

d'un manque d'investissement affectif, traduit le souci des parents de donner le meilleur à l'enfant dans un contexte de forte mortalité maternelle et infantile ou encore son opposition à l'association des fœtus/nouveau-nés à la catégorie des morts malfaisants. Si elle a su déconstruire un grand nombre d'hypothèses devenues certitudes à force de reprise, son interprétation fonctionnelle des *Dea Nutrix* dans les sépultures romaines, signe d'une promesse potentielle d'immortalité (p. 267 et 275), nécessiterait cependant d'être plus argumentée afin d'être certain que le poids des croyances judéo-chrétiennes a bien été écarté pour aborder celles de l'eschatologie romaine. L'utilisation de sources variées permet également à V. Dasen de régulièrement mettre en exergue l'écart entre les débats portés par les intellectuels et la réalité du vécu familial. Les textes de lois suggèrent par exemple que c'est le statut désiré de l'enfant et non l'instant de l'intégration de l'âme dans le corps qui sert de référent pour pratiquer l'avortement, l'infanticide ou l'exposition (p. 119). V. Dasen renouvelle ainsi notre regard sur les croyances et les rites qui entouraient la maternité et l'enfant, de l'embryon au nourrisson. L'utérus est tout d'abord une matrice mobile, humide, sensible et indépendante qu'il faut surveiller, contrôler et maîtriser. Le fœtus est un être vivant, actif qui doit également faire l'objet de protections divines et l'enfant qui naît, fragile et malléable, doit être façonné. Il est progressivement agrégé à sa famille et à la société à laquelle elle appartient en passant par différentes étapes ritualisées (coupe du cordon, levée de terre de l'enfant par la sage-femme, bain lustral, abandon des amulettes vers l'âge de 3 ans, dépôt des poupées dans des sanctuaires de divinités qui protégeaient les jeunes filles) qui pouvaient cependant varier selon les familles, les périodes et les provinces étudiées (essentiellement l'Égypte, la Grèce, l'Italie et la Gaule). De nombreuses figures féminines, humaines et divines, ne cessent d'être présentes pour accompagner chaque étape de la maternité et de la construction de l'enfant mais le mauvais œil et le Destin sont aussi là pour leur permettre de décharger les vivants de la culpabilité

des morts périnatales, maternelles et infantiles qui restent fréquentes. Dans *Le sourire d'Omphale*, V. Dasen met ainsi en lumière les histoires intimes et émotionnelles de ses mères qui furent longtemps masquées par une vision très masculine de la société antique.

Solenn DE LARMINAT

Andrée RIVARD, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Québec, Les Éditions du remue-ménage, 2014, 448 p.

Tiré de sa thèse de doctorat en histoire soutenue en 2010 et intitulée *L'enfantement dans un Québec moderne: générations, mémoires, histoire*, l'ouvrage d'Andrée Rivard éclaire l'évolution des « expériences maternelles d'enfantement », dans la seconde moitié du XX^e siècle, au Québec, entre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et revendications d'une humanisation de la naissance. L'auteur revendique d'emblée une histoire des mères face à la mise au monde, qu'elle inscrit dans un temps spécifique de l'histoire québécoise, celui de la progressive construction d'une modernité sociale, culturelle et politique, de l'après-guerre à nos jours en passant par la Révolution tranquille.

Les sources qui appuient cette étude sont variées: de la littérature grise (rapports, comptes-rendus d'enquêtes, statistiques) produite par le ministère de la santé du Canada, l'institut national de santé publique du Québec ou encore le bureau de la statistique du Québec, à une abondante production imprimée (presse périodique et monographies médicales, sociales, féminines et féministes). S'y ajoutent enfin des sources inédites, celles du Centre psychoprophylactique d'accouchement sans douleur de Québec (1957-1968) et une série d'entretiens semi-dirigés.

Construit en sept chapitres, l'ouvrage d'André Rivard alterne approches chronologique et thématique et progresse par la confrontation du mouvement de médicalisation toujours accrue du processus génésique et des réactions d'acceptation, de rejet

ou de négociation qu'il suscite chez les femmes enceintes au cours de la période.

Dans son premier chapitre, en soulignant l'association entre la notion de progrès et la mise en œuvre d'une régulation des corps, l'auteur montre l'émergence d'une médecine obstétricale triomphante qu'elle définit comme «l'icône de la modernité». Ce triomphe de l'obstétrique s'appuie sur la valorisation de la santé et l'insistance sur l'essence pathologique du corps féminin. Dans un contexte d'inquiétude démographique générale face aux forts taux de mortalité infantile, inquiétude encore accrue dans le cas du Québec par l'enjeu politique d'une population isolée au cœur de l'Amérique anglo-saxonne, la valorisation de l'enfant pousse au développement d'une idéologie maternaliste, le dévouement des mères devant permettre d'enrayer la «saignée nationale» touchant les Canadiens-Français. La prise en main du champ obstétrical par les médecins s'y ajoute à la fin du XIX^e siècle, lorsque les sages-femmes voient leur rôle réduit en ville à celui d'assistante et leur activité autonome limitée aux espaces ruraux (à l'instar des infirmières de colonie). Le siècle suivant accentue la vision de la grossesse et de l'accouchement comme une maladie de neuf mois à l'issue risquée, justifiant la nécessité pour les femmes de s'en remettre entièrement au médecin. L'encouragement à l'hospitalisation de la naissance intervient précocement au Canada anglophone (72% des naissances dès 1948), et le Québec ne tarde pas à suivre (56,7% en 1956), alors que le discours sur la supériorité de l'accouchement à l'hôpital par rapport au domicile est dominant dans la province dès les années 1940.

Le chapitre 2 décrit le recours à la notion de modernité pour la défense et justification de nouvelles modalités d'accouchement. Portée par la «génération lyrique», prompte à rompre avec les pratiques incarnant le passé et la tradition, l'acceptation des pratiques de l'obstétrique moderne se fonde sur une disqualification de la transmission intergénérationnelle des savoirs sur la naissance au profit d'un savoir rationnel et scientifique, seul détenu par les professionnels médicaux.

L'objectif est de libérer les mères de la peur par l'inlassable description des réussites de l'obstétrique hospitalière, relayée dans les publications grand-public. Au cœur de ces nouvelles pratiques, se trouve la volonté d'effacer une douleur dont l'origine est imputée à «l'imperfection physiologique» de l'accouchement ou à la dégénérescence des femmes modernes, incapables de supporter cette douleur. Les parturientes reçoivent sédatifs et analgésiques divers (Largactil, Demerol...), souvent combinés, à tous les stades du travail, l'anesthésie générale (majoritaire jusqu'aux années 1970) intervenant au moment de l'expulsion. L'accouchement dirigé passe aussi par la définition de normes de durée pour le travail qui se réduisent au fil de la période (18 h pour une primipare en 1940, 12 h en 1969), normes que les médecins font au besoin respecter par l'usage de médicaments (antispasmodiques, ocytociques). À cette panoplie médicamenteuse s'ajoutent un contrôle complet sur le corps féminin (mains et jambes attachées, rasage, lavement, interdiction de boire et manger) et un protocole d'intervention médicale active (rupture artificielle des membranes, anesthésie d'autorité, forceps, épisiotomie préventive). La systématisation de l'accouchement hospitalier permet par ailleurs aux médecins d'asseoir leur autorité en écartant les interventions familiales, exclusion justifiée par les nécessités de l'asepsie et le respect de la relation médecin-patiente. Ces pratiques s'inscrivent plus largement dans un contexte de volonté affirmée de réduction des mortalités maternelle et infantile.

Dans les chapitres 3 et 4, Andrée Rivard examine l'apparition et l'action des mouvements québécois en faveur d'un accouchement «conscient», revendication née en Europe dès les années 1930 (méthode Read d'accouchement «sans crainte» ou méthode psychoprophylactique du docteur Lamaze inspirée des pratiques d'accouchement «sans douleur» soviétiques au début des années 1950). Les méthodes de Read et Lamaze sont connues au Québec par plusieurs canaux : l'aire anglo-saxonne (États-Unis), la France et la Belgique. La diffusion et la

compréhension réelles de ces méthodes restent toutefois limitées chez les médecins ou les infirmières: en 1960, seule une vingtaine de médecins à Montréal et Québec pratique l'accouchement «naturel». Sans qu'il n'y ait d'opposition absolue à l'accouchement conscient, les textes officiels d'accompagnement à la maternité (*La mère canadienne et son enfant*, 1953) et les manuels d'obstétrique ne le distinguent pas clairement des pratiques en cours (maintien d'une sédation) ou n'en retiennent que certains aspects (bonne condition physique de la mère, réduction du stress, implication du père). Le recours aux méthodes d'accouchement conscient passe enfin par l'action d'éducatrices prénatales militantes (Trude Sekely, Valmai Howe Elkins) ou l'expérience du Centre psychoprophylactique d'accouchement sans douleur (CPPASD) de Québec entre 1957 et 1968, tenu par deux infirmières sages-femmes (formées au Québec et en Belgique). Le CPPASD accompagne plus de 500 clientes qui accouchent dans les établissements des environs du centre: le bilan de son activité, soutenue par plusieurs médecins favorables, montre un fort taux de satisfaction des femmes; mais l'absence de soutien institutionnel ne lui permet pas de perdurer.

L'émergence de nouvelles sensibilités autour de la naissance et la popularité des méthodes d'accouchement «naturel» poussent l'État à prôner dans sa politique de périnatalité, en 1973, «l'humanisation des services d'obstétrique» (chapitre 5), ce qui passe par des programmes de préparation à l'accouchement et une formation des infirmières à ces programmes. Cette politique de périnatalité s'inscrit dans un temps d'affirmation de l'État québécois et apparaît comme un galop d'essai dont la réussite conditionne la poursuite d'une politique de santé sectorielle et rationalisée. Le critère de mesure de la réussite est l'évolution des mortalités et morbidités maternelle et néonatale (comme pour le plan de périnatalité de 1972 en France). Pour l'atteindre, les mesures préconisées sont l'amélioration du suivi prénatal, l'usage

moins systématique de certains médicaments (9,5% des bébés naissent en état d'asphyxie suite à l'anesthésie générale maternelle) et le regroupement des services d'obstétrique (seuil de 2000 accouchements en milieu urbain, 500 en région). La diffusion des cours prénatals apparaît toutefois servir une médicalisation accrue et n'intègre que marginalement les principes et méthodes de l'accouchement naturel, perpétuant un discours sur le caractère pathologique de la grossesse et de l'accouchement. Le bilan de la première décennie de périnatalité est hésitant, montrant une progression encore possible dans le domaine de la mortalité néonatale. Les pratiques d'anesthésie ont évolué (montée des anesthésies loco-régionales) mais avec d'importantes disparités régionales. Les années 1980 confirment cette tendance et le maintien corrélatif des interventions obstétricales (épisiotomies, forceps), tandis que le nombre de césariennes augmente (de 5% des naissances en 1970 à 19,5% en 1987-1988).

L'auteur consacre son chapitre 6 à décrire les contestations suscitées par l'évolution des conditions de la naissance dans les années 1970-1980, alors qu'en France les médecins Frédéric Leboyer et Michel Odent promeuvent la naissance sans violence et l'accouchement respecté, relayés au Québec par la presse (magazine *Châtelaine*). Andrée Rivard décrit la mise en place de groupements régionaux pour l'humanisation de la naissance qui se fédèrent, au début des années 1980, dans l'association Naissance-Renaissance. Ces groupements luttent pour le choix du lieu d'accouchement et obtiennent la création de «chambres de naissance» dans les hôpitaux. Ils sont à l'origine de la renaissance de la profession de sage-femme au Québec (officialisée en 1999). Portées par la dénonciation des pratiques hospitalières, ces revendications croisent les préoccupations du gouvernement, élu en 1976, sur la condition féminine: une série de colloques, *Accoucher ou se faire accoucher*, ont ainsi lieu en 1980-1981. Le projet-pilote sur la profession de sage-femme, en 1990, ouvre la voie à une évolution notable

des pratiques : réductions des interventions routinières (déclenchement du travail, épisiotomies, césariennes) sans impact sur les taux de mortalité et morbidité. Au début des années 2000, des maisons de naissance sont ouvertes qui ne reçoivent toutefois qu'un nombre réduit de parturientes, montrant les limites de « l'humanisation ». Les évolutions en contexte hospitalier sont minces, confrontées à l'émergence de poursuites judiciaires que les médecins préviennent par des interventions obstétricales accrues. Dans ce contexte, le recul du mouvement féministe et de son influence depuis les années 1990 dessert les luttes communes autour de la naissance.

L'ouvrage se clôt sur l'analyse d'entretiens menés auprès de dix femmes nées entre 1908 et 1964. Les témoignages reflètent la multiplicité des vécus, ainsi que les attentes des jeunes générations vis-à-vis d'un accouchement plus conscient. Ils éclairent le rapport à la douleur (volonté d'être endormie ou au contraire rejet de l'anesthésie) et au rôle des accompagnants médicaux (médecin, infirmière) dans l'appréhension de la naissance. Ces entretiens posent aussi la question du rapport au nouveau-né et de la lente réappropriation des mères (par l'allaitement en particulier) face aux procédures de séparation mère-enfant à l'hôpital. Ils illustrent enfin la rupture générationnelle dans l'expression autour de l'accouchement, résultat des pratiques (amnésie de l'anesthésie générale), des mentalités (pudeur) et de la substitution du discours médical à la transmission intrafamiliale.

L'ouvrage d'Andrée Rivard, écrit avec finesse et sensibilité (et une pointe de sympathie pour les combattant-e-s de l'humanisation de la naissance), ne constitue pas seulement un apport majeur à l'histoire de la maternité et de l'accouchement au Canada francophone mais également à celle de l'accouchement en Occident depuis le basculement vers l'hôpital de l'immense majorité des parturientes. Le cas québécois, à la croisée des influences françaises et américaines

mais marqué par une forte volonté d'affirmation nationale, semble exemplaire de l'évolution contemporaine de la prise en charge de la naissance et invite à reconsidérer les évolutions européennes.

Nathalie SAGE PRANCHÈRE

Rina KRALJ-BRASSARD, *Djeca milosrđa. Napuštena djeca u Dubrovniku od 17. do 19. stoljeća* [Les enfants de la miséricorde. Les enfants abandonnés de Dubrovnik du XVII^e au XIX^e siècle], Zagreb-Dubrovnik, HAZU [Académie croate des sciences et des arts], Institut des sciences de l'histoire à Dubrovnik, 2013, 450 p.

Le livre intitulé *Les enfants de la miséricorde. Les enfants abandonnés de Dubrovnik du XVII^e au XIX^e siècle* de Rina Kralj-Brassard, publié en 2013 par l'Académie croate des sciences et des arts (HAZU), présente pour la première fois l'histoire complète de l'hôpital de la Miséricorde de Dubrovnik. Divisé en huit chapitres et plusieurs sous-chapitres, il brosse un tableau non seulement de l'hôpital des enfants abandonnés de Dubrovnik, mais aussi des conditions qui conduisaient à cet abandon, de la relation entre la société et l'État d'un côté et les petits abandonnés de l'autre, du sort de ces derniers ainsi que de leurs possibilités d'intégration sociale.

Dans le premier chapitre intitulé « Une réalité européenne choquante : l'abandon des enfants », l'auteure aborde de façon globale le phénomène de l'abandon des enfants. Elle s'interroge d'abord sur les « surplus » de population et la parentalité non désirée depuis le Moyen Âge. Elle montre ici à quel point l'abandon des enfants est un phénomène étroitement lié à ceux de l'infanticide et de l'avortement. Elle étudie ensuite la prise de conscience du problème de l'enfance abandonnée et la création d'institutions spécialisées. Enfin, elle décrit la situation dans quelques pays européens, plus spécialement l'Italie, la France, l'Allemagne, l'Espagne, le Portugal,