ; traduction libre) sont des facteurs sociaux. La troisième et la quatrième condition portent sur des facteurs qui permettent l'agression sexuelle en surmontant les contraintes externes ainsi que toute résistance par l'enfant. Parmi les facteurs individuels, on peut mentionner la maladie ou l'absence de la mère, son refus de protéger, sa froideur ou sa domination, l'isolement social de la famille, la supervision inadéquate des enfants, des arrangements inhabituels pour le sommeil, l'insécurité émotionnelle de l'enfant, un grand sentiment de confiance, le manque de connaissance

sur les agressions sexuelles et la coercition. Les facteurs sociaux qui ont été suggérés comprennent le manque de réseaux sociaux et de soutien pour les mères, les obstacles à l'égalité des femmes, la sacralisation du concept de famille, l'impuissance sociale et l'insuffisance de l'éducation sexuelle des enfants. Ce modèle à quatre conditions préalables permettait de saisir la nature multidimensionnelle de l'agression sexuelle par des membres de la famille ou par d'autres personnes contre les filles ou les garçons. Il attirait l'attention sur la psychodynamique de l'agresseur et sur la dynamique du système familial et il permettait de prendre au sérieux l'omission de la mère à protéger l'enfant et la vulnérabilité de celui-ci, autant de facteurs potentiels qui entrent en jeu seulement lorsque l'agresseur est motivé à commettre une agression et qu'il a réussi à surmonter ses propres inhibitions. Même si l'on prêtait attention aux facteurs sociaux dans la pratique de la protection des enfants, les facteurs individuels liés à la mère et à l'enfant sont susceptibles de devenir prioritaires en raison de préoccupations liées au risque et à la sécurité.

Dans la pratique, les moyens utilisés pour comprendre l'agression sexuelle d'enfants et y réagir continuent d'être influencés par la théorie des systèmes familiaux (Bolen, 2003 ; Krane, 1994). Comme l'ont souligné Hooper et Humphreys (1998), une analyse reposant sur les systèmes familiaux permet de considérer les actions du père comme secondaires, comme « une réponse à des problèmes communs tels que la mauvaise communication » (p. 566 ; traduction libre), ce qui permet de minimiser ou de nier sa responsabilité par rapport à ses propres actions. En revanche, « tout ce que les mères (et, dans certains cas, les enfants) faisaient, jusqu'au moment où l'agression a pris fin, engageait leur responsabilité. En ce qui concerne les femmes, cette façon de blâmer les mères s'applique, qu'elles soient ou non conscientes de l'agression, et malgré tout ce qu'elles auront pu faire pour essayer d'y mettre fin » (Hooper et Humphreys, 1998, p. 566 ; traduction libre).

2.2. Repositionnement des mères comme protectrices

Plus récemment, des chercheurs ont fait des efforts pour contester la façon dont les femmes, en tant que mères, ont été mises en cause dans le problème de l'agression sexuelle d'enfants. Sous un angle essentiellement féministe, ces chercheurs ont essayé de mieux comprendre la prise de conscience et la réponse des mères face au dévoilement de l'agression sexuelle (Alaggia, 2001 ; Johnson, 1992 ; Myer, 1985), leur expérience des interventions de protection des enfants (Bernard, 2001 ; Krane, 1994, 2003), l'impact des organismes de protection de l'enfance et autres sur les mères des victimes (Carter, 1999) et la façon dont les mères survivent

au dévoilement (Hooper, 1992). Ces recherches conduisent à une meilleure compréhension de la réalité des mères par rapport à l'agression sexuelle de leur enfant. L'étude menée par Myer (1985) a été l'une des premières à examiner les réponses des mères au dévoilement. Bien que certaines des mères participant à l'étude aient commencé par douter, la majorité des mères ont accepté les allégations, ont fait preuve d'empathie envers l'enfant, ont exprimé leur colère concernant l'agression et l'agresseur et ont pris certaines mesures. Quelques mères ont nié, ont fait preuve de passivité et ont omis d'agir. Myer (1985) a également mentionné que certaines mères manifestent plus d'inquiétude pour elles-mêmes que pour leurs enfants. Sa recherche montre que ces femmes sont émotionnellement et financièrement dépendantes de leurs partenaires, qui les dominent, les soumettent à de mauvais traitements et leur font peur. La recherche menée par Myer (1985) a donc battu en brèche les hypothèses voulant que les mères soient complices et non protectrices, faisant place à l'ambivalence maternelle dans le mécanisme d'acceptation du dévoilement. Près de vingt ans plus tard, Pintello et Zuravin (2001) ont mené une étude sur des réactions de mères non agresseuses au dévoilement et sont parvenus à une compréhension similaire. Parmi les 435 mères non agresseuses interrogées dans le cadre de cette étude, 41,8 % ont cru et protégé, 13,3 % ont cru mais n'ont pas protégé, 14 % ont protégé mais n'ont pas cru et 30,8 % n'ont ni cru ni protégé. D'après ces auteurs, le fait d'avoir son premier enfant avant d'arriver à l'âge adulte, d'être le partenaire sexuel de l'agresseur, d'avoir eu connaissance de l'agression sexuelle avant le dévoilement et d'avoir un enfant qui affiche un comportement sexualisé, tout cela influençait négativement l'acception et la protection. Ces résultats suggèrent qu'il faut tenir compte de tels facteurs quand on intervient auprès de mères non agresseuses.

Poussant plus loin leur analyse, des féministes ont affirmé qu'il fallait envisager les réactions et le soutien des mères face aux enfants agressés sexuellement comme des éléments fluides et changeants (Alaggia, 2001 ; Hooper et Humphreys, 1998) plutôt que statiques et binaires. En effet, la façon dont une mère croit et soutient la victime existe « dans le contexte de relations intenses et contradictoires mettant en jeu l'enfant, l'agresseur et d'autres membres de la famille immédiate et élargie, ainsi que des conséquences émotionnelles et juridiques graves qui attendent les mères après le dévoilement » (Hooper et Humphreys, 1998, p. 569-570 ; traduction libre). Comme l'ont soutenu Bolen et Lamb (2004), les hésitations et l'ambivalence possibles des mères non agresseuses à croire et soutenir la victime sont désormais considérées, dans la littérature savante, comme des « corollaires normaux du chaos et de l'impact du dévoilement » (p. 185 ; traduction libre).

Puisque l'agression sexuelle d'un enfant est susceptible d'être un événement très stressant et perturbateur, il est normal qu'elle cause également une grande détresse chez la mère non agresseuse (Elliot et Carnes, 2001). Par exemple, Lewin et Bergin (2001) ont constaté que, comparativement aux mères d'enfants sans antécédents d'agressions sexuelles, les mères non agresseuses d'enfants agressés sexuellement manifestaient des signes accrus de dépression et d'anxiété ainsi que des comportements dénotant un moindre attachement maternel. De même, Cyr, McDuff et Wright (1999) ont remarqué que, sur un échantillon de 118 mères non agresseuses dont les enfants ont été suivis par un organisme de protection de l'enfance du Québec après un dévoilement d'agression sexuelle, plus des deux tiers des sujets affichaient des niveaux cliniques de détresse psychologique, sans compter le plus grand désavantage financier et social par rapport à la moyenne des femmes de la province. Les auteurs ont suggéré que le désavantage financier et social peut refléter la situation des mères qui sont suivies par les organismes de protection de l'enfance. Plus récemment, Hébert *et al.* (2007) ont constaté que plus de la moitié des 149 mères non agresseuses suivies dans leur étude ont signalé des niveaux cliniques de détresse psychologique après l'agression sexuelle de leur enfant. Ces auteures ont noté que les mères qui ont exprimé un faible sentiment d'autonomisation étaient plus susceptibles d'éprouver des niveaux cliniques de détresse psychologique et en ont conclu que « leur perception du contrôle et de l'autoefficacité en tant que parent face aux besoins de son enfant agressé sexuellement ou leur perception de ses propres capacités à prendre soin de son enfant sont des facteurs importants liés à leur propre sens de bien-être psychologique » (p. 809 ; traduction libre).

Les entrevues menées par Joyce (2007) avec des intervenants sociaux professionnels engagés dans le traitement d'enfants victimes d'agression sexuelle ont révélé une grande sensibilité par rapport aux mères non agresseuses :

> Contrairement à la littérature ou à la pratique d'autrefois, qui blâmait les mères à cause de l'hypothèse de collusion, ces intervenants ont vu les mères comme injustement blâmées par les acteurs sociaux (police, organismes de protection, juges) et, accessoirement, comme privées du traitement, du soutien social et de l'aide économique dont les mères auraient besoin pour faire face aux conséquences de l'inceste (p. 10 ; traduction libre).

Les intervenants ont parlé du manque de financement et de soutien organisationnel, ce qui limite leur capacité à offrir un traitement aux mères. Ils ont également mentionné la crainte de l'examen public à la suite de la divulgation dans les médias de cas d'enfants victimes de leurs parents :

> Tout en estimant que des acteurs de l'extérieur les soumettent à un niveau toujours accru d'observation, de remise en cause de leurs décisions et de culpabilisation, les intervenants pensent qu'ils n'exercent que peu de contrôle

> sur les résultats en définitive. Ce pessimisme et ce fatalisme reflètent l'opinion des cliniciens que leurs interventions n'ont pas beaucoup d'influence sur ce qui se passe dans les familles avec lesquelles ils travaillent. Les intervenants voient la vie de leurs clients comme chaotique et désorganisée, et ils estiment que les gens de l'extérieur leur demandent de « contrôler ce qui est incontrôlable ». Ils estiment que leur pratique professionnelle est soumise à un examen injustifié. Dans un processus de transmission de la victimisation de haut en bas, il existe un processus parallèle selon lequel les organismes et intervenants de l'extérieur examinent les intervenants, lesquels à leur tour examinent les mères (p. 7 ; traduction libre).

On ne fait que peu de place à l'ambivalence des mères, à leur détresse psychologique ou à des circonstances de vie chaotiques dans l'exigence qu'elles protègent les enfants. Dans une étude de cas portant sur un organisme de protection de l'enfance, Krane (2003) a découvert que la responsabilité de protéger les enfants contre les agressions sexuelles a été placée sur les femmes en tant que mères dans les familles. Cette évolution apparaît en pratique dans des dossiers où les intervenants ont encouragé les mères à dire qu'elles croient et appuient la victime. Ils s'attendaient à ce que les mères placent la protection de l'enfant dans les priorités immédiates, en dénonçant les actions de l'agresseur présumé et, si nécessaire, en se séparant de lui (Krane, 2003). Quand des mères sont apparemment ambivalentes ou non protectrices, les intervenants les obligent à faire un choix entre soutenir l'enfant ou l'agresseur présumé. La responsabilité des mères à protéger entraîne souvent des formes de stress accru, lorsqu'elles doivent obéir aux ordres de protection, perdre des relations significatives, notamment avec leurs partenaires intimes, perdre leur emploi rémunéré ou leur revenu, et ne plus avoir droit au chapitre. Enfin, les mères vivent ce processus comme « intrusif, déstabilisant et coûteux » (Krane, 2003, p. 186 ; traduction libre) ayant pour conséquence indirecte et nuisible l'aliénation par rapport aux intervenants.

Étant donné que les mères non agresseuses sont censées se conformer aux plans d'intervention en réponse à l'agression sexuelle, Lewin et Bergin (2001) craignent que « la capacité de la mère à se conformer à toutes les dispositions du plan et à améliorer le bien-être psychologique et la sécurité de l'enfant puisse être compromise si elle manifeste de la dépression, de l'anxiété et une diminution des comportements d'attachement maternel » (p. 373 ; traduction libre). La préoccupation de ces auteurs reflète la compréhension généralisée que la participation des mères non agresseuses est un médiateur essentiel non seulement pour la sécurité des enfants à la suite d'une agression, mais aussi pour leur rétablissement émotionnel et psychologique (Corcoran, 2004 ; Lovett, 2004). Comme l'ont dit Elliot et Carnes (2001), « l'adaptation émotionnelle et comportementale d'un enfant après l'agression dépend des réactions et du soutien de figures parentales »

(p. 321 ; traduction libre), lesquelles sont essentiellement les mères. En effet, l'attente à l'égard du soutien émotionnel et de la protection des mères cadre parfaitement avec ce qu'on attend des femmes en tant que mères.

2.3. Idéologies dominantes touchant la maternité

La maternité est un sujet d'études théoriques et empiriques de plus en plus nombreuses depuis 25 ans, surtout à cause de chercheuses féministes qui remettent en question les notions et les pratiques de maternage en ce qu'elles seraient prévisibles, universelles et immuables (Arendell, 2000). Les efforts de féministes pour dépeindre ce vaste paysage sont centrés sur une mise en cause de l'idéologie de la maternité :

> L'idéologie dominante en Amérique du Nord est celle du maternage intensif. Ce mandat déclare que le maternage est exclusif, entièrement centré sur l'enfant, émotionnellement accaparant et chronophage […] La mère conforme à cette idéologie se consacre aux soins d'autrui, se sacrifie et n'est pas un sujet doté de ses propres besoins et intérêts […] C'est la bonne mère (Arendell, 2000, p. 1194 ; traduction libre).

En effet, depuis le XIXe siècle, la maternité est placée au sommet des préoccupations des femmes, et les liens d'amour entre la mère et l'enfant sont portés aux nues : « Un tempérament nourricier et d'abnégation est défini comme l'essence de ce qui est maternel, et donc, de ce qui est féminin » (Thorne, 1992, p. 15 ; traduction libre). Le maternage intensif suppose que les enfants ont besoin de soins maternels à temps plein et que les mères sont mieux à même de les fournir, nonobstant toute autre obligation ou condition. Selon ce modèle, les besoins de l'enfant priment ceux de la mère. Celle-ci doit être omnisciente et donc en mesure d'anticiper chacun des besoins de son enfant et d'y répondre (Krane et Davies, 2000).

Le travail conceptuel sur la maternité comporte l'analyse de ce que font les mères réellement, donc de leur « travail ». Ruddick (1989, 1994) et Levine (1985), entre autres, ont exposé le travail jusqu'ici invisible que suppose la maternité, ainsi que les conditions de ce travail, en soulignant qu'il ne s'accompagne pas d'heures ou d'horaires fixes, ni de congés de maladie, de vacances, de retraite, de négociation collective ou de syndicalisation. Comme Ruddick (1994) l'a fait observer, « les mères sont identifiées non pas par ce qu'elles ressentent, mais par ce qu'elles essaient de faire » (p. 34 ; traduction libre). Arendell (2000) a approfondi l'analyse du travail relationnel du maternage en déclarant que

> la pratique maternelle nécessite des relations intimes ainsi que des compétences. Grâce à l'interaction dynamique avec leurs enfants, les mères suscitent et façonnent une relation affective profonde, un lien profondément significatif […] Dans cette relation de soins, l'enfant a des revendications physiques, émotionnelles et morales sur la mère (p. 1194 ; traduction libre).

À travers le discours féministe sur la maternité, on perçoit la remise en cause d'un modèle universel et homogène dépourvu de mise en abyme social. Les féministes ont attiré l'attention sur la norme (un produit de l'eurocentrisme, de l'homme blanc et de la classe moyenne) sur laquelle la construction idéalisée de la maternité semble reposer. Comme l'a observé Arendell (2000), « les contextes culturels et économiques façonnent les activités maternelles et la façon de les envisager. Le maternage a lieu ''dans des contextes historiques spécifiques encadrés par des structures imbriquées de races, de classes et de genres'' (Collins, 1994, p. 56) » (p. 1194-1195 ; traduction libre). À titre d'exemple, les réflexions de Collins (1992, 1994) sur l'historique de la maternité chez les Noirs ont révélé des formes collectives de maternage auxquelles participent les mères biologiques et d'autres mères. Dans son étude qualitative, McMahon (1995) constate que les pratiques et les préoccupations de maternage sont circonscrites par leurs contextes socioéconomiques.

Faut-il s'en étonner, les expériences des femmes par rapport à la maternité sont en contraste frappant avec les idéologies dominantes, omniprésentes et persistantes :

> L'expérience du maternage est remplie de tensions dialectiques : par exemple, « le maternage peut conférer à la fois un sentiment de pouvoir maternel et un immense fardeau de responsabilité » (Oberman et Josselon, 1996, p. 344). Le maternage est une source d'épanouissement personnel, de croissance et de joie, d'une part, ou une source de détresse, de dépression et d'anxiété, d'autre part (voir Ross, 1995). Élever des enfants peut apporter un développement personnel, mais également un surcroît de travail et de stress économique. Cela apporte un sentiment de libération, mais aussi d'oppression et de subordination (Arendell, 2000, p. 1196 ; traduction libre).

Le portrait de la maternité qui émerge des études empiriques est celui d'un travail émotionnel comportant des expériences variées et variables de satisfaction maternelle, de détresse et d'ambivalence qui sont façonnées par la position sociale. Selon la recension faite par Arendell (2000), les mères mariées et employées qui ont de jeunes enfants qui n'ont pas réussi à trouver des services de garde à prix abordable, et qui portent seules le poids de l'éducation des enfants, se retrouvent en situation de détresse, de stress, voire de dépression : « Les mères d'enfants d'âge préscolaire ou de plusieurs enfants qui vivent dans des conditions de surpeuplement se sentent chargées d'un fardeau plus lourd que les autres mères » (Arendell, 2000, p. 1197 ; traduction libre). Les sentiments complexes liés à la maternité font l'objet des travaux de Parker (1995, 1997). Cette dernière a joué un rôle essentiel dans la théorisation et la normalisation des sentiments d'ambivalence maternelle, pouvant être aussi bien l'amour, l'adoration, la joie, la passion ou le ravissement, que des sentiments plus négatifs, souvent passés sous silence et empreints de culpabilité, pouvant aller de l'irritation à la haine en passant par la rage, le

découragement et le désespoir. Parker a également formulé le problème de l'ambivalence maternelle, mettant en lumière la manière dont son expression peut varier selon la culture, la période historique et la situation, ainsi que le niveau de soutien offert aux femmes.

Bien que les féministes aient attiré l'attention sur l'impossibilité d'atteindre et de maintenir la perfection maternelle, l'idéologie du maternage intensif persiste. Les féministes ont soutenu que cette idéologie, avec les structures qui la soutiennent et la perpétuent, exclut la possibilité de participation des partenaires ou des pères dans les soins quotidiens aux enfants. La facette maternelle de l'identité féminine devient la caractéristique unique d'une femme. En même temps, cette idéologie passe sous silence les circonstances émotionnelles et matérielles de la maternité. Les combats des femmes en tant que mères sont ainsi passés sous silence, car on présume qu'une mère normale doit s'adapter à la situation (Krane et Davies, 2000, p. 39).

Arendell (2000) conclut son analyse des études théoriques et empiriques sur le maternage et la maternité en faisant appel aux chercheurs pour qu'ils réexaminent nos efforts :

> En concentrant nos recherches sur les identités, expériences et activités des mères, ainsi que sur la façon dont elles les envisagent, nous pouvons obtenir des représentations bien plus réalistes et moins normatives de la vie des mères que celles offertes par des images superficielles. Avec cette vision à l'esprit, nous pouvons nous orienter vers une pratique nuancée auprès des mères en réponse à des situations d'agression sexuelle d'enfants (p. 1202 ; traduction libre).

2.4. Renouvellement de la pratique auprès de mères non agresseuses dans les cas d'agressions sexuelles d'enfants

Au jour le jour, dans la protection des enfants, la détermination du risque et le besoin de sécurité immédiate et à long terme des enfants nécessitent le plus souvent que la mère non agresseuse protège la victime contre tout préjudice. S'il n'existe guère de marge de manœuvre dans la volonté de protéger les enfants à risque, la pratique peut être éclairée par la contribution des chercheurs à la compréhension du maternage et de la maternité en général et en particulier, à la suite du dévoilement d'agression sexuelle. Nous inspirant de ces analyses, nous envisageons une pratique nuancée qui commence par mettre au jour l'exigence de la protection et le travail nécessaire pour y arriver. Plus précisément, nous préconisons une approche transparente qui reconnaît explicitement la volonté des mères non agresseuses de prendre le contrôle de la protection de l'enfant.

Au lieu d'occulter les choses sous une idéologie de soins et de responsabilités maternels, la désignation d'une femme comme « protectrice maternelle » fait écho au rôle central de la mère dans la compréhension du problème de l'agression sexuelle et sa résolution (Krane, 2003). Cette approche exige un changement dans la manière d'envisager comment offrir une protection, l'expliquer et la mettre en pratique. La première rencontre avec une mère non agresseuse sera sans doute motivée par une obligation de protection, le besoin d'assurer une protection *immédiate* de l'enfant en instituant un plan auquel la mère non agresseuse peut participer. La transparence sur son rôle central dans le plan de protection offre un point de départ pour entamer un dialogue permettant d'établir qui elle est et quels sont ses besoins à ce moment précis. Une bonne compréhension de sa situation sociale et de ses circonstances est indispensable pour mettre au point un plan de protection réalisable, adapté à elle et à sa situation particulière. Le cadre d'intersectionnalité de Grillo (1995) est utile ici, puisqu'il peut être utilisé comme guide pour explorer, articuler et inclure la compréhension des identités et situations sociales des femmes « de façon à refléter le mieux possible toute leur complexité » (p. 22 ; traduction libre). On peut ainsi la faire participer dès le début à un processus souvent difficile de prise de décision immédiate pour la sécurité et la protection de la victime.

Pour engager les mères dans des conversations intenses sur elles-mêmes et leur façon d'envisager leurs expériences à ce moment critique du processus de protection, nous recommandons la pratique des « récits de maternité » conceptualisée par Davies *et al.* (2007). Il serait certainement déraisonnable de penser qu'un intervenant pourrait connaître une mère non agresseuse dans toute sa complexité dès l'ouverture d'une enquête ou en une seule rencontre, mais la poursuite consciente d'un récit de maternage doit commencer au tout premier contact. Davies et ses collaborateurs (2007) ont formulé la théorie que, pour engager les mères dans un processus narratif, il faut que les intervenants nouent avec elles des relations de proximité et de confiance. En pratique, la constitution de liens de confiance dans le cadre de la protection des enfants est difficile à cause de la primauté de la protection, du besoin d'établir une protection immédiate, de la possibilité que les récits des mères puissent les exposer à un examen critique à l'égard de leur incapacité ou du défaut de protéger ainsi que du besoin pour les intervenants d'exercer leur autorité et de prendre des mesures intrusives pour protéger l'enfant en cas de nécessité. Il est important de relever ces défis afin de constituer un forum dans lequel :

> Les intervenants peuvent explorer le récit de la mère sur les circonstances ayant amené sa famille à l'attention de l'organisme de protection de l'enfance. À son avis, qu'est-ce qu'il serait utile de faire à présent ? Tout au long de cette conversation, les intervenants demeurent à l'écoute active des contextes émotionnels et matériels dans lesquels cette femme joue son rôle

> de mère et de l'impact de ces contextes sur son expérience quotidienne de la prestation de soins, y compris les tensions ou les difficultés qu'elle doit affronter. Les intervenants créent ainsi un espace de sensibilité au récit que fait cette femme de son maternage et aux constructions socioculturelles globales qui façonnent la subjectivité maternelle (Davies *et al.*, 2007, p. 29 ; traduction libre).

Ces conversations intenses peuvent sûrement permettre de mieux comprendre la mère non agresseuse et donner aux intervenants de l'information leur permettant de préparer un plan de protection immédiate convenant à sa situation particulière. On n'ignore ici ni le mandat des intervenants, ni les différentes facettes de la vie de la mère non agresseuse, mais on leur accorde toute l'importance voulue dans l'élaboration du plan de protection.

Ces conversations pourraient permettre aux intervenants de mieux comprendre les réactions émotionnelles de la mère non agresseuse au dévoilement, à l'irruption soudaine de la police et des autorités de protection de l'enfance dans sa vie, et aux conséquences des exigences relatives à la protection. En évaluant le compte rendu subjectif que la mère fait de ses émotions à ce stade, les intervenants peuvent lui demander de faire le point sur sa volonté de croire, de soutenir et de protéger son enfant. Comme il a été mentionné, l'ambivalence maternelle vis-à-vis de la protection n'est pas chose rare après le dévoilement, et la détresse en ce temps de crise est courante :

> Au lieu de considérer la détresse maternelle comme une preuve de son incapacité à protéger l'enfant, nous suggérons d'ouvrir un dialogue avec la mère au sujet de ses réactions émotionnelles afin de mieux comprendre leurs besoins de soutien, d'espace et de temps et de pouvoir discuter des autres moyens de protection possibles (Krane et Carlton, 2009, p. 200 ; traduction libre).

Nous pensons qu'une pratique nuancée prend en compte tout l'éventail des réactions de la mère en tant que réactions prévues à l'agression sexuelle de l'enfant, qu'elle comprend les facteurs émotionnels et matériels qui façonnent son expérience du dévoilement et de ses suites immédiates, et qu'elle intègre cette compréhension complexe dans l'élaboration de plans de protection immédiate qui éviteront à la mère de se sentir jugée et stigmatisée. En permettant ce type de narration avec des femmes en tant que mères, on donne la possibilité d'établir dès le début une culture de l'écoute active et du respect dans lequel élaborer des plans de protection immédiate, les revisiter, les revoir et les renégocier. Si l'on omet de comprendre véritablement qui est cette femme et ce dont elle a besoin en ce moment, on court le risque de s'aliéner une ressource essentielle pour la protection de l'enfant (Krane, 2003).

Une approche qui reconnaît explicitement l'attente envers la mère non agresseuse d'offrir une protection doit aussi reconnaître explicitement que l'acceptation de ce mandat entraîne pour elle un surcroît de travail. À ce point-ci, on pourrait envisager que les intervenants se demandent quel serait l'effet d'une attente de protection maternelle s'ajoutant à d'autres circonstances déjà précaires. Cette approche suppose que les conséquences anticipées des options de protection comprennent les informations nécessaires à la création de plans réalisables de protection immédiate et permanente. De cette façon, les idées de la mère non agresseuse deviennent des sources importantes de connaissances parallèlement à la formation des intervenants et à leur expertise. Qu'il s'agisse de traiter avec toutes les autorités, avec les membres de la famille élargie ou avec les établissements scolaires et médicaux, d'évaluer la dangerosité des contacts avec l'agresseur présumé et de les contrôler, ou de faire face aux conséquences émotionnelles et comportementales pour la victime et d'autres personnes, ce travail ne peut rester invisible. Jongler avec toutes ces demandes, c'est bien sûr le lot quotidien d'une protectrice maternelle ; les obligations professionnelles et familiales ne peuvent être mises de côté tandis qu'elle s'occupe de la protection de son enfant. Par conséquent, la protection de l'enfant doit comporter un soutien tangible dès que ce processus se met en place. Enfin, une telle approche prend au sérieux le travail nécessaire pour protéger l'enfant contre les agressions sexuelles et présente l'occasion pour les organismes de protection de l'enfance de voir la mère non agresseuse comme une ressource qui mérite de recevoir le soutien nécessaire pour remplir le mandat de protection et supporter les coûts et les conséquences de celui-ci (Krane, 2003).

Une pratique nuancée et complexe suppose une conception de la protection comme un processus fluide plutôt qu'un événement fixe. Nous sommes favorables à l'idée que la mère non agresseuse protège son enfant à son propre rythme, ce qui signifie qu'elle peut avoir besoin de temps pour accepter l'agression sexuelle de son enfant et tout ce que cela implique pour elle. Si la mère non agresseuse, pour une raison quelconque, ne peut offrir de protection immédiate, nous reconnaissons la nécessité d'intervenir d'une manière qui ne nuit pas à sa situation actuelle. Au lieu de supposer que la mère non agresseuse est la meilleure ou seule protection qui soit et de percevoir sa détresse émotionnelle comme une preuve de son incapacité à protéger, nous suggérons d'examiner d'autres types de protection de façon à éviter la stigmatisation et le blâme, tout en laissant ouverte la possibilité d'engager la mère non agresseuse dans un plan de protection future. Un intervenant peut inviter la mère non agresseuse à examiner d'autres options, comme d'inscrire l'enfant dans un programme parascolaire, de faire appel à des personnes de confiance (membres de la famille élargie, amis ou voisins) dans les plans de surveillance, de faire intervenir un père non agresseur en tant que ressource pour l'enfant ou

le partenaire ou d'accepter le placement temporaire de l'enfant, sans porter de jugement sur la mère, afin de lui donner le temps de travailler sur sa situation émotionnelle et matérielle, tout en poursuivant l'échange d'idées sur un plan à long terme. Les plans de protection sont compliqués par des considérations touchant l'argent, le transport, les horaires de travail et d'études, l'agencement de multiples détails, les relations personnelles, la confidentialité et la culpabilité, sans parler des obstacles imprévisibles se dressant dans la vie de tous les jours. Le but ici n'est pas de produire une liste d'options de protection. Il s'agit plutôt d'encourager l'ouverture de possibilités, de prévoir ce qu'implique la poursuite de ces possibilités et de s'abstenir d'imposer une préférence envers la protection par la mère, qui risque de voir cela comme une menace ou comme une absence de choix (Krane, 2003).

Gardant à l'esprit le bref tableau analytique des agresseurs dérivé de l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003*, voulant que les beaux-pères et les pères biologiques représentent respectivement 13 % et 9 % des agresseurs dans des cas corroborés d'agressions sexuelles d'enfants (Trocmé *et al.*, 2005), il semble tout à fait possible de se tourner vers les pères non agresseurs pour la protection. Et pourtant, les recherches sur l'implication des pères ou des figures paternelles dans la protection de l'enfant montrent que les intervenants sont très peu enclins à faire appel à des hommes (Brown *et al.*, 2009 ; Daniel et Taylor, 1999 ; Scourfield, 2003, 2006 ; Strega *et al.*, 2008). À titre d'exemple, l'exploration ethnographique menée par Scourfield (2003) sur une équipe de travail social auprès d'enfants et de familles a mis au jour des discours sur la masculinité qui sont essentiellement péjoratifs, dominés qu'ils sont par l'idée que les hommes sont dangereux, inutiles, dépassés ou absents de la vie familiale. De même, lors d'une étude canadienne récente portant sur l'examen de 116 dossiers de protection de l'enfance choisis au hasard, Brown et ses collaborateurs (2009) ont examiné la manière dont les pères « fantômes » sont pour ainsi dire fabriqués. Les auteurs ont constaté que les pères étaient le plus souvent perçus comme déviants, dangereux, irresponsable et dépassés, et ils font valoir que de tels propos contribuent en fait à rejeter le blâme sur les mères. À l'instar de fantômes, les pères étaient présents mais rarement vus dans les mesures de protection des enfants : « Ils ne sont pas responsabilisés à l'égard de leur rôle de pères ou de comportements qui peuvent nuire à leur participation dans la vie familiale » (Brown *et al.*, 2009, p. 30 ; traduction libre). Au lieu de cela, l'étude mentionnée plus haut montre que les intervenants demandent aux mères « de contrôler le comportement des hommes dans la vie des enfants, ce qui revient à leur confier le mandat de surveiller les hommes » (p. 30 ; traduction libre). La participation des pères non agresseurs à la protection de leurs enfants contre les agressions sexuelles est une ressource relativement inexploitée, et il serait temps d'en profiter. Une

telle pratique donnerait certainement lieu à de nouveaux défis pour les intervenants, mais cela pourrait aussi contribuer à remédier à la dépendance envers les mères non agresseuses dans de telles situations.

La protection contre les agressions sexuelles ne peut être le fait des seuls organismes de protection de l'enfance. Au Québec, le Centre d'expertise Marie-Vincent offre une réponse intégrée visant à soutenir les victimes d'agressions sexuelles de 12 ans et moins et leurs parents non agresseurs. Il n'offre toutefois aucun service aux agresseurs ou présumés agresseurs. Le Centre regroupe au même endroit tous les services dont les enfants victimes d'agressions sexuelles et leurs familles peuvent avoir besoin à la suite du dévoilement (police, services médicaux, psychosociaux, sociaux-judiciaires). Il utilise une approche collaboratrice axée sur le partenariat entre les différents organismes concernés, tels que les organismes de protection de l'enfance, mène une recherche de pointe se rapportant à l'agression sexuelle d'enfants, conçoit et met en œuvre des programmes de formation pour les professionnels et les étudiants de la province, en plus de favoriser un lien direct entre la pratique et la recherche (<http://www.ceasmv.ca/fr/accueil.php>).

Il est particulièrement intéressant de noter que le Centre offre des services de soutien personnalisés aux parents non agresseurs (<http://www.ceasmv.ca/professionnels-fr/services-offerts-au-centre/services-psychosociaux.php#spersonalise>). Plus précisément, à la suite d'une enquête policière sur des allégations d'agressions sexuelles sur des enfants, le Centre offre rapidement « une réponse adaptée aux besoins spécifiques des parents en vue de les aider à faire face à la situation et afin de les soutenir dans leur rôle parental ». Il accompagne aussi « les parents dans les différentes démarches du processus social, judiciaire et médical suite au dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant » :

- l'identification des besoins de soutien et d'information suite au dévoilement de l'agression sexuelle ;
- un soutien lors des rencontres ponctuelles au Centre ;
- diverses informations sur la problématique de l'agression sexuelle ou sur le processus médico-sociojudiciaire ;
- des références personnalisées vers les ressources requises (CAVAC, IVAC) ;
- une intervention téléphonique de soutien ou des réponses aux questions entre 8 h et 20 h du lundi au vendredi ;
- un accompagnement dans les démarches nécessaires suite à l'agression sexuelle de l'enfant (<http://www.ceasmv.ca>).

Les services sont disponibles pendant huit semaines après le dévoilement, ce qui montre que le Centre comprend la nécessité d'un soutien intensif pendant que le ou les parents non agresseurs traversent le processus compliqué d'acceptation des faits dévoilés et de compréhension de la

nécessité qui en résulte de le protéger. Le Centre évalue les besoins des enfants victimes d'agressions sexuelles et s'assure que leurs résultats de l'évaluation des besoins sont communiqués aux parents non agresseurs, lesquels seront appelés à prendre part à chaque étape du traitement de l'enfant, avec des séances individuelles ou conjointes de thérapie intensive au besoin. Cette approche offre l'intérêt de valider le vécu des parents non agresseurs au moment du dévoilement et au-delà et de donner un espace pour que leurs voix soient entendues et jouent un rôle central dans le traitement offert à l'enfant. Ces initiatives constituent explicitement une réaction aux recherches qui ont démontré que « le soutien maternel influence positivement l'adaptation sociale de l'enfant et diminue à court terme les problèmes de comportement » et aux recherches qui explorent actuellement « l'influence du père auprès de l'enfant victime d'agression sexuelle ». Reconnu comme un chef de file international dans ce domaine de pratique avec son approche globale et ses réalisations, le Centre fournit un modèle exemplaire de pratique auprès de mères (et peut-être de pères) non agresseurs dans ce domaine complexe et difficile.

Pour conclure, nous suggérons de modifier la pratique de protection des enfants afin de rendre explicites l'attente qu'on nourrit de voir les mères protéger leurs enfants ainsi que le travail que cela nécessite, de donner voix au vécu des mères par rapport au dévoilement et à ses suites, d'explorer d'autres moyens de protéger les enfants de manière à donner un rôle important aux pères non agresseurs, et de collaborer avec des organismes communautaires qui peuvent faire la lumière sur les besoins et les expériences des femmes. C'est donc en mettant les femmes au tout premier plan que nous pensons que les intérêts et les besoins des enfants seront le mieux servis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALAGGIA, R. (2001). « Cultural and religious influences in maternal response to intrafamilial child sexual abuse : Charting new territory for research and treatment », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 10, n° 2, p. 41-60.

ARENDELL, T. (2000). « Conceiving and investigating motherhood : The decade's scholarship », *Journal of Marriage and Family Therapy*, vol. 62, n° 4, p. 1192-1207.

BALA, N. (2004). « Child welfare law in Canada : An introduction », dans N. Bala *et al.* (dir.), *Canadian Child Welfare Law : Children Families and the State*, 2e éd., Toronto, Thompson Education Publishing.

BERNARD, C. (2001). *Constructing Lived Experiences : Representations of Black Mothers in Child Sexual Abuse Discourses*, Aldershot, Ashgate Publishing Limited.

BOLEN, R.M. (2001). *Child Sexual Abuse : Its Scope and Our Failure*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

BOLEN, R.M. (2003). « Nonoffending mothers of sexually abused children : A case of institutionalized sexism ? », *Violence Against Women*, vol. 9, n° 11, p. 1336-1366.

BOLEN, R.M. et J.L. LAMB (2004). « Ambivalence of nonoffending guardians after child sexual abuse disclosure », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, nº 2, p. 185-211.

BROWN, L. *et al.* (2009). « Manufacturing ghost fathers : The paradox of father presence and absence in child welfare », *Child and Family Social Work*, vol. 14, nº 1, p. 25-34.

CARTER, B. (1999). *Who's to Blame? Child Sexual Abuse and Non-Offending Mothers*, Toronto, Toronto University Press.

CENTRE D'EXPERTISE MARIE VINCENT (sans date). <http://www.ceasmv.ca/fr/accueil.php>.

COLLINS, P. (1992). « Black women and motherhood », dans B. Thorne et M. Yalom (dir.), *Rethinking the Family*, Boston, Northeastern University Press.

COLLINS, P. (1994). « Shifting the center : Race, class, and feminist theorizing about motherhood », dans D. Bassin, M. Honey et M.M. Kaplan (dir.), *Representations of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Press, p. 56-74.

CORCORAN, J. (2004). « Treatment outcome research with the non-offending parents of sexual abuse children : A critical review », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 13, nº 2, p. 59-84.

CYR, M., P. MCDUFF et J. WRIGHT (1999). « Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation », *Santé mentale au Québec*, vol. 24, nº 2, p. 191-216.

DANIEL, B. et J. TAYLOR (1999). « The rhetoric versus the reality : A critical perspective on practice with fathers in child care and protective work », *Child and Family Social Work*, vol. 4, nº 3, p. 209-220.

DAVIES, L. *et al.* (2007). « Developing mothering narratives in child protection practice », *Journal of Social Work Practice*, vol. 21, nº 1, p. 23-34.

ELBOW, M. et J. MAYFIELD (1991). « Mothers of incest victims : Villains, victims, or protectors ? », *Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 72, nº 2, p. 78-86.

ELLIOT, A.N. et C.N. CARNES (2001). « Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child : A review of the literature », *Child Maltreatment*, vol. 6, nº 4, p. 314-331.

FINKELHOR, D. (1984). *Child Sexual Abuse : New Theory and Research*, New York, The Free Press.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

GRILLO, T. (1995). « Anti-essentialism and intersectionality : Tools to dismantle the master's house », *Berkley Women's Law Journal*, vol. 10, p. 16-30.

HÉBERT, M. *et al.* (2007). « Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 195, nº 10, p. 805-811.

HOOPER, C.A. (1992). *Mothers Surviving Child Sexual Abuse*, Londres et New York, Tavistock/Routledge.

HOOPER, C.A. et C. HUMPHREYS (1998). « Women whose children have been sexually abused : Reflections on a debate », *British Journal of Social Work*, vol. 28, nº 4, p. 565-580.

JOHNSON, J. (1992). *Mothers of Incest Survivors : Another Side of the Story*, Bloomington, Indiana University Press.

JOYCE, P.A. (2007). « The production of therapy : The social process of construction of the mother of a sexually abused child », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 16, nº 3, p. 1-18.

KRANE, J. (1994). *The Transformation of Women into Mother Protectors : An Examination of Child Protection Practices in Cases of Child Sexual Abuse*, Thèse de doctorat inédite, Toronto, University of Toronto.

KRANE, J. (2003). *What's Mother Got to Do with It ? Protecting Children from Sexual Abuse*, Toronto, University of Toronto Press.

KRANE, J. et R. CARLTON (2009). « Oppressing mothers : Protection practices in situations of child sexual abuse », dans S. Strega et S.A. Esquoa (dir.), *Walking this Path Together : Anti-Racist and Anti-Oppressive Child Welfare Practice*, Halifax et Winnipeg, Fernwood Publishing.

KRANE, J. et L. DAVIES (1996). « Mother-blame in child sexual abuse : A look at dominant culture, writings, and practices », *Textual Studies in Canada*, vol. 7, p. 21-35.

KRANE, J. et L. DAVIES (2000). « Rethinking risk assessment in mothering and child protection practice », *Child and Family Social Work*, vol. 5, nº 1, p. 35-45.

LEVINE, H. (1985). « The power politics of motherhood », dans J. Turner et L. Emery (dir.), *Perspectives on Women in the 1980s*, Winnipeg, The University of Manitoba Press, p. 28-40.

LEWIN, L. et C. BERGIN (2001). « Attachment behaviors, depression, and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims », *Child Maltreatment*, vol. 6, nº 4, p. 365-375.

LOVETT, B. (2004). « Child sexual abuse disclosure : Maternal response and other variables impacting the victim », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 21, nº 4, p. 355-371.

LUSTIG, N. *et al.* (1966). « Incest », *Archives of General Psychiatry*, vol. 14, p. 31-40.

MASSAT, C.R. et M. LUNDY (1998). « "Reporting costs" to nonoffending parents in cases of intrafamilial child sexual abuse », *Child Welfare*, vol. 77, nº 4, p. 371-388.

MCMAHON, M. (1995). *Engendering Motherhood : Identity and Self-Transformation in Women's Lives*, New York, Guilford.

MYER, M. (1985). « A new look at mothers of incest victims », *Feminist Perspectives on Social Work and Human Sexuality*, vol. 3, p. 47-58.

OBERMAN, Y. et R. JOSSELSON (1996). « Matrix of tensions : A model of mothering », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 20, p. 341-359.

OLAFSON, E., D.L. CORWIN et R. SUMMIT (1993). « Modern history of child sexual abuse awareness : Cycles of discovery and suppression », *Child Abuse and Neglect*, vol. 17, nº 1, p. 7-24.

PARKER, R. (1995). *Torn in Two : The Experience of Maternal Ambivalence*, Londres, Virago.

PARKER, R. (1997). « The production and purposes of maternal ambivalence », dans W. Holloway et B. Featherstone (dir.), *Mothering and Ambivalence*, Londres, Routledge, p. 17-36.

PINTELLO, D. et S. ZURAVIN (2001). « Intrafamilial child sexual abuse : Predictors of postdisclosure maternal belief and protective action », *Child Maltreatment*, vol. 6, nº 4, p. 344-352.

RISLEY-CURTIS, C. et K. HEFFERNAN (2003). « Gender biases in child welfare », *Affilia*, vol. 18, nº 4, p. 395-410.

ROSS, E. (1995). « New thoughts on "the oldest vocation" : Mothers and motherhood in recent feminist scholarship », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, vol. 20, p. 397-413.

RUDDICK, S. (1989). *Maternal Thinking : Towards a Politics of Peace*, Boston, Beacon.

RUDDICK, S. (1994). « Thinking mothers/conceiving birth », dans D. Bassin, M. Honey, et M.M. Kaplan (dir.), *Representations of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Press, p. 29-46.

SCOURFIELD, J. (2003). *Gender and Child Protection*, Londres, Palgrave MacMillan.

SCOURFIELD, J. (2006). « The challenge of engaging fathers in the child protection process », *Critical Social Policy*, vol. 26, nº 2, p. 440-449.

SGROI, S., L. BLICK et F. PORTER (1982). « A conceptual framework for child sexual abuse », dans S. Sgroi (dir.), *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, Toronto, Lexington Books.

STREGA, S. *et al*. (2008). « Connecting father absence and mother blame in child welfare policies and practice », *Children and Youth Services Review*, vol. 30, nº 7, p. 705-716.

SWIFT, K. (1995). *Manufacturing « Bad Mothers » : A Critical Perspective on Child Neglect*, Toronto, University of Toronto Press.

THORNE, B. (1992). « Feminism and the family : Two decades of thought », dans B. Thorne et M. Yalom (dir.), *Rethinking the Family*, éd. rev., Boston, Northeastern University Press, p. 3-30.

TROCMÉ, N. *et al*. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003. Données principales*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille.

TROCMÉ, N. *et al*. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008. Données principales*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille.

ZUELZER, M. et R. REPOSA (1983). « Mothers in incestuous families », *International Journal of Family Treatment*, vol. 5, nº 2, p. 98-110.

CHAPITRE

12

NÉGLIGENCE À L'ENDROIT DES ENFANTS ET MATERNITÉ
UN REGARD FÉMINISTE

Simon Lapierre
Université d'Ottawa
Julia Krane
Université McGill
Dominique Damant
Université de Montréal
Jacqueline Thibault
Centre de ressources communautaires de la Basse-Ville d'Ottawa

> *The way we understand neglect… reflects various assumptions about the different roles of women and men in relation to the care and nurture of children* (Turney, 2005, p. 250).

> *The study of child neglect is in effect the study of mothers who fail* (Swift, 1995, p. 101).

Les situations de négligence à l'endroit des enfants font rarement l'objet d'une couverture médiatique et semblent être moins préoccupantes pour la population que les situations d'abus physiques ou d'abus sexuels à l'endroit des enfants (Stone, 1998). La société possède néanmoins une certaine compréhension de ce que constitue la négligence, puisque celle-ci est « étroitement associée aux conceptions modernes qu'une société se fait des besoins de base de ses enfants et de leur développement optimal

et des obligations des parents» (Lacharité *et al.*, 2007, p. 310). En effet, la société a une opinion tranchée sur la qualité des soins à apporter aux enfants et sur les parents qui refusent ou sont incapables de répondre aux besoins de leurs enfants de façon jugée «appropriée» (Swift, 1995, 1998; Turney, 2000; Greaves *et al.*, 2002; Turney, 2005). À cet effet, la sociologue britannique Ann Oakley (1974) soutient que, dans une société centrée sur les enfants, peu de choses sont plus répréhensibles que le fait de ne pas répondre à leurs besoins.

Sur le plan de la recherche, des politiques et des pratiques, la négligence à l'endroit des enfants est fréquemment perçue comme étant un problème «négligé» (Wolock et Horowitz, 1987; Chamberland, 1992; Palacio-Quintin et Éthier, 1993; Garbarino et Collins, 1999; Tanner et Turney, 2003; Smith et Fong, 2004; Dubowitz, 2007; McSherry, 2007). Pourtant, un regard historique sur les politiques et les pratiques concernant le bien-être des enfants en Amérique du Nord et au Royaume-Uni révèle que la négligence à l'endroit des enfants constitue un problème de longue date. En effet, Parker (1995) démontre que la négligence était la priorité pour les services de protection de l'enfance en Angleterre durant la période entre les deux guerres mondiales et dans la période faisant suite à la Deuxième Guerre mondiale. Dans une étude examinant les dossiers des services de protection de l'enfance à Boston durant la première moitié du XXe siècle, l'historienne féministe Linda Gordon (1988) suggère que la «découverte» de ce problème a été l'un des développements les plus importants de l'histoire de la protection de l'enfance, parce que la négligence met en relation les soins qui sont apportés aux enfants dans leur famille avec la santé et le bien-être de l'ensemble de la population.

Des données récentes démontrent que la négligence demeure un problème important. En effet, les résultats d'une recherche ethnographique réalisée dans une agence de protection de l'enfance au Royaume-Uni révèlent que la négligence est une importante préoccupation des travailleurs sociaux et que des questions sont soulevées quotidiennement quant à ce qui constitue ou non une situation de négligence (Scourfield, 2000). Cela est peu étonnant, compte tenu que les statistiques démontrent que la négligence constitue la forme de mauvais traitements pour laquelle il y a le plus grand nombre de signalements, d'évaluations et de prises en charge par les services de protection de l'enfance. Par exemple, les statistiques publiées par l'Association des centres jeunesse du Québec pour l'année 2006-2007 révèlent que 60% des évaluations pour lesquelles la sécurité ou le développement d'un enfant ont été jugés compromis étaient des situations de négligence, alors que 24% étaient des cas de problèmes de comportements sérieux, 10% des cas d'abus physiques, 4% des cas d'abus sexuels et 2% des cas d'abandon (Association des centres jeunesse du Québec, 2007). En Grande-Bretagne, les statistiques publiées par le Department for Children, Schools and Families (2007) pour la même

période montrent que 44 % des situations qui ont fait l'objet d'un plan d'intervention en protection étaient des situations de négligence, tandis que 23 % étaient des cas d'abus émotionnel, 15 % des cas d'abus physique et 7 % des cas d'abus sexuel. Les statistiques montrent également que la proportion des cas de négligence a augmenté de façon considérable au cours des deux dernières décennies (Blanchard, 2003). En Grande-Bretagne, la proportion des cas de négligence a augmenté de façon dramatique durant les années 1990, passant de 13 % en 1988 à 39 % en 2002 (Department for Children, Schools and Families, 2007).

Devant l'ampleur du phénomène, plusieurs chercheurs, décideurs politiques et professionnels ont souligné la nécessité de mieux définir la négligence et de déterminer quelle est la meilleure façon d'intervenir lorsqu'un enfant se retrouve dans une situation de négligence ou à risque de négligence (Daniel, 1998 ; Jones et Gupta, 1998 ; Sullivan, 2000 ; Daniel, 2005 ; Bovarnick, 2007 ; Horwath, 2007 ; McSherry, 2007). Au Québec, le rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (2004) recommandait de « réviser en profondeur l'ensemble des paragraphes se rapportant à la négligence et de mieux circonscrire cette problématique dans le texte de loi » (p. 61), ce qui a mené à d'importantes modifications dans cette section de la loi. Des efforts ont donc été produits au cours de la dernière décennie afin de remédier au manque d'attention précédemment portée à la négligence à l'endroit des enfants. Il existe maintenant une quantité considérable d'écrits portant spécifiquement sur ce sujet. Ces écrits s'inscrivent dans différentes perspectives théoriques, mais les approches développementales et écologiques ont été particulièrement marquantes (Éthier, 1996 ; Brousseau, 2000 ; Brousseau et Simard, 2000 ; Sullivan, 2000 ; Tanner et Turney, 2003 ; Brousseau et Simard, 2005 ; Howe, 2005 ; Horwath, 2007 ; Lacharité *et al.,* 2007).

Cependant, peu d'auteurs proposent une analyse critique du phénomène et reconnaissent que le problème de la négligence est une construction sociale ouverte à différentes interprétations, qui découlent de processus politiques et moraux (Parton, 1995 ; Swift, 1995 ; Trocmé, 1996). Pourtant, Trocmé (1996) souligne que les questions relatives à la définition des mauvais traitements à l'endroit des enfants ont des répercussions au-delà des recherches et de leurs considérations méthodologiques, puisqu'elles influencent l'interprétation de l'ampleur et des causes des problèmes, ainsi que les stratégies d'intervention et de prévention privilégiées.

Ce chapitre présente un regard critique sur le phénomène de la négligence à l'endroit des enfants, qui s'inscrit dans une perspective féministe et qui place le genre et les inégalités liées au genre au centre de l'analyse (Hutchison, 1992 ; Callahan, 1993). De façon générale, ce chapitre suggère que la construction de la négligence qui domine dans les sociétés occidentales a d'importantes répercussions sur les femmes et sur leurs expériences de la maternité. Plus spécifiquement, la première partie du

chapitre démontre que les femmes et la maternité sont au centre de la construction sociale de la négligence et soutient que celle-ci est construite comme étant un échec des femmes sur le plan de leur maternité. Cette partie souligne également que certaines femmes sont particulièrement susceptibles d'être perçues comme étant négligentes, en raison de la position sociale qu'elles occupent et des contextes dans lesquels elles exercent leur maternité. La deuxième partie du chapitre porte sur l'intervention et considère trois stratégies qui sont souvent identifiées comme prometteuses en matière de négligence : le soutien aux familles négligentes, le développement de programmes de prévention et d'intervention précoce, et l'implication des hommes au sein de leur famille ainsi que dans les politiques et les pratiques concernant le bien-être et la protection des enfants. Ces stratégies sont examinées sous l'angle présenté dans la première partie du chapitre, et une attention particulière est portée aux répercussions sur les femmes et sur leurs expériences de la maternité.

1. Les femmes et la maternité au centre de la construction sociale de la négligence à l'endroit des enfants

Dans les sociétés occidentales, les enfants et la réponse à leurs besoins sont devenus extrêmement importants (Oakley, 1974 ; Phoenix et Woollett, 1991 ; Burman, 1994 ; Hays, 1996 ; Harding, 1998), mais la négligence implique toujours un degré de non-réponse aux besoins des enfants (Éthier, Lacharité et Gagnier, 1994 ; Lacharité *et al.*, 2007). Jusqu'à présent, les écrits dans ce domaine ont été particulièrement préoccupés par les conséquences à court et à long terme sur la santé et le développement des enfants (Iwaniec, 1995 ; Garbarino et Collins, 1999 ; Tanner et Turney, 2003 ; Tyler, Allison et Winsler, 2006 ; Horwath, 2007 ; Stevenson, 2007). Un important élément dans cette littérature est la « transmission intergénérationnelle de la négligence », une théorie qui suggère que la négligence affecte la capacité des enfants à établir des relations interpersonnelles lorsqu'ils sont adultes et affecte notamment leur capacité à être parents et à prendre soin de leurs propres enfants (Tyler, Allison et Winsler, 2006 ; Horwath, 2007). De plus, des chercheurs ont récemment soutenu que la négligence affecte le développement du cerveau et ont tenté de démontrer que la négligence durant les périodes prénatale et postnatale peut causer des séquelles sévères et irréversibles (Glaser, 2000 ; Davies, 2002 ; Horwath, 2007).

La responsabilité vis-à-vis des enfants est principalement située dans la sphère « privée » de la famille et il incombe aux parents de répondre à leurs besoins (Baines, Evans et Neysmith, 1998). Cette idée est centrale dans le champ de la négligence, tel qu'illustré dans les écrits de nombreux auteurs :

> Cette problématique se manifeste par une carence significative de réponse, culturellement et socialement appropriée aux besoins d'un enfant. Cette carence est attribuable à une difficulté du réseau social proximal de l'enfant d'agir en conformité avec les normes minimales de soins reconnues dans la collectivité dont fait partie cet enfant (Lacharité *et al.*, 2007, p. 310).

Le réseau social proximal des enfants désigne généralement les parents et certains auteurs utilisent spécifiquement les concepts de « négligence parentale » et de « négligence familiale » (Éthier, Lacharité et Gagnier, 1994 ; Éthier et Biron, 1998 ; Éthier et Lacharité, 2000). Les définitions légales mettent aussi l'accent sur le rôle et sur les responsabilités des parents (Spencer et Baldwin, 2005). Au Québec, l'un des principes généraux de la Loi sur la protection de la jeunesse soutient que « la responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation d'un enfant et d'en assurer la surveillance incombe en premier lieu à ses parents » (Gouvernement du Québec, 2007). Selon la loi, il y a négligence :

> Lorsque *les parents* d'un enfant ou *la personne qui en a la garde* ne répondent pas à ses besoins fondamentaux : *i*) soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement, compte tenu de leurs ressources ; *ii*) soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale ; *iii*) soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation ;
>
> Lorsqu'il y a risque sévère que *les parents* d'un enfant ou *la personne qui en a la garde* ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1 (Gouvernement du Québec, 2007).

Bien qu'il y ait souvent une présomption que les enfants ont deux parents qui partagent l'autorité parentale et les responsabilités parentales (Featherstone, 2004), plusieurs études montrent que les femmes passent plus de temps que les hommes à s'occuper des enfants et que la société s'attend à ce qu'il en soit ainsi (Chase et Rogers, 2001 ; Charles, 2002). Par exemple, les résultats d'une recherche menée au Canada auprès de 40 femmes et de leur conjoint démontrent que les femmes n'ont pas le choix d'accepter la responsabilité de leur jeune enfant, tandis que les hommes peuvent choisir à quel degré ils désirent s'impliquer auprès d'eux (Fox, 1998). Cette organisation du travail est continuellement renforcée par un discours populaire qui la présente comme étant « naturelle » et nécessaire pour le bien-être des enfants et des femmes (Oakley, 1974 ; Smart, 1996 ; Chase et Rogers, 2001) et par les théories sur le développement des enfants qui mettent l'accent sur la relation mère-enfant (Phoenix et Woollett, 1991 ; Woollett et Phoenix, 1991 ; Burman, 1994 ; Birns, 1999). De plus, les attentes en lien avec la maternité sont extrêmement élevées

(Burman, 1994; Birns, 1999). Hays (1996) suggère ainsi que les femmes doivent exercer une maternité « intensive », c'est-à-dire centrée sur les besoins des enfants et ayant recours à des méthodes qui sont prescrites par des « experts » et qui exigent beaucoup de travail et des ressources financières.

Les femmes sont donc plus susceptibles que les hommes d'être tenues responsables si les besoins de leurs enfants ne sont pas comblés de façon jugée « adéquate », et par conséquent elles sont plus susceptibles d'être perçues comme étant négligentes. À cet effet, Denise Turney (2000) propose le concept de « féminisation de la négligence » et soutient que le fait que les femmes soient perçues comme étant responsables des soins à apporter aux enfants a des implications importantes dans le champ de la négligence. Cette partie du chapitre examine plus en détail le lien entre la négligence à l'endroit des enfants et la maternité, et soutient que la négligence est construite comme un échec des femmes sur le plan de leur maternité. Dans un deuxième temps, elle soutient que certaines femmes sont particulièrement susceptibles d'être perçues comme négligentes, en raison de la position sociale qu'elles occupent et des contextes dans lesquels elles exercent leur maternité.

1.1. La négligence comme un échec des femmes sur le plan de leur maternité

La littérature dans le champ de la négligence a mis l'accent sur les femmes et sur leur exercice de la maternité, mais souvent de façon implicite (Éthier, 1996; Coohey, 1998; Crittenden, 1988, 1999). Cela est évident dans l'étude réalisée par Polansky *et al*. (1981) auprès de familles négligentes à Philadelphie dans les années 1970, l'une des études les plus souvent citées dans la littérature de ce domaine. En dépit du fait que le livre présentant les résultats de cette étude s'intitule *Damaged Parents*, les chercheurs concentrent leur analyse sur les caractéristiques individuelles des femmes et décrivent ces dernières comme étant immatures, apathiques ou impulsives. Ils soutiennent que dans les familles blanches défavorisées économiquement, c'est la personnalité de la mère qui joue le rôle le plus important dans la protection et le développement des enfants.

Les interventions en matière de négligence ont aussi tendance à être centrées sur les femmes, même si la majorité des politiques concernant le bien-être et la protection des enfants définissent la négligence dans des termes qui apparaissent neutres sur le plan du genre. Dans une perspective historique, les écrits de Gordon (1988) et Parker (1995) documentent le travail des services de protection de l'enfance aux États-Unis et en

Angleterre, et soutiennent que les périodes où la négligence a été la priorité ont été accompagnées par une tendance à porter une attention soutenue au rôle des femmes. Gordon (1988) soutient que le fait d'insister sur la négligence accroît les inégalités liées au genre et à la classe sociale, et augmente la tendance des services de protection des enfants à blâmer les femmes. Elle soutient que cela est dû au fait que l'accent mis sur la négligence renforce la responsabilité des femmes vis-à-vis leurs enfants, sépare les intérêts des femmes et des enfants, et ne tient pas compte de la domination et de la violence masculine au sein de la famille.

Des statistiques récentes démontrent que les femmes continuent d'être plus susceptibles que les hommes d'être perçues comme négligentes. Par exemple, les données de l'Étude canadienne sur l'incidence des mauvais traitements à l'endroit des enfants effectuée en 2003 démontrent que les mères biologiques étaient identifiées comme les responsables des mauvais traitements dans 83 % des cas où la négligence avait été reconnue, alors que les pères biologiques avaient été désignés comme étant les auteurs des mauvais traitements dans 36 % des cas (Trocmé *et al.*, 2005). Des tendances similaires ont été observées dans toute l'Amérique du Nord et au Royaume-Uni.

Deux études qualitatives permettent de comprendre davantage les processus par lesquels l'accent est placé sur les femmes dans les cas de négligence. Les résultats de la recherche ethnographique réalisée par Scourfield (2003) dans une agence de protection de l'enfance au Royaume-Uni montrent comment les interventions dans les situations de négligence se concentrent sur les femmes et comment toutes les dimensions de leur exercice de la maternité font l'objet d'une attention soutenue. Les résultats de cette étude suggèrent que cela n'est pas le fait d'une décision consciente ou intentionnelle de la part des travailleurs sociaux, mais plutôt d'un processus par lequel ils en viennent à seulement mentionner les femmes lorsqu'ils parlent de négligence. De plus, Scourfield (2003) soutient que les travailleurs sociaux ont l'impression qu'ils doivent être pragmatiques et réalistes lorsqu'ils identifient les membres de la famille auprès de qui ils peuvent intervenir et, puisque les hommes ont tendance à s'absenter de leur famille, il est souvent plus facile d'intervenir auprès des femmes.

Dans une recherche réalisée au Canada, Karen Swift (1995) examine les dossiers des services de protection des enfants et démontre que ceux-ci se centrent sur les femmes et mentionnent rarement les hommes, particulièrement lorsqu'ils n'habitent pas avec les enfants. Ainsi, elle suggère que les interventions se concentrent sur les femmes et sur leurs responsabilités en tant que mères parce que les soins à apporter aux

enfants sont perçus comme étant une responsabilité maternelle. Swift (1995) souligne que, même si ce sont les besoins des enfants qui justifient l'intervention des services de protection, ce sont les capacités des femmes qui sont mises en cause et qui sont placées au centre des interventions.

Il est donc clair que les femmes et la maternité sont au centre de la construction sociale de la négligence, et un certain nombre d'auteurs reconnaissent que le genre est une « variable » qui doit être considérée (Horwarth, 2007 ; Stevenson, 2007). Par exemple, Garbarino et Collins (1999) suggèrent que le fait que les études se concentrent sur les femmes constitue une limite de la recherche dans le champ de la négligence. Ils suggèrent que cela peut être dû au fait que plusieurs femmes sont monoparentales ou qu'elles sont la principale personne qui prend soin des enfants, mais que les conclusions pourraient être différentes si les études tenaient compte du fait que des hommes « abandonnent » leurs enfants, soit sur le plan physique, financier ou psychologique.

Cependant, de façon générale, les écrits et les interventions dans le domaine de la négligence portent une attention limitée au genre et au fait que les concepts de « parents » et de « parentalité » soient fréquemment utilisés pour désigner les mères et la maternité (Sullivan, 2000 ; Daniel et Taylor, 2006 ; Tanner et Turney, 2003). Cela est d'autant plus problématique que l'utilisation des termes « parents » et « parentalité » donne l'illusion que l'approche utilisée porte une attention égale aux femmes et aux hommes (Swift, 1995 ; Daniel et Taylor, 2006) et que l'accent est placé sur les femmes simplement parce que ce sont elles qui sont la cause des mauvais traitements à l'endroit de leurs enfants (Swift, 1995).

Comme la société s'attend à ce que les femmes s'occupent « naturellement » de leurs enfants et que les attentes à cet égard sont extrêmement élevées (Hays, 1996 ; Chase et Rogers, 2001), la négligence risque d'être représentée comme un échec des femmes sur le plan de leur maternité et celles-ci sont susceptibles d'être perçues comme « déviantes » ou « anormales ». D'ailleurs, Turney (2000) souligne que dans notre société il est presque impensable qu'une femme puisse ne pas vouloir ou ne pas être en mesure de prendre soin de ses enfants, sans automatiquement remettre en question son droit au titre de mère. Cela est exacerbé par l'absence d'une distinction entre le travail effectué par les femmes pour répondre aux besoins de leurs enfants et le lien affectif qu'elles peuvent avoir avec ces derniers, qui suggère que les femmes qui ne sont pas en mesure de réaliser ce travail de façon jugée « adéquate » ne se préoccupent pas du bien-être de leurs enfants. Par exemple, Lacharité et Robidoux (1996) suggèrent que la négligence « se caractériserait par une réaction de démission et un manque d'investissement affectif de la part du parent se traduisant par une absence de gestes appropriés envers l'enfant » (p. 71).

1.2. L'importance de la position sociale des femmes et des contextes dans lesquels elles exercent leur maternité

Afin de mieux cerner le phénomène de la négligence à l'endroit des enfants et ses répercussions sur les femmes et sur leurs expériences de la maternité, une plus grande attention doit être portée à la position sociale occupée par les femmes et aux contextes dans lesquels elles exercent leur maternité. Ces éléments sont importants, puisqu'ils peuvent influencer les besoins des enfants et les soins que les femmes sont en mesure de leur apporter, mais aussi la façon dont la société perçoit ces femmes et leur maternité.

Dans les sociétés occidentales, la construction dominante de la maternité est calquée sur la situation des femmes blanches, de la classe moyenne (Phoenix et Woollett, 1991 ; Burman, 1994 ; Glenn, 1994 ; Hays, 1996), ce qui signifie que les croyances et les pratiques en lien avec la maternité propres à certains groupes ethniques minoritaires ou à la classe ouvrière sont demeurées largement invisibles ou ont été marginalisées (Phoenix et Woollett, 1991 ; Glenn, 1994 ; Weingarten *et al.*, 1998 ; Gillies, 2007). À cet effet, Gillies (2007) suggère que les femmes de la classe ouvrière sont continuellement perçues comme étant de « mauvaises » mères, elles sont décrites comme des personnes irresponsables, immatures, immorales, et qui constituent une menace à la sécurité et à la stabilité de la société. Les mères adolescentes et les mères monoparentales sont souvent définies de façon similaire (Wallbank, 2001).

Ces femmes sont donc particulièrement susceptibles d'être perçues comme étant négligentes ou à risque de négliger leurs enfants. Dans une recension critique des études sur les services de protection des enfants auprès des familles de groupes ethniques minoritaires, Singh (1999) soutient que l'un des résultats les plus inquiétants qui émergent de ces recherches est le fait que ces familles font plus souvent l'objet d'une évaluation pour négligence que les familles blanches. En effet, les résultats d'une étude menée aux États-Unis révèlent que les enfants de familles afro-américaines font plus souvent l'objet d'un signalement pour négligence que les familles blanches, de même que les services de protection sont moins susceptibles de mettre en place des services pour soutenir ces familles avant que le problème ne devienne chronique (Saunders, Nelson et Landsman, 1993). Le lien entre le fait de vivre dans un contexte de pauvreté et la négligence à l'endroit des enfants a également été documenté et une large proportion des femmes qui sont accusées de négliger leurs enfants vivent dans des conditions socioéconomiques précaires (Nelson, Saunders et Landsman, 1993 ; Palacio-Quintin et Éthier, 1993 ; Garbarino et Collins, 1999 ; Stevenson, 2007).

Cependant, de telles données sont souvent ignorées. En effet, Trocmé (1996) souligne que, en dépit de la popularité de l'approche écologique, les chercheurs ont tendance à concentrer leurs efforts sur l'enfant, l'individu et la famille :

> Nous avons non seulement exclu des niveaux d'analyse importants, mais les études sur les enfants maltraités effacent systématiquement les effets de la pauvreté en utilisant des devis de recherche qui utilisent des groupes de comparaison d'enfants pauvres. De cette façon, les données mettent l'accent sur les effets néfastes de la négligence tout en ignorant les effets souvent bien plus dramatiques de la pauvreté (p. 24).

Par ailleurs, lorsque le lien entre la négligence et le fait de vivre dans un contexte de marginalité et de pauvreté est établi, cela est fréquemment utilisé pour renforcer la stigmatisation de ces femmes en soutenant que ce sont leurs caractéristiques individuelles qui causent à la fois la pauvreté et la négligence (Crittenden, 1999 ; McSherry, 2004). Par exemple, Crittenden (1999) soutient que les problèmes de pauvreté et de négligence sont causés par des difficultés dans l'analyse des informations et que, conséquemment, ces parents risquent de continuer à être négligents, indépendamment de leur accès à des ressources financières.

L'absence d'attention portée à la réalité de ces groupes de femmes est généralement justifiée par une vision universaliste des besoins des enfants. Par exemple, Stevenson (2007) soutient que les débats entourant l'importance relative des facteurs culturels dans les cas de négligence ne devraient pas détourner notre attention du fait qu'il existe un consensus à travers les différentes cultures quant à ce dont les enfants ont besoin pour leur assurer un développement sain. Les interventions en matière de négligence servent ainsi à imposer des normes uniformes concernant les soins à apporter aux enfants à une population diversifiée et à maintenir l'ordre social établi, et par conséquent renforcent les inégalités liées au genre, à la classe sociale et à l'ethnicité (Thorpe, 1994 ; Swift, 1995). À cet effet, Trocmé (1996) soutient que les femmes qui sont la cible d'interventions en raison de négligence ne sont généralement pas en mesure de remettre en question les stratégies d'intervention, ce qui fait qu'il est souvent bien plus facile de tenir ces femmes responsables que de cibler la pauvreté et remettre en question les structures socioéconomiques.

Considérant ces éléments, il apparaît crucial de porter une plus grande attention au fait que les contextes de marginalité et de pauvreté dans lesquels vivent certaines femmes rendent leur exercice de la maternité plus difficile (Weingarten *et al.*, 1998 ; Quéniart, 2001 ; René *et al.*, 2001 ; McIntyre, Officer et Robinson, 2003 ; Hooper *et al.*, 2007). Par exemple, les résultats d'une étude complétée récemment auprès de familles de divers groupes ethniques au Royaume-Uni démontrent que les parents qui vivent dans un contexte de pauvreté perçoivent peu d'opportunités

pour l'amélioration de leurs conditions de vie et se sentent souvent coupables de ne pas être en mesure de répondre à leurs besoins et aux besoins de leurs enfants (Hooper *et al.*, 2007). De plus, Quéniart (2001) souligne que les mères adolescentes sont particulièrement susceptibles d'exercer leur maternité dans des conditions de pauvreté et d'isolation sociale et que ces conditions « ne favorisent nullement l'apprentissage de leur nouveau rôle et le développement de leur autonomie affective et financière » (p. 51).

Il apparaît également important de considérer la contribution des facteurs culturels dans les situations de négligence et de reconnaître que le fait d'accommoder la diversité culturelle ne va pas nécessairement à l'encontre de la volonté de prioriser la sécurité et le bien-être des enfants. À cet effet, une approche qui serait basée sur la diversité s'avère être plus appropriée qu'une approche qui serait basée sur les « déficits » de ces familles (Korbin et Spilsbury, 1999 ; Singh, 1999).

Finalement, tenir compte des processus par lesquels les contextes sociaux et les conditions sociales affectent les besoins des enfants et la façon dont les femmes sont en mesure de prendre soin de ces derniers ouvre la voie à une conceptualisation de la « négligence sociale » (Nelson, Saunders et Landsman, 1993 ; Garbarino et Collins, 1999 ; Spencer et Baldwin, 2005). En effet, Spencer et Baldwin (2005) soulignent que la société a aussi une responsabilité par rapport aux enfants et identifient différents mécanismes par lesquels la société peut négliger ses enfants. D'abord, la société peut compromettre la sécurité et le bien-être des enfants en ne leur fournissant pas d'hébergement ou des services de santé ou d'éducation adéquats, ou en ne respectant pas leurs droits. La société peut aussi négliger ses enfants de façon indirecte lorsque des politiques économiques et des attitudes sociétales (par exemple, la reconnaissance des droits des enfants) affectent de façon négative les soins qui sont apportés aux enfants.

2. Interventions en matière de négligence à l'endroit des enfants

Même si des efforts ont été déployés afin de remédier au manque d'attention qu'on porte au problème de la négligence à l'endroit des enfants, peu de recherches se sont intéressées aux interventions en matière de négligence (Palacio-Quintin *et al.*, 2000 ; Sullivan, 2000). Il est donc difficile de déterminer quelles seraient les stratégies d'intervention à privilégier. Cette partie du chapitre considère néanmoins trois stratégies d'intervention qui sont souvent identifiées comme prometteuses en matière de négligence à l'endroit des enfants : le soutien aux familles négligentes, le

développement de programmes de prévention et d'intervention précoce, et l'implication des hommes au sein de leur famille et dans les interventions professionnelles.

2.1. Soutien aux familles négligentes

Depuis les années 1970, les politiques et les pratiques concernant le bien-être et la protection des enfants en Amérique du Nord et au Royaume-Uni ont été dominées par une approche sociolégale, qui repose sur une définition étroite du concept de protection et se concentre sur la documentation des incidents de mauvais traitements et sur la gestion du risque (Callahan, 1993; Parton, 1996; Krane et Davies, 2000; Parton, 2006; Horwath, 2007). Compte tenu de la nature particulière du phénomène de la négligence, cette approche pose des difficultés particulières pour l'intervention dans ce domaine (Jones et Gupta, 1998; Stevenson, 1998; Stone, 1998). Par exemple, les résultats de l'étude réalisée par Scourfield (2003) dans une agence de protection de l'enfance au Royaume-Uni démontrent que la documentation des faits est un aspect important des interventions dans les situations de négligence et que c'est souvent l'apparence physique des enfants qui est utilisée comme un indicateur de la qualité des soins maternels.

Face aux difficultés que pose l'approche sociolégale, plusieurs auteurs privilégient plutôt des interventions centrées sur le soutien aux familles négligentes. Cette approche implique un travail à long terme en collaboration avec différentes organisations de services et avec les parents (Palacio-Quintin et Éthier, 1993; Browne et Lynch, 1998; Palacio-Quintin *et al.*, 2000; Horwath, 2007; Lacharité *et al.*, 2007). Selon Palacio-Quintin et Éthier (1993):

> Du point de vue de l'intervention, il nous semble important de traduire la situation de négligence selon les besoins du parent, de l'enfant et de toute la famille. Les besoins sont cependant nombreux et ne peuvent être comblés à court terme. C'est dans cette perspective que tous les efforts doivent être déployés en vue d'une concertation entre la famille et toutes les ressources sociales mises à la disposition de l'enfant (p. 161).

Cependant, une approche centrée sur le soutien aux familles négligentes peut être difficile à mettre en place dans un contexte qui met l'accent sur la protection des enfants, puisque ces deux approches reposent sur des visions et des principes différents, et souvent contradictoires. Tandis qu'une approche favorisant le soutien donne du pouvoir aux familles et offre des services sur une base volontaire et consensuelle, l'approche qui met l'accent sur la protection donne davantage de pouvoir aux professionnels et ces derniers peuvent imposer les modalités d'intervention qu'ils jugent nécessaires. En effet, Parton (2006) soutient que cela

a constitué un obstacle considérable dans le développement d'une approche intégrée des services à la famille au Royaume-Uni, où il y a eu une intention de s'éloigner d'une conception étroite de la protection des enfants depuis l'arrivée au pouvoir du gouvernement travailliste en 1997.

De plus, les concepts de soutien et de collaboration avec les parents sont ouverts à différentes interprétations (Bain, à paraître) et, dans les faits, les interventions visent souvent à modifier les comportements des femmes. Par exemple, White (1996) souligne qu'en raison de la préoccupation constante pour la maternité et la façon dont les femmes prennent soin de leurs enfants, les interventions mettent généralement l'accent sur les changements dans les comportements des femmes, plutôt que d'offrir aux femmes des services d'accompagnement et de répit. Les obstacles dans le développement d'une collaboration avec les parents sont exacerbés par le fait que les femmes accusées de négligence sont souvent perçues comme ayant des problèmes personnels et comme étant « déviantes » ou « anormales ». À cet effet, Jones et Gupta (1998) et Stevenson (1998) soutiennent que la collaboration avec les parents est souvent problématique dans les cas de négligence, parce qu'il est difficile pour les professionnels de soutenir les parents tout en maintenant la priorité sur la protection et le bien-être des enfants. Selon ces auteurs, les professionnels risquent de s'identifier outre mesure à la situation des parents, de centrer les interventions sur les besoins de ces derniers et de perdre de vue les besoins des enfants.

2.2. Prévention et intervention précoce

Au cours des dernières décennies, les programmes de prévention et d'intervention précoce ont fait l'objet d'une attention considérable en Amérique du Nord et au Royaume-Uni (Blanchet, 2001 ; Parton, 2006). Dans l'ensemble, les programmes de prévention ont souvent comme objectif la réduction de problèmes tels que la délinquance, la criminalité et l'exclusion sociale (Little, Axford et Morpeth, 2003 ; Pugh, 2003), mais la prévention de la négligence constitue souvent un objectif à plus court terme. À cet effet, Parton (2006) soutient qu'une proportion importante des services à la petite enfance en Angleterre visent la réduction de la criminalité, mais ces services reposent aussi sur l'idée qu'ils vont améliorer le fonctionnement des familles, réduire les mauvais traitements à l'endroit des enfants et améliorer le développement physique, intellectuel et émotionnel des enfants. Certains programmes visent plus spécifiquement la prévention de la négligence.

La majorité des programmes de prévention et d'intervention précoce se sont développés dans une perspective développementale et écologique, qui met l'accent sur l'identification de facteurs de risque et de protection (Éthier et Lacharité, 2000). Cependant, il demeure difficile de déterminer

quels sont les facteurs qui créent les problèmes (Parton, 2006), et ce sont souvent les déficits maternels qui sont mis en cause. Ces programmes ont donc tendance à mettre en évidence les changements dans la façon dont les femmes exercent leur maternité (Trocmé, 1996 ; Clarke, 2006 ; Lister, 2006). À cet effet, Trocmé (1996) souligne que, même si le modèle écologique-transactionnel fait appel à des stratégies d'intervention sur divers plans, la majorité des efforts d'intervention ciblent les parents – et plus particulièrement les mères – et portent une attention limitée aux conditions de vie des familles.

De plus, les politiques et les pratiques qui mettent l'accent sur la prévention et les interventions précoces peuvent aussi constituer un système de surveillance, particulièrement dans les secteurs pauvres et marginalisés de la société qui sont perçus comme étant davantage à risque de négligence. Ces femmes et leur exercice de la maternité sont donc constamment en observation, ce qui en soi rend les femmes plus susceptibles d'être accusées de négligence à l'endroit de leurs enfants. Par exemple, les résultats d'une récente évaluation du programme *Sure Start* en Angleterre révèlent une augmentation du nombre d'évaluations par les services de protection de l'enfance dans les territoires desservis par le programme (Broadhurst, Mason et Grover, 2007). Ces résultats amènent les auteurs de l'étude à conclure que, bien que ce programme soit régulièrement cité comme une illustration de la volonté du gouvernement de combattre la pauvreté et d'améliorer les conditions de vie des enfants, il est en fait basé sur une vision particulière de l'inclusion sociale, qui mène à la surveillance et à la régulation des familles pauvres, au lieu d'intervenir sur les facteurs qui causent cette pauvreté. Parton (2006) soutient que la tendance à « surveiller » les comportements des enfants et des parents, particulièrement les mères, est croissante et est devenue le principal élément caractérisant la mise en œuvre d'un système intégré de services à l'enfance en Angleterre.

2.3. Implication des hommes au sein de leur famille et dans les politiques et les pratiques concernant le bien-être des enfants

Ainsi qu'il a été mentionné précédemment, les pratiques concernant le bien-être et la protection des enfants ont mis l'accent sur les femmes et ont largement ignoré le rôle des hommes (Scourfield, 2000, 2003 ; Daniel et Taylor, 2006). Au cours de la dernière décennie, plusieurs chercheurs, décideurs politiques et professionnels ont néanmoins porté un intérêt croissant à l'implication des hommes au sein de leur famille et dans les services (Ashley *et al.*, 2006 ; Featherstone, Rivett et Scourfield, 2007). Cela est souvent justifié par le potentiel pour les hommes d'être impliqués de

façon positive dans la vie de leurs enfants, contribuant à répondre aux besoins des enfants et diminuant le risque de négligence. À cet effet, Palacio-Quintin et Éthier (1993) soutiennent qu'« il est essentiel de convaincre les intervenants du fait que les deux parents sont également responsables de leurs enfants, et que l'implication des deux dans les mesures de protection est une meilleure garantie de succès » (p. 161).

Cependant, peu d'études ont porté sur le rôle des hommes dans les familles négligentes et soutiennent que l'évidence fournie par ces études est limitée et parfois contradictoire (Daniel et Taylor, 2006). Il est clair néanmoins que les hommes ne constituent pas toujours une influence positive dans la vie de ces femmes et de ces enfants. Par exemple, les résultats d'une étude conduite au Québec par Lacharité, Éthier et Couture (1996) démontrent que les hommes dans les familles négligentes sont plus souvent perçus par leurs partenaires comme étant moins adéquats, moins enclins à offrir du soutien et plus violents. L'implication des hommes n'est donc pas toujours une stratégie à privilégier et celle-ci peut même compromettre le bien-être et la sécurité des femmes et des enfants, si elle ne repose pas sur une évaluation poussée de la situation familiale.

Finalement, une plus grande implication des hommes devrait s'accompagner d'une remise en question plus globale des attentes placées sur les femmes et sur les hommes en lien avec la parentalité, afin d'éviter la reproduction d'un double standard (Turney, 2000). Par exemple, Scourfield et Drakeford (2002) soulignent que le gouvernement travailliste britannique a été novateur en développant des politiques sociales s'adressant directement aux hommes et à leur rôle de père. Cependant, les auteurs soutiennent que ces politiques posent un regard optimiste sur le rôle des hommes et un regard pessimiste sur le rôle des femmes au sein de leur famille. Tandis qu'un regard optimiste amène des mesures d'encouragement et de soutien, un regard pessimiste est plus susceptible de mener à l'adoption des mesures coercitives.

Conclusion

Ce chapitre a posé un regard féministe sur le phénomène de la négligence à l'endroit des enfants et a démontré que la construction de la négligence qui domine dans les sociétés occidentales a d'importantes répercussions sur les femmes et sur leurs expériences de la maternité. Ce chapitre a réaffirmé la nécessité de placer le genre au centre d'une compréhension de la négligence à l'endroit des enfants et de développer une perspective théorique qui permet de remettre en question les théories et les pratiques qui ignorent le genre et les inégalités de pouvoir qui y sont associées (Callahan, 1993 ; Hutchison, 1992).

L'adoption ou l'intégration d'une perspective féministe dans le champ de la négligence ne suppose pas que les femmes ne devraient pas avoir de responsabilités par rapport aux soins à apporter à leurs enfants, mais elle soutient qu'il est nécessaire d'amorcer une réflexion critique et profonde concernant l'organisation des responsabilités et du travail en lien avec les soins aux enfants. Il semble que, sans le développement d'une telle réflexion, les nouvelles approches et stratégies d'interventions risquent de perpétuer les répercussions de la construction de la négligence sur les femmes et sur leurs expériences de la maternité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASHLEY, C. *et al*. (2006). *Fathers Matter : Research Findings on Fathers and their Involvement with Social Care Services*, Londres, Family Rights Group.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2007). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse*, Québec, Association des centres jeunesse du Québec.

BAIN, K. (à paraître). « Modernising children's services : Partnership and participation in policy and practice », dans J. Harris et V. White (dir.), *Modernising Social Work*, Bristol, Policy Press.

BAINES, C.T., P.M. EVANS et S.M. NEYSMITH (1998). « Women's caring : Work expanding, state contracting », dans C.T. Baines, P.M. Evans et S.M. Neysmith (dir.), *Women's Caring : Feminist Perspectives on Social Welfare*, Toronto, Oxford University Press, p. 3-22.

BIRNS, B. (1999). « Attachment theory revisited : Challenging conceptual and methodological sacred cows », *Feminism and Psychology*, vol. 9, nº 1, p. 10-21.

BLANCHARD, D. (2003). « La négligence des enfants : des impacts sociaux importants », *Rubrique de l'Observatoire*, mars, rubrique nº 3, Montréal, GRAVE-ARDEC.

BLANCHET, L. (2001). « La prévention des problèmes psychosociaux et la prévention de la santé et du bien-être », dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux*, *Tome I : Théories et méthodologies*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 155-174.

BOVARNICK, S. (2007). *Child Neglect. Child Protection Research Briefing,* Londres, National Society for the Prevention of Cruelty to Children.

BROADHURST, K., C. MASON et C. GROVER (2007). « Sure Start and the "re-authorization" of Section 47 child protection practices », *Critical Social Policy*, vol. 27, nº 4, p. 443-461.

BROUSSEAU, M. (2000). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*, Québec, Laboratoire de recherche, École de service social, Université Laval.

BROUSSEAU, M. et M. SIMARD (2000). « Fonctionnement familial et négligence des enfants », dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille : Actes du 5e symposium québécois de recherche sur la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 141-162.

BROUSSEAU, M. et M. SIMARD (2005). « Le fonctionnement familial : qu'en disent des parents et des praticiens sociaux », *Intervention*, nº 122, p. 60-69.

BROWNE, K.D. et M.A. LYNCH (1998). « The challenge of child neglect », *Child Abuse Review*, vol. 7, p. 73-76.

BURMAN, E. (1994). *Deconstructing Developmental Psychology*, Londres, Routledge.

CALLAHAN, M. (1993). « Feminist approaches : Women recreate child welfare », dans B. Wharf (dir.), *Rethinking Child Welfare in Canada*, Don Mills, Oxford University Press, p. 172-209.

CHAMBERLAND, C. (1992). « La négligence faite aux enfants : un problème social à contrer », Présentation au *Colloque régional enfance-famille*, Alma, octobre.

CHARLES, N. (2002). *Gender in Modern Britain*, Oxford, Oxford University Press.

CHASE, S.E. et M.F. ROGERS (2001). *Mothers and Children. Feminist Analyses and Personal Narratives*, New Brunswick, Rutgers University Press.

CLARKE, K. (2006). « Childhood, parenting and early intervention : A critical examination of the Sure Start national programme », *Critical Social Policy*, vol. 26, nº 4, p. 699-721.

COMITÉ D'EXPERTS SUR LA RÉVISION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (2004). *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

COOHEY, C. (1998). « Home alone and other inadequately supervised children », *Child Welfare*, vol. 77, nº 3, p. 291-310.

CRITTENDEN, P.M. (1988). « Distorted patterns of relationship in maltreating families : The role of the internal representations models », *Journal of Infant and Reproductive Psychology*, vol. 6, nº 3, p. 183-199.

CRITTENDEN, P.M. (1999). « Child neglect : Causes and contributors », dans H. Dubowitz (dir.), *Neglected Children : Research, Practice, and Policy*, Thousand Oaks, CA, Sage, p. 47-68.

DANIEL, B. (1998). « A picture of powerlessness : An exploration of child neglect and ways in which social workers and parents can be empowered towards efficacy », *International Journal of Child and Family Welfare*, vol. 3, nº 3, p. 269-285.

DANIEL, B. (2005). « Introduction to issues for health and social care in neglect », dans J. Taylor et B. Daniel (dir.), *Child Neglect : Practice Issues for Health and Social Care*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, p. 11-25.

DANIEL, B.M. et J. TAYLOR (2006). « Gender and child neglect : Theory, research and policy », *Critical Social Policy*, vol. 26, nº 2, p. 426-439.

DAVIES, M. (2002). « A few thoughts about the mind, the brain, and a child with early deprivation », *Journal of Analytical Psychology*, vol. 47, nº 3, p. 421-435.

DEPARTMENT FOR CHILDREN, SCHOOLS AND FAMILIES (2007). *Referrals, Assessments and Children and Young People Who are the Subject of a Child Protection Plan or are on Child Protection Registers, England – Year Ending 31 March 2007*, Londres, Department for Children, Schools and Families.

DUBOWITZ, H. (2007). « Understanding and addressing the "neglect of neglect" : Digging into the molehill », *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, nº 6, p. 603-606.

ÉTHIER, L.S. (1996). « Facteurs de développement reliés au stress des mères négligentes ou violentes », dans R. Tessier, G. Tarabulsy et L.S. Éthier (dir.), *Dimensions de la maltraitance*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 7-24.

ÉTHIER, L.S. et C. BIRON (1998). « Comprendre, évaluer, intervenir et réussir », dans L.S. Éthier *et al.* (dir.), *Réussir en négligence*, Trois-Rivières, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, p. 8-22.

ÉTHIER, L.S. et C. LACHARITÉ (2000). « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants », dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome I : les problèmes internalisés,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 389-428.

ÉTHIER, L.S., C. LACHARITÉ et J.-P. GAGNIER (1994). « Prévenir la négligence parentale », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 15, nº 3, p. 67-86.

FEATHERSTONE, B. (2004). *Family Life and Family Support : A Feminist Analysis*, Houndmills, Palgrave Macmillan.

FEATHERSTONE, B., M. RIVETT et J. SCOURFIELD (2007). *Working with Men in Health and Social Care*, Los Angeles, Sage.

FOX, B. (1998). « Motherhood, changing relationships and the reproduction of gender inequality », dans S. Abbey et A. O'Reilly (dir.), *Redefining Motherhood : Changing Identities and Patterns*, Toronto, Second Story Press, p. 159-174.

GARBARINO, J. et C.C. COLLINS (1999). « Child neglect : The family with a hole in the middle », dans H. Dubowitz (dir.), *Neglected Children : Research, Practice, and Policy*, Thousand Oaks, CA, Sage, p. 1-23.

GILLIES, V. (2007). *Marginalised Mothers : Exploring Working-Class Experiences of Parenting*, Londres, Routledge.

GLASER, D. (2000). « Child abuse and neglect and the brain – a review », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41, nº 1, p. 97-116.

GLENN, E.N. (1994). « Social construction of mothering : A thematic overview », dans E.N. Glenn, G. Chang et L.R. Forcey (dir.), *Mothering. Ideology, Experience, and Agency*, New York, Routledge, p. 1-29.

GORDON, L. (1988). *Heroes of Their Own Lives : The Politics and History of Family Violence, Boston 1880-1960*, New York, Penguin Books.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2007). *Loi sur la protection de la jeunesse*, Québec, Gouvernement du Québec.

GREAVES, L. *et al*. (2002). *A Motherhood Issue : Discourses on Mothering Under Duress*, Ottawa, Status of Women Canada.

HARDING, L.F. (1998). « Children's rights », dans O. Stevenson (dir.), *Child Welfare in the UK 1948-1998*, Oxford, Blackwell, p. 62-67.

HAYS, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, CT, Yale University Press.

HOOPER, C.A. *et al*. (2007). *Living with Hardship 24/7 : The Diverse Experiences of Families in Poverty in England*, Londres, The Frank Burtle Trust.

HORWATH, J. (2007). *Child Neglect : Identification and Assessment*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

HOWE, D. (2005). *Child Abuse and Neglect : Attachment, Development and Intervention*, Houdmills, Palgrave Macmillan.

HUTCHISON, E.D. (1992). « Child welfare as a woman's issue », *Families in Society*, vol. 73, p. 67-78.

IWANIEC, D. (1995). *The Emotionally Abused and Neglected Child. Identification, Assessment and Intervention*, Chichester, John Wiley & Sons.

JONES, J. et A. GUPTA (1998). « The context of decision-making in cases of child neglect », *Child Abuse Review*, vol. 7, nº 2, p. 97-110.

KORBIN, J.E. et J.C. SPILSBURY (1999). « Cultural competence and child neglect », dans H. Dubowitz (dir.), *Neglected Children : Research, Practice and Policy*, Thousand Oaks, CA, Sage, p. 69-88.

KRANE, J. et L. DAVIES (2000). « Mothering and child protection practice : Rethinking risk assessment », *Child and Family Social Work*, vol. 5, nº 1, p. 33-45.

LACHARITÉ, C., L. ÉTHIER et G. COUTURE (1996). « The influence of partners on parental stress of neglectful mothers », *Child Abuse Review*, vol. 5, nº 1, p. 18-33.

LACHARITÉ, C. et S. ROBIDOUX (1996). « La qualité de la relation conjugale, le soutien du conjoint et la détresse parentale des mères négligentes ou à risque sur le plan psychosocial », dans R. Tessier, G. Tarabulsy et L.S. Éthier (dir.), *Dimensions de la maltraitance*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 67-87.

LACHARITÉ, C. *et al.* (2007). « Faire la courte échelle : développement d'un programme de services intégrés pour contrer la négligence envers les enfants », dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider, des univers à rapprocher*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 307-322.

LISTER, R. (2006). « Children (but not women) first : New Labour, child welfare and gender », *Critical Social Policy*, vol. 26, nº 2, p. 315-335.

LITTLE, M., N. AXFORD et L. MORPETH (2003). « Children's services in the UK 1997-2003 : Problems, developments and challenges for the future », *Children in Society*, vol. 17, nº 3, p. 205-214.

MCINTYRE, L., S. OFFICER et L.M. ROBINSON (2003). « Feeling poor : The felt experience of low-income lone mothers », *Affilia*, vol. 18, nº 3, p. 316-331.

MCSHERRY, D. (2004). « Which came first, the chicken or the egg ? Examining the relationship between child neglect and poverty », *British Journal of Social Work*, vol. 34, nº 5, p. 727-733.

MCSHERRY, D. (2007). « Understanding and addressing the "neglect of neglect" : Why are we making a mole-hill out of a mountain ? », *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, nº 6, p. 607-614.

NELSON, K.E., E.J. SAUNDERS et M.J. LANDSMAN (1993). « Chronic child neglect in perspective », *Social Work*, vol. 38, nº 6, p. 661-671.

OAKLEY, A. (1974). *Woman's Work. The Housewife, Past and Present,* New York, Pantheon Books.

PALACIO-QUINTIN, E. et L.S. ÉTHIER (1993). « La négligence, un phénomène négligé », *Apprentissage et Socialisation*, vol. 15, nºs 1-2, p. 153-164.

PALACIO-QUINTIN, E. *et al.* (2000). « L'intervention auprès des familles », dans J.-P. Pourtois (dir.), *Blessure d'enfant. La maltraitance : théorie, pratique et intervention*, Bruxelles, DeBoeck Université, p. 195-233.

PARKER, R. (1995). « A brief history of child protection », dans E. Farmer et M. Owen (dir.), *Child Protection Practice : Private Risks and Public Remedies*, Londres, HMSO, p. 3-18.

PARTON, N. (1995). « Neglect as child protection : The political context and the practical outcomes », *Children and Society*, vol. 9, nº 1, p. 67-89.

PARTON, N. (1996). « Social theory, social change and social work : An introduction », dans N. Parton (dir.), *Social Theory, Social Change and Social Work*, Londres, Routledge, p. 4-18.

PARTON, N. (2006). *Safeguarding Childhood : Early Intervention and Surveillance in a Late Modern Society*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

PHOENIX, A. et A. WOOLLETT (1991). « Motherhood : Social construction, politics and psychology », dans A. Phoenix, A. Woollett et E. Lloyd (dir.), *Motherhood : Meanings, Practices and Ideologies*, Londres, Sage, p. 13-27.

POLANSKY, N.A. *et al*. (1981). *Damager Parents : An Anatomy of Child Neglect*, Chicago, University of Chicago Press.

PUGH, G. (2003). « Early childhood services : Evolution or revolution ? », *Children and Society*, vol. 17, nº 3, p. 184-194.

QUÉNIART, A. (2001). « Quand maternité rime avec pauvreté, monoparentalité et quête d'identité : un bilan des études sur les adolescentes mères », dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux, tome II : Études de cas et interventions sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 47-53.

RENÉ, J.-F. *et al*. (2001). « Être pauvre avec des enfants aujourd'hui : repères pour le processus du devenir sujet », dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux, tome II : Études de cas et interventions sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 337-359.

SAUNDERS, E., K. NELSON et M. LANDSMAN (1993). « Racial equality and child neglect : Findings in a metropolitan area », *Child Welfare*, vol. 72, nº 4, p. 341-354.

SCOURFIELD, J. (2000). « The rediscovery of child neglect », *Sociological Review*, vol. 48, nº 3, p. 365-382.

SCOURFIELD, J. (2003). *Gender and Child Protection*, New York, Palgrave Macmillan.

SCOURFIELD, J. et M. DRAKEFORD (2002). « New Labour and the "problem of men" », *Critical Social Policy*, vol. 22, nº 4, p. 619-641.

SINGH, G. (1999). « Black children and the child protection system », dans The Violence Against Children Study Group (dir.), *Children, Child Abuse and Child Protection : Placing Children Centrally*, Chichester, John Wiley & Sons, p. 3-20.

SMART, C. (1996). « Deconstructing motherhood », dans E. Bortolaia Silva (dir.), *Good Enough Mothering ? Feminist Perspectives on Lone Motherhood*, Londres, Routledge, p. 37-56.

SMITH, M.G. et R. FONG (2004). *The Children of Neglect : When No One Cares*, New York, Brunner-Routledge.

SPENCER, N. et N. BALDWIN (2005). « Economic, cultural and social contexts of neglect », dans J. Taylor et B. Daniel (dir.), *Child Neglect : Practice Issues for Health and Social Care*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, p. 26-42.

STEVENSON, O. (1998). « Neglect : Where now ? Some reflections », *Child Abuse Review*, vol. 7, nº 2, p. 111-115.

STEVENSON, O. (2007). *Neglected Children and Their Families,* 2e éd., Oxford, Blackwell.

STONE, B. (1998). « Child neglect : Practitioners' perspectives », *Child Abuse Review*, vol. 7, nº 2, p. 87-96.

SULLIVAN, S. (2000). *Child Neglect : Current Definitions and Models : A Review of Child Neglect Research, 1993-1998*, Ottawa, The Family Violence Prevention Unit, Health Canada.

SWIFT, K.J. (1995). *Manufacturing "Bad Mothers". A Critical Perspective on Child Neglect*, Toronto, University of Toronto Press.

SWIFT, K. (1998). « Contradictions in child welfare : Neglect and responsibility », dans C.T. Baines, P.M. Evans et S.M. Neysmith (dir.), *Women's Caring : Feminist Perspectives on Social Welfare*, Toronto, Oxford University Press, p. 160-187.

TANNER, K. et D. TURNEY (2003). « What do we know about child neglect ? A critical review of the literature and its application to social work practice », *Child and Family Social Work*, vol. 8, nº 1, p. 25-34.

THORPE, D. (1994). *Evaluating Child Protection*, Buckingham, Open University Press.

TROCMÉ, N. (1996). « Le rôle des facteurs de classe et de genre dans la sélection de stratégies de recherche, d'intervention et de prévention de la maltraitance des enfants », dans F. Ouellet et M. Clément (dir.), *Violences dans les relations affectives : représentations et interventions*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, p. 7-33.

TROCMÉ, N. *et al*. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.

TURNEY, D. (2000). « The feminizing of neglect », *Child and Family Social Work*, vol. 5, nº 1, p. 47-56.

TURNEY, D. (2005). « Who cares ? The role of mothers in cases of child neglect », dans B.M. Taylor et J. Daniel (dir.), *Child Neglect : Practice Issues for Health and Social Care*, Londres, Jessica Kingsley, p. 249-262.

TYLER, S., K. ALLISON et A. WINSLER (2006). « Child neglect : Developmental consequences, intervention, and policy implications », *Child and Youth Care Forum*, vol. 35, nº 1, p. 1-20.

WALLBANK, J.A. (2001). *Challenging Motherhood(s)*, Londres, Pearson Education.

WEINGARTEN, K. *et al*. (1998). « Introduction », dans C. García Coll, J.L. Surrey et K. Weingarten (dir.), *Mothering Against the Odds. Diverse Voices of Contemporary Mothers*, New York, The Guilford Press, p. 1-14.

WHITE, S. (1996). « Regulating mental health and motherhood in contemporary welfare services », *Critical Social Policy*, vol. 46, p. 67-94.

WOLOCK, L. et B. HOROWITZ (1987). « Child maltreatment as a social problem : The neglect of neglect », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 54, nº 4, p. 530-543.

WOOLLETT, A. et A. PHOENIX (1991). « Psychological views of mothering », dans A. Phoenix, A. Woollett et E. Lloyd (dir.), *Motherhood : Meanings, Practices and Ideologies*, Londres, Sage, p. 28-46.

CONCLUSION

Dominique Damant
Université de Montréal
Simon Lapierre
Université d'Ottawa

Les douze textes réunis dans cet ouvrage reflètent une pluralité de disciplines et de perspectives théoriques, mais toutes les auteures posent un regard critique sur certaines dimensions de la maternité comme institution sociale patriarcale. Dans l'ensemble, ces contributions confirment l'existence d'un discours dominant et institutionnalisé, qui contribue à la régulation des femmes et de leur maternité. Les normes et les règles auxquelles les femmes doivent obéir pour être perçues comme de « bonnes » mères, qui se manifestent dès la grossesse et les premiers instants de la vie de l'enfant, sont multiples ; les attentes sont élevées, irréalistes, parfois même contradictoires. Les contributions réunies dans cet ouvrage rendent aussi visibles la réalité et l'expérience de la maternité dans différents contextes sociaux – incluant les contextes d'itinérance, de toxicomanie, de violence et de pauvreté – et mettent en évidence les tensions entre une vision idéalisée et la réalité à laquelle ces femmes sont confrontées. À cet effet, certains textes donnent la parole aux femmes elles-mêmes, d'autres à des intervenantes – des femmes la plupart du temps – qui travaillent auprès d'elles.

Dans la plupart des chapitres, les auteures font état des enjeux liés à la mise en œuvre des politiques sociales et des pratiques d'intervention, en contexte institutionnel ou communautaire. Au terme de cet ouvrage, il nous apparaît important de définir, à partir d'éléments soulevés dans les chapitres précédents, un certain nombre de principes qui devraient être intégrés dans l'intervention auprès des femmes en tant que mères.

1. Pistes prometteuses pour l'intervention auprès des femmes en tant que mères

À partir d'éléments soulevés dans les chapitres précédents, nous avons défini six principes pour l'intervention auprès des femmes en tant que mères. Il est d'abord important de rappeler que les politiques et les pratiques doivent aussi considérer que toutes les femmes ne veulent pas nécessairement être mères.

1.1. Reconnaître que toutes les femmes ne veulent pas être mères

Il est faux de prétendre que toutes les femmes veulent éventuellement avoir des enfants, ou même que toutes les femmes qui ont des enfants souhaitaient être mères. Il est pourtant très facile de penser que toutes les femmes veulent avoir des enfants, puisque la maternité est souvent perçue comme une dimension qui s'inscrit « naturellement » dans l'identité féminine – l'idée qu'il existe un « instinct maternel » est d'ailleurs une bonne illustration de cette croyance populaire. La décision d'une femme de ne pas avoir d'enfants risque ainsi d'être interprétée comme le résultat d'un problème, de difficultés personnelles, conjugales ou familiales. Il est également très facile de tenir pour acquis que l'annonce d'une grossesse est nécessairement perçue comme une bonne nouvelle, comme une occasion de réjouissances.

Dans ce contexte, les intervenantes doivent d'abord être conscientes de ce que la maternité représente pour elles. Elles doivent être conscientes des représentations qui les habitent, de leurs croyances et de leurs valeurs personnelles face à la maternité, ainsi que de la manière dont celles-ci sont susceptibles de teinter leurs interventions auprès des femmes. Dans leur travail auprès des femmes, elles doivent être ouvertes à entendre l'ambivalence de certaines femmes face à la maternité tout comme le choix d'autres femmes de ne pas avoir d'enfants, en reconnaissant que le contexte social actuel n'encourage pas un tel positionnement (à moins que les femmes ne correspondent pas aux représentations de la « bonne » mère).

1.2. Être consciente que les représentations de la « bonne » mère ne correspondent pas à la réalité et que les pratiques maternelles ne sont pas universelles

Les représentations de la « bonne » mère s'inspirent d'une vision idéalisée de la maternité, qui correspond rarement à la réalité. La maternité est complexe et, considérant les attentes élevées, rares sont les femmes qui estiment qu'elles sont toujours de « bonnes » mères. Par ailleurs, le contexte dans lequel vivent certaines femmes rend encore plus difficile l'exercice

de la maternité, comme c'est le cas pour l'itinérance, la toxicomanie, la violence et la pauvreté. C'est le cas également pour les femmes dont un enfant présente un handicap invisible. Ces femmes sont encore plus susceptibles d'être perçues – et de se percevoir elles-mêmes – comme de « mauvaises » mères.

D'autres femmes risquent particulièrement d'être perçues comme de « mauvaises » mères, parce que leurs pratiques maternelles ne correspondent pas nécessairement au discours dominant et institutionnalisé, qui s'inspire d'une vision idéalisée de l'expérience de femmes américaines ou européennes, blanches, hétérosexuelles, de classe moyenne. C'est souvent le cas pour les femmes autochtones ou immigrantes, dont les pratiques ont tendance à être perçues comme « inadéquates » ou « négligentes » par les institutions.

Dans la pratique, les intervenantes se retrouvent souvent devant des femmes qui ne correspondent pas à une vision idéalisée de la maternité, bien qu'elles aspirent à être de « bonnes » mères. Ces femmes sont ainsi confrontées à des sentiments de honte et de culpabilité, qui peuvent être accentués par l'adoption d'une attitude blâmante chez les intervenantes.

Encore ici, il est essentiel que les intervenantes soient conscientes des représentations qui les habitent et de la manière dont celles-ci influent sur leurs interventions. Elles doivent reconnaître que les pratiques maternelles ne sont pas universelles et qu'elles sont influencées par de nombreux facteurs individuels, sociaux, économiques et politiques. Le fait de situer l'expérience maternelle dans son contexte permet aux intervenantes d'éviter de blâmer les femmes et, par le fait même, contribue à l'atténuation des sentiments de honte et de culpabilité chez les mères. Cela contribue également à l'établissement d'une relation de confiance entre l'intervenante et la femme.

1.3. Reconnaître les processus de stigmatisation et de marginalisation

Ainsi qu'il a été mentionné ci-dessus, certains groupes de femmes sont particulièrement susceptibles d'être perçues comme de « mauvaises » mères, parce que leurs pratiques maternelles ne correspondent pas nécessairement au discours dominant et institutionnalisé. Ces femmes sont ainsi plus exposées aux pratiques de surveillance et de régulation de la part des institutions, qui peuvent avoir des conséquences importantes sur leur vie et sur celle de leurs enfants. C'est le cas, notamment, de certaines pratiques dans le champ de la protection de l'enfance.

Dans ces circonstances, les intervenantes devraient interroger les pratiques par lesquelles les femmes sont fréquemment perçues comme étant des mères « inadéquates » ou « négligentes », puisque ces pratiques s'inscrivent dans des processus qui visent la régulation de certains groupes sociaux sans égard à la diversité et à la complexité des situations. Les intervenantes doivent également considérer l'impact de leurs pratiques sur les femmes et s'ouvrir au fait que, examinées sous un autre angle, ces pratiques peuvent même constituer des stratégies privilégiées par les femmes pour assurer la protection de leurs enfants.

1.4. Créer un espace où les femmes peuvent partager leur expérience de la maternité

Considérant le discours dominant, qui s'inspire d'une vision idéalisée de la maternité, et les conséquences potentiellement dévastatrices associées à la stigmatisation et à la marginalisation, il est possible que les femmes sentent qu'elles ne peuvent pas exprimer librement leurs pensées et leurs émotions en lien avec leur expérience maternelle. Elles ne peuvent pas, par exemple, exprimer leur choix de ne pas avoir d'enfants, leur ambivalence face à la maternité, ou encore les difficultés auxquelles elles sont confrontées dans l'exercice de leur maternité.

Néanmoins, pour comprendre la diversité et la complexité de l'expérience maternelle, les intervenantes doivent créer un espace où les femmes peuvent partager leur expérience de la maternité, sans crainte d'être jugées. Cela exige des intervenantes qu'elles prennent le temps de les écouter.

1.5. Être consciente que la maternité n'est pas une tâche facile

On l'a vu plus haut, les attentes à l'endroit des femmes sont élevées, souvent irréalistes, parfois même contradictoires. Malgré cela, le discours dominant sur la maternité stipule que les « bonnes » mères n'ont pas besoin d'aide pour accomplir les diverses tâches associées à la maternité ; seules les mères « inadéquates » auraient besoin d'une telle assistance. L'idée qu'il existe un « instinct maternel » renforce d'ailleurs ce discours.

Les intervenantes doivent reconnaître que la maternité constitue un travail extrêmement exigeant, pas toujours facile, et que toute femme peut donc avoir besoin de soutien dans l'accomplissement de ces diverses tâches. Dans certaines circonstances, ce soutien peut être particulièrement précieux – c'est le cas, par exemple, lorsque les femmes doivent prendre soin d'un enfant qui présente un handicap invisible. Il ne faut surtout pas interpréter ces demandes d'aide comme étant le signe d'une « incapacité » ou comme un « problème » de la part des femmes, bien au contraire.

1.6. Reconnaître la valeur du soutien pratique et matériel

Avec la médicalisation et la psychologisation des services, ce sont généralement les « experts » qui déterminent les mesures d'aide à apporter aux femmes et à leur famille. Dans ce contexte, il est facile d'oublier que ce sont les femmes elles-mêmes qui sont les mieux placées pour déterminer le soutien dont elles ont besoin.

Les intervenantes doivent reconnaître que, dans plusieurs situations, les femmes ont moins besoin d'une aide « thérapeutique » que de soutien pratique et matériel. C'est le cas, par exemple, des femmes qui vivent en contexte de pauvreté, qui pourraient bénéficier davantage de ressources financières que de programmes pour le développement des habiletés parentales. Les intervenantes peuvent aussi favoriser l'entraide et la solidarité entre les femmes, sur une base locale ou communautaire.

2. En guise de conclusion

Loin d'avoir fait le tour de la question, nous souhaitons que cet ouvrage contribue à rendre visibles la réalité et l'expérience de la maternité dans différents contextes sociaux et, ainsi, à ébranler l'image de la « bonne » et de la « mauvaise » mère. Cela permettrait de remettre en question les fondements de la maternité comme institution sociale, ainsi que les pratiques qui y sont associées.

NOTICES BIOGRAPHIQUES

Chantal Bayard est titulaire d'un baccalauréat en service social de l'Université de Montréal et d'une maîtrise en sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Son mémoire de maîtrise porte sur les représentations sociales de l'allaitement maternel au Québec chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter. Elle dirige, avec Catherine Chouinard, un ouvrage collectif sur la promotion de l'allaitement maternel au Québec qui paraîtra à l'automne 2013. Enfin, elle occupe présentement un poste de chargée de projet à l'Association pour la santé publique du Québec.

chantal_bayard@yahoo.ca

Amélie Bédard est étudiante au doctorat en service social à l'Université de Montréal. Elle possède une grande expérience comme intervenante et professionnelle de recherche auprès des personnes marginalisées, plus particulièrement celles qui consomment des drogues et pratiquent les métiers du sexe. Elle soutient des projets d'*empowerment* communautaire pour des femmes en situation de vulnérabilité sociale extrême. Ses travaux de doctorat portent sur la mobilisation sociale de groupes de femmes stigmatisées.

amebedard@hotmail.com

Sarah Benbow, RN, BScN, MScN, PhD(c), is a doctoral candidate at the Western Ontario, Arthur Labatt Family School of Nursing. She is also a mental health nurse at London Health Sciences Centre. Her research interests include understanding the health and health promotion among marginalized groups from a social justice and critical lens. Her dissertation research is focused on examining exclusionary processes experienced by mothers experiencing homelessness in Southwestern Ontario. Striving for social justice and advocating for more equitable health practices and policy are guiding her interests, research, and practice.

sbenbow@uwo.ca

Helene Berman, RN, PhD, is professor and associate director of Academic Programs in the Arthur Labatt Family School of Nursing at the University of Western Ontario and Research Scholar, Centre for Research and Education on Violence against Women and Children. She was the principal investigator of two national studies concerning violence in the lives of girls and young women, and is currently PI on a Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Team Grant, *Promoting Health through Collaborative Engagement with Youth: Overcoming, Resisting and Preventing Structural Violence.* Other current research includes an examination of the transition to motherhood among women who have experienced past trauma. She has received funding for her research from the Social Sciences and Humanities Research Council, CIHR, and Status of Women Canada. She presents her work nationally and internationally, publishes widely, and is currently president of the Nursing Network on Violence against Women International.

hberman@uwo.ca

Renée Brassard, Ph. D., est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université Laval depuis 2005. Son enseignement porte sur le domaine de la déviance, de la délinquance et de la criminalité. Elle est titulaire d'un doctorat en criminologie, et sa thèse a été retenue sur la liste d'honneur du doyen de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal. Cette étude portait sur l'analyse des trajectoires socio-carcérales des femmes autochtones au Québec. Elle poursuit actuellement des travaux de recherche dans le champ de la justice pénale et des Autochtones au Québec. Plus spécifiquement, elle réalise une étude sur les trajectoires carcérales des hommes autochtones au Québec et elle codirige une étude d'envergure sur la violence conjugale envers les femmes autochtones au Québec. Elle est chercheure régulière au Centre de recherche interuniversitaire sur la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et au Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal (CICC).

renee.brassard@svs.ulaval.ca

Rosemary Carlton, MSW, is a PhD candidate and sessional lecturer in the School of Social Work, McGill University and is a Clinical Consultant for the Child Sexual Abuse Clinic at the Montreal Children's Hospital. She has substantial front line experience in the areas of child protection and child sexual abuse. Her doctoral research centres on the struggles experienced by adolescent girls as they negotiate risk-taking and autonomy while being constructed as 'at risk' in the aftermath of sexual abuse disclosures.

rosemary.carlton@mail.mcgill.ca

Marie-Ève Chartré, M. Serv. Soc., a complété une maîtrise en service social à l'Université Laval. Son mémoire porte sur la violence faite aux femmes dans un contexte de guerre. Elle est travailleuse sociale au CHU Sainte-Justine dans le programme de pédiatrie spécialisée. Elle est également chargée de cours et coordonnatrice de stages à l'École de service social de l'Université de Montréal.

marie-eve.chartre@umontreal.ca

Dominique Damant, Ph. D., t.s., a fait de l'intervention principalement auprès de femmes victimes de violence durant l'enfance ou à l'âge adulte pendant une quinzaine d'années avant d'entreprendre un doctorat. Elle a été professeure à l'Université Laval et est maintenant professeure titulaire à l'École de service social de l'Université de Montréal où elle enseigne l'intervention. Elle s'intéresse à toutes les formes de violence faites aux femmes, à la violence structurelle et à la maternité. Elle a codirigé puis dirigé le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes pendant une dizaine d'années.

dominique.damant@umontreal.ca

Francine Dufort, Ph. D., est professeure retraitée de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Ses travaux de recherche portent sur les interrelations entre groupes d'acteurs de la chaîne des médicaments quand il est question de médication psychotrope ou de traitements hormonaux. Elle tente d'approfondir sa compréhension du pouvoir d'agir de groupes souvent oubliés, mais pouvant avoir une influence marquée dans la chaîne des médicaments, soit les groupes de femmes, les organismes communautaires, les associations de consommateurs.

francine.dufort@psy.ulaval.ca

Marilyn Evans, RN, PhD, is an assistant professor in the Arthur Labatt Family School of Nursing at Western University, London, Ontario and adjunct professor with the Schulich School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology. She is a co-investigator on a study regarding the influence of past interpersonal trauma on women during the transition to motherhood, funded by the Canadian Institutes of Health Research

(CIHR). She is also a co-investigator on a study from Women's College Research Institute, Women's College Hospital to develop postpartum programs geared to women with a history of gestational diabetes. Her research explores women's experience of pregnancy when considered "at risk" as well as women's health promoting behaviors and social support needs during transition to motherhood. Marilyn is part of international project, funded by Canadian International Development Agency (CIDA), to enhance maternal-child health care in Rwanda. She presents her work nationally and internationally and has several publications including co-editor of a women's health textbook.

mevans26@uwo.ca

Catherine Flynn, M. Serv. Soc., a obtenu la prestigieuse bourse Vanier pour la réalisation de son doctorat (en cours) en service social à l'Université de Montréal. Dans sa thèse de doctorat, elle s'intéresse à la violence structurelle, à l'expérience sociale et aux stratégies déployées par les jeunes de la rue. Son mémoire de maîtrise porte sur l'expérience et les besoins des femmes autochtones en milieu urbain et victimes de violence conjugale. Elle est également auxiliaire de recherche pour le projet « Être mère en contexte de violence conjugale : Regard sur les femmes racialisées du Canada ».

catherine.flynn@criviff.ulaval.ca

Alice Home est professeure émérite à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Ses recherches actuelles traitent des parents adoptifs d'enfants avec besoins spéciaux et des groupes de parents dont les enfants ont un handicap invisible. Ses recherches passées ont porté sur les mères d'enfants handicapés, les étudiantes ayant des rôles multiples, le répit pour familles vulnérables et les groupes de femmes.

alice.home@uottawa.ca

Lucie Joubert est professeure titulaire à l'Université d'Ottawa. Elle s'intéresse depuis toujours à l'humour et à l'ironie des femmes. Elle a publié deux essais sur le sujet : *Le carquois de velours. L'ironie dans la littérature des femmes du Québec (1960-1980)*, à l'Hexagone, et *L'humour du sexe. Le rire des filles*, chez Triptyque. Elle dirige actuellement un numéro de la revue *Recherches féministes* qui s'intitulera *Les voies secrètes de l'humour des femmes* et qui paraîtra en décembre 2012. Elle a publié en 2010, chez Triptyque, un essai intitulé *L'Envers du landau. Regard extérieur sur la maternité et ses débordements* et fera paraître chez Leméac en octobre, en collaboration avec Marcel Olscamp, le premier tome de la correspondance entre Jacques Ferron, Madeleine Ferron et Robert Cliche.

lucie.joubert@uottawa.ca

Julia Krane, PhD, is an associate professor in the School of Social Work and Clinical Consultant for the McGill Domestic Violence Clinic, McGill University. Her teaching and SSHRC funded research endeavours centre on child protection, child sexual abuse, and conjugal violence from feminist, critical, and intersectionality perspectives with particular attention to disrupting attributions of mother blame in front line social work practice. Krane's latest book, co-edited with Susan Strega, Simon Lapierre and Cathy Richardson (forthcoming, Fernwood Press), challenges the workings of 'failure to protect' policies and practices as they pertain to the most marginalized and disenfranchised women embroiled in child protection systems.

julia.krane@mcgill.ca

Simon Lapierre, Ph. D., est titulaire d'un doctorat en service social de l'Université de Warwick, au Royaume-Uni. Il est professeur adjoint à l'École de service social de l'Université d'Ottawa, où il enseigne les fondements de l'intervention sociale et l'intervention féministe. Ses travaux de recherche portent principalement sur l'expérience des femmes et des enfants qui vivent dans un contexte de violence conjugale, proposant notamment une perspective critique sur la maternité dans ces circonstances, ainsi que sur les pratiques d'intervention auprès de ces familles.

simon.lapierre@uottawa.ca

Robin Mason, PhD, is a scientist in the Violence and Health Research Program at Women's College Research Institute, Women's College Hospital and an Assistant Professor in the Dalla Lana School of Public Health, as well as the Department of Psychiatry at the University of Toronto. Dr. Mason is currently the co-principal investigator on a study of the influence of past interpersonal trauma on women during the transition to motherhood that was funded by the Canadian Institutes of Health Research. With similar funding she has investigated Intimate Partner Violence (IPV) among Tamil women, the risk factors for IPV among Ethiopian couples, as well as the experience of female genital circumcision among Somali women. In the past, she worked with Family Services Toronto to conduct a national study of lone mothers and the need for regulated childcare. Over the past seven years, she has received funding from the province of Ontario to develop training materials and curricula for health care providers on the impacts of IPV on patient health, and on the intersection of IPV with mental health and substance use problems.

robin.mason@wchospital.ca

Marie-Laurence Poirel, Ph. D., est professeure adjointe à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est membre de l'Alliance de recherche internationale universités et communautés – Santé mentale et citoyenneté et de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture. Ses recherches portent sur le rôle des savoirs d'expérience dans l'intervention, sur l'expérience du traitement chez les personnes qui vivent des troubles psychiatriques graves, sur les espaces de résistance à la surmédicalisation de la souffrance psychique et sociale.

marie-laurence.poirel@umontreal.ca

Jacqueline Thibault, t.s., est titulaire d'un baccalauréat en service social de l'Université Laval et possède plus de dix ans d'expérience en tant que travailleuse sociale dans différents milieux institutionnels et communautaires. Elle a d'abord travaillé au sein des services de protection de l'enfance, au Québec et en Angleterre, puis dans un Centre de santé et de services sociaux de la région de Montréal. Elle travaille actuellement dans un centre de ressources communautaires dans la région d'Ottawa.

jthibault@crcbv.ca

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

Henri Dorvil, directeur
Guylaine Racine, codirectrice

Contrer le décrochage scolaire par l'accompagnement éducatif
Une étude sur la contribution des organismes communautaires
Danielle Desmarais
2012, ISBN 978-2-7605-3416-2, 216 pages

Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté
Concepts, figures et pratiques
Martin Goyette, Annie Pontbriand et Céline Bellot
2011, ISBN 978-2-7605-3203-8, 344 pages

Minorités de langue officielle du Canada
Égales devant la santé ?
Louise Bouchard et Martin Desmeules
2011, ISBN 978-2-7605-3197-0, 118 pages

Le mouvement de l'être
Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale
Ellen Corin, Marie-Laurence Poirel et Lourdes Rodriguez
2011, ISBN 978-2-7605-3072-0, 218 pages

Arts martiaux, sports de combat et interventions psychosociales
Sous la direction de Jacques Hébert
2011, ISBN 978-2-7605-2980-9, 376 pages

Vieillir au pluriel
Perspectives sociales
Sous la direction de Michèle Charpentier, Nancy Guberman, Véronique Billette, Jean-Pierre Lavoie, Amanda Grenier et Ignace Olazabal
2010, ISBN 978-2-7605-2625-9, 532 pages

Mais oui c'est un travail !
Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation
Colette Parent, Chris Bruckert, Patrice Corriveau, Maria Nengeh Mensah et Louise Toupin
2010, ISBN 978-2-7605-2549-8, 158 pages

Adolescence et affiliation
Les risques de devenir soi
Sous la direction de Robert Letendre et Denise Marchand
2010, ISBN 978-2-7605-2512-2, 246 pages

Le monde des AA
Alcooliques, *gamblers*, narcomanes
Amnon Jacob Suissa
2009, ISBN 978-2-7605-2464-4, 134 pages

Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans
Voir ou ne pas voir mes parents?
Louise Carignan, Jacques Moreau et Claire Malo
2009, ISBN 978-2-7605-2426-2, 222 pages

Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale
Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?
Sous la direction de Jean-François Pelletier, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil
2009, ISBN 978-2-7605-2432-3, 168 pages

Mobilité, réseaux et résilience
Le cas des familles immigrantes et réfugiées au Québec
Michèle Vatz Laaroussi
2009, ISBN 978-2-7605-2400-2, 268 pages

Proximités
Lien, accompagnement et soin
Sous la direction de Michèle Clément, Lucie Gélineau et Anaïs-Monica McKay
2009, ISBN 978-2-7605-1605-2, 386 pages

Visages multiples de la parentalité
Claudine Parent, Sylvie Drapeau, Michèle Brousseau et Eve Pouliot
2008, ISBN 978-2-7605-1591-8, 486 pages

Penser la vulnérabilité
Sous la direction de Vivianne Châtel et Shirley Roy
2008, ISBN 978-2-7605-1563-5, 264 pages

Violences faites aux femmes
Sous la direction de Suzanne Arcand, Domminique Damant, Sylvie Gravel et Elizabeth Harper
2008, ISBN 978-2-7605-1561-1, 624 pages

L'habitation comme vecteur de lien social
Sous la direction de Paul Morin et Evelyne Baillergeau
2008, ISBN 978-2-7605-1540-6, 324 pages

Vivre son enfance au sein d'une secte religieuse
Comprendre pour mieux intervenir
Lorraine Derocher
2007, ISBN 978-2-7605-1527-7, 204 pages

L'itinérance en questions
Sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise
2007, ISBN 978-2-7605-1524-6, 408 pages

Solitude et sociétés contemporaines
Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre
Marie-Chantal Doucet
2007, ISBN 978-2-7605-1519-2, 198 pages

Problèmes sociaux – Tome IV
Théories et méthodologies de l'intervention sociale
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1502-4, 504 pages

Amour et sexualité chez l'adolescent – Fondements, Guide d'animation, Carnet de route
Programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes
Hélène Manseau
2007, ISBN 978-2-7605-1513-0, 194 pages

Les transformations de l'intervention sociale
Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?
Sous la direction de Evelyne Baillergeau et Céline Bellot
2007, ISBN 978-2-7605-1504-8, 258 pages

Problèmes sociaux – Tome III
Théories et méthodologies de la recherche
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1501-7, 550 pages

Lutte contre la pauvreté, territorialité et développement social intégré
Le cas de Trois-Rivières
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2007, ISBN 978-2-7605-1490-4, 168 pages

Pas de retraite pour l'engagement citoyen
Sous la direction de Michèle Charpentier et Anne Quéniart
2007, ISBN 978-2-7605-1478-2, 210 pages

Enfants à protéger – Parents à aider
Des univers à rapprocher
Sous la direction de Claire Chamberland, Sophie Léveillé et Nico Trocmé
2007, ISBN 978-2-7605-1467-6, 480 pages

Le médicament au cœur de la socialité contemporaine
Regards croisés sur un objet complexe
Sous la direction de Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais
2006, ISBN 2-7605-1441-2, 300 pages

Le projet Solidarité Jeunesse
Dynamiques partenariales et insertion des jeunes en difficulté
Martin Goyette, Céline Bellot et Jean Panet-Raymond
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

La pratique de l'intervention de groupe
Perceptions, stratégies et enjeux
Ginette Berteau
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté
Changer de perspective
Lourdes Rodriguez, Linda Bourgeois, Yves Landry et al.
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

L'intervention sociale en cas de catastrophe
Sous la direction de Danielle Maltais et Marie-Andrée Rheault
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 420 pages

Trajectoires de déviance juvénile
Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

Revenu minimum garanti
Lionel-Henri Groulx
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 380 pages

Amour, violence et adolescence
Mylène Fernet
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

Réclusion et Internet
Jean-François Pelletier
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

Au-delà du système pénal
L'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés
Sous la direction de Jean Poupart
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

L'imaginaire urbain et les jeunes
La ville comme espace d'expériences identitaires et créatrices
Sous la direction de Pierre-W. Boudreault et Michel Parazelli
2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

Parents d'ailleurs, enfants d'ici
Dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants
Louise Bérubé
2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

Citoyenneté et pauvreté
Politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

Éthique, travail social et action communautaire
Henri Lamoureux
2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

Travailler dans le communautaire
Jean-Pierre Deslauriers, avec la collaboration de Renaud Paquet
2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

Violence parentale et violence conjugale
Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées
Claire Chamberland
2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

Le virage ambulatoire : défis et enjeux
Sous la direction de
Guilhème Pérodeau et Denyse Côté
2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

Priver ou privatiser la vieillesse ?
Entre le domicile à tout prix
et le placement à aucun prix
Michèle Charpentier
2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

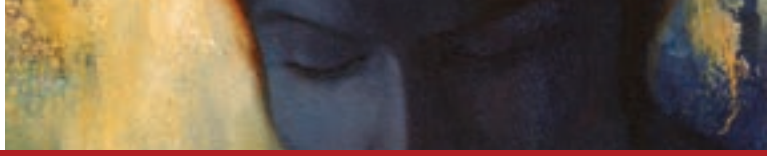
Huit clés pour la prévention
du suicide chez les jeunes
Marlène Falardeau
2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

La rue attractive
Parcours et pratiques identitaires
des jeunes de la rue
Michel Parazelli
2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

Le jardin d'ombres
La poétique et la politique
de la rééducation sociale
Michel Desjardins
2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

Problèmes sociaux – Tome II
Études de cas et interventions sociales
Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages

Problèmes sociaux – Tome I
Théories et méthodologies
Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages



COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

Henri Dorvil, directeur
Guylaine Racine, codirectrice

UN DISCOURS DOMINANT ET INSTITUTIONNALISÉ SUR LA MATERNITÉ est véhiculé dans notre société. S'inspirant d'une vision idéalisée de l'expérience de femmes blanches, hétérosexuelles et de classe moyenne, il contribue à la régulation des femmes et de leur maternité. Les normes et les règles auxquelles ces dernières doivent obéir pour être perçues comme de « bonnes » mères sont en effet multiples. Les attentes sont élevées, irréalistes, parfois contradictoires.

Les auteurs de cet ouvrage résistent à ce discours et le remettent en question en présentant l'expérience de la maternité sous ses multiples visages, même celui des femmes qui choisissent de ne pas avoir d'enfants. Ils exposent par ailleurs la réalité des mères selon différents contextes sociaux, y compris les contextes d'itinérance, de toxicomanie, de violence et de pauvreté, et mettent en évidence les tensions entre cette réalité et la vision idéalisée qui prévaut. À cet effet, certains textes donnent la parole aux femmes elles-mêmes, d'autres à des intervenants – des femmes la plupart du temps – qui travaillent auprès d'elles.

En plus de faire le point sur les connaissances théoriques et empiriques sur la maternité, ce livre fait état des enjeux liés au développement et à la mise en œuvre des politiques sociales et des pratiques en milieu institutionnel ou communautaire. Pour conclure, un certain nombre de principes qui devraient être intégrés dans l'intervention auprès des femmes sont dégagés, afin d'amener les intervenants à agir en dehors de l'image de la « bonne » et de la « mauvaise » mère.

Simon Lapierre, Ph. D., est professeur adjoint à l'École de service social de l'Université d'Ottawa, où il enseigne les fondements de l'intervention sociale et l'intervention féministe. Ses travaux de recherche portent principalement sur les femmes qui vivent dans un contexte de violence conjugale et sur l'expérience de la maternité dans ces circonstances.

Dominique Damant, Ph. D., est professeure titulaire à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle a pratiqué le travail social pendant une quinzaine d'années, principalement auprès de femmes victimes de violence, avant d'emprunter la voie de la recherche. Elle a dirigé le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Ont collaboré à cet ouvrage
Chantal Bayard, Amélie Bédard, Sarah Benbow, Helene Berman, Renée Brassard, Rosemary Carlton, Marie-Ève Chartré, Francine Dufort, Marilyn Evans, Catherine Flynn, Alice Home, Lucie Joubert, Julia Krane, Robin Mason, Marie-Laurence Poirel, Jacqueline Thibault

PUQ.CA

9 782760 534957
ISBN 978-2-7605-3495-7