

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN LETTRES

PAR
ARIANE NORMAND

CONSTRUCTION DISCURSIVE DE L'IDENTITÉ PATERNELLE :
INFLUENCE DU TYPE DE SUIVI PRÉNATAL

SEPTEMBRE 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Aujourd’hui s’achève un travail qui n’aurait sans doute pas vu le jour si je n’avais pas croisé quelques personnes sur mon chemin... Mes remerciements vont d’abord à Marty Laforest, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien constant et ses innombrables et toujours judicieux conseils. Je remercie également Francine deMontigny et Marleen Baker, d’abord pour le corpus d’entrevues qu’elles m’ont permis d’utiliser, mais aussi pour m’avoir fait une place dans leur équipe de recherche.

Alexis, Florane et Bastien, je vous remercie de m’avoir permis de connaître tout un monde, celui de la maternité... et de me laisser très souvent « encore quelques minutes » pour travailler! Merci à ma famille et à tous ceux qui m’ont aidée de près ou de loin par leurs encouragements, leurs relectures, et parfois, leurs critiques...

Je ne saurais évidemment passer sous silence tous les pères qui ont bien voulu partager leur histoire avec nous : merci à eux. D’un point de vue plus officiel, je tiens à remercier les organismes qui m’ont soutenue financièrement, notamment le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	5
CHAPITRE II ÉTAT DE LA QUESTION	
2.1 L'évolution de la figure paternelle	13
2.2 Les soins périnataux au Québec	15
CHAPITRE III CADRE THÉORIQUE	20
3.1 L'analyse du discours	21
3.1.1 L'approche interactionniste du discours	23
3.1.2 Discours et construction identitaire	25
3.2 La narration	28
3.2.1 La sémiotique narrative et discursive	32
3.3 L'argumentation	34

CHAPITRE IV CORPUS ET MÉTHODOLOGIE

4.1 Corpus.....	37
4.2 Méthode d'analyse.....	42

CHAPITRE V LE RÔLE PATERNEL 43

5.1 Caractéristiques du rôle paternel	46
5.2 Un rôle paternel situé dans le temps.....	57

CHAPITRE VI LE PÈRE PARMI LES AUTRES 65

6.1 Résultats	76
6.1.1 Les adjuvants	77
6.1.2 Les opposants.....	81
6.1.3 Comparaisons entre adjuvants et opposants	85

CONCLUSION 88**BIBLIOGRAPHIE** 93**ANNEXE**

Conventions de transcription.....	105
-----------------------------------	-----

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure

1. Schéma actantiel (A.J. Greimas)	33
------------------------------------	----

Tableaux

1. Profil sociodémographique des pères sélectionnés	41
2. Caractéristiques associées au rôle paternel selon le suivi de grossesse reçu (en %)	50
3. Nombre d'énoncés liés au caractère actif/passif du rôle paternel selon le suivi de grossesse reçu	53
4. Évocation du rôle de père selon la période de la vie de l'enfant	60
5. Les perceptions de soutien selon le suivi prénatal reçu (en %)	77
6. Les adjuvants selon le suivi prénatal reçu (en %)	78
7. Les opposants selon le suivi prénatal reçu (en %)	81
8. Adjuvants et opposants principaux selon le suivi	85

INTRODUCTION

Nous sommes loin de l'époque où le rôle du père se limitait à celui de pourvoyeur ou d'autorité parentale ; les pères québécois d'aujourd'hui sont dorénavant impliqués de multiples façons dans la vie de leurs enfants. De même, ils sont de plus en plus encouragés à prendre part à la période périnatale en participant aux rencontres prénatales et à l'accouchement, ainsi qu'à se prévaloir d'un congé de paternité, offert depuis 2006 par le Régime québécois d'assurance parentale et réservé exclusivement aux pères.

L'implication du père durant la période périnatale a des effets sur les liens qu'il tissera par la suite avec son enfant (Cupa et Riazuelo-Deschamps, 2001 ; Lamb *et coll.*, 1988). Le père présent et proactif a également des effets bénéfiques pour la mère puisqu'il en est souvent le dispensateur de soutien le plus important, notamment lors de l'accouchement ainsi qu'en contexte d'allaitement maternel (Bell, St-Cyr Tribble et Paul, 2001 ; Dumas et Lepage, 1999).

Mais bien que les discours sociaux semblent convier les pères à la période périnatale, la place qui leur est faite dans le réseau de la santé est encore mal circonscrite. En effet, le suivi de grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont des moments qui, dans notre société, sont encadrés de façon à mettre la femme au centre des soins et des services offerts ; Baker parle de façon très juste d'« invisibilité empirique » (2007 : 6) pour désigner la place du père dans les services périnataux québécois. Bien qu'invité à participer activement au processus périnatal (Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen, 1998), le père demeure ainsi souvent un observateur plutôt qu'un acteur.

Les sages-femmes nagent à contre-courant du modèle québécois en proposant une approche centrée davantage sur la famille (Kennedy, 2000). Une recherche québécoise fait notamment voir que les sages-femmes conçoivent leur pratique envers les pères comme un processus psychosocial qui repose sur une « démarche progressive de conscientisation » du père (Baker, 2007 : 102). La sage-femme convie ainsi explicitement le père à participer aux décisions qui doivent être prises, et à se sentir directement concerné par ce qui se passe dans le corps de la mère. Elle le sensibilise à certains éléments ou événements de la période périnatale, l'amène à réfléchir aux actions concrètes qu'il pose ou pourrait poser, ainsi qu'à l'importance que ces gestes peuvent avoir pour toute la cellule familiale. En préconisant le respect, la confiance et la participation des parents, les sages-femmes ont également pour objectif de construire avec leur clientèle une relation égalitaire qu'elles bâtissent grâce à une continuité des

soins durant toute la période périnatale (Ordre des sages-femmes du Québec, 2010). Ces façons de faire ont-elles des répercussions sur l'aisance du père dans cette période que l'on réserve trop souvent uniquement aux femmes? Telle est la question qui se trouve à l'origine de notre travail.

Nous souhaitions par l'intermédiaire de ce mémoire vérifier si la façon dont on inclut le père dans la période périnatale a des effets sur la perception qu'aura par la suite celui-ci de sa propre identité paternelle. Nous avons donc d'abord examiné les politiques et pratiques actuelles au Québec en matière de périnatalité ; évidemment, la place du père dans ce processus était au centre de notre exploration. La pratique sage-femme se trouve à être présentée de façon plus approfondie ; encore méconnue au Québec, elle est officiellement de retour depuis une dizaine d'années seulement, après plusieurs décennies d'absence. Le processus périnatal « traditionnel », c'est-à-dire celui qui est supervisé par un médecin, avec un accouchement en centre hospitalier, est beaucoup mieux connu puisqu'il constitue la norme : c'est pourquoi nous insisterons moins sur cette pratique.

Nous avons ensuite analysé des entrevues réalisés avec des pères dix mois après la naissance de leur premier enfant en utilisant diverses méthodes, tant du point de vue de la structure que du contenu. Les notions utilisées, issues de la sémiotique et de l'analyse du discours, ont été choisies à partir du corpus lui-même ; nous avons utilisé

les outils théoriques qui nous semblaient les plus à même de faire ressortir des aspects de l'identité paternelle décelables dans le discours des locuteurs.

Notre travail de recherche s'est fait en deux temps, c'est-à-dire que nous avons analysé les données sous deux grands angles, qui forment chacun un chapitre de ce mémoire. Le chapitre V est ainsi consacré à la façon dont les pères perçoivent leur rôle et leur engagement auprès de leur enfant, ainsi qu'à la tendance de certains d'entre eux à placer cet engagement sur un continuum à travers le temps. Le chapitre IV montre comment les pères se situent par rapport aux autres durant la période périnatale. Pour ce faire, nous avons vérifié la perception qu'ils ont des personnes qui interviennent auprès d'eux durant la période périnatale afin de voir s'ils les considèrent plus ou moins aidantes.

Toute cette étude n'aurait pu être si des pères n'avaient pas été là pour parler des événements qui ont construit leur expérience périnatale. Leur discours fut ainsi une porte ouverte sur ces moments importants, et conséquemment sur la façon dont ils ont développé une nouvelle facette identitaire : leur identité de père.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

La *Politique de périnatalité* élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2008 propose d'« adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant », « de répondre adéquatement au besoin d'information des mères et des pères quant aux moyens d'établir une relation de qualité avec leur enfant, [et insiste] sur les styles parentaux favorables au développement de l'enfant » (Ministère de la Santé et des Services sociaux : 21).

Cette approche est souhaitable puisque plusieurs études ont démontré que l'engagement des pères est lié à leur implication dans le processus périnatal. Notamment, le lien entre l'attitude prénatale des pères et l'intensité des investissements postnataux est prouvé (Cupa et Riazuelo-Deschamps, 2001), tout comme le fait que les pères qui s'engagent rapidement dans la vie de leur enfant sont plus susceptibles de leur

être disponibles et de participer à leurs soins et à leur éducation deux ans plus tard (Lamb *et coll.*, 1988). Par ailleurs, on sait aussi que les pratiques des différents professionnels de la santé jouent un rôle important dans le développement du rôle paternel en période postnatale (deMontigny *et coll.*, 2007).

Ainsi, plus les pères s'investissent dans le processus périnatal, plus ils semblent par la suite tisser des liens solides avec leurs enfants. Les pères occidentaux s'impliquent d'ailleurs plus rapidement et plus intensément qu'auparavant (Saucier, 2001) : cet engagement débute avant même la naissance de l'enfant par la préparation à sa venue, entre autres par leur participation aux rencontres de suivi médical avec un professionnel de la santé. Globalement, la présence et l'implication des hommes durant la grossesse et à l'accouchement constituent des éléments significatifs dans le processus de construction de l'identité paternelle (Baker *et coll.*, 2007 : 21).

La valeur que les pères accordent au rôle paternel influe sur leur engagement auprès de leurs enfants (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008 : 61). La perception qu'ont les pères de leur propre rôle serait de ce fait représentative de ce qu'ils mettent concrètement en action lorsqu'ils sont en situation familiale : des études montrent d'ailleurs que plus les hommes valorisent le rôle paternel et lui attribuent une place importante dans la construction de leur identité, plus ils sont engagés auprès de leurs enfants (Fox et Bruce, 2001). De même, les expériences valorisantes vécues par le père

favorisent son engagement auprès de la mère et du bébé, ce qui favorise du coup l'*empowerment*¹ du père (Lamb, 2000 ; Lafrance et Mailhot, 2005 : 11)

La relation parent-enfant qui débute dès la naissance doit être « appréhendée comme enracinée dans un réseau de support [sic] informel (parents, amis, voisins) et des relations formelles avec des ressources professionnelles et communautaires » (Massé, 1989). Le réseau informel peut représenter un flux de ressources non négligeable (soutien moral, matériel ou financier, services divers, informations, gratifications affectives, réconfort moral...) pour les parents, mais il peut également se transformer en source destructrice (dettes, interdépendance, ingérence, contrôle...) (Ouellette et B.-Dandurand, 1992 : 502).

Au Québec, deux types de suivi de grossesse sont offerts aux futurs parents : avec supervision par un médecin (omnipraticien ou gynécologue-obstétricien) ou par une sage-femme. Le suivi prénatal effectué par les médecins se fait en clinique alors que l'accouchement se déroule à l'hôpital. Avec les sages-femmes, les rencontres prénatales se font en maison de naissance et l'accouchement peut se réaliser aussi bien à la maison de naissance qu'à domicile ou en centre hospitalier. Toutefois, seul un petit pourcentage des accouchements avec sage-femme se déroulent dans ce dernier lieu et ce, bien que la

¹ L'*empowerment* auprès des familles se définit comme un processus qui vise à soutenir et renforcer, chez les membres de la famille, leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur environnement de manière à mobiliser les ressources (internes ou externes) nécessaires à la réalisation de leurs aspirations ou projets personnels et familiaux (Lacharité, 2002). Ils deviennent ainsi plus actifs et compétents.

presque totalité des maisons de naissance ait une entente établie pour ce faire avec un hôpital².

Les sages-femmes « reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille » (Ordre des sages-femmes du Québec, 2010). Elles privilégient également la continuité de la relation avec leur clientèle : elles se chargent des rencontres prénatales, des prises de sang, de l'accouchement, du suivi lors des six premières semaines en postnatal et du soutien à l'allaitement. Et bien que « les sages-femmes définissent explicitement leur pratique comme étant centrée sur la mère, [cette centration] s'avère inclusive : pour la sage-femme, évoquer la mère, c'est aussi nécessairement évoquer son entourage immédiat. Le père fait donc tacitement l'objet des mêmes formes de préoccupations psychosociales que la mère » (Baker, 2007 : iv).

L'approche préconisée par les sages-femmes est remarquée et même encouragée par certains acteurs du domaine périnatal. En effet, lors de l'élaboration de la *Politique de périnatalité*, le MSSS a fait mention de « l'effet sage-femme », qu'il décrit comme « l'influence informelle de l'approche physiologique et globale qui caractérise la

² Plus précisément, « toutes les maisons de naissance ont des ententes de collaboration avec un centre hospitalier pour les cas nécessitant une consultation ou un transfert de soins à un médecin » (Porret, 2009). Quant au libre choix d'accoucher à l'hôpital avec une sage-femme même en l'absence de complication, c'est une option très peu choisie par les parents québécois. À ce jour, environ la moitié des maisons de naissance ont conclu de telles ententes (Ordre des sages-femmes du Québec, 2010).

pratique des sages-femmes », et a émis le souhait que cette approche puisse être reproduite dans les services périnataux en milieu hospitalier et ainsi promouvoir le développement d'une approche qui reconnaît davantage les compétences des parents (Ministère de la Santé et des Services sociaux , 2006).

L'agence de la santé publique du Canada entrevoit depuis un certain temps le processus périnatal dans une optique similaire. Dans le document intitulé « Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales », elle décrit cette période comme

un processus complexe, multidimensionnel et dynamique permettant de prodiguer en toute sécurité des soins spécialisés et personnalisés répondant aux besoins physiques, affectifs et psychosociaux des femmes et de leur famille. Dans une telle perspective, la grossesse et la naissance constituent une étape saine et normale de la vie, d'où l'importance du soutien aux familles, de leur participation et des choix qu'elles posent. En fait, lorsqu'on parle de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, on évoque une attitude plutôt qu'un protocole (Agence de la santé publique du Canada, 2000).

Il semble pourtant y avoir un décalage entre ces lignes directrices et la situation réelle, notamment en ce qui a trait à l'intégration du père dans le processus périnatal traditionnel, alors que des faiblesses ont été clairement identifiées. D'abord, comme la femme est pratiquement toujours au centre des services d'aide et de soutien,

les pères sont fréquemment mis de côté, étant perçus comme des parents secondaires (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008 : 103). Une étude danoise (Madsen et Munck, 2001) montre de fait que le personnel hospitalier reste très ambivalent devant la détermination des pères à s'impliquer autant dans le suivi prénatal que lors de l'accouchement. Cette même recherche dévoile aussi que même si 87 % des futurs pères ont participé à des rencontres avec le professionnel de la santé, 54 % d'entre eux ne s'y sentaient pas directement invités et 40 % estimaient ne pas avoir été directement interpellés par le professionnel au cours des consultations. Une recherche semblable effectuée au Québec permet de croire que la situation soit similaire. En effet, les hommes qui deviennent pères pour la première fois se perçoivent souvent comme ayant peu de place dans les lieux liés à la période périnatale, dans lesquels ils « ne se sentent pas à leur place », « sentent qu'ils dérangent » ou qu'ils « sont de trop » (Baker *et coll.*, 2007 : 22). Pour la plupart, ces lieux importants et significatifs pour les parents sont des espaces professionnels tels que des bureaux de consultation, des salles de rencontres prénales en groupe, des chambres de naissance et des unités postnatales.

De plus, des pères interrogés sur leur expérience postnatale lors de l'étude menée par l'équipe de Francine deMontigny en 2007 ont dit l'avoir vécue difficilement pour des raisons liées au personnel hospitalier : ils ont notamment rapporté avoir ressenti « des sentiments négatifs lorsque dérangés par du personnel dans un moment intense, en famille [...]. Les changements d'horaire du personnel, leurs avis divergents quant à la manière de s'y prendre pour l'allaitement, parfois le manque d'attention et de respect de

certaines personnes, ont soulevé irritation et colère » (31). Cette situation est d'autant plus problématique lorsque l'on sait que la naissance d'un premier enfant est un moment critique de l'évolution de la famille et que la période postnatale immédiate est cruciale dans l'établissement de la relation avec l'enfant (Entwistle et Doering, 1981).

Puisqu'il apparaît que les pratiques des différents professionnels de la santé sont fortement liées au développement du rôle paternel en période postnatale, et puisque les suivis offerts au Québec sont très différents l'un de l'autre, le type de suivi de grossesse choisi par les parents doit de ce fait exercer une influence significative sur la formation de l'identité paternelle. Nous émettons l'hypothèse que cette influence transparaît dans le discours des pères sur les événements qui entourent la naissance. L'objectif de notre recherche est donc de vérifier si la perception de l'identité paternelle est différente suivant le type de suivi prénatal reçu, à savoir supervisé par une sage-femme ou par un médecin.

Par rapport à l'approche conventionnelle des médecins, la philosophie sage-femme, qui privilégie l'*empowerment*³ et limite les inconvénients liés au processus institutionnel (lieux changeants, multitude d'intervenants, approche peu personnalisée), donne-t-elle aux pères un sentiment d'implication plus grand ? Si oui, ce sentiment d'implication et d'inclusion pourrait avoir des retombées positives sur la formation de

³ Appliqué à la pratique sage-femme, l'*empowerment* permet aux parents, au travers d'une relation égalitaire avec la sage-femme, de bien comprendre les enjeux et choix auxquels ils sont confrontés, de prendre des décisions éclairées et d'accéder par eux-mêmes aux ressources disponibles.

leur identité paternelle, ce que le discours qu'ils tiennent sur la paternité permettrait d'appréhender.

Notre mémoire est divisé en six chapitres. Le chapitre II est consacré à l'état de la question, et le chapitre III présente le cadre théorique retenu. Le quatrième chapitre porte sur le corpus et la méthodologie utilisés. Les deux chapitres suivants présentent les analyses effectuées : le chapitre V traite de la perception du rôle paternel et le chapitre VI, de la perception des autres personnes qui gravitent autour de la cellule familiale. La conclusion de notre étude prend la forme d'une discussion.

CHAPITRE II

ÉTAT DE LA QUESTION

2.1. L'évolution de la figure paternelle

Alors que le rôle de la mère a toujours été sensiblement semblable – ou du moins, assez bien circonscrit – dans notre société, il en va tout autrement pour le rôle du père. Il y a encore peu de documentation sur la question et ce, même si les pères ont fait l'objet d'un nombre de travaux grandissant ces 25 dernières années. Les divers enjeux psychosociaux auxquels les hommes sont confrontés lorsqu'ils deviennent pères sont encore très mal définis, tout comme les principaux éléments qui marquent leur expérience lors de la naissance de leur enfant (Baker et coll., 2007 : 21).

Nous savons cependant que le père a été l'objet de diverses conceptions à travers le temps. Du 17^e au 19^e siècle, le père servait de maître de pensée, de guide moral (Lamb, 2000). Son rôle principal était « d'inculquer et de préserver la moralité et le sens des valeurs aux enfants, notamment par la pratique religieuse » (Deslauriers, 2002 : 53). Nous savons aussi que de 1850 jusqu'à l'entre-deux-guerres, la puissance paternelle était

à la base de la famille ; le patriarcat entraînait du coup de la passivité et un certain détachement du père vis-à-vis de ses enfants, son rôle étant principalement celui de pourvoyeur (Fish, 2004). Dans les années 1950, un nouveau discours commence à se faire entendre : les pères auraient leur place au foyer et seraient invités à tisser des liens solides avec leurs enfants et ce, tout en maintenant leur viril statut de pourvoyeur. Malgré tous ces changements, un événement demeure stable : les pères ne sont pas conviés à l'accouchement et se doivent de conserver une certaine distance avec leurs enfants en bas âge (Duhaime, 2004).

Il est possible d'associer le déclin de ce modèle à la montée du mouvement féministe des années 1960 (Duhaime, 2004) et à l'entrée des femmes sur le marché du travail (Deslauriers, 2002). Mais peu importent les causes de ce phénomène, il n'en reste pas moins que c'est depuis cette période qu'il y a dans la société québécoise un réel désir de voir les pères davantage impliqués dans leur rôle parental et ce, avant même la naissance de l'enfant ; c'est à ce moment que les pères font leur entrée dans les salles d'accouchement, puis des cours prénataux auxquels les futurs pères sont conviés sont mis sur pied au cours des années 1960-1970. Ces deux événements ont grandement contribué au développement du sentiment paternel et à rendre l'engagement des pères plus rapide et plus intense auprès de leurs enfants (Hale, 1979).

L'image du père de famille a donc radicalement changé depuis une vingtaine d'années, au Québec comme ailleurs en Occident. Ce nouveau père, « témoin et acteur d'une transformation des rôles sociaux » (Moisan, 1997 : 117) est désormais impliqué dans la vie familiale : participation active à l'éducation et aux soins des enfants, aux tâches ménagères, etc. De plus, la présence et la participation des hommes à la période pré-natale et à l'accouchement semblent être devenues un élément des plus significatifs dans le processus de construction individuelle de la paternité (Baker, 2007 : 48). L'identité paternelle étant beaucoup moins stéréotypée que l'identité maternelle, cette construction identitaire ne se fait pas sans heurts : de fait, « le père doit faire un plus grand effort d'adaptation et de créativité pour définir sa relation avec l'enfant et la place de celui-ci dans la configuration familiale » (Bell *et coll.*, 2004 : 20).

2.2 Les soins périnataux au Québec

Il n'y a pas que le statut du père qui ait profondément changé depuis quelques décennies : tout le système québécois des soins de santé liés à la naissance a été bouleversé, notamment avec le retour de la pratique sage-femme. Actuellement en plein essor, celle-ci constitue une réponse au besoin d'humanisation des soins obstétricaux.

De tout temps et dans toutes les cultures, les sages-femmes ont aidé des femmes à accoucher en privilégiant l'entraide, le soutien psychologique et la réalisation de

certains rituels ayant pour objectif une naissance heureuse (Laforce, 1985 : 61). Arrivées au Québec dès les débuts de la colonie, les sages-femmes ont pratiqué jusqu'au XIX^e siècle, tout en étant plus ou moins officiellement reconnues comme les spécialistes de l'accouchement. Mais à partir de ce moment, les sages-femmes voient les médecins s'immiscer dans le domaine de l'obstétrique. En effet, avec les progrès de la science, les médecins font pression auprès des instances gouvernementales afin d'obtenir le contrôle de la pratique des accouchements (Desjardins, 1993) : « à partir de 1847, la formation des sages-femmes est contrôlée par le Collège des médecins, nouvellement formé » (Radio-Canada, 1998). Entre 1850 et 1919, les sages-femmes peuvent donc exercer leur profession, mais uniquement à l'intérieur des maternités (Université du Québec à Trois-Rivières, 2010) ; l'accouchement devient ainsi peu à peu un acte hautement médicalisé, et les sages-femmes commencent de ce fait à s'effacer au profit des médecins. La profession a pratiquement disparu pendant une bonne partie du XX^e siècle, seules quelques sages-femmes ayant pratiqué dans la clandestinité, c'est-à-dire hors du système de santé, durant cette période (Desjardins, 1993).

Les sages-femmes ont souvent pu compter sur l'appui de citoyens, même durant les années de clandestinité : « à quelques occasions au 20^e siècle, la population supporte (sic) les sages-femmes dans leurs demandes, soit en réclamant leurs services, soit en appuyant celles dont on essaie de faire cesser la pratique » (Université du Québec à Trois-Rivières, 2010). C'est ensuite avec le mouvement de libération des femmes amorcé dans les années 1960 et 1970, puis au début des années 1980 avec les colloques

régionaux *Accoucher ou se faire accoucher*, organisés conjointement par le ministère des affaires sociales et par l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), que le débat entourant sages-femmes et médecins redevient vraiment actuel (Brabant, 2006). Ces colloques ont permis de rassembler 10 000 personnes revendiquant le retour de la pratique sage-femme. C'est grâce aux pressions constantes des Québécoises et des nombreux organismes que l'Assemblée nationale du Québec vote en juin 1990 la Loi 4, qui permet à un nombre limité de sages-femmes de pratiquer dans le cadre de huit projets-pilotes (Université du Québec à Trois-Rivières, 2010). L'ensemble des médecins québécois y est opposé, le président du Collège des médecins, Augustin Roy, « ayant même déclaré en 1989 dans les médias qu'il vaudrait mieux légaliser la prostitution que les sages-femmes car la demande était plus grande pour leurs services » (Lemay, 1997 : 4). Sur pied entre 1992 et 1998, ces projets-pilotes sont « supervisés et évalués en permanence par des comités multidisciplinaires [qui relèvent] directement du conseil d'administration de l'hôpital ou du CLSC » (Naissance-Renaissance, 1993 : [12]). Ces comités transmettent annuellement leur rapport au conseil d'évaluation, qui soumet au terme des six années qu'ont duré les projets-pilotes ses « recommandations sur la reconnaissance permanente des sages-femmes » (Naissance-Renaissance, 1993 : [4]). La pratique des sages-femmes ayant satisfait aux exigences de la Loi, c'est en 1999 que se fait le passage officiel du métier traditionnel de sage-femme à la profession de sage-femme grâce à la légalisation de la pratique (Desaulniers, 2003), de même que la création d'un programme de baccalauréat de quatre ans en pratique sage-femme, offert uniquement à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Sept ans plus tard, le choix d'un suivi sage-femme reste toutefois marginal avec 2,6 % des femmes enceintes ayant opté

pour un tel suivi en 2006-2007 (Agence de la santé publique du Canada, 2009 : 8). Le gouvernement souhaite quintupler ce nombre d'ici 2017 grâce à la création de vingt nouvelles maisons de naissances (Dutrisac, 2007).

Parallèlement aux aléas de la pratique sage-femme, c'est tout le système de santé québécois qui a subi des changements en ce qui a trait au processus périnatal. D'abord, rappelons que les médecins sont depuis le milieu du XX^e siècle les professionnels de la santé qui effectuent le plus de suivis de grossesse : c'est en effet à ce moment qu'a lieu le point tournant quant à la médicalisation des accouchements, alors que « le pourcentage de Québécoises accouchant à l'hôpital passe de 16 % en 1940 à 67 % en 1955 » (Radio-Canada, 1998). Aujourd'hui, seulement 2,6 % des femmes québécoises ont recours aux services des sages-femmes lorsque vient le temps de choisir un professionnel pour suivre l'évolution de leur grossesse ; 28 % font appel à un médecin de famille, et les deux tiers (67,2 %) se confient à un gynécologue ou à un obstétricien, soit des médecins spécialistes. Pour ce qui est de la naissance à proprement parler, 70 % des accouchements sont supervisés par les gynécologues/obstétriciens, 13,7 % par des médecins de familles, 4 % par des infirmières praticiennes et 2,1 % par des sages-femmes – reste un 10,2 % dont le professionnel n'est pas spécifié (Agence de la santé publique du Canada, 2009 : 8, 121). Dans un tel contexte, la médicalisation du processus périnatal rime avec « l'alignement de la grossesse avec la maladie, la normalisation des personnes et une dépendance accrue des femmes enceintes à l'égard des experts » (Rivard, 2003 : 210).

Lors d'un suivi de grossesse effectué avec un médecin, les parents sont durant toute la période périnatale « en contact étroit avec divers groupes d'intervenants qui sont susceptibles d'avoir une influence sur eux » (deMontigny, 2002 : 90). Ils rencontrent ainsi un ou plusieurs médecins lors du suivi prénatal puisque ceux-ci travaillent souvent en équipe, se partageant ainsi les périodes de garde pour les accouchements. Les parents rencontrent aussi plusieurs autres intervenants – très souvent des infirmières – lors de certains événements : prises de sang, échographies, accouchement, séjour hospitalier lors du postnatal immédiat. Les parents peuvent aussi rencontrer d'autres intervenants par l'intermédiaire de services dispensés par les centres de la santé et des services sociaux (CSSS) (cours prénataux, services de diététique, visite d'une infirmière à domicile, etc.), par des organismes communautaires ou par des groupes de soutien à l'allaitement.

Globalement, on voit que la figure paternelle et les soins périnataux ont été au cœur de grands bouleversements au Québec ces dernières décennies. La façon dont le père se sent perçu ainsi que la manière dont on l'inclut dans le processus périnatal étant deux facteurs importants de la construction identitaire paternelle, certaines différences émergent sans aucun doute de leurs perceptions selon les expériences qu'ils ont vécues. Nous verrons donc dans le chapitre suivant quelques outils qui faciliteront l'analyse des propos qu'émettent les pères lorsqu'ils sont questionnés sur leur expérience périnatale.

CHAPITRE III

CADRE THÉORIQUE

Les dix entrevues semi-dirigées qui ont servi à ce mémoire proviennent d'un vaste corpus d'entrevues menées par le groupe de recherche *Père et alimentation de l'enfant*. Les chercheurs de divers domaines qui ont participé de près ou de loin à cette étude ont su trouver dans ce corpus une mine d'informations à partir des transcriptions qui en avaient été tirées. De façon somme toute assez prévisible, tous se sont penchés sur le *contenu* des discours émis par les pères, dont on avait fait des résumés.

Notre participation à ce groupe de recherche est un peu différente des autres, en ce sens que nous nous intéressons comme les autres membres de l'équipe au contenu des discours, mais également à la façon dont ils sont construits : nous n'adhérons pas à l'idée que le langage soit un simple médium des idées. Alors que ces deux disciplines se sont d'abord opposées – l'analyse de discours s'étant d'ailleurs construite en partie en opposition à l'analyse de contenu (Bonnafous, 2002 : 39), la présente étude se veut une conciliation de ces deux méthodes. À l'instar d'autres chercheurs (Bernard Barbeau, 2009 ; Vincent, 2005), nous empruntons donc une approche multidimensionnelle de

l’analyse du discours qui fait de l’interaction sociale le lieu de la construction identitaire. De fait, des théories issues de divers domaines seront mises à profit et ce, afin d’en arriver à une analyse plus globale de notre objet d’étude.

3.1 L’analyse du discours

Les entrevues semi-dirigées ont cette particularité, grâce à des questions ouvertes plutôt que fermées, d’être propices aux longs développements discursifs monologiques (Martel, 1998 : 8). Comme les intervieweurs du projet *Pères et allaitement* avaient comme mot d’ordre de laisser la parole au père, de le laisser élaborer en l’interrompant le moins possible et de le relancer au besoin, les discours monologiques qui en résultent offrent un riche contenu dont une analyse du discours maximise l’approfondissement.

L’analyse du discours est un « lieu obscur, mal délimité, qui ne recèle pas le Trésor caché d’une grande Méthodologie transdisciplinaire, mais où converge cependant un immense potentiel de notions et d’approches », note Marc Angenot (1989 : 7). Voilà qui donne un bon point de départ pour une description de l’analyse du discours, discipline émergente méconnue et souvent fourre-tout puisque des chercheurs de différents domaines s’autoproclament « analystes du discours », entretenant ainsi le certain flou qui l’entoure.

L'analyse du discours regroupe plusieurs approches théoriques⁴ puisque les linguistes ne se rallient pas à une même perspective d'analyse concernant l'ordre discursif (Vion, 2000 [1992] : 179). L'approche que nous avons privilégiée dans le cadre de cette étude est sous-tendue par le postulat selon lequel le langage n'est pas un véhicule transparent des idées ; s'il est effectivement l'instrument par lequel s'opère la transmission d'informations, il n'en demeure pas moins qu'il « est difficile de savoir ce qu'une personne veut dire exactement lorsqu'elle communique. Non seulement elle ne saurait être consciente de tout ce qu'elle met en circulation, mais la recherche du sens passe par l'attitude active d'un sujet interprète qui a toutes les chances de n'avoir ni les mêmes motivations ni les mêmes références » (Vion, 2000 [1992] : 22).

Bien que certains genres dominent parfois, les discours sont bien souvent caractérisés par un mélange de « microgenres » : une explication pure ou un récit pur est ainsi plus rare qu'un mélange d'explications et d'autres types d'organisations discursives, ou alors qu'un mélange de récits et d'autres types d'organisations discursives (Carcassonne-Rouif, Salazar Orvig et Bensalah, 2001 : 104). Les discours que nous allons analyser ne font pas exception : ce sont notamment des discours où l'on (se) raconte et où l'on défend certaines positions que l'on a adoptées. Notre analyse fera

⁴ Cette position ne fait pas l'unanimité. Notons entre autres la critique de D. Maingueneau, pour qui les «approches» seraient plutôt des «disciplines du discours» (en coexistence avec des découpages par «courants» et par «territoires») auxquelles il serait préférable d'accorder un rôle structurant (1995).

donc appel notamment aux travaux sur la narration et la sémiologie narrative, de même qu'aux travaux sur l'argumentation et sur la construction discursive de l'identité.

3.1.1 L'approche interactionniste du discours

Une approche interactionniste du discours (à ne pas confondre avec l'analyse conversationnelle, qui se concentre sur la parole dans les échanges quotidiens) a été retenue pour des raisons méthodologiques particulières :

cette approche [sait mettre] en évidence l'importance du rôle que jouent dans l'élaboration du discours certains phénomènes complètement négligés jusqu'alors par la description grammaticale (marqueurs conversationnels en tous genres, reprises et reformulations, inachèvements et rectifications, bafouillages, soufflages et autres procédés de « réparation »), ainsi que l'importance des dimensions relationnelle et affective dans le fonctionnement des communications humaines, qui sont loin de se réduire à un pur échange d'informations (Cosnier 2002 : 321).

Ainsi, ce type d'analyse permet d'aller au-delà d'une simple étude de contenu en vérifiant tous les procédés discursifs déployés par les interlocuteurs, procédés souvent extrêmement révélateurs de ce qui se passe réellement dans l'interaction.

Goffman définit l'interaction comme «l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres» (1973 [1959], t.1 : 23). De fait, le discours est le résultat d'un *travail* : tout individu «tend à extérioriser ce qu'on nomme parfois une ligne de conduite» (Goffman 1974 [1967] : 9), c'est-à-dire qu'il souhaite projeter une certaine image sociale et que cela façonne directement sa façon d'interagir avec autrui. De fait, tout locuteur peut décider de dire ou ne pas dire certaines choses, que ce soit par pudeur ou encore pour faire «bonne figure» (Goffman, 1974). L'interaction n'est donc pas étrangère à la formation identitaire : «c'est en interaction que les individus s'opposent ou s'allient à d'autres individus de façon explicite, qu'ils nuancent leurs propos, qu'ils les réitèrent, etc., témoignant ainsi de leur univers de croyances et du rapport qu'ils entretiennent avec leur communauté» (Bernard Barbeau, 2009 : 13).

L'entrevue a par définition une structure dialogique : l'intervieweur questionne, l'interviewé répond. Évidemment, elle n'est pas une situation de communication naturelle puisqu'elle présente dans un même lieu interactionnel deux locuteurs ayant des rôles prédéterminés, elle a des objectifs prédéterminés, des questions préétablies. En fait, l'interviewé tente de correspondre du mieux qu'il le peut aux attentes liées à la situation d'entrevue en répondant aux questions de l'intervieweur. Bien que le discours émis par les locuteurs soit à tendance monologique, une certaine interaction est inévitablement sous-jacente. D'ailleurs, certains considèrent tout discours comme étant fondamentalement interactif : l'énonciation, «même produite sans la présence d'un

destinataire, est en fait prise dans une *interactivité* constitutive, elle est un échange, explicite ou implicite, avec d'autres locuteurs, virtuels ou réels, elle suppose toujours la présence d'une autre instance d'énonciation à laquelle s'adresse le locuteur et par rapport à laquelle il construit son propre discours » (l'auteur souligne, Maingueneau 2002 : 188). Roulet abonde dans le même sens en utilisant « le terme discours de manière générique pour désigner tout produit d'une interaction à dominante langagière, qu'il soit dialogique ou monologique, oral ou écrit, spontané ou fabriqué, dans ses dimensions linguistique, textuelle et situationnelle» (1999 : 188). Dans cette optique, il n'y aurait pas que la conversation qui soit interactive ; toute forme de discours le serait également.

3.1.2 Discours et construction identitaire

Le concept d'identité intéresse des chercheurs aux horizons divers – psychologues, sociologues, anthropologues, philosophes, linguistes, littéraires. D'une discipline à l'autre, sa définition varie. C'est à l'identité sociale que nous nous intéressons ici, en tant qu'affirmation de sa position dans la société (Poutignat et Streiff-Fénart, 1995 ; Baugnet, 2003 [1998]). L'identité sociale est une construction en perpétuelle évolution tout au long de la vie d'un individu, qui se construit au fil de ses interactions avec les autres et avec son environnement (Dorais, 2004 : 3). Elle s'élabore sur la base d'un sentiment d'appartenance à un groupe plus ou moins étendu, sentiment qui découle d'un certain nombre de caractéristiques que l'on partage avec l'ensemble des membres du groupe et

qui en exclut de ce fait les individus qui ne les possèdent pas : on crée ainsi des alliances avec ceux qui nous paraissent semblables, et on se différencie de – voire on exclut – ceux qui nous semblent différents (Blommaert et Verschueren, 1998 : 24).

Nous faisons notre la définition que donne Tajfel de l'identité sociale (1982 : 2), soit « cette part du concept de soi qui résulte de sa conscience d'être membre d'un groupe social (ou plusieurs), ainsi que la valeur et la signification émotionnelle attachées à ce statut de membre »⁵. Elle n'est donc pas seulement affaire de relation (avec les autres membres du groupe, avec les autres groupes), elle est aussi affaire de perception.

Ainsi envisagée, l'identité sociale est par définition plurielle, puisque la position sociale est fonction de l'âge, du sexe, de la profession, du statut familial et de nos multiples engagements personnels. Elle n'a rien de statique : elle est mouvante, instable, dynamique et relationnelle (Brès, 1989 ; Dorais, 2004; Létourneau, 1994 ; Dortier, 2004). Elle se construit tout au long de la vie, notamment avec l'arrivée de changements – petits ou grands. La naissance d'un enfant donne lieu à la construction de nouvelles identités pour les parents, qui doivent apprendre à devenir père et mère et corollairement, à pouvoir dorénavant s'identifier comme tels.

⁵ Notre traduction de « that part of the individual's self-concept which derives from their knowledge of their membership of a social group (or groups) together with the value and emotional significance attached to that membership ».

L'identité que développent les pères est constituée d'une multiplicité de sous-parties structurées par des relations, notamment par la relation père-enfant (Fox et Bruce, 2001). Plus spécifiquement, l'identité paternelle est intimement liée à la façon dont le père intérieurise ses propres comportements par rapport à son enfant (Maurer, Pleck et Rane, 2003). Une fois sa vision du rôle paternel intérieurisée, l'homme la rend cohérente en l'appliquant. Par exemple, un père qui intérieurise le rôle de soutien moral agira comme tel auprès de sa conjointe, c'est-à-dire en la soutenant moralement, tout comme le père qui intérieurise un rôle de dispensateur de soins donnera des soins à son enfant. La théorie de l'identité paternelle postule ainsi que l'identification du père à son rôle paternel annonce le comportement qu'il met en action.

L'identité paternelle est sensible aux forces sociales et contextuelles (McBride *et coll.*, 2005). Et puisque le rôle du père est la cible de profonds changements depuis quelques décennies, la signification de « être père » et la vision de l'engagement paternel peuvent grandement varier d'un père à l'autre (Parke, 2002). Ainsi, être père est désormais associé à diverses conceptions et fonctions.

L'accès le plus direct à la construction identitaire est sans aucun doute le discours. Le langage permet à tout locuteur de faire ressortir ses représentations sociales et de se définir par rapport à ce que sont les autres. Certaines méthodes d'analyse de l'identité mettent d'ailleurs « l'accent sur le rôle du langage, non seulement comme

véhicule d'expression de la réalité, mais également comme constructeur, transformateur et reproducteur de cette réalité, comme pratique sociale » (Pascual, 1997 : 110). Ainsi, tout « locuteur traduit sa représentation du monde en interaction [avec les autres] au moyen de stratégies argumentatives diverses dont certaines sont plus appropriées pour lui permettre d'établir son identité sociale » (Vincent, 2000 : 128).

3.2 La narration

Le récit permet de se construire une image identitaire grâce à une mise en scène soigneusement travaillée discursivement (Filliettaz, 2001 : 147). Les développements discursifs des locuteurs enregistrés dans le cadre de cette étude comportent ainsi des observations, gestes et anecdotes concernant leur expérience périnatale personnelle : « l'identité du sujet c'est son histoire, ou plutôt les histoires qu'il peut produire, par lesquelles il donne du sens au désordre, trouve des liens à ce qui ne cesse de se défaire » (Brès, 1996 : 8). On peut croire que le temps écoulé entre les événements racontés et le moment de leur énonciation permet au locuteur « de prendre le temps de s'écouter, de formuler pour lui-même le sens de son existence. En racontant, en se racontant son histoire, l'individu peut s'en dépendre : le récit lui permet de prendre du recul » (Arnaud et Dubouloy, 2007 : 9). Selon Malet (1999), une telle réflexion autobiographique contribue à la formation de l'identité. Les liens entre narration et identité ont d'ailleurs été soulignés par de nombreux chercheurs : Goffman (1973 [1959]; 1974 [1967] ; 1991 [1974]), Brès (1993 ; 1996), Labov (1978 [1972]), et Vincent (1994 ; 2001), pour ne nommer que ceux-ci.

Dans le cadre de cette étude, nous avons repris la définition que donnent Laforest et Vincent de la narration, construite à partir des critères définitionnels minimaux de Labov (Labov et Waletzky, 1967 ; Labov, 1978 [1972]). Ainsi,

une narration est une unité discursive qui relate un épisode singulier (non habituel) constitué d'au moins deux actions ou événements qui se suivent dans le temps et qui ont entraîné un dénouement (entendu ou dans un sens très large) ; le narrateur doit être un des acteurs (ou être suffisamment proche d'un des acteurs pour s'être approprié les événements) ou témoins directs des événements. (1996 : 21)

Nous n'avons par ailleurs pas conservé le critère de racontabilité de Labov, critère selon lequel ce qu'on raconte doit être digne de l'être – c'est-à-dire particulièrement drôle, intéressant, triste, effrayant ou autre. En effet, le récit livré dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée est lié au « lien émotif que le locuteur entretient avec celui-ci, [ce qui peut] permettre d'expliquer, en partie, la banalité et l'insolite des narrations et de leurs composantes » (Vincent, 1996 : 39).

Pour certains chercheurs, le récit peut être défini comme une forme particulière d'entretien narratif au cours duquel un chercheur demande à une personne dénommée sujet de lui raconter tout ou une partie de son expérience vécue (Bertaux, 1997). Ce type particulier de récit ne diffère pas des autres : il se conforme tout à fait à la définition de

Laforest et Vincent précédemment fournie. Les narrations surviennent d'ailleurs à tout moment dans les entrevues. Si elles sont parfois littéralement offertes par les pères, elles sont aussi souvent directement liées à la question formulée par l'intervieweur (par exemple, « comment s'est déroulée la naissance ? »). Ces demandes d'informations par l'intervieweur sont parfois verbalisées sans stratégie interrogative, mais les pères montrent tout de même qu'ils ont bien compris ce qu'implique le genre « entrevue » (Carcassonne-Rouif, Salazar Orvig et Bensalah, 2001) en formulant des réponses plus ou moins longues, très souvent sous forme de récit, comme le montre l'extrait 1.

Extrait 1 : Stéphane, suivi sage-femme, p.1⁶

Intervieweur : Ok. Vous avez eu un suivi avec une sage-femme.

Père : Oui.

Intervieweur : Ici dans la région.

Père : C'est : ouais à la maison de naissance, nous on a eu un suivi avec Marie et Carole : je me souviens pas de leur nom de famille puis c'est Carole qui a été disponible au moment de l'accouchement puis c'était vraiment : ça été un accouchement là : ça été long : mais ça s'est excessivement bien passé là Lolita est née dans le bain nous autres on voulait ça qu'elle naisse dans l'eau puis c'est ça là donc ça s'est très très bien passé puis les sages-femmes c'était vraiment sympathique. [...] Joannie avait un inconfort avec le cordon et le placenta qui était à l'intérieur, donc elle voulait, autant que possible, qu'on ne garde pas la petite trop longtemps en dessous de l'eau pour pouvoir se débarrasser de ça que je coupe le cordon, donc c'est moi qui a coupé le cordon. Ensuite de ça Joannie l'a eue sur elle puis

⁶ Prendre note que le mémoire contient 18 extraits d'entrevues : la moitié provient des discours de pères au suivi sage-femme, et l'autre moitié de pères au suivi médecin. Il y a au moins un extrait présenté pour chaque entrevue. Deux pères, Stéphane et Marc, ont été des informateurs particulièrement volubiles, c'est pourquoi on a retenu pour chacun quatre extraits évocateurs. Enfin, tous les noms de personnes et de lieux mentionnés dans les extraits ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

après ça c'est moi qui l'ai prise pendant qu'ils ont sorti le placenta puis qu'ils ont arrangé tout ça. Puis c'est ça c'est le principe de la Maison des naissances donc collés peau à peau et tout ça puis : honnêtement c'a été un super de beau moment là tu sais, j'étais vraiment ému de voir tu sais puis, moi je voulais avoir une petite fille.

Cet extrait (les conventions de transcription du corpus sont présentées en annexe) montre que bien que la relance de l'intervieweur n'ait pas la forme interrogative (« Ici dans la région. »), cela n'en demeure pas moins une demande de raconter indirecte, requête à laquelle le père se plie très bien.

Les discours des pères, comme toute narration, comportent deux niveaux narratifs distincts. D'abord « un niveau “local”, donnant lieu à des *récits courts* portant sur des événements et des faits *ponctuels*. Ce niveau correspond à des “récits conversationnels” (Gülich et Quasthoff, 1986 ; Brès, 1994). [Il y a ensuite] un niveau “global”, correspondant à un *récit de vie*, co-construit par l'informateur et par le récepteur, qu'il soit présent *hic et nunc* en tant qu'interviewer ou lecteur, comme nous, de l'entretien transcrit devenu “texte” »⁷ (Carcassonne, 2007). Un récit conversationnel court est ainsi un geste, une observation, un événement raconté, alors que le récit de vie englobe plusieurs récits conversationnels courts qui, mis ensemble, constituent la trame

⁷ Le principe est le même pour les récits littéraires, dans lesquels plusieurs récits courts forment le Récit en tant que tel. D'ailleurs, malgré que l'on se permette souvent de tirer un schéma actantiel *principal* de tout récit (comme dans le cas présent), celui-ci en comporte toujours plusieurs. Comme le souligne Hébert, « *le modèle actantiel n'existe pas : d'une part, il y a autant de modèles qu'il y a d'actions ; d'autre part, une même action peut souvent être vue sous plusieurs angles* » (*l'auteur souligne*, 2006).

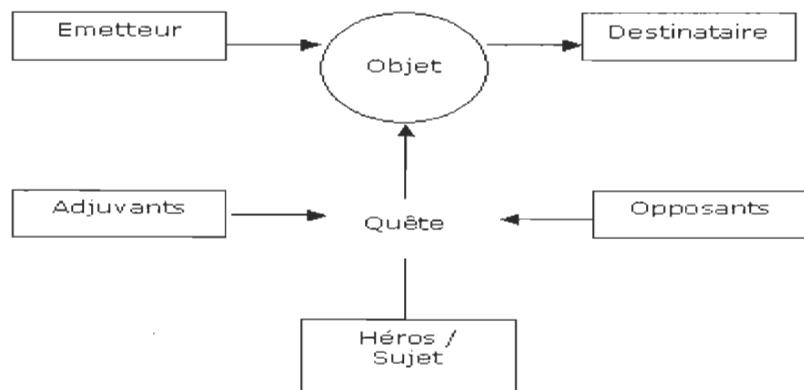
du récit global. Par exemple, dans l'extrait précédent, le père fait un récit de la naissance de sa fille ; il s'agit d'un récit court. Dans le cadre de notre étude, nous avons considéré l'expérience périnatale des pères, de la grossesse jusqu'au moment de l'entrevue (lorsque l'enfant a environ dix mois), comme étant le niveau global : c'est donc au sein de ce récit de vie en entier que nous sommes allée chercher nos informations.

3.2.1 La sémiotique narrative et discursive

Alors que la théorie de la sémiotique narrative et discursive élaborée par A. J. Greimas est sans contredit associée aux études littéraires, elle se prête très bien à la présente étude. En effet, si Greimas lui-même s'est d'abord intéressé au texte littéraire, il a rapidement étendu son idée de la sémiotique narrative à d'autres discours, voyant même le récit dans une recette de cuisine. Nous aurons recours à cette théorie au chapitre VI, qui présente les perceptions qu'ont les pères des personnes qui gravitent autour d'eux lors de la période périnatale. Cette façon de faire permettra non pas d'interpréter le propos des pères, mais bien de le décrire afin d'en connaître le fonctionnement dans son organisation interne (Sorin, 1996).

Les alliés et adversaires représentés dans le discours des pères deviendront donc des adjuvants et des opposants grâce à des concepts tirés du schéma actantiel⁸ (1966), un instrument qui sert à décrire la sémio-narration de surface. Dans le prolongement des travaux structuralistes de Propp (*Morphologie du conte russe*, 1970 [1928]), ce modèle distingue six rôles inhérents à la narration de tout récit. Ces rôles sont appelés *actants*, et désignent « les différents participants qui sont impliqués dans une action en y tenant un rôle actif ou passif » (Charaudeau, 2002 : 15). Liés entre eux par des relations, les actants peuvent être des personnages, mais aussi des événements, des idées, des sentiments, des objets, etc. Un même élément peut se retrouver dans une ou plusieurs classes actantielles ; un actant peut également être individuel ou collectif.

Figure 1
Schéma actantiel (A.J. Greimas, 1966)



⁸ Si certains ouvrages de référence semblent privilégier l'emploi de la graphie « actanciel » (*Le petit Robert* 2006 ; *Dictionnaire Larousse de linguistique* (Dubois et coll., 1973)), Greimas utilise plutôt la graphie « actantiel », tout comme le font les auteurs du *Dictionnaire d'analyse du discours* (Charaudeau et Maingueneau, 2002). C'est cette dernière graphie que nous avons retenue.

Les six actants sont regroupés en trois oppositions formant chacune un axe. L'axe du désir lie le sujet à l'objet de façon unidirectionnelle ; le sujet, ou héros, est en quête de l'objet. L'axe du pouvoir comporte les adjuvants et les opposants. Les premiers aident le héros dans sa quête, tandis que les seconds lui nuisent. Enfin, l'axe de la communication présente l'émetteur (ou destinataire), qui est en quelque sorte ce qui pousse le sujet à agir et qui commande la quête, et le destinataire, celui qui bénéficiera de la réalisation de la quête.

Puisque le schéma actantiel ne sera utilisé qu'au chapitre VI, les détails de ce modèle ainsi que les catégories d'analyse retenues seront présentés à même ce chapitre.

3.3 L'argumentation

De par sa définition, un argument est un « raisonnement destiné à prouver ou à réfuter une proposition » (*Le petit Robert 2006*) : on conçoit ainsi souvent l'argumentation en tant que « situation de confrontation discursive au cours de laquelle sont construites des réponses antagonistes à une question » (Plantin, 1996 : 11), une perspective parfois perceptible dans les séquences argumentatives lors d'interactions spontanées en milieu naturel.

La situation d'entrevue n'est pas du tout une situation de confrontation, puisque l'intervieweur ne conteste jamais les dires de l'interviewé. Toutefois, dans les longues réponses qu'ils fournissent aux questions qui leur sont posées, les interviewés peuvent justifier « des assertions dont l'importance des enjeux varie du plus vital [...] au plus banal » (Martel, 2000 : 18), c'est-à-dire qu'ils fournissent spontanément des arguments pour appuyer leurs dires. Puisque les pères de la présente étude sont tous interrogés sur leur expérience périnatale, ils s'expriment en grande partie par des opinions et des observations subjectives ; c'est lorsqu'ils légitiment leurs choix et qu'ils donnent des « raisons » à leurs observations qu'ils entrent dans l'argumentation. Ils énoncent alors des valeurs, des représentations et des discours qui, mis en relation, constituent leur argumentation. Celle-ci devient alors un « procédé qui va permettre au locuteur de produire du discours en construisant [...] des situations argumentatives où s'énoncent des discours et des contre-discours qu'il orchestre à lui tout seul » (Doury et Traverso, 2000 : 48).

Par exemple, lorsque les pères présentent les personnes qui ont joué un rôle lors de leur expérience périnatale, ils s'appuient souvent sur des exemples concrets – et parfois des contre-exemples : c'est ainsi qu'ils argumentent.

Extrait 2 : Stéphane, suivi sage-femme, p. 5

Père :

Ce qu'on avait à la Maison des naissances faisait en sorte que ça s'est bien passé, tu sais on avait des gens, des sages-femmes. **Elles étaient deux sages-femmes à un certain moment donné qui étaient là pour nous rassurer, puis elles prenaient du temps avec nous, Carole est restée tout le long.** Tu sais des fois, c'est comme si les infirmières qui restent : le médecin arrive pour la poussée à l'hôpital, tandis que là, la sage-femme, elle est tout le temps là. C'est totalement différent. Puis je posais des questions elle répondait à toutes mes questions, puis c'était : donc l'accouchement, c'a vraiment :

Dans l'extrait présenté, le père commence par dire que la naissance s'est bien déroulée et ce, grâce à certaines personnes : les sages-femmes. Pour appuyer ses dires, il fait valoir leurs bons gestes et leur présence, tout en leur opposant l'absence et les actes (potentiels) des médecins.

L'identité est, comme nous l'avons vu, caractérisée par plusieurs éléments. Notre cadre théorique est également assez large, puisqu'il englobe bon nombre de théories et d'approches ; c'est ce qui fait la force de cette étude, et qui nous permettra de fouiller diverses facettes de l'identité paternelle. Puisque les chapitres de notre mémoire présentent des données issues d'une analyse spécifique de l'identité paternelle, nous approfondirons les catégories analytiques retenues au début de chacun des chapitres.

CHAPITRE IV

CORPUS ET MÉTHODOLOGIE

4.1 Corpus

Comme je l'ai dit d'entrée de jeu au chapitre III, les données de notre étude sont tirées d'un ensemble d'entrevues menées dans le cadre du projet *Père et alimentation de l'enfant* (P.A.L.), qui a débuté en 2005-2006 en réponse à un besoin d'inclusion du père dans le processus de l'allaitement maternel. Dirigé par Mme Francine deMontigny, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, le projet P.A.L. est axé sur les perceptions qu'ont les pères de l'allaitement maternel et de ses effets sur l'engagement paternel. Il a pour objectif de comprendre l'expérience des pères afin de définir des stratégies de soutien et de mieux les intégrer dans les discours et les pratiques relatives à l'allaitement maternel.

La méthode choisie pour recueillir des informations sur les perceptions et les expériences des pères est l'entrevue semi-dirigée ; une cinquantaine d'entrevues ont

ainsi été réalisées auprès de pères par les chercheurs entre 2006 et 2008⁹. Les questions de l'entrevue portaient pour la plupart sur la grossesse, la naissance, le mode d'alimentation du bébé, un incident critique survenu ainsi que le soutien obtenu lors de cet événement. La technique des incidents critiques (deMontigny et Lacharité, 2002 ; Woolsey, 1986) a été retenue parmi d'autres puisqu'êtant révélatrice de « l'expérience vécue » (Wilson et Hutchinson, 1991 : 265), elle permet de dresser un portrait global de l'expérience paternelle de l'allaitement. Préalablement à l'entrevue, les pères devaient remplir un questionnaire ; les entrevues ont été enregistrées sur fichiers sonores, puis ont été transcrrites avec le logiciel Word, et ont été condensées en résumés. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons utilisé les transcriptions *in extenso*, et nous avons aussi eu recours aux fichiers sonores à quelques occasions, notamment pour vérifier ce qui n'avait pas été précisé dans les transcriptions (par exemple, les pauses, les hésitations et les reformulations). Les résumés n'ont pas été utilisés.

Dans la première phase du projet P.A.L., les entrevues ont toutes été menées auprès de pères dont le suivi prénatal avait été fait avec un médecin. Dans la seconde phase du projet, des pères dont le suivi s'est fait avec une sage-femme ont aussi été interrogés grâce à une collaboration avec Mme Marleen Baker du département de chimie-biologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, dont relève le programme de formation en pratique sage-femme. Les entrevues menées auprès des pères sont toutes

⁹ Les caractéristiques des participants, les procédures de recrutement, la transcription et les enjeux éthiques liés à ce corpus sont plus longuement explicités dans le rapport de recherche présenté à l'Agence de Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais dans le cadre du Programme de subventions en santé publique (deMontigny *et al.*, 2007).

basées sur le même canevas, mais des questions supplémentaires concernant les particularités du suivi ont été posées aux pères ayant été accompagnés par une sage-femme.

Les entrevues réalisées par l'équipe du projet P.A.L. sont pertinentes pour notre propre recherche pour de multiples raisons. En premier lieu, leur grand nombre a permis de faire une sélection de celles qui cadreraient le plus avec notre objectif ; nous avons pu choisir le profil des pères interrogés grâce aux questionnaires qu'ils avaient remplis (voir tableau 1). Notre recherche étant comparative, nous avons sélectionné cinq pères ayant eu un suivi avec une sage-femme et cinq autres avec un médecin. Tous les pères retenus n'avaient qu'un seul enfant (âgé de plus ou moins 10 mois) au moment de l'entrevue, ont profité d'un congé parental de plus de cinq semaines, sont originaires du Québec et ont vécu une expérience d'allaitement maternel d'au moins six mois. Dans la mesure du possible, nous avons tenté de réduire d'autres écarts possibles, notamment en ce qui a trait à la tranche d'âge (au final, la moyenne d'âge est de 29,4 ans), au niveau de scolarité et au revenu, et ce, afin de neutraliser au maximum les variables autres que le suivi prénatal. Il était important que tous les pères étudiés soient primipares¹⁰, c'est-à-dire qu'ils n'aient qu'un seul enfant, puisque le phénomène que nous voulions observer, soit la formation de l'identité paternelle, en est à son étape la plus « active » au moment où l'homme devient père. Nous avons choisi de neutraliser l'âge et le pays d'origine,

¹⁰ Ce terme est habituellement réservé aux femmes « accouchant pour la première fois » (*Grand dictionnaire terminologique*, 2009 [1982]) ; appliqué aux pères, il s'agit donc d'une extension de sens. Cette façon de désigner ces pères a toutefois été employée dans divers travaux de recherche portant sur la paternité, notamment ceux de Brodziak (2006) et ceux de deMontigny et Lacharité (2002, 2005), c'est pourquoi nous nous permettons de faire de même.

puisque l'on sait que la façon dont est vécue la paternité est notamment déterminée par l'âge (Forget, 2005 : 29), tout comme le fait d'avoir un bagage culturel différent peut amener différentes perceptions de la paternité (Dulac, 1999 : 13). Enfin, puisque aucune famille de l'étude ayant bénéficié d'un suivi sage-femme n'a choisi de donner le biberon, les dix locuteurs sélectionnés dans le cadre de ce projet sont pères d'un bébé allaité. Cette variable devait aussi être neutralisée puisque le mode d'alimentation est un facteur important dans la création du rôle parental, d'autant plus que les pères sont nombreux à croire que l'allaitement constitue une barrière à l'établissement de la relation avec leur nouveau-né (Giugliani *et coll.*, 1994, Bromberg Bar-Yam et Darby, 1997).

Tableau 1
Profil sociodémographique des pères sélectionnés

Pères	Nom fictif	Âge	Scolarité	Revenu (en milliers \$)	Sexe/âge du bébé (en mois)
Suivi médecin					
1	Mathieu	33	Université	60 à 80	M / 10
2	Maxime	27	Université	80 et +	M / 11
3	Martin	26	Collégial	<i>inconnu</i>	F / 10
4	Marc	29	<i>inconnue</i>	<i>inconnu</i>	F / 8
5	Michel	32	Université	80 et +	M / 11
Suivi sage-femme					
6	Stéphane	30	Université	80 et +	F / 8
7	Sylvain	33	Université	80 et +	F / 8
8	Steve	29	<i>inconnue</i>	<i>inconnu</i>	F / 11
9	Samuel	35	<i>inconnue</i>	60 à 80	M / 10
10	Sylvère	20	Professionnel	<i>inconnu</i>	F / 9

*Afin de favoriser la mémorisation, les pères au suivi avec médecin ont hérité d'un pseudonyme commençant par la lettre *M*, et ceux ayant eu un suivi avec une sage-femme, par la lettre *S*.

Le petit nombre d'entrevues sélectionnées aux fins de cette étude n'est pas dû au hasard, mais bien à un souci de rigueur quant au travail effectué. En effet, il aurait été impossible de faire une analyse minutieuse des stratégies discursives d'un grand corpus dans le cadre d'un simple mémoire, c'est-à-dire une recherche menée par un seul chercheur dans un laps de temps relativement court. D'ailleurs, la prétention du qualitatif se trouvant dans sa profondeur, celle-ci peut difficilement être atteinte avec un volume important de données.

4.2 Méthode d'analyse

Comme nous avons choisi de sonder la construction de l'identité paternelle à travers deux facettes de celle-ci, l'analyse s'est faite en deux temps. Nous avons d'abord vérifié la façon dont les pères situent dans le temps et perçoivent leur rôle ; ces analyses sont présentées au chapitre V. Dans le chapitre suivant, nous verrons plutôt la façon dont ils perçoivent les personnes qui les entourent durant la période périnatale. Comme les méthodes retenues pour mener à bien ces analyses ne sont pas les mêmes, nous les détaillerons au sein même de ces chapitres. Par ailleurs, une seule codeuse a effectué toutes les opérations d'analyse afin d'assurer une *fiabilité intracodeur* (Gauthier, 1987 : 312), ce qui signifie que le jugement posé sur les données était constant du début à la fin de la recherche.

En raison des deux phénomènes à analyser, nous avons créé des sous-corpus pour chacun de nos chapitres; ces sous-corpus, chacun à leur façon, nous ont amenée à vérifier les hypothèses que nous avions formulées. Nous avons privilégié une approche qualitative des données retenues, quoique des calculs statistiques aient été faits afin de montrer clairement les différences qui émanent des discours des pères selon le suivi dont ils ont bénéficié.

CHAPITRE V

LE RÔLE PATERNEL

Comme nous l'avons vu, la signification de « être père » et la vision de l'engagement paternel varient souvent d'un père à l'autre (Parke, 2002). Comme la théorie de l'identité paternelle postule que l'identification du père à son rôle paternel est centrale dans la construction identitaire, ce sont les caractéristiques du rôle paternel ainsi que son aspect temporel, tous deux clairement présentés dans le discours des pères, qui nous intéresseront dans le présent chapitre.

Afin de procéder à nos analyses, nous avons extrait du corpus toutes les séquences comportant une représentation du rôle du père. Nous avons choisi de sélectionner tous les passages d'entrevues liés au rôle paternel plutôt que de sélectionner uniquement les réponses aux questions portant sur ce sujet. Puisque les questions du canevas d'entrevue n'étaient pas nécessairement posées exactement de la même façon et dans un même ordre par les intervieweurs, et puisque les discours émis par les pères

n'étaient ni verbalisées de la même façon ni dans un même ordre, cette dernière façon de faire a rapidement été écartée. De ce fait, il était incontournable de considérer l'entrevue en son entier.

Cette étape s'est effectuée en deux temps. Pour ce faire, nous avons fait une lecture attentive de toutes les entrevues afin de circonscrire les énoncés dans lesquels il était question du rôle paternel. Ensuite, nous avons effectué une recherche automatique dans les transcriptions du corpus à partir de tous les mots-clés retenus lors du premier dépouillement afin de s'assurer qu'aucune séquence n'avait été oubliée. Les mots suivants ont été recherchés : *père, papa, place, faire, rôle, engage, engagé*. Notons que la recherche automatique reconnaît le mot demandé, qu'il ait subi une variante ou non – par exemple, la recherche de «engage» peut mener à « engagement » aussi bien qu'à « je m'engage ». Nous avons circonscrit à partir de ce sous-corpus les énoncés qui concernaient spécifiquement une perception du rôle paternel. Nous avons ensuite révisé à trois reprises la totalité des entrevues afin de repérer toutes les autres séquences qui n'avaient pas été prises en compte lors du repérage automatique.

Certains extraits d'abord retenus ont été éliminés rapidement. C'est notamment le cas des extraits où l'un ou l'autre des locuteurs utilisait l'un des mots en question, mais où la réponse du père n'était pas en lien avec ce thème :

Extrait 3 : Sylvain, suivi sage-femme, p.12

Intervieweur : Est-ce qu'elle [la sage-femme] a abordé avec toi, par exemple, en revenant, en post-natal, un peu comment toi tu te sens dans ce nouveau rôle de père, comment tu prends ta place, comment tu t'organises ?

Père : C'a adonné que : c'est ça. Les : les trois fois peut-être qu'elle est venue, moi, j'étais peut-être ici une fois.

Intervieweur : Ok.

Père : Parce que j'avais d'autres choses, là, je m'occupais d'une compagnie, puis c'est ça. Mais euh : c'est ça. Puis, je suis peut-être arrivé quand elle partait, quelque chose comme ça. J'ai pas vraiment eu, là, le temps de parler avec elle, là, mais je suis sûr qu'elle a posé la question à Kim, puis Kim lui aurait dit s'il y avait quelque chose, là...

Ici, l'intervieweur veut savoir si la sage-femme a abordé avec lui son vécu émotionnel par rapport à son nouveau rôle de père ; le père répond qu'il l'a peu vue, trop pris à l'extérieur par son emploi. Sa réponse n'était pas pertinente à la représentation du rôle paternel et a donc été éliminée, de même que tous les passages analogues.

Nous avons ainsi retenu au total l'équivalent d'une quinzaine de pages de transcription concernant le rôle paternel, neuf d'entre elles attribuables au discours des pères ayant eu un suivi avec un médecin, et les six autres étant attribuables au discours des pères ayant eu un suivi avec une sage-femme. Nous avons d'abord analysé les perceptions à partir de cinq catégories définissant le rôle paternel ; ce regroupement s'est fait sur une base thématique. Nous avons également observé le caractère actif ou passif

que les pères associaient à leur rôle. Enfin, nous avons catégorisé nos données selon trois périodes temporelles (accouchement, premiers mois et après l'allaitement).

Étant donné que nos données ont subi deux traitements différents, nous avons découpé ce chapitre en deux grandes sections. La première présente les perceptions qu'ils ont du rôle paternel (caractéristiques et caractère actif/passif), et la seconde est consacrée à la façon dont les pères perçoivent leur rôle à travers les étapes de la vie de l'enfant.

Les résultats de nos analyses sont clairs : les pères ayant bénéficié d'un suivi sage-femme ne parlent pas de leur rôle de la même façon que ceux ayant eu un suivi avec un médecin. Ces différences se font voir autant dans la façon qu'ils ont de formuler leurs perceptions que dans les perceptions elles-mêmes.

5.1 Caractéristiques du rôle paternel

Les caractéristiques que les pères associent à leur rôle paternel sont multiples. Afin de les mettre en lumière, nous avons mis l'accent sur les unités de contenu sémantique, quoique la forme que prenaient les énoncés ait aussi été observée. Par

exemple, dans les extraits suivants, les pères évoquent tous les deux le rôle de réconfort qu'ils ont joué auprès de leur bébé pendant la nuit, chacun à sa façon :

Extrait 4 : Maxime, suivi médecin, p.5

Père : Dans les deux premières semaines il avait un peu de difficulté à dormir la nuit. Il fallait l'avoir dans les bras, se promener avec, chanter des chansons. Ça a été mon rôle au début. C'était plus ça mon rôle, le réconfort.

Extrait 5 : Steve, suivi sage-femme, p.7

Père : À chaque fois, aussi, que... Mettons la nuit elle se réveillait mais qu'elle avait pas faim, c'était pas pour boire... <Ouais> ou pour autre chose, c'est moi qui allais m'en occuper, puis pour : qu'il y ait quand même un lien puis une confiance, qu'elle soit bien dans mes bras aussi, puis pas juste au sein de maman, là, comme réconfort, puis tout ça.

Lorsqu'ils décrivent leur rôle paternel, les pères utilisent de façon assez automatique le même procédé. Ils commencent par énoncer leur vision globale du rôle paternel, qu'ils décortiquent ensuite : ils appuient leurs dires en énonçant les différentes facettes de leur engagement paternel, souvent par l'entremise de courts récits.

L'analyse des perceptions du rôle paternel s'est faite par un regroupement sur une base thématique : nous avons défini quatre catégories caractérisant le rôle paternel. Les catégories d'analyses n'étaient pas préalablement définies, mais ont émergé du

corpus¹¹. Mutuellement exclusives, elles couvrent toutes les caractéristiques dont les pères ont fait mention : certains indices ressortaient clairement des discours émis par les pères et permettaient, par leur régularité, de les classer dans l'une ou l'autre des catégories. Ces catégories sont les suivantes :

A. La *présence* est, comme son nom l'indique, liée à l'importance de la présence du père auprès de sa famille, sans préciser de rôle particulier à tenir :

(1) *Oui j'étais tout le temps présent. Ce n'était pas moi qui donnais le sein, mais j'étais là.* (Martin, p.8).

B. Être *porte-parole* est une caractéristique attribuée aux commentaires de pères qui ont tenu à faire entendre les besoins de leur famille lors de l'accouchement et durant la période postnatale immédiate :

(2) *C'est ça, d'être : qu'est-ce : que nos désirs de couple soient respectés aussi là, fait que de dire aux sages-femmes : « Bien, nous, on aimerait mieux ça ou ça » puis souvent ma conjointe était pas nécessairement en état de parler, puis en tout cas.* (Steve, p.22).

¹¹ Nous avons d'abord pensé classer les extraits à partir des critères élaborés par les membres de l'équipe de recherche Prospère (2010), selon qui l'engagement paternel peut se manifester dans sept dimensions : responsable, affectif, dispensateur de soin, en interaction, pourvoyeur, évocateur et politique. Toutefois, notre recherche s'y prêtait plus ou moins bien, notamment en raison du fait que nous souhaitions sonder le « rôle » plutôt que « l'engagement » paternel. Ce dernier se mesure habituellement en situation d'observation (Ouellet, Turcotte et Desjardins, 2001), alors que le rôle est quant à lui davantage associé à des normes et des valeurs (Sasseville et Simard, 2006 :41), ce qui le rend évidemment plus facile à analyser à travers le discours. Par ailleurs, si certaines dimensions élaborées par Prospère («politique» et «responsable») étaient absentes de notre corpus, d'autres recoupaient les nôtres («affectueux», «en interaction»).

C. Le soutien de la mère englobe tout ce que le père fait pour soutenir celle-ci (et indirectement le bébé, selon leurs dires) : préparer les repas, faire des blagues, faire les commissions, apporter le coussin d'allaitement, etc. :

(3) *Bien moi je dis que [le rôle] c'est : c'est plus auprès de la mère qu'auprès du bébé. Comme je disais tantôt c'est de : le père y est là pour soutenir la mère qui va mieux s'occuper de l'enfant fait que c'est l'enfant qui est regagnant.* (Marc, p.12)

D. Les interactions directes avec le bébé rapportées prenaient différents aspects ; le réconfort du bébé, les changements de couche, le bain et les promenades en poussette étaient des activités souvent nommées, mais les pères soulignaient aussi que les périodes de jeu sont davantage de leur ressort quand l'enfant vieillit :

(4) *Puis, après ça, un petit peu plus vieux, on a acheté aussi un backpack [...] Ça aussi c'était : c'est le fun. Tu pars avec ton petit gars dans le dos pour marcher...* (Samuel, p.18)

Le tableau 2 regroupe toutes les caractéristiques du rôle paternel décelables dans le discours des pères, selon le suivi qu'ils ont eu. Les pourcentages de ce tableau représentent les passages émis par les pères concernant leurs perceptions ; notons qu'une même perception pouvait être comptabilisée plus d'une fois pour chaque père, si le même contenu sémantique était repris plus tard dans l'entrevue. Par exemple, si un père répondait à une question en disant donner le bain à son enfant, et parlait plus tard des moments où il le berce pour l'endormir, ce sont alors deux interactions directes qui étaient comptabilisées.

Tableau 2

Caractéristiques associées au rôle paternel selon le suivi de grossesse reçu (en %)

Caractéristiques	Suivi sage-femme (n = 28)	Suivi médecin (n = 61)
Présence	25	6,6
Porte-parole	7,1	—
Soutien de la mère	14,3	72,1
Interaction directe avec bébé	53,6	21,3
Total	100	100

n = représente le nombre total d'extraits concernant une caractéristique du rôle paternel.

D'emblée, on remarque que les pères parlent différemment de leur rôle selon le suivi de grossesse reçu, comme en font foi les variations de thèmes dans leur discours. Les pères au suivi sage-femme mentionnent une plus grande variété de caractéristiques, celles-ci étant réparties de façon plus pondérée et ce, malgré que leur nombre d'extraits retenus soit deux fois moins important que celui des pères au suivi médecin¹².

Les pères ayant eu un suivi avec un médecin sont nombreux à percevoir leur rôle en termes de soutien de la mère : près des trois quarts de leurs perceptions s'y rapportent. En comparaison, seulement 14,3 % des passages émis par les pères au suivi avec une

¹² Nous ne pouvons expliquer avec certitude la raison pour laquelle les pères au suivi sage-femme ont émis moins de commentaires sur leur perception du rôle paternel. Toutefois, on peut penser que le fait que ceux-ci passent un bon moment de l'entrevue à parler de leur expérience avec les sages-femmes – et à comparer leur approche à celle des médecins – a pu faire en sorte qu'ils développent moins sur les autres sujets abordés.

sage-femme y sont liés. Cette notion de soutien est assez large. Pour reprendre leurs mots, les pères « encouragent », « motivent », « supportent », « soutiennent moralement », « appuient », « aident » ou encore s'occupent de l'organisation matérielle (« amener le coussin d'allaitement », « aller faire les courses »). En d'autres mots, ils veillent sur leur conjointe et plus indirectement, sur leur petite famille. Dans la réalité, cette conception de protection crée toutefois un effet moins positif : « plus celle-ci est présente, plus on retrouve de pères qui prennent une certaine distance quant à la relation avec l'enfant, laissant la mère établir [une relation forte] et remettant à plus tard – souvent lorsque l'enfant sera au biberon – l'occasion de créer pour eux ce lien privilégié. » (deMontigny *et coll.*, 2007 : 34). L'étude de Beitel et Parke (1998) souligne également l'effet négatif sur l'engagement paternel que crée la croyance en une différence innée entre un potentiel nourricier des hommes et des femmes.

Des différences se font aussi sentir au niveau de l'interaction directe avec le bébé, alors que les pères ayant bénéficié d'un suivi sage-femme la rapportent plus d'une fois sur deux comme faisant partie prenante de leur rôle des premiers mois, alors que les pères ayant eu un suivi médecin la rapportent moins d'une fois sur quatre. Les interactions directes rapportées prenaient différents aspects ; changer la couche, donner le bain et promener le bébé étaient comme nous l'avons dit les activités les plus souvent nommées, mais les pères soulignaient aussi l'importance de réconforter le bébé et de l'amuser. Dans la même voie, 25 % des passages des pères au suivi sage-femme ont trait à l'importance d'être présent auprès du bébé, comparativement à 6,6 % de ceux des

pères au suivi médecin. Ces deux caractéristiques du rôle paternel (l'interaction directe et la présence) sont révélatrices de l'engagement paternel¹³, celui-ci pouvant être défini comme « la capacité du père à établir des interactions soutenantes et affectives avec son enfant, à être disponible sans nécessairement être en contact direct avec son enfant, à prendre en charge la responsabilité de la vie quotidienne de l'enfant et à planifier sa routine et, enfin, à intégrer à son identité la dimension de son rôle de père » (*Devault et coll.*, 2003 : 55). Le Conseil de la famille et de l'enfance abonde dans le même sens en soulignant que la précocité et la durée sont deux caractéristiques temporelles de l'engagement paternel (2008). Le père est invité à s'impliquer avant même la naissance de l'enfant¹⁴, puis dès la naissance, à créer une proximité affective avec celui-ci afin de nouer une relation intense.

Nous nous sommes également intéressée à la dimension active/passive que les pères associent souvent à leur rôle paternel et ce, de façon très explicite. Le rôle passif est lié aux sentiments d'impuissance et de non-action éprouvés par les pères, qu'ils verbalisent clairement :

¹³ Toutefois, le type et la qualité des interactions du père auprès de son enfant compteraient davantage que sa simple présence physique (Palkowitz, 1997).

¹⁴ Selon la Politique de périnatalité 2008-2018 du Ministère de la santé et des services sociaux (2008).

Extrait 6: Mathieu, suivi médecin, p. 8

Père : Ce n'est pas quelque chose que je peux vivre, c'est comme : tomber enceinte, ce n'est pas : ce n'est pas un peu : pas impuissant mais : j'étais pour dire inutile, mais ce n'est pas le cas... Des fois t'aimerais apporter de l'aide, puis tu ne peux pas... Tu dis ok, j'aimerais ça t'aider mais il me manque de : pas d'outils, de : il y a des choses que je ne peux pas faire. Tu sais je me sens complètement impuissant par rapport à tout ça.

Le rôle actif est lié à l'importance qu'accorde le père aux comportements efficaces. Ce père peut pratiquement tout faire pour son enfant (« Donc le rôle auprès de l'enfant allaité il est tout autre. Il est pas en lien avec l'allaitement, mais ça doit être un rôle actif », Stéphane, suivi sage-femme, p. 27).

Tableau 3

Nombre d'énoncés liés au caractère actif/passif du rôle paternel selon le suivi de grossesse reçu

Caractère	Suivi sage-femme	Suivi médecin
Actif	2	-
Passif	1	19
Total	3	19

Les résultats sont frappants : les pères ayant eu un suivi médecin parlent énormément du caractère passif de leur rôle, alors qu'un seul des pères au suivi sage-femme a abordé cet aspect – et à une seule reprise. Seuls deux pères (tous deux avec suivi sage-femme) ont présenté leur rôle comme étant actif ; on peut croire que les pères

qui le considéraient ainsi ont préféré donner des exemples de leur implication plutôt que de simplement qualifier leur rôle d'actif. À l'inverse, les pères qui semblaient moins impliqués auprès de leur enfant avaient davantage tendance à qualifier leur rôle de passif. D'ailleurs, si certains pères décrivent leur rôle comme passif sans détour (extrait 6), d'autres en parlent indirectement, notamment lorsqu'ils soulignent l'importance de se retirer pour laisser toute la place à la mère (extrait 7).

Extrait 7 : Marc, suivi médecin, p. 8

Père: L'enfant a besoin de sa mère. Les premiers jours si la mère n'est pas là le père va s'en en occuper. Là, la mère est là et je pense que ce qui est important c'est de laisser l'enfant à la mère. Alors, moi je laissais toute la place pour Sylvie.

Nos résultats concordent avec ceux d'autres recherches (deMontigny *et coll.*, 2007) : les pères qui croient que leur rôle est d'interagir directement se définissent peu comme dispensateurs de soutien moral, et inversement. Nos résultats tendent aussi à montrer que ce rôle actif auprès de l'enfant est plus souvent revendiqué par les pères ayant eu un suivi sage-femme que par ceux qui ont eu un suivi médecin. L'importance de l'accompagnement des pères au cours de la période périnatale afin de les inciter à prendre leur place auprès de leur enfant étant connue (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008 : 78), on peut croire que la façon dont ils sont accompagnés peut jouer un rôle sur la façon dont ils prennent ensuite leur place dans la cellule familiale. Ainsi, les différences répertoriées précédemment dans leur discours pourraient être directement attribuables à l'attention particulière que leur accordent les sages-femmes. Un père a

d'ailleurs parlé de cet aspect de préparation à son nouveau rôle lors du suivi avec la sage-femme :

Extrait 8 : Samuel, suivi sage-femme, p. 5

Intervieweur : Mais comment tu pourrais décrire ça le rôle qu'elle a eu avec toi particulièrement? Pendant la grossesse là.

Père: Elle nous a fait réfléchir tu sais comme quoi que nos rôles en tant que homme et femme si on veut, deviendraient beaucoup plus père et mère. Ça fait qu'on va : on va former plus un ensemble en ayant : [...] elle a donné pas mal de : tout ce qui arrivait si on veut dans la vraie vie là.

Fait intéressant, plusieurs pères – peu importe le suivi – ont relevé, parfois à plusieurs reprises, que leur rôle était différent ou complémentaire de celui de la mère. Certains le faisaient plus ou moins consciemment, en associant à chacun des rôles parentaux des caractéristiques différentes, et d'autres le disaient beaucoup plus clairement, comme le laisse voir l'extrait suivant :

Extrait 9 : Sylvère, suivi sage-femme, p.13

Intervieweur : Ok. Et, qu'est-ce... Comment, toi, tu vois ton rôle de père, actuellement ? Ou comment tu le définirais ?

Père : Bien je le vois comme mettons aider ma femme à combler les besoins de la petite, puis après ça, c'est dans le fond moi j'essaie d'être le meilleur père de : exemple de famille, puis aussi de : comme : de m'en occuper, puis de la... Tu sais, de lui faire découvrir des choses que ma femme (inaudible) les choses que toutes les femmes font pas bien des fois : tu sais, on a comme tout le temps des façons différentes, là. Puis des fois : puis comme moi je joue plus avec, je la fais sauter, je lui fais comme des petits : des affaires de même, là, elle trouve ça drôle.

Cet extrait est tout à fait en accord avec la théorie de la différenciation parentale qui postule que les pères jouent des rôles spécifiques auprès de leurs enfants, et ont du coup des comportements sensiblement différents de ceux de la mère (Le Camus, 2000 ; Parke, 2002). Dans cette optique, les « parents développent des « spécialités », c'est-à-dire qu'un parent [est] plus engagé dans certains domaines des soins et de l'éducation de l'enfant, alors que son coparent [l'est] dans d'autres domaines » (Gagnon et Paquette, 2009 : 128). Notamment, on sait que les pères vocalisent moins, sont moins affectueux, moins sensibles, moins réconfortants et qu'ils font plus de jeux physiques et déstabilisants que la mère (Frascarolo, 1997 ; Frodi *et coll.*, 1983 ; Lamb *et coll.*, 1982).

La différenciation parentale est d'ailleurs souhaitable puisque le développement des enfants en bénéficie (Zaouche-Gaudron, Ricaud et Beaumatin, 1998). Elle est toutefois contestée par certains chercheurs, qui considèrent que les rôles maternel et paternel sont plutôt semblables (Lamb, 1981 ; Lamb et Tamis-LeMonda, 2004 ; Lewis et Lamb, 2003 ; Ruddick, 1995) ; on parle alors d'« équivalence parentale » (Gagnon et Paquette, 2009 : 124), de « couple parental » (Hurstel, 1996) ou de « partenaires parentaux interchangeables » (Dienhart, 1998).

5.2 Un rôle paternel situé dans le temps

On l'a vu, le rôle et la place du père dans nos sociétés sont en pleine mutation (Dulac, 1993; Casper et O'Connell, 1998 ; Ouellet et Forget, 2003) : « l'évolution de la société québécoise a provoqué des changements dans la façon d'exercer le rôle de parent. Les pères sont passés d'une situation dans laquelle leur rôle était bien défini à une situation où ils doivent souvent définir eux-mêmes les comportements qui y sont associés. » (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008 : 67). Ces changements se reflètent concrètement dans les discours des pères lorsqu'ils abordent la question de leur rôle :

Extrait 10 : Mathieu, suivi médecin, p.13

Intervieweur : Puis vous, en tant qu'observateur en tant que papa de cette cellule-là [la dyade mère-enfant] comment est-ce que vous vous sentez ?

Père : Pas jaloux, pas du tout : je pense que mon rôle : le rôle n'est pas le même au même moment.

Intervieweur : Ok. Ce serait quoi votre rôle ?

Père : Bien là ça varie beaucoup hein (4 sec.) Ce n'est pas défini comme rôle. Ce que la mère enseigne à l'enfant, puis ce que le père enseigne à l'enfant, c'est deux choses différentes. Puis : je n'arrive pas à mettre la main sur : sur ce que c'est : sur le rôle de chacun exactement là. Mais, je vais le savoir je pense dans les cinq prochaines années sur l'éducation parentale. <Ok.> Et du rôle de chacun des parents je ne pense pas que c'est quelque chose que tu peux définir

On peut remarquer plusieurs choses dans l'extrait précédent. D'abord du point de vue discursif, on voit que le père a beaucoup de difficulté à formuler sa pensée quant à son rôle de père. Notamment, les hésitations et les pauses sont fréquentes, et les formulations parfois bizarres (« je vais *le* savoir je pense dans les cinq prochaines années *sur* l'éducation parentale »). Aussi, il change la formulation de sa réponse au début de l'extrait alors que l'intervieweur lui demande comment *il* se sent : il semble vouloir répondre de façon adéquate en commençant par dire comment il se sent (« pas jaloux »), puis semble vouloir appuyer sa réponse en voulant décrire son rôle, et enfin se ravise et parle plutôt « du rôle », ce qui l'engage moins personnellement (« mon rôle : le rôle n'est pas le même au même moment »). Du point de vue du contenu, ce père décrit son rôle comme étant difficile à définir, comme étant différent de celui de la mère, mais aussi comme étant en mutation selon l'âge de l'enfant. Il n'est pas le seul : lorsque les

pères tentent de définir ce qu'est leur rôle, la moitié d'entre eux font spontanément une distinction entre différentes périodes de la vie de leur enfant. Ainsi, même si la question de l'intervieweur leur est posée au présent (par exemple, « Selon vous, quel est le rôle du père auprès d'un bébé allaité ? »), ils sont nombreux à ajouter un complément au passé composé, à l'imparfait ou au futur à leur réponse. Leur réponse prend alors la forme suivante : « Mon rôle *est* X, *mais avant c'était* Y et *plus tard, ce sera* Z ». La perception de changement du rôle selon l'âge des enfants évoquée par les pères a notamment été étudiée par Barnett et Baruch (1987) et McBride *et coll.* (2004), mais les chercheurs en arrivent à des résultats contradictoires : les premiers remarquent que les pères participent davantage aux soins des enfants en bas âge, alors que les seconds observent plutôt que les hommes se sentent davantage impliqués auprès des enfants plus âgés. Mais dans une étude comme dans l'autre, on remarque néanmoins des changements d'ordre temporel.

Ainsi, après avoir scruté la façon dont les pères perçoivent leur rôle, voyons maintenant comment ils le situent dans le temps. Pour mener ces analyses, nous avons repris le même sous-corpus, mais nous avons focalisé sur la dimension temporelle. L'analyse de ces différents « moments » de la paternité se révèle intéressante, car elle met en évidence une opposition entre un investissement concret, tangible (le passé – récent puisque l'enfant n'est âgé que de quelques mois au moment de l'entrevue – et le présent) et un investissement à construire (le futur). Les passages dans lesquels les pères parlent de leur rôle auprès de leur enfant ont donc été classés suivant le moment

évoqué : accouchement (passé), les premiers mois (présent), après l'allaitement (futur).

Les résultats de ce classement apparaissent au tableau 4.

Tableau 4

Évocation du rôle de père selon la période de la vie de l'enfant

Pères	À l'accouchement	Les premiers mois	Après l'allaitement
Suivi médecin			
<i>Mathieu</i>	X	X	
<i>Maxime</i>		X	
<i>Martin</i>		X	X
<i>Marc</i>	X	X	X
<i>Michel</i>	X	X	X
Suivi sage-femme			
<i>Stéphane</i>		X	
<i>Sylvain</i>		X	
<i>Steve</i>	X	X	
<i>Samuel</i>		X	
<i>Sylvère</i>		X	
Nombre total de pères évoquant chaque période	4	10	3

Le tableau 4 montre que les pères se situent principalement dans les premiers mois (« au présent »¹⁵) lorsqu'ils évoquent leur rôle de père, et pas dans le passé ou le futur et ce, tous suivis confondus. La différence que semble avoir le suivi prénatal sur la façon dont les pères situent leur rôle dans le temps ressort toutefois nettement de l'analyse : alors que les pères au suivi sage-femme se concentrent presque exclusivement sur le présent (quatre pères sur cinq), les pères au suivi médecin évoquent presque tous (quatre pères

¹⁵ Rappelons-nous que les entrevues ont été réalisées lorsque les bébés avaient plus ou moins dix mois ; les pères racontent donc ce qu'ils viennent tout juste de vivre et, pour la plupart, vivent toujours.

sur cinq), en plus du présent, le passé ou le futur – ou les deux. Ces derniers sont d'ailleurs les seuls à évoquer le futur (trois sur cinq), et ils avaient tous souligné que leur rôle les premiers mois était assez passif ou accessoire ; le rôle qu'ils se voyaient prendre dans l'avenir était plus en interaction directe auprès de leur enfant.

Lors de l'entrevue, aucun père (tous suivis confondus) n'a parlé de son rôle durant la grossesse, mais 40 % d'entre eux ont parlé de celui qu'ils ont tenu durant l'accouchement, et 30 % ont fait une distinction entre leur rôle des premiers mois versus celui qu'ils tiendront plus tard. Cette différence semble être due principalement à deux facteurs connexes. Premièrement, certains pères voient un changement lorsque le bébé ne boira plus au sein ou du moins, qu'il mangera des aliments solides ; pour eux, s'occuper de l'enfant est intimement lié à l'alimentation de celui-ci. L'alimentation revêt ainsi une signification symbolique : « nourrir l'enfant soi-même est perçu comme alimenter la vie de cet enfant. Chez certains pères, le temps entre l'accouchement et le passage au biberon semble un temps de plus ou moins grand retrait, d'attentes ponctuées de tâches instrumentales comme le changement de couches, le déplacement du coussin pour l'allaitement, par exemple » (deMontigny *et coll.*, 2007 : 35). Certains pères ressentent même jusqu'à un sentiment de rejet et d'exclusion de la dyade mère-enfant lors de l'allaitement (Gamble et Morse, 1993), qui constitue alors une barrière à l'accès à l'enfant (Jordan et Wall, 1990 ; Littman, Medendorp et Goldfarb, 1994). Le discours qui suit témoigne de cette façon de voir :

Extrait 11 : Marc, suivi médecin, p.12

Intervieweur : [...] Donc selon vous, c'est quoi le rôle du père auprès d'un bébé allaité ?

Père : Bien moi je dis que c'est le : c'est plus auprès de la mère qu'auprès du bébé. Comme je disais tantôt c'est de : le père y est là pour soutenir la mère qui va mieux s'occuper de l'enfant fait que c'est l'enfant qui est regagnant [pause dans l'enregistrement : changement de cassette] Fait que non c'est ça moi je pense si : si tu donnes un bon soutien à la mère, la mère va mieux soutenir puis s'occuper de l'enfant fait qu'à ce moment-là : c'est sûr que l'enfant est regagnant, moi c'est à ce niveau-là que je le vois, parce quand bien même je dirais « eye je vais m'occuper de l'enfant puis je vais prendre l'enfant puis je vais tout le temps être après l'enfant » bien **tu ne réponds pas aux besoins de l'enfant parce que ce n'est pas de toi qu'il a besoin parce que la mère elle allaité, fait que l'enfant c'est de la mère qu'il a besoin.**

Comme d'autres pères, Marc perçoit clairement l'allaitement comme une barrière, comme le montre la dernière phrase de l'extrait. Deuxièmement, certains pères rapportent l'idée que le rôle du père commence concrètement plus tard, lorsque l'enfant est plus vieux. Ce n'est alors pas tant l'alimentation qui est en cause, mais plutôt les interactions et les jeux physiques. Dans l'ensemble des services et organismes qui se consacrent à la famille, l'idée prédominante « veut que le jeune enfant [ait] surtout besoin de sa mère et que les pères sont souvent absents de la vie de l'enfant, ou du moins très difficiles à rejoindre et à impliquer » (Ouellet et Forget, 2003 : 224). Ce message est très présent dans le discours des pères :

Extrait 12 : Marc, suivi médecin, p.10

Intervieweur : Est-ce que ça vous a manqué ?

Père : Parce que là j'aurais pu me lever la nuit : bah me lever la nuit ? Non. *Rire du père*

Intervieweur : Je veux dire cette proximité avec elle [le bébé].

Père : Non parce que moi je juge comme j'ai dit tantôt, l'enfant c'est pas le père qu'il a besoin dans les débuts de sa vie, c'est la mère puis le père il est là plus secondaire puis moi juste la beauté de voir Sylvie allaiter et de voir que tout va bien, regarde juste ça : c'est : c'est suffisant puis il n'y a pas de problème. Là je me rattrape beaucoup parce que là justement on a fait la coupure puis là on voit la petite est pas plus à l'aise avec moi, mais tu sais papa ou maman il n'y a plus de différence là puis euh : **là elle commence à bouger, elle commence à se déplacer puis c'est plus là que mon rôle intervient puis que là je commence beaucoup à m'en occuper puis bon on va à l'extérieur et on bouge beaucoup ensemble puis euh : moi je trouve c'est plus là.**

Certains pères rapportent aussi ce discours, qui leur aurait été tenu par d'autres hommes :

Extrait 13 : Michel, suivi médecin, p.28

Père : Bien, j'ai eu des commentaires par des amis qui ont vécu ça : il y en a eu certains qui m'ont fait rire. Bien tu sais, qui sont :

Intervieweur : Par exemple ?

Père : Bien, du genre : je ne sais pas moi, je me disais que ce n'était pas nécessairement la solution à prendre. J'ai un ami qui m'a fait rire, il dit « Ah Michel, tu sais, la première année, ce n'est pas : l'homme n'a pas sa place vraiment » Donc tu sais c'est : nous, on voyait vraiment bien que tu sais pour lui, l'allaitement il ne s'en est pas vraiment: soucié, tout ça [...] Lui aussi d'ailleurs, c'est ce qu'il disait, il dit « ton rôle apparaîtra beaucoup plus tard », dans le sens, bien, à deux, trois ans, au moment où il y a plus de possibilités... Bien, l'enfant marche, il court, là, c'est là que t'interviens, tu sais.

Si on a pu voir dans la première partie de ce chapitre que les pères associent des caractéristiques très différentes au rôle paternel selon le suivi de grossesse dont ils ont bénéficié, on a pu remarquer ensuite qu'il en est de même pour leur façon de situer ce rôle dans le temps. Dans le chapitre suivant, nous présentons les différences liées aux perceptions qu'ont les pères des personnes qu'ils côtoient durant la période périnatale, toujours en tenant compte du suivi reçu.

CHAPITRE VI

LE PÈRE PARMI LES AUTRES

Dans le chapitre précédent, nous avons vu la façon dont les pères perçoivent leur rôle et leur engagement auprès de leur enfant. Dans le présent chapitre, nous observons plutôt la façon dont les pères se perçoivent et se positionnent par rapport aux autres, un processus important puisqu'il tient compte « de la dynamique identification/différenciation ou inclusion/exclusion à la base de la construction identitaire » (Turbide, Vincent et Laforest, 2008 : 77). Le discours d'un individu sur l'altérité est ainsi une porte ouverte sur son identité, celle-ci étant définie par Dorais comme « la façon dont l'être humain construit son rapport personnel avec l'environnement » (2004 : 2). En bref, l'individu construit son identité lorsqu'il entre en contact avec ce et ceux qui l'entourent, notamment en s'y identifiant ou en s'en différenciant.

Nous avons d'abord analysé la façon dont les pères se désignent (donc s'identifient) en distinguant les moments où ils parlent au « je » de ceux où ils parlent au « nous », pour ensuite définir qui est exactement ce « nous ». Cette analyse des pronoms

personnels de première personne n'a pas donné de résultats particulièrement significatifs, c'est pourquoi nous ne les présentons pas ici. Simplement, disons que les pères utilisant le « je » et le « nous » (le « nous » incluant la variante « on », très utilisée à l'oral) dans les proportions respectives d'environ 40 % et 60 %, quel que soit le suivi de grossesse reçu. Dans la très grande majorité des cas et peu importe le suivi reçu, le pronom collectif désignait les parents ou la triade familiale¹⁶. Il n'y a donc pas de « nous (les jeunes pères) » ou de « nous (les hommes) » qui auraient pu nous donner des indices des groupes auxquels les pères s'identifient par rapport à d'autres groupes dont ils se distancient.

En revanche, nous avons pu concentrer nos efforts sur la dynamique identification/différenciation en utilisant une autre méthode. Nous avons ainsi vérifié de quelle façon les pères perçoivent ceux qui l'entourent, d'abord puisqu'il est évident que la façon dont on dépeint les autres ne peut être dissociée de notre sens moral et de nos valeurs. Mais plus encore, si on sait que l'identification à un groupe fait partie prenante du développement identitaire, il n'en reste pas moins que cette identité collective détermine nos opinions et discours sur les autres, tout en ayant un impact sur la manière

¹⁶ Dans une étude ultérieure, et à partir d'un plus grand corpus, il demeurerait toutefois intéressant de vérifier dans quelles proportions les pères s'incluent dans des activités dont le sens immédiat réfère aux actions posées par la mère : « on a allaité », « on a accouché », etc. Nous avons retrouvé quelques cas de ce genre (ex : « Le fait *qu'on ait pu allaiter* et que ça a bien été bien [...] Je pense qu'élever un enfant quand tu es en couple c'est les deux ensemble, ça se fait à deux. [...] Oui, *on a accouché et on a allaité*. C'est parce que j'étais là et que j'étais présent », Marc, suivi médecin, p. 13), intéressants, mais peu nombreux. Nous avons également remarqué que certains pères s'auto-correctent immédiatement, comme dans l'extrait suivant : « À la Maison des naissances en fait, après le plateau, *on l'a allaité*. Bien... *Joannie l'a allaité*, puis, après ça, ç'a été le dodo », Stéphane, suivi SF, p.6).

dont on se comporte auprès d'eux. Ainsi, l'identification à un groupe amène la possibilité de créer des alliances comme des exclusions avec l'altérité (Blommaert et Verschueren, 1998 : 24). Ainsi, on perçoit davantage comme alliées les personnes qui nous ressemblent, alors qu'on a tendance à percevoir plus négativement les personnes plus différentes de nous-mêmes. L'extrait suivant montre très bien cette tendance :

Extrait 14 : Marc, suivi médecin, p.12

Intervieweur : Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui vous ont aidé dans ce processus-là ?

Père : À l'hôpital il y a eu les infirmières. Il y a eu une infirmière en particulier qui a été beaucoup avec nous, **elle avait notre âge** et elle nous a donné vraiment de bons conseils. On l'a bien aimée, son approche, sa façon. **Elle avait un peu les mêmes pensées que nous, la manière de procéder.** Ça a été des bons conseils de départ.

Alors que le discours de Marc est très explicite (en gras dans l'extrait), les processus d'identification et de différenciation ne sont évidemment pas toujours présentés aussi clairement. Toutefois, que ces processus soient clairement énoncés ou non, il n'en demeure pas moins que le classement que fait le père des gens autour de lui (semblables ou différents, adjoints ou opposants) est extrêmement révélateur de sa construction identitaire. Nous supposons que les pères, au travers du suivi prénatal dont ils ont bénéficié, ont acquis certaines valeurs qui les font s'identifier à un type de père particulier ; de ce fait, le regard qu'ils posent sur les autres est teinté de cette identité paternelle qu'ils ont développée. Au final, les perceptions du rôle paternel et la façon

dont le père perçoit les autres sont ainsi intrinsèquement liées, c'est-à-dire que les pères forgent leur opinion du rôle paternel grâce aux contacts qu'il ont avec les autres, et inversement.

Afin d'évaluer la signification que prennent pour les pères tous ceux qui jouent un rôle dans leur histoire périnatale, de la grossesse à la période postnatale, nous avons répertorié toutes les fois où le père fait mention d'autres personnes : médecins et sages-femmes certes, mais aussi le personnel hospitalier, les aides natales, les intervenants des centres de ressource en périnatalité, etc. Nous avons dû abandonner l'idée de vérifier les perceptions liées à **la conjointe** pour des raisons de méthode : comme les entrevues avaient lieu au domicile familial, les conjointes étaient en très grande majorité présentes. Même si celles-ci ne se trouvaient pas nécessairement dans la même pièce, il est évident que ça ne créait pas un lieu propice pour des confidences les concernant.

Nous avons effectué ensuite une recherche automatique dans les transcriptions du corpus à partir de tous les mots retenus lors du premier dépouillement afin de s'assurer qu'aucune séquence n'avait été oubliée. Les mots suivants ont été recherchés : *sage-femme, médecin, infirmière, aide-natale, famille, proche, marraine d'allaitement, société, ami, voisin, mère, père, sœur, frère, personnel, employé, monde, gens, marraine, centre, organisme, étudiant, naturopathe*. Encore une fois, les mots demandés pouvaient avoir subi une variante. Des extraits répertoriés, nous avons conservé tous ceux qui

présentaient un participant ayant aidé ou nui à l'harmonie familiale et ce, à partir de notions issues du schéma narratif de Greimas (tel que présenté au chapitre III). Pour les besoins de la cause, nous avons choisi d'observer si des différences émergeaient de l'axe du pouvoir selon le suivi prénatal dont ont bénéficié les pères; nous avons ainsi porté une attention particulière aux adjuvants et aux opposants en neutralisant les autres actants. Pour chaque récit de vie paternel (10 au total, donc), nous avons considéré les parents comme étant les sujets, l'objet de la quête étant l'harmonie familiale (papa-maman-bébé); l'émetteur est le principe d'harmonie, et le destinataire est la famille.

Comme on l'a dit, un actant n'est pas nécessairement un personnage ; dans le cas qui nous intéresse, l'émetteur est le concept d'harmonie. Dans le cadre de cette étude, nous avons toutefois choisi de sélectionner uniquement les adjuvants et opposants constituant des entités humaines. Par exemple, la fatigue n'a pas été comptabilisée comme un opposant, ni un congé parental comme un adjuvant. Ce choix est directement lié à notre problématique ; nous souhaitons observer de quelle façon le père perçoit les personnes qui l'ont accompagné durant la période périnatale puisqu'on connaît l'importance de se positionner face aux autres lors de la construction identitaire (Turbide, Vincent et Laforest, 2008 : 77). Enfin, les séquences dans lesquelles la personne ne jouait pas de rôle actantiel, comme on le voit dans l'exemple 14, ont été éliminées :

Extrait 15 : Stéphane, suivi sage-femme, p.27

Définitivement, je le fais à l'école aussi [parler de son vécu]. Il y a des : je suis entouré de beaucoup de jeunes profs. Des femmes <Ouais> qui veulent avoir des enfants, puis à chaque fois, moi, la première chose c'est « Va voir à la Maison des naissances, va assister à la première rencontre. ».

Dans cet extrait, le groupe constitué par « les jeunes profs » n'est que figurant puisqu'il ne joue aucun rôle actantiel, n'influencant pas la quête du sujet (c'est-à-dire l'harmonie familiale). Nous avons également laissé tomber les adjuvants et opposants imaginés. Par exemple, si un père ayant vécu un accouchement avec sage-femme en maison de naissance évoquait l'attitude potentielle du personnel lors d'un accouchement en centre hospitalier (alors que cet événement n'a pas eu lieu), la séquence n'était pas retenue. Dans la sémantique structurale de Greimas, on remarque par ailleurs qu'un même personnage peut, à divers moments du récit, être défini par des comportements et des qualités tout à fait différents, et qu'inversement des personnages différents se trouvent chargés du même rôle. Comme une personne peut ainsi représenter plus d'un actant, nous avons conservé toutes les séquences qui présentent un actant, que cette personne ait déjà été retenue comme actant ou non.

Nous avons retenu au total 122 séquences concernant les adjuvants et opposants à la quête des parents. Quarante-cinq d'entre elles ont été relevées dans le discours des pères ayant eu un suivi avec un médecin, et les soixante-dix-sept autres, dans le discours des pères ayant eu un suivi avec une sage-femme.

Les actants répertoriés sont les suivants : médecins, sages-femmes, membres de la famille, amis, voisins, collègues, société (sans précision), praticiens de médecine alternative, marraines d'allaitement et autres personnes œuvrant dans un centre de ressources en périnatalité, membres du personnel du lieu de naissance (c'est-à-dire les aides natales pour les accouchements en maison de naissance, et majoritairement des infirmières pour l'hôpital). Tous les actants ont été regroupés en trois catégories : les professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, praticiens de médecine alternative, membres du personnel du lieu de naissance), les membres d'organismes communautaires (marraines d'allaitement et autres personnes œuvrant dans un centre de ressources en périnatalité) et les non-professionnels (les proches et la société).

Nous avons classé ces actants selon la perception qu'en a le père, soit adjuvants ou opposants. Les individus ou groupes présentés comme aidants ou qui font du moins l'objet d'une évaluation positive ont été classés adjuvants ; à l'inverse, les individus ou groupes présentés comme non aidants (alors qu'ils auraient pu ou dû l'être) ou qui font l'objet d'une évaluation négative par les pères ont été classés opposants.

Nous avons inclus une catégorie « rôle thématique » afin de distinguer les composantes narratives des composantes thématiques. Alors que le rôle actantiel se situe au niveau du fonctionnement du récit (c'est une composante narrative), le rôle thématique se situe au niveau du contenu et « permet de véhiculer du sens et des valeurs. De fait, la signification d'un texte tient en grande partie aux combinaisons entre rôles actantiels et rôles thématiques » (Jouve, 2001 [1997] : 53). Cette catégorie, qui facilitera la compréhension de l'action qu'effectue la personne ou le groupe pour devenir adjvant ou opposant, comprend diverses possibilités : « le moyen lui-même, par lequel une fonction se réalise, peut changer : il s'agit d'une valeur variable » (Propp, 1970 [1928] : 201). Les rôles thématiques possibles, déterminés à partir du corpus, sont les suivants :

A. Il était question de *communication* lorsque celle-ci était considérée bonne ou mauvaise avec l'actant :

(1) [À l'hôpital] *on m'expliquait un peu ce qui se passait, mais quand tu n'as pas les connaissances médicales tu dis ok... mais ça ne veut rien dire pour moi.* (Mathieu, suivi médecin, p. 3)

B. Le lien de *confiance* avec l'actant était parfois remis en question, et était souvent lié à la compétence de l'actant :

(2) [À la pédiatre :] *"T'es-tu vraiment professionnelle ou tu l'es pas ou...? C'est quoi, là? Dans le fond, c'est quoi être pédiatre, aussi?"* (Sylvain, suivi sage-femme, p. 18)

C. La *disponibilité* de l'actant semblait aussi jouer un rôle important dans la relation avec celui-ci :

(3) *On a appelé là... Des millions de fois là < Ouais ouais > Mais à chaque fois on avait toujours un suivi un rappel* (Stéphane, suivi sage-femme, p. 11)

D. Le *caractère humain* a été rapporté, souvent lors d'une comparaison entre deux actants :

(4) *Puis comme je dis, la gynécologue avant ou pédiatre, actuellement, c'est pas : c'est pas des amis, c'est des professionnels. Point. [...] C'est comment je pourrais dire ça, [les sages-femmes] c'est des amies, là.* (Samuel, suivi sage-femme, p. 28)

E. L'*humeur* positive ou négative a joué un rôle dans la perception des pères :

(5) *Mais, la femme qui était là était vraiment, mais vraiment mais absolument pas sympathique, donc... Mais, ça, ça s'est moins bien passé.* (Michel, suivi médecin, p. 8)

F. Le *soutien* apporté par les actants a joué un rôle dans la perception qu'en avaient les pères :

(6) *La première nuit une fois que le bébé était là c'est ma belle-mère qui est venue me remplacer si on veut parce que moi j'étais plus fatigué que ma blonde.* (Maxime, suivi médecin, p. 3).

G. La *place faite au père* – ou l'absence de place faite au père – a également été rapportée :

(7) *C'est sûr qu'il y a plusieurs fois dans ses rencontres-là que je trouvais que j'avais pas assez de place.* (Steve, suivi sage-femme, p. 2)

H. La *pression* mise sur les parents pour l'allaitement a été perçue de façon négative par les pères :

(8) *Donnez-nous des alternatives, peut-être une pause de quelques jours. Plutôt que de nous dire "continuez, continuez c'est le plus beau moment de votre vie".* (Martin, suivi médecin, p. 2)

I. Les *visites* des proches ont été reçues de façon antinomique, parfois positivement, parfois pas :

(9) *On savait qu'on avait une liste de visiteurs aussi à accueillir <OK> on répétera pas comme erreur ça la deuxième fois mais bon <OK> ouais, parce que c'est trop épuisant là.* (Stéphane, suivi sage-femme, p. 8)

J. Le *statut social* d'un proche semblait aussi pouvoir avoir un impact sur la perception d'aide:

(10) *Non mais il y a une de ses amies qui est marraine d'allaitement pour je ne sais pas quel organisme alors elle lui a demandé quelques trucs.* (Sylvain, suivi médecin, p. 4)

K. Enfin, les *conseils* ont été beaucoup mentionnés autant pour leur présence que leur surabondance, ou alors pour leur piètre qualité :

(11) *C'est pour ça qu'on n'a pas vraiment besoin d'aller à l'extérieur. On sent que proche de nous autres on a l'information qu'il faut, on se donne beaucoup de conseils.* (Marc, suivi médecin, p. 8).

Nous avons également observé deux autres critères : le caractère *actif* ou *passif* de l'actant, et le caractère *conscient* ou *inconscient* de son action. Ainsi, un actant potentiellement adjuant a pu devenir opposant à cause de son action (auquel cas il est actif) ou au contraire, de son inaction (auquel cas il est passif), lors d'un moment précis. Le contraire, c'est-à-dire un actant potentiellement opposant qui deviendrait adjuant, ne s'est pas présenté, pour une raison fort simple : si les opposants sont légion dans les récits littéraires de tous types, dans la réalité, personne n'est mandaté pour nuire à l'harmonie d'une jeune famille... de fait, il n'y avait de prime abord aucun actant potentiellement opposant. Ainsi, une infirmière est un adjuant possible, mais si elle ne répond à aucune question, elle nuit à l'harmonie familiale ; elle devient opposante

passive, sa non-action nuisant à la quête des sujets. Nous avons également vérifié si l'action commise par l'actant était consciente ou non, c'est-à-dire si l'actant est intentionnellement devenu adjuant ou opposant : « un actant anthropomorphe remplira consciemment ou non son rôle. Ainsi, un personnage peut ne pas savoir qu'il est adjuant, destinateur, etc., relativement à telle action » (Hébert, 2006). De manière somme toute assez prévisible, tous les actants s'étant avérés opposants l'ont été de façon inconsciente. Évidemment, à moins de circonstances hors du commun, personne ne souhaite consciemment nuire à l'harmonie d'une jeune famille, de la même façon que ceux qui agissent dans le but de les aider le font consciemment¹⁷.

Afin de rendre le classement effectué un peu plus concret, voyons l'extrait suivant, dans lequel un père rapporte que le fait que ses parents ne soient pas venus leur rendre visite les a rendus non-aidants (alors qu'ils auraient pu l'être), bien que ce n'ait probablement pas été volontaire de leur part. Cet extrait a donc été classé comme suit : proches, opposants, passifs, inconscients, rôle thématique de visiteur.

¹⁷ Mis à part les adjoints dont le rôle thématique était lié au statut puisque dans ce cas, l'adjoint est alors inconscient de sa bonne action. Par exemple, un père rapporte : « La sœur de [ma conjointe] qui est pédiatre, donc : elle était là, aussi, pour ajouter un élément qui contribuait au fait qu'on ait décidé, elle et moi, d'allaiter. », Michel, suivi médecin, p.5. Dans cet extrait, le père mentionne que le fait que sa belle-sœur soit pédiatre a contribué au choix d'allaiter l'enfant. Ainsi, cette personne a joué un rôle d'adjoint de façon tout à fait inconsciente puisque c'est uniquement son statut social qui a influencé le couple à faire un choix santé ; si l'allaitement avait été promu par une sœur non-professionnelle de la santé, il semble que ce qu'elle pense ou promeut aurait eu une moindre importance.

Extrait 16 : Samuel, suivi sage-femme, p.21

Père : Fait que... (Inaudible.) ...mais c'aurait été le fun avoir plus d'aide, mais...

Intervieweur : Qu'est-ce que t'aurais aimé pour toi, là-dedans, cette expérience-là ?

Père : Je pourrais pas te dire, c'est... Non, j'ai été peut-être déçu de... De mes parents... (Silence.) C'est sûr, ils aiment pas ça se rendre à Québec, mais... C'est comme... Aller faire juste un petit tour, au pire aller, là, tu sais, pas besoin de rester là douze heures plus tard. Aller faire un tour, aller changer les idées à ma femme, moi, je travaillais, ça fait que... C'était pas... C'était pas évident.

Nous ne reviendrons pas sur les catégories actif/passif et conscient/inconscient puisqu'elles n'ont pas donné lieu à des résultats clairement différenciés. Toutefois, il était important de les présenter afin de mieux comprendre de quelle façon les données ont été analysées.

6.1 Résultats

D'abord, voyons de quelle façon les pères perçoivent les personnes gravitant autour de leur cellule familiale et ce, sans égard au professionnel de la santé ayant effectué le suivi périnatal. D'abord, 30,3 % des actants sont perçus comme opposants, et 69,7 % comme adjuvants.

Tableau 5

Les perceptions de soutien selon le suivi prénatal reçu (en %)

Perception	Suivi sage-femme (n = 77)	Suivi médecin (n = 45)	Total (n = 122)
Adjuvant	72,7	64,4	69,7
Opposant	27,3	35,6	30,3
Total	100	100	100

n = nombre total d'extraits référant à un actant

Lorsque l'on sait l'importance de la période périnatale dans l'évolution de la famille, il est positif de constater que les pères considèrent être majoritairement entourés d'adjuvants. Notons que les pères au suivi sage-femme semblent se sentir mieux entourés ; ils comptent 72,7 % d'adjuvants, versus 64,3 % pour les pères au suivi médecin.

6.1.1 Les adjuvants

Si la perception générale du soutien reçu durant la période périnatale semble similaire dans les deux groupes de pères, l'analyse des personnes dispensatrices de soutien se révèle quant à elle particulièrement différenciée selon le suivi prénatal dont ont bénéficié les pères. Le tableau 6 présente tous les adjuvants mentionnés selon leur statut :

Tableau 6

Les adjuvants selon le suivi prénatal reçu (en %)

Statut	Suivi sage-femme (n = 56)	Suivi médecin (n = 29)
Professionnels de la santé	78,6	34,5
<i>Sage-femme</i>	64,3	–
<i>Personnel lieu de naissance</i>	12,5	34,5
<i>Praticien médecines alternatives</i>	1,8	–
Membres d'organismes communautaires	1,8	13,8
<i>Membre non précisé</i>	1,8	–
<i>Marraine d'allaitement</i>	–	13,8
Non-professionnels	19,6	51,7
<i>Proches</i>	19,6	51,7
Total	100	100

n = nombre total d'extraits référant à un adjuant

Notons d'abord que les résultats de notre analyse corroborent en très grande partie ceux de l'étude de Bell *et coll.*, selon laquelle un environnement favorable à la poursuite de l'allaitement maternel (un aspect évidemment lié à l'harmonie familiale) se traduit par le soutien et l'encouragement fournis à la fois par *les proches*, par *l'infirmière* du CLSC, *l'intervenante de la ligue La Leche* (qui fournit des services des marraines d'allaitement dans certaines régions), *la sage-femme* et *le médecin* (2001 : 16). Seul ce dernier n'apparaît pas à nos données.

Les pères au suivi sage-femme désignent le plus souvent les professionnels de la santé comme adjuvants (78,6 %), alors que chez les pères au suivi médecin, ces professionnels ne représentent que le tiers des adjuvants (34,5 %); ces derniers désignent

ainsi les non-professionnels, soit les proches, comme étant leurs adjoints principaux (51,7 %). Ce sont les membres du personnel hospitalier, soit majoritairement des infirmières, qui se classent en seconde place (34,5 %). Notons également le bon pointage des marraines d'allaitement (13,8 %), qui n'ont par ailleurs pas été mentionnées par les pères au suivi sage-femme; ce fait est compréhensible puisque les sages-femmes se chargent du soutien à l'allaitement lors du suivi postnatal¹⁸. La sage-femme est l'adjoint le plus nommé par les pères ayant eu ce type de suivi (64,3 %); si les proches arrivent deuxième rang, ce n'est toutefois qu'assez loin derrière (19,6 %).

Les résultats montrent clairement que les pères dressent un tableau duquel ressort autant l'absence des médecins que la présence des sages-femmes. Corollairement, les autres employés des lieux de naissance ne revêtent alors pas la même importance aux yeux des pères. En effet, si quelques-uns ont parlé du travail des aides natales des maisons de naissances (trois des cinq pères au suivi sage-femme), tous les pères ayant eu un suivi avec médecin ont parlé du travail des infirmières lors du séjour en centre hospitalier. Ces pères semblent avoir eu peu de contacts avec les médecins, les infirmières étant presque entièrement responsables des soins entourant la naissance (mis à part ceux généralement effectués par le médecin : sortie du bébé et actes médicaux associés à la naissance).

¹⁸ Le taux d'allaitement exclusif est de 98% lors du séjour en maison de naissance (Décarie 2005), versus 52% pour l'ensemble du Québec, tous suivis confondus (Institut de la statistique du Québec, 2006). Si cette donnée peut être liée aux bienfaits du soutien offert par les sages-femmes, on ne peut ignorer le fait que les parents qui font le choix d'une sage-femme font du coup un choix d'accouchement plus naturel. Ce désir se poursuit sans doute au-delà la naissance de l'enfant, notamment à travers le mode d'alimentation de l'enfant.

Les raisons pour lesquelles les pères ayant eu une sage-femme comme professionnelle de la santé se souviennent surtout de celle-ci sont évidentes, puisque c'est elle qui assume la majeure partie des soins et qui donne les informations pertinentes aux parents. Présente tout au long de la grossesse, puis du début à la fin de l'accouchement, elle reste sur les lieux un minimum de trois heures après la naissance afin de s'assurer que la mère et le bébé vont bien ; c'est l'aide natale qui veille ensuite au soutien général (allaitement, repas, etc.) durant le reste du séjour. Par la suite, la sage-femme assure le suivi des six premières semaines postnatales, notamment en faisant trois visites à domicile au cours de la première de ces semaines. Par comparaison, l'organisation des soins en centre hospitalier fait en sorte que les parents rencontrent de très nombreux professionnels dispensateurs de soutien et d'informations, mais qui ne sont évidemment plus là dès le retour à la maison. Les Québécoises sont d'ailleurs les Canadiennes qui considèrent le moins que les professionnels de la santé représentent une source d'information prénatale et postnatale utile : 24,3 % pour le Québec versus une moyenne canadienne de 32,2 % pour l'information prénatale, et 17 % pour le Québec versus une moyenne canadienne de 29,4 % pour l'information postnatale (Agence de la santé publique du Canada, 2009 : 27, 219). Peu importe le suivi, les pères perçoivent les infirmières plutôt comme adjuvantes (suivi sage-femme 60 %, suivi médecin 55,5 %) ; nous y reviendrons lors de l'étude des opposants.

6.1.2 Les opposants

Si l'étude des adjuvants s'est révélée fort évocatrice, l'étude des opposants n'est pas en reste. Le tableau 7 présente tous les opposants mentionnés de la même façon que nous avons présenté les adjuvants au tableau 6.

Tableau 7
Les opposants selon le suivi prénatal reçu (en %)

Statut	Suivi sage-femme (n = 21)	Suivi médecin (n = 16)
Professionnels de la santé	76,2	62,5
<i>Médecin</i>	47,6	12,5
<i>Sage-femme</i>	14,3	–
<i>Personnel lieu de naissance</i>	14,3	50
Membres d'organismes communautaires	–	18,8
<i>Membre non précisé</i>	–	18,8
Non-professionnels	23,8	18,7
<i>Proche</i>	23,8	12,5
<i>Société</i>	–	6,2
Total	100	100

n = nombre total d'extraits référant à un opposant

Plusieurs choses sont à souligner en ce qui concerne les opposants nommés. D'abord, alors que les pères au suivi sage-femme avaient désigné le plus souvent les professionnels de la santé comme adjuvants (78,6 %), ils les désignent tout aussi majoritairement (76,2 %) comme opposants. L'explication se trouve évidemment dans

les précisions ; alors que la sage-femme représente 14,3 % des opposants¹⁹, les médecins en représentent quant à eux 47,6 %. Dans le cas des adjuvants, rappelons que la sage-femme représentait 64,3 % des actants, et que les médecins étaient absents du tableau.

Le fait que les médecins forment leur plus grand groupe d'opposants alors qu'ils n'arrivent qu'en troisième position chez les pères les ayant eus comme professionnels de la santé (12,5 %) est assez particulier ; les pères au suivi sage-femme en parlent d'ailleurs davantage (13 % des actants dont ils font mention sont médecins) que ceux ayant eu un suivi avec un médecin (seulement 4,4 % des actants mentionnés). Mais plus encore, dans tous les cas, le médecin campe le rôle d'opposant et ce, peu importe le suivi ; aucun des médecins présentés dans le corpus n'a été adjuant. Il est possible d'expliquer en partie ces résultats. Le médecin s'occupe du suivi prénatal, étant généralement absent en postnatal lorsque la mère en l'enfant sont en bonne santé ; on peut croire que si les entrevues avaient été menées durant la grossesse, les médecins auraient davantage été mentionnés par les pères ayant eu des suivis avec ceux-ci. Également, la moitié des mentions émises par les pères au suivi sage-femme font du médecin un opposant en raison de son côté humain qu'ils trouvent déficient. D'ailleurs, quatre des cinq mentions²⁰ à ce sujet étaient des comparaisons de parents ayant amorcé

¹⁹ La presque totalité des mentions de sages-femmes présentées comme opposantes viennent d'un père qui aurait aimé avoir autant d'attention que la mère lors du suivi : « dans le sens que la sage-femme parlait principalement avec Marielle, puis de ce qu'elle vivait, puis tout ça (xxx) elle me posait des questions mais : (xxx : bébé gazouille en arrière-plan.) des fois je trouvais que la sage-femme manquait d'intérêt envers moi là » (Steve, suivi sage-femme, p. 2).

²⁰ L'autre mention était une critique d'un père dont le bébé avait été hospitalisé suite à la naissance.

un suivi avec un médecin, mais s'étant retrouvés par la suite avec une sage-femme, accordant à celle-ci un côté particulièrement humain :

Extrait 17 : Sylvain, suivi sage-femme, p. 2

- Père :** On a été chanceux, on a eu un dernier : il y a une personne qui revenait, puis il y a eu un poste : une place pour le mois de mai, donc on a été capable d'avoir le suivi avec les sages-femmes, fait qu'on a pu voir la différence nous entre les médecins puis les sages-femmes.
- Intervieweur :** Ok. C'est quoi cette différence-là ?
- Père :** Bien c'est : les sages-femmes c'est des réunions : bien c'est des rencontres d'environ une heure <Ok> puis c'est vraiment : bon ok c'est : l'approche est plus humaine. Moi en tout cas j'ai trouvé là, j'en ai parlé à ma femme puis elle c'était ça aussi qu'elle pensait puis : c'est vraiment : ils prennent le temps de te demander «qu'est-ce que tu ressens, comment tu vois ça, t'as-tu des craintes t'as-tu des peurs» c'est vraiment au niveau personnel c'est beaucoup mieux.

L'extrait 17 est typique du discours des pères (et on peut supposer, des mères également²¹) ayant eu un suivi sage-femme : les pères justifient très fréquemment leur choix de professionnel de la santé lorsqu'ils sont suivis par une sage-femme, alors que ce phénomène est inexistant chez les pères au suivi avec un médecin. Cette justification se fait très souvent par le recours à la comparaison avec le parcours dit traditionnel. Enfin, indépendamment du suivi, des pères ont attribué au médecin un rôle d'opposant à

²¹ Lors d'une étude précédente (Normand, 2007), nous avions également observé cette propension à comparer sage-femme et médecin (ou alors, maison de naissance et centre hospitalier) lors de rencontres sages-femmes/clientes et ce, autant de la part des sages-femmes que des clientes.

cause d'un manque de communication ; c'est d'ailleurs le seul point qui leur ait été reproché par les pères au suivi médecin.

Le dernier 14,3 % des opposants professionnels de la santé mentionnés par les pères au suivi sage-femme est associé au personnel du lieu de naissance. Par contre, il n'est pas question ici des aides natales de la maison de naissance, mais bien d'infirmières rencontrées par les parents pendant la période postnatale, lors d'une hospitalisation de l'enfant. Du côté des pères au suivi médecin, les professionnels de la santé représentent 62,5 % des opposants, alors que ceux-ci ne représentaient que le tiers des adjuvants (34,5 %). La moitié des opposants est formée par des représentants du personnel hospitalier, donc par les infirmières : comme nous l'avons dit, l'étude des rôles thématiques fait voir que les pères n'accordent pas d'importance aux mêmes choses selon le suivi qu'ils ont eu. Ainsi, les pères au suivi médecin semblent donner davantage d'importance à la compétence et à la qualité des conseils, alors que les pères au suivi sage-femme ont principalement rapporté le dérangement et le côté humain – ces deux thèmes ont été présentés négativement, c'est-à-dire que le père qui en a fait mention n'a pas aimé être dérangé ni se sentir « comme un numéro »²² (Samuel, suivi sage-femme, p.19). Deux hypothèses peuvent expliquer le fait que les pères ne semblent pas sensibles aux mêmes aspects vis-à-vis du travail des infirmières selon le suivi prénatal reçu. En premier lieu, les pères au suivi médecin n'ont pas le même vécu d'accouchement et de postnatal immédiat : ces moments riches en émotions et en

²² Ceci corrobore encore une fois l'étude de deMontigny (2007), qui rapportait que les pères vivent des désagréments liés au dérangement par le personnel en centre hospitalier lors de moments intenses, ainsi que la sensation que leurs émotions ne sont pas prises en compte (31).

nouveauté créent sans doute des attentes particulières, notamment liées aux soins du bébé et à l'allaitement, d'où les rôles de « conseil » et de « compétence » évoqués. Les pères au suivi sage-femme n'ont pas ces mêmes attentes envers les infirmières, probablement puisqu'ils ne les ont pas côtoyées aux mêmes moments. Par contre, les thèmes liés au dérangement et au côté humain sont particulièrement évocateurs du suivi que ces pères ont reçu ; en effet, les sages-femmes priorisent la cellule familiale, l'*empowerment* des parents ainsi que le côté naturel – donc profondément humain – de la période périnatale. Le choc des horaires et autres protocoles du milieu hospitalier suivis par les infirmières ont ainsi dû leur paraître plus contraignants.

6.1.3 Comparaison entre adjuvants et opposants

Nous avons cru bon de présenter les principaux adjuvants et opposants dans un tableau distinct afin d'insister sur un résultat assez frappant, qui n'a peut-être pas émergé à la lecture des tableaux précédents :

Tableau 8

Adjuvants et opposants principaux selon le suivi prénatal reçu

Actant	Suivi sage-femme	Suivi médecin
Adjuvant principal	Sage-femme	Proche
Opposant principal	Médecin	Infirmière

Comme nous l'avions souligné, les pères au suivi sage-femme semblent se tourner vers leur professionnelle de la santé lorsque le besoin s'en fait sentir, alors que

les pères au suivi médecin se tournent vers des non-professionnels : leurs proches. Par ailleurs, les opposants des deux groupes de pères sont des professionnels de la santé que ceux qui choisissent un suivi traditionnel côtoient tout au long du processus, et qui sont en quelque sorte les piliers de l'approche médicale : les infirmières et les médecins.

Également, la multiplication des intervenants lors d'un suivi traditionnel ne se reflète pas par une quantité plus grande d'adjuvants, mais bien d'opposants. En effet, les pères au suivi médecin ont mentionné une plus faible variété d'adjuvants (trois) que les pères au suivi sage-femme (cinq), mais plus de catégories d'actants opposants (cinq, versus quatre pour les pères au suivi sage-femme). Il semblerait ainsi que la quantité d'intervenants rencontrés ne soit pas gage de qualité en termes de soins, en ce sens que si les pères au suivi médecin rencontrent habituellement un plus grand nombre d'intervenants durant ce processus, ceux-ci ne s'avèrent pas nécessairement aidants. Ou alors, on peut penser que les pères au suivi sage-femme nomment davantage de catégories d'adjuvants puisque certaines des personnes qu'ils côtoient ont été choisies délibérément afin de correspondre à leurs attentes (notamment : sages-femmes, praticiens de médecines alternatives, centre ressources) plutôt qu'imposés par le système médical.

Dans un autre ordre d'idées, le choix de ne pas classer les marraines d'allaitement avec les centres de ressources en périnatalité n'est pas arbitraire ; les pères

semblaient faire une distinction entre les deux. Les marraines semblent avoir été perçues en tant que personnes aidantes avec qui les parents ont tissé des liens, et en aucun cas les pères n'ont émis de mauvais commentaires à leur égard. Dans tous les cas, leurs actions ont été dépeintes comme aidantes. Par contre, les autres membres des centres ressources, présentés de façon globale (par exemple, « le centre ») et non pas selon des individus précis, ont été vus uniquement comme opposants par les pères au suivi médecin ; on leur reprochait d'avoir trop insisté par rapport à l'allaitement, cette insistance ayant été ressentie comme une pression sur les pères. L'extrait suivant décrit très bien ce sentiment :

Extrait 18 : Martin, suivi médecin, p.2

- Père :** Moi dans ma tête c'était très important d'essayer [l'allaitement]. Par contre, je ne voulais pas qu'on s'acharne s'il y avait des difficultés. Ce que j'ai trouvé un peu difficile avec *le centre* c'est qu'il faisait beaucoup la promotion et je trouvais que ça allait un petit peu plus loin à mon goût.
- Intervieweur :** Ils poussaient un peu trop.
- Père :** Oui. Parce que des fois c'était difficile, notre conjointe est en pleurs, elle a mal, elle est tannée, elle est fatiguée. Nous on est à côté et on ne peut pas faire plus, on ne peut pas prendre la relève. C'est difficile. C'est bien de supporter les gens, mais de les pousser...

En somme, l'étude des adjuvants et des opposants a permis de faire voir que le suivi de grossesse est intrinsèquement lié la façon de percevoir les individus extérieurs à la cellule familiale; autrement dit, le suivi prénatal reçu par le père a visiblement des conséquences sur la manière dont il perçoit les autres.

CONCLUSION

Au premier abord, l'objectif de cette étude était plus ou moins flou : nous souhaitions effectuer une analyse comparative de deux séries d'entrevues menées auprès de pères ayant bénéficié d'un suivi prénatal différent, à savoir avec supervision par un médecin ou par une sage-femme. À la simple écoute des entrevues, il apparaissait que les discours émis par les pères de chacun des groupes étaient forts différents : il restait à mettre le doigt sur cette différence, et à évaluer sa teneur et son ampleur. Ainsi, nous avons finalement choisi de sonder la construction de l'identité paternelle, c'est-à-dire que l'objectif fut de faire voir que le suivi prénatal dont ont profité les pères influe sur la façon dont ils développent par la suite leur identité paternelle. Pour ce faire, nous avons vérifié leurs perceptions du rôle paternel et des personnes qui gravitent autour d'eux au cours du processus périnatal.

Les résultats sur les perceptions du rôle paternel ont fait voir deux types de différences, l'un ayant trait à sa dimension temporelle, l'autre à sa définition. Les pères au suivi sage-femme semblent ancrés dans le moment présent lorsqu'ils définissent leur rôle, c'est-à-dire qu'ils ont peu tendance à le situer selon l'âge de l'enfant. Les pères au

suivi médecin sont beaucoup plus nombreux à évoquer, en plus du présent, le passé et surtout le futur. De plus, tous les pères qui ont évoqué le rôle qu'ils prendraient lorsque l'enfant serait plus vieux sont des pères qui considéraient leur rôle des premiers mois comme passif et accessoire ; ils se voyaient prendre un rôle plus actif dans l'avenir, alors que l'enfant sera sevré, interagira davantage, voire jouera au ballon. Les premiers mois, ils définissent donc leur rôle en termes de soutien de la mère, ou comme carrément passif. Pour leur part, les pères au suivi sage-femme définissent leur rôle comme étant beaucoup plus en interaction directe avec le bébé et présent auprès de lui, deux caractéristiques révélatrices de l'engagement paternel.

L'étude des adjuvants et des opposants a aussi révélé plusieurs choses. Tout d'abord, peu importe le suivi, les pères considèrent avoir été majoritairement entourés par des alliés, ce qui est évidemment une bonne nouvelle en soi. Lorsqu'on dresse un tableau général de la perception du soutien lors de la période périnatale, on remarque toutefois que la quantité ne semble pas engendrer la qualité, en ce sens que si les pères au suivi médecin rencontrent habituellement un plus grand nombre d'intervenants durant ce processus, ceux-ci ne s'avèrent pas nécessairement aidants. De fait, ces pères mentionnent une plus grande variété d'actants opposants – alors que les pères au suivi sage-femme mentionnent une plus grande variété d'actants adjuvants. En cas de besoin, les pères au suivi médecin se tournent généralement vers le réseau informel, donc non professionnel : leurs proches. Quant à eux, les pères au suivi sage-femme se tournent généralement vers celle-ci en cas de besoin. Une absence de mention comme adjuvant

nous a sauté aux yeux, celle des médecins, ceux-ci n'ayant été mentionnés par aucun père, peu importe le suivi qu'ils ont eu. Les médecins ont par contre été dépeints comme des opposants par les pères au suivi sage-femme, alors que ce sont les infirmières qui ont été majoritairement été désignées comme telles par les pères au suivi médecin.

Nos résultats donnent à penser que la façon dont les pères au suivi médecin perçoivent leur rôle paternel pourrait notamment être liée à la préparation reçue par rapport à la venue du bébé. Ainsi, la multiplicité des intervenants rencontrés, avec lesquels ils n'ont évidemment pas pu tisser de lien particulier, joue sans aucun doute un rôle négatif. Ces pères ont de la difficulté à décrire leur rôle et à se voir en interaction avec leur nouveau-né, choses que les pères au suivi sage-femme semblent avoir acquis beaucoup plus aisément. De même, on pourrait associer cette aisance à une meilleure préparation et à une relation de confiance avec la sage-femme, sans oublier que les sages-femmes ont pour objectif de soutenir et renforcer, chez les membres de la famille, leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur environnement (Lacharité, 2002) afin qu'ils deviennent plus actifs et compétents.

À l'heure actuelle, seulement 2,6 % des accouchements sont suivis par les sages-femmes au Québec ; il s'agit donc encore d'un choix marginal. Il n'est pas impossible

que les couples qui font ce choix soient « différents » des autres avant même la première rencontre; on ne peut donc pas affirmer hors de tout doute que les différences constatées entre les deux groupes de pères en ce qui concerne leur développement identitaire sont attribuables au suivi prénatal lui-même. Cette réflexion entraîne d'autres questions – qui débordaient de notre cadre de recherche, mais qui s'avéreraient très pertinentes pour la suite: qui fait le choix du suivi de grossesse ? Est-ce une décision de couple, ou de l'un des futurs parents – en l'occurrence la mère ? Si le père n'a pas voix au chapitre pour ce choix, il y a fort à parier que les pères partent tous du même point, et que c'est bien le suivi dont ils bénéficient qui façonne leur perception de leur identité paternelle et ce, même plusieurs mois après la naissance de leur enfant.

Si le choix du suivi de grossesse se fait plutôt en couple (ou par le père), on peut alors penser que des différences soient présentes et perceptibles chez les pères avant même que ledit suivi débute. On dit souvent que les gens qui choisissent un suivi sage-femme croient en la nécessité d'une approche plus naturelle et humaine de la périnatalité, approche qui tend à disparaître de nos hôpitaux surchargés. Mais encore là, on peut se demander : de telles valeurs sont-elles nécessairement liées à un certain modèle de paternité par la suite ?

Chose certaine, notre analyse tend à démontrer ce que d'autres études, menées à partir de cadres théoriques et méthodologiques différents (notamment de Montigny *et*

coll., 2007 ; Lafrance et Mailhot, 2005), ont montré, à savoir que l'*empowerment* dans les pratiques périnatales est bénéfique pour les parents, ce qui en fait un résultat encore plus solide. Notre étude vient également appuyer l'idée que l'analyse du discours est une méthode efficace pour l'étude de la construction identitaire puisqu'elle a permis de révéler des résultats que les autres méthodes d'analyse n'auraient pas pu révéler. Notamment, le phénomène temporel lié au rôle paternel n'avait, à ce que l'on sache, encore jamais été mis en lumière de façon aussi claire et évidente, surtout pas de façon différenciée selon le suivi prénatal reçu.

Notre étude pourrait avoir des répercussions sur le développement de la profession sage-femme au Québec ; encore méconnue, elle ne peut que jouir de la publication de résultats comme ceux présentés ici. Également, certaines pistes de recherche peuvent être dégagées, notamment concernant l'avancement des connaissances liées aux pratiques des intervenants en périnatalité : l'approche sage-femme, fortement imprégnée d'*empowerment*, mérite d'être mieux connue et appliquée. Enfin, ce mémoire a fait voir que les pères sont sensibles aux pratiques professionnelles lors de la période périnatale, et que l'inclusion des deux parents dans le processus périnatal est de ce fait incontournable.

BIBLIOGRAPHIE (ouvrages cités)

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2000), *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Lignes directrices nationales*, Gouvernement du Canada. Page consultée en ligne le mardi 24 février 2009. http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/maternite_paper-fra.php
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009), *Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Gouvernement du Canada. Page consultée en ligne le mardi 27 avril 2010. <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php>
- ANGENOT, Marc (1989), « Les discours et leurs analystes : remarques sur la diversité des analyses de discours et sur les tâches présentes », dans Diane VINCENT (dir.), *Des analyses de discours*, Québec, CÉLAT, Université Laval, p. 3-10.
- ARNAUD, Gilles et Maryse DUBOULOY (2007), « Sans outils, hors des normes et contre les modèles. Quid de l'approche clinique en GRH ? », *Congrès AGRH 2007*, Fribourg, 19 septembre - 22 septembre. Page consultée en ligne le 9 février 2010. <http://www.unifr.ch/rho/agrh2007/Articles/pages/papers/Papier6.pdf>
- BAKER, Marleen (2007), *Représentations des sages-femmes québécoises de leur pratique envers les pères*, Thèse présentée à l'Université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle du doctorat en psychologie, Québec, Université du Québec.
- BAKER, Marleen *et coll.* (2007), « Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 28, n° 3, p. 11-31.
- BARNETT, Rosalind C. et Grace K. BARUCH (1987), « Determinants of father's participation in family work », *Journal of Marriage and the Family*, n° 49, p. 29-40.
- BAUGNET, Lucy (2003) [1998], *L'identité sociale*, Paris, Dunod.

- BEITEL, Ashley H. et Ross D. PARKE, (1998), « Parental involvement in infancy: The role of maternal and paternal attitudes », *Journal of Family Psychology*, n° 12, 268-288.
- BELL, Linda, Denise ST-CYR TRIBBLE et Denise PAUL (2001), « Le point sur l'allaitement », *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre 2001, p. 12-22.
- BELL, Linda *et coll.* (2004), « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale », *Perspectives infirmières*, juillet/août 2004, p. 12-22.
- BERNARD BARBEAU, Geneviève (2009), *La construction discursive de l'identité : le cas de la question linguistique dans le débat sur l'immigration au Québec en 2007-2008*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en linguistique pour l'obtention du grade de maître ès arts, Québec, 2009.
- BERTAUX, Daniel (1997), *Les récits de vie*, Paris, Nathan.
- BLOMMAERT, Jan et Jef VERSCHUEREN (1998), *Debating Diversity : Analysing the Rhetoric of Tolerance*, Londres, Routledge. Consulté en ligne le 8 mai 2010. <http://lib.myilibrary.com.biblioproxy.uqtr.ca/browse/open.asp?id=33259&loc=>
- BONNAFOUS, Simone (2002), « Analyse de contenu», Patrick CHARAUDEAU et Dominique MAINGUENEAU (dir.), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, p. 39-41.
- BRABANT, Isabelle (2006), « Les sages-femmes. Vingt années de lutte et d'espoir », *Petit monde.com*. Page consultée en ligne le 19 février 2007. http://www.petitmonde.com/Doc/Article/Les_sages-femmes_20_annees_de_luttes_et_d_espoir
- BRÈS, Jacques (1989), «Praxis, production de sens/d'identité, récit», *Langages*, n° 93, p. 23-44.
- BRÈS, Jacques (1993), *Récit oral et production d'identité sociale*, Montpellier, Praxiling.
- BRÈS, Jacques (1994), *La narrativité*, Louvain-la-Neuve, Duculot.
- BRÈS, Jacques (1996), « Avant-propos », dans Marty LAFOREST (dir.), *Autour de la narration : les abords du récit conversationnel*, Québec, Nuit blanche éditeur, p. 7-8.
- BRODZIAK, Sylvie (2006), « Des pères sur papier glacé », dans Christiane ACHOUR, dir., *Pères en textes. Médias et littérature*, Paris, Le manuscrit. p. 33-49.

- BROMBERG BAR-YAM, Naomi and Lori DARBY (1997), «Fathers and Breastfeeding: A Review of the Literature», *Journal of Human Lactation*, vol. 13, p. 45-50.
- CARCASSONNE-ROUIF, Marie, Anne SALAZAR ORVIG et Amina BENSALAH (2001), «Des récits dans des entretiens de recherche. Entre narration et interprétation», *Revue québécoise de linguistique*, vol. 29, n° 1, 2001, p. 97-122.
- CARCASSONNE, Marie (2007), «Sens, temps, et affects dans des récits de vie recueillis en interaction», *Vox Poetica*. Page consultée en ligne le 7 décembre 2009. <http://www.vox-poetica.org/t/pas/carcassonne.html>
- CASPER, Lynne M. et Martin O'CONNELL (1998), «Work, income, the economy and married fathers as child care providers», *Demography*, n° 35, p. 243-250.
- CHARAUDEAU, Patrick et Dominique MAINGUENEAU (2002), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil.
- CHARAUDEAU, Patrick (2002), «Actant», dans Patrick CHARAUDEAU et Dominique MAINGUENEAU (dir.), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, p. 15-16.
- CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (2008), *L'engagement des pères. Le rapport 2007-2008 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*, Québec, Bibliothèque nationale du Québec.
- COSNIER, Jacques (2002), «Interaction», dans Patrick CHARAUDEAU et Dominique MAINGUENEAU (dir.), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, p. 319-322.
- CUPA, Dominique et Hélène RIAZUELO-DESCHAMPS (2001), «La constellation paternelle. Une étude pilote en période prénatale», *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 1, printemps 2001, p. 58-78.
- DÉCARIE, Suzanne (2005), «Césariennes et épидurales à la hausse. Pourquoi?», *Madame*, novembre 2005. Page consultée en ligne le 10 décembre 2009. <http://www.madame.ca/Sante/maladiesettraitements/cesariennes-et-epidurales-a-la-hausse-pourquoi-n235636p4.html>
- DEMONTIGNY, Francine (2002), *Perceptions sociales des parents d'un premier enfant : événements critiques en période postnatale immédiate, pratiques d'aide des infirmières et efficacité parentale*, Thèse présentée à l'Université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle du doctorat en psychologie, Québec, Université du Québec.

- DEMONTIGNY, Francine et coll. (2007), *L'expérience de pères de l'Outaouais de l'allaitement maternel et de la relation père-enfant*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais.
- DEMONTIGNY, Francine et Carl LACHARITÉ (2002), « Les perceptions de parents primipares des moments critiques du premier 48-72 heures postnatal. Une analyse par la technique de l'incident critique », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23, n° 3, p. 57-78.
- DEMONTIGNY, Francine et Carl LACHARITÉ (2005), « Devenir père : un portrait des premiers moments », *Enfances, familles, générations, Paternité. Bilan et perspective*, n° 3, automne 2005. Page consultée en ligne le 9 mai 2010. <http://www.erudit.org/revue/efg/2005/v/n3/012535ar.html>
- DESAULNIERS, Marie-Paule (2003) : « La naissance de la profession de sage-femme et la crise d'identité », dans Georges A. LEGAULT (dir.) (2003), *Crise d'identité et professionnalisme*, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 131-154.
- DESJARDINS, Sergine (1993), *Médecins & sages-femmes*, Montréal, Québec/Amérique.
- DESLAURIERS, Jean-Martin (2002), « L'évolution du rôle de père au Québec », *Intervention*, n° 116, juin 2002, p. 52-61.
- DEVAULT, Annie et coll. (2003), « Les pères en situation d'exclusion économique et sociale : les rejoindre, les soutenir adéquatement », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol.16, n° 1, p. 45-58.
- DIENHART, Anna (1998), *Reshaping fatherhood : the social construction of shared parenting*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- DORAIS, Louis-Jacques (2004), « La construction de l'identité », dans Denise DESHAIES et Diane VINCENT (dir.), *Discours et constructions identitaires*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 1-11.
- DORTIER, Jean-François (dir.) (2004), *Le dictionnaire des sciences humaines*, Paris, Presses universitaires de France, Éditions sciences humaines.
- DOURY, Marianne et Véronique TRAVERSO (2000), « Usage des énoncés généralisants dans la mise en scène de lignes argumentatives en situation d'entretien », dans Guylaine MARTEL (dir.), *Autour de l'argumentation : rationaliser l'expérience quotidienne*, Québec, Éditions Nota Bene, p. 47-80.
- DUBOIS, Jean et coll. (1973), *Dictionnaire de linguistique*, Paris, Larousse.

- DUHAIME, Vincent (2004), « 'Les pères ont ici leur devoir'. Le discours du mouvement familial québécois et la construction de la paternité dans l'après-guerre, 1945-1960 » *Revue d'histoire de l'Amérique française*, volume 57, numéro 4, Printemps 2004, p. 535-566.
- DULAC, Germain (1993), *La paternité. Les transformations sociales récentes*, Conseil de la famille, collection Études et Recherches, Québec.
- DULAC, Germain (1999), « Combien de pères au Québec ? », Rendez-vous paternité. Page consultée en ligne le 20 décembre 2009. <http://www.rvpaternite.org/fr/paternite/documents/3-Combien de peres.pdf>
- DUMAS, Louise et Mario LEPAGE (1999), *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'Allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale en promotion de l'allaitement*, rapport de recherche, Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais.
- DUTRISAC, Robert (2007) : « Québec créera 20 maisons des naissances », *Le Devoir*, le lundi 22 janvier 2007, p. A-2.
- ENTWISLE, Doris R. et Suzan G. DOERING (1981), *The First Birth : A Family Turning Point*, London, John Hopkins University Press.
- FILLIETAZ, Laurent (2001), « Formes narratives et enjeux praxéologiques. Quelques remarques sur les fonctions du "raconter" en contexte transactionnel », *Revue québécoise de linguistique*, vol. 29, n° 1, 2001, p. 123-153.
- FISH, Cynthia S. (2004), « La puissance paternelle et les cas de garde d'enfants au Québec, 1866-1928 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 57, n° 4, Printemps 2004, p. 509-533.
- FORGET, Gilles (2005), *Images de pères. Une mosaïque des pères québécois*, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.
- FOX, Greer Litton et Carol BRUCE (2001), « Conditional fatherhood: identity theory and parental investment theory as alternative sources of explanation of fathering », *Journal of Marriage and the Family*, n° 63, p. 394-403.
- FRASCAROLO, France (1997), « Les incidences de l'engagement paternel quotidien sur les modalités d'interaction ludique père-enfant et mère-enfant », *Enfance*, vol. 3, p. 381-387.
- FRODI, Anne M. et coll. (1983), « Father-mother infant interaction in traditional and nontraditional Swedish families : a longitudinal study », *Alternatives Lifestyles*, vol. 5, p. 142-163.

- GAGNON, Marie-Noëlle et Daniel PAQUETTE (2009), « La coparentalité dans le système familial », dans Diane DUBEAU, Annie DEVAULT et Gilles FORGET (dir.), *La paternité au XXIe siècle*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 123-152.
- GAMBLE, Diane et Janice MORSE (1993), « Father of breastfed infants : postponing and types of involvement », *JOGNN*, n° 22, p. 358-363.
- GAUTHIER, Benoît (1987), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- GIUGLIANI Elsa R.J. et coll. (1994), « Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed ? A study about fathers' knowledge of breastfeeding », *Acta Paediatrica*, n° 83, p. 1127-1131.
- GOFFMAN, Erving (1973) [1959], *La mise en scène de la vie quotidienne, tome 1. La présentation de soi*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN, Erving (1974) [1967], *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN, Erving (1991) [1974], *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.
- GREIMAS, Algirdas Julien (1986) [1966], *Sémantique structurale*, Paris, Larousse.
- GÜLICH, Elisabeth et Uta QUASTHOFF (1986), « Story-telling in Conversation. Cognitive and Interactive Aspects », *Poetics*, n° 15, p. 217-241.
- HALE, Nathan Cabot (1979), *Birth of a Family. The New Role of Father in Childbirth*, Garde City, New York, Anchor Books.
- HÉBERT, Louis (2006), « Le modèle actantiel », dans Louis HÉBERT (dir.), *Signo*, page consultée en ligne le 7 décembre 2009.
<http://www.signosemio.com/greimas/actantiel.asp>
- HURSTEL, Françoise (1996), *La déchirure paternelle*, Paris, Presses universitaires de France.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006), « L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom Santé*, octobre 2006. Page consultée en ligne le 10 décembre 2009.
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/fasc_allaitement06.pdf
- JORDAN, Pamela et Virginia WALL (1990), « Breastfeeding and fathers: Illuminating the darker side », *Birth*, vol. 17, n° 4, p. 210-213.
- JOUVE, Vincent (2001) [1997], *La poétique du roman*, Paris, Armand Colin.

- KENNEDY, Holly Powell (2000), «A model of exemplary midwifery practice : results of a Delphi study», *Journal of Midwifery and Women's Health*, n° 45, p. 4-19.
- LABOV, William et Joshua WALETZKY (1967), «Narrative analysis», dans June HELM (ed.), *Essays on the Verbal and Visual Arts*, Seattle, University of Washington Press, p. 12-44.
- LABOV, William (1978) [1972], *Le parler ordinaire I*, Paris, Minuit.
- LACHARITÉ, Carl (2002). «Y a-t-il une manière appropriée de travailler avec les parents: quelques réflexions impertinentes et subversives», *Recherches sur la famille*, Automne 2002 (numéro spécial), p. 10-11.
- LAFORCE, Hélène (1985), *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- LAFOREST, Marty et Diane VINCENT (1996), «Du récit littéraire à la narration quotidienne», dans M. LAFOREST, *Autour de la narration : les abords du récit conversationnel*, Québec, Nuit blanche éditeur, p. 13-28.
- LAFRANCE, Josée et Lyne MAILHOT (2005), «L'empowerment : un concept adapté à la pratique sage-femme», *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, no. 4, vol. 2, Automne 2005, p. 6-15.
- LAMB, Michael (1981), «The development of the father-infant relationships» in M. LAMB (ed.), *The Role of the Father in Child Development*, New York, John Wiley & Sons, p. 459-479.
- LAMB, Michael (2000), «The History of Research on Father Involvement: An Overview», *Marriage and Family Review*, vol. 29, no. 2/3, p. 23-42.
- LAMB, Micheal E. et coll. (1988), «The determinants of parental involvement in primiparous Swedish families», *International Journal of Behavioral Development*, no. 11, p. 433-449.
- LAMB, Micheal E. et coll. (1982), «Security of mother-and father-infant attachment and its relation to sociability with strangers in traditional and nontraditional Swedish families», *Infant Behavior and Development*, no 5, p. 355-367.
- LAMB, Micheal E. et Catherine S. TAMIS-LEMONDA (2004), «The role of the father», dans Micheal E. LAMB. et Catherine S. TAMIS-LEMONDA (2004), *The role of the father in child development*, 4^e édition, New York, Wiley, p. 1-31.
- LE CAMUS, Jean (2000), *Le vrai rôle du père*, Paris, Odile Jacob.

- LEMAY, Céline (1997), *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès science (M.Sc.) en anthropologie, Montréal, Université de Montréal.
- LÉTOURNEAU, Jocelyn (1994), « Présentation », dans J. LÉTOURNEAU (dir.), *La question identitaire au Canada francophone. Récits, parcours, enjeux, hors-lieux*, Sainte-Foy, PUL, p. VII-XVI.
- LEWIS, Charlie et Micheal E. LAMB (2003), « Father's influences on children's development : The evidence from two-parent families », *European Journal of Psychology of Education*, vol. 18, n° 2, p. 211-228.
- LITTMAN, Heidi, Sharon MEDENDORP et Johanna GOLDFARB (1994), « The decision to breastfeed : The importance of a father's approval », *Clinical Pediatrics*, vol. 33, n° 4, 214-219.
- MCBRIDE, Brent A. *et coll.* (2005), « Paternal Identity, Maternal Gatekeeping and Father Involvement », *Family Relations*, 54, July 2005, p. 360-372.
- MCBRIDE, Brent A. *et coll.* (2004), « Multiple determinants of father involvement : an exploratory analysis using the PSID-CDS data set », dans Randal D. DAY et M.E. LAMB (dir.), *Conceptualizing and measuring father involvement*, Mahwah, Erlbaum, p. 321-340.
- MADSEN, Svend Aage et Hanne MUNCK (2001), « Une étude au Danemark : la présence des pères à l'accouchement », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, no. 1, printemps 2001, p. 27-38.
- MAINIGUENEAU, Dominique (1995), « Présentation », *Langages*, no. 117, p. 5-11.
- MAINIGUENEAU, Dominique (2002), « Discours », dans Patrick CHARAUDEAU et Dominique MAINIGUENEAU (dir.), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, p. 185-190.
- MALET, Régis (1999), « La formation de l'identité enseignante d'un point de vue anthropologique », *Spirale : revue de recherche en éducation*, vol. 24, p. 31-53.
- MARTEL, Guylaine (1998), *Pour une rhétorique du quotidien*, Québec, CIRAL.
- MARTEL, Guylaine (2000), « Introduction », dans Guylaine MARTEL (dir.), *Autour de l'argumentation : rationaliser l'expérience quotidienne*, Québec, Éditions Nota Bene, p. 17-21.
- MASSÉ, Raymond (1989), « Le support au rôle parental et la prévention de la violence faite aux enfants », *Apprentissage et socialisation*, vol.12, no 1, mars 1989,

p. 59-64. Page consultée en ligne le 12 décembre 2009.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/support_role_parental/texthe.html

MAURER, Trent, Joseph PLECK et Thomas R. RANE (2003), « Methodological considerations in measuring paternal identity », *Fathering*, vol. 1, p. 3-15.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006), Projet de politique de périnatalité, document de travail, version du 18 avril. Direction des services médicaux généraux et pré-hospitaliers, direction générale des services de santé et de services et de médecine universitaire. Document disponible dans Marleen BAKER (2007), *Représentations des sages-femmes québécoises de leur pratique envers les pères*, Thèse présentée à l'Université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle du doctorat en psychologie, Québec, Université du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008), *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, Québec, document élaboré par la Direction générale des services de santé et médecine universitaire ; sous la direction de Michel A. BUREAU et Jeannine AUGER, Gouvernement du Québec.

MOISAN, Marie (1997), « Les hommes et l'utilisation du congé parental au Québec : faits saillants d'une recherche », *Lien social et politiques*, no 37, printemps 1997, p. 111-119.

NAISSANCE-RENAISSANCE (1993), *Les enjeux de la Loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*, document préparé par Marie-Claude DESJARDINS et Jacques FALQUET, avril 1993. Page consultée en ligne le 23 mars 2009. bv.cdeacf.ca/documents/PDF/1999_09_0132.pdf

NORMAND, Ariane (2007), *Image du monde médical dans le discours des sages-femmes*, travail de recherche dans le cadre du cours LFR-1059, *Projet de recherche appliquée*, Université du Québec à Trois-Rivières, avril 2007, non publié.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC (2010), « La sage-femme au Québec : La philosophie sage-femme », *Ordre des sages-femmes du Québec*. Page consultée en ligne le 26 avril 2010. www.osfq.org/philosophie.php

OUELLET, Francine et Gilles FORGET (2003), « Pères en mouvement / Pratiques en changement : une formation pour favoriser le transfert des connaissances », *Reflet : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 9, n° 2, automne 2003, p. 222-240.

OUELLET, Francine, Geneviève TURCOTTE et Nicole DESJARDINS (2001), « À Rosemont, ça CooPÈRE. Analyse d'implantation d'un projet d'action intersectorielle sur la paternité », Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

OUELLETTE, Françoise-Romaine et Renée B.-DANDURAND (1992), «Parenté et soutien aux familles avec jeunes enfants : entre l'autonomie et la solidarité», dans Gilles PRONOVOOST, *Comprendre la famille. Actes du Symposium de recherche sur la famille*. Québec, Presses de l'Université du Québec. p. 501-514.

PALKOVITZ, Rob (1997), «Reconstructing involvement : Expanding conceptualizations of men's caring in contemporary families», dans Allan J. HAWKINS et David C. DOLLAHITE (dir.), *Generative fathering beyond deficit perspectives*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 200-216.

PARKE, Ross D. (2002), « Fathers and families », dans Marc H. BORNSTEIN (dir.), *Handbook of Parenting : Being and Becoming a Parent*, Mahwah, Lawrence Erlbaum, p. 27-73.

PASCUAL, Amparo Serrano (1997), « Le sujet comme processus inachevé », dans Guy BAJOIT et Emmanuel BELIN, *Contributions à une sociologie du sujet*, Paris, L'Harmattan, p. 95-112.

PLANTIN, Christian (1996), « Le trilogue argumentatif », *Langue française*, vol. 112, p. 9-30.

PORRET, Dominique (2009), «Rectification sur l'entente CHUM-CSSS Jeanne-Mance », *Ordre des sages-femmes du Québec*. Page consultée en ligne le 10 décembre 2009. <http://74.125.93.132/search?q=cache:clW2lwnpikJ:www.osfq.org/nouvelle.php>

POUTIGNAT, Philippe et Jocelyne STREIFF-FÉNART (1995), *Théories de l'ethnicité*, Paris, Presses universitaires de France.

PROPP, Vladimir (1970) [1928], *Morphologie du conte russe*, Paris, Seuil.

PROSPÈRE (2010), *Définition de l'engagement paternel*. Page consultée en ligne le 2 mars 2010. <http://www.graveardec.uqam.ca/prospere/pages/vision.htm>

RADIO-CANADA, *Le téléjournal*, 2 avril 1998, durée 2 min. 01 sec. Page consultée en ligne le 17 mars 2009. <http://archives.radio-canada.ca/societe/famille/clips/13223/>

RIVARD, Andrée (2003), « Compte rendu d'ouvrage : Wendy Mitchinson (2002), *Giving Birth in Canada, 1900-1950*, Toronto, Buffalo et Londres, University of Toronto Press», *Recherches féministes*, vol. 16, n° 2, 2003, p. 208-212.

- ROULET, Eddy (1999), «Une approche modulaire de la complexité de l'organisation du discours», dans Henning NØLKE et Jean-Michel ADAM (éd.), *Approches modulaires : de la langue au discours*, Lausanne, Delachaux et Niestlé, p. 187-256.
- RUDDICK, Sara (1995), *Maternal Thinking : Towards a Politics of Peace*, Beacon, Boston.
- SASSEVILLE, Nathalie et Marie SIMARD (2006), «Perception du rôle parental chez les pères recevant des services psychosociaux pour leur enfant en difficulté», dans Alain ROY et Gilles PRONOVOOST (dir.), *Comprendre la famille. Actes du 8e symposium québécois sur la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 37-54.
- SAUCIER, Jean-François (2001), « L'Occident se questionne sérieusement sur la paternité », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 1, printemps 2001, p. 15-26.
- SORIN, Noëlle (1996), *La lisibilité dans le roman pour enfants de 10-12 ans par une analyse sémiotique des textes*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Faculté d'éducation.
- TAJFEL, Henri (1982), « Social psychology of intergroup relations », *Annual Review of Psychology*, vol. 33, p. 1-39.
- TURBIDE, Olivier, Diane VINCENT et Marty LAFOREST (2008), « Les "X" de Québec », dans Diane VINCENT, Olivier TURBIDE et Marty LAFOREST (dir.), *La radio X, les médias et les citoyens. Dénigrement et confrontation sociale*, Québec, Nota Bene, p. 75-104.
- UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES, *Baccalauréat en pratique sage-femme. Histoire de la profession*. Page consultée en ligne le 10 mai 2010. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=&owa_no_fiche=1&owa_apercu=N&owa_imprimable=N&owa_bottin=
- VEHVILAINEN-JULKUNEN, Katri et Anja LIUKKONEN (1998), « Father's experiences of childbirth », *Midwifery*, vol. 14, p. 10-17.
- VINCENT, Diane (1994), « La fonction des narrations dans les entrevues sociolinguistiques », dans Jacques BRÈS (dir.), *Le récit oral*, Montpellier, Praxiling, p. 37-48.
- VINCENT, Diane (1996), « La racontabilité du quotidien », dans Marty LAFOREST, *Autour de la narration : les abords du récit conversationnel*, Québec, Nuit blanche éditeur, p. 29-46.

- VINCENT, Diane (2000), « L'argumentation et la construction de l'identité et de l'image des locuteurs. Étude de cas : comment peut-on dire que l'on est heureux ? », dans Guylaine MARTEL (dir.), *Autour de l'argumentation : rationaliser l'expérience quotidienne*, Québec, Éditions Nota Bene, p. 127-153.
- VINCENT, Diane (2001), « Les enjeux de l'analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation », *Revue québécoise de linguistique*, vol. 30, n° 1, 2001, p. 177-198.
- VINCENT, Diane (2005), « Analyse conversationnelle, analyse du discours et interprétation des discours sociaux : le cas de la *trash radio* », *Marges linguistiques*, no 9, mai 2005, p. 165-175.
- VION, Robert (2000) [1992], *La communication verbale : analyse des interactions*, Paris, Hachette.
- WILSON, Holly Skodol et Sally A. HUTCHINSON (1991), « Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory », *Qualitative Health Nursing*, vol. 1, n° 2, p. 263-276.
- WOOLSEY, Lorette K. (1986), « The critical incident technique: An innovative qualitative method of research », *Canadian Journal of Counselling*, vol. 20, n° 4, p. 242-254.
- ZAOUCHE-GAUDRON, Chantal, Hélène RICAUD et Ania BEAUMATIN (1998), « Implication et différenciation paternelles. Analyse à partir d'un questionnaire d'enquête », *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol. 48, n° 3, p. 213-220.

ANNEXE

Conventions de transcriptions

Symboles et signification

- : Allongement de la voyelle ou hésitation
- . Intonème terminal
- , Brève pause
- (x sec.) Indication de la durée d'une pause plus longue
- ? Intonation clairement interrogative
- ! Intonation clairement exclamative
- () Mots inaudibles ou transcription incertaine.
- <x> Signal d'écoute (*back-channel*) produit par l'interlocuteur pendant le tour du locuteur
- (xxx) Mot ou mots dont la transcription est incertaine
- [xxx] Commentaire de l'analyste
- [...] Suppression d'une partie du discours par l'analyste