



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(1), 11-19

L'agir professionnel : un défi pour les sages-femmes immigrantes au Québec

Raymonde Gagnon

Contact : raymonde.gagnon@uqtr.ca

Soumission initiale - le 29 mai 2013 - Soumission révisée le 30 juillet 2013 - Accepté pour publication le 14 février 2014

RESUME

Contexte : Le nombre de sages-femmes immigrantes en attente d'un permis d'exercice au Québec s'est accru considérablement ces dix dernières années. Bien que près d'une centaine ont fait une demande d'admission à l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), treize sages-femmes formées à l'étranger pratiquaient au Québec au moment de l'étude.

Objectif : Cette étude a été réalisée pour explorer les difficultés vécues par les sages-femmes dont la formation initiale a été obtenue en dehors du Canada afin de faciliter leur intégration à la profession. Nous voulions comprendre les adaptations et les transformations qu'elles doivent faire pour s'intégrer à la pratique québécoise, notamment celles liées à l'agir professionnel.

Méthodologie : Recherche qualitative basée sur une approche ethnologique par entretiens semi-structurés auprès de la quasi-totalité (11 sur 13) des sages-femmes immigrantes exerçant au Québec. Le cadre d'analyse a été élaboré à partir des modèles technocratiques et holistiques de la naissance de Davis-Floyd (2003). Le recours à l'approche ethnologique permet de mieux saisir le sens de l'expérience interculturelle vécue par ces sages-femmes dans la société québécoise francophone. Une analyse thématique de type inductif a été complétée par un travail de catégorisation et de mise en relation d'après le modèle d'analyse par théorisation ancrée.

Résultats et discussion : *L'agir professionnel :* Le suivi continu étant la norme au Québec, des compétences particulières propres à chacune des phases de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale doivent être maîtrisées pour s'adapter à la pratique sage-femme québécoise. Le fait de considérer la femme comme autonome et partie prenante des décisions a demandé un changement d'attitude quant à la façon d'intervenir pour plusieurs nouvelles arrivantes. Ainsi, elles ont dû s'habituer à accompagner la femme plutôt qu'à la diriger. Elles ont également découvert que la qualité de leur présence auprès des femmes avait souvent une importance plus grande que les actions posées.

L'accent étant mis sur la physiologie, la majorité des participantes ont dû modifier leur approche afin d'utiliser davantage des méthodes de facilitation pour réduire le recours aux interventions obstétricales. De plus, elles ont appris à moduler leur langage pour être au diapason avec la philosophie de la profession sage-femme du Québec. Pour plusieurs, l'autonomie professionnelle est une nouvelle réalité qui demande des adaptations.

Conclusion : Pratiquer dans un contexte où prédominent la normalité et le soutien à l'accouchement naturel suscite chez les sages-femmes formées à l'étranger des questionnements sur leur pratique antérieure et la nécessité de développer de nouvelles compétences. Ces changements font appel à un processus de transformation qui représente un défi important, mais enrichissant selon elles, au plan personnel et professionnel.

ABSTRACT

Title : Professional behaviour : a challenge for immigrant midwives in Quebec.

Context : Over the past ten years the number of immigrant midwives moving to Quebec waiting for a permit to practice in Quebec has increased considerably. Although nearly a hundred have applied for registration with the statutory body, the *Ordre des sages-femmes du Québec*, only thirteen midwives trained outside Canada practised in Quebec at the time of the study.

Objective : This study aimed to explore the difficulties experienced by the midwives whose initial training was undertaken outside Canada, so as better to ease their integration into the profession. We wanted to understand the adaptations and the changes they had to undergo to practise in Canada, and in particular those linked to professional behaviour.

Method : Qualitative study based on an ethnological approach via semi-structured interviews with most immigrant midwives (11 out of 13) practising in Quebec. The data analysis framework was based on Davis Floyd's (2003) technocratic and holistic models of birth. The use of the ethnographic approach allowed a better understanding of the intercultural experience these midwives had in the French speaking Quebec society. A thematic inductive analysis, based on grounded theory, was undertaken through categorization and the establishment of relationships based on a grounded theory.

Results and Discussion : *Professional behaviour.* As continuity of care is the norm in Quebec, specific competencies linked to each phase of pregnancy, birth and the postnatal period must all be mastered to adapt oneself to the practice of the Quebec midwives. Perceiving women as autonomous and fully involved in decision-making required some newly arrived midwives to adapt their behaviour. They had to learn to be "with" the women rather than to direct their care. Some discovered that being "with" the women was indeed often more important than their actual interventions.

Because the emphasis is on physiology, most participants had to modify their approach and become more facilitative so as to

reduce the need for obstetric interventions. They also learned to modify their language to be more in tune with the philosophy of the midwifery profession in Quebec. For some, this level of professional autonomy was a new experience that required some adaptation.

Conclusion : Practising in a context where normality and support for natural labour predominate led midwives trained outside Quebec to question some of their previous practices and to develop new competencies. These changes called for an important and challenging, yet enriching, process of change, both at personal and professional level.

Mots clés : Sage-femme, immigration, Québec, adaptation, culture professionnelle, conseil de l'ordre

Keywords : Midwife; immigration, Quebec, adaptation, professional culture, statutory body

Introduction

Un intérêt grandissant pour venir pratiquer au Québec s'est manifesté chez les sages-femmes issues de la francophonie au cours des dernières années (OSFQ, 2009, 2012a, 2013a). L'accord de mobilité France-Québec a particulièrement suscité l'attention des sages-femmes françaises (Immigration-Québec, 2010). Plusieurs d'entre elles souhaitent faire une demande d'admission à l'Ordre des sages-femmes, dans le contexte de l'immigration ou pour vivre une nouvelle expérience (OSFQ, 2012b). Une étude réalisée auprès de sages-femmes immigrantes exerçant au Québec a permis de mieux connaître leur formation et leurs expériences antérieures et d'en dégager des pistes pour faciliter l'intégration des nouvelles arrivantes (Gagnon, 2012).

Le contexte de la pratique sage-femme québécoise

La pratique québécoise contemporaine s'est développée dans un contexte de revendications pour l'humanisation des naissances et pour la réappropriation de la maternité par les femmes. Contrairement à plusieurs pays où la profession est exercée dans un cadre médical et technocratique, le modèle québécois s'inspire d'une conception holistique de la naissance avec une présence marquée de l'approche humaniste et du féminisme (Desjardins, 1993; Lemay, 2007).

En effet, jusqu'au début des années soixante-dix, la pratique sage-femme avait pratiquement disparu du paysage québécois. Bien qu'elle ait été présente au début des colonies, elle fut éradiquée au cours du XXe siècle par la médecine qui s'est imposée dans le champ de l'obstétrique. Les sages-femmes n'avaient alors plus accès à des formations; certaines d'entre elles, surtout des infirmières ayant reçu une formation complémentaire, ont été tout au plus tolérées dans des régions éloignées où il n'y avait pas de médecins. La pratique des sages-femmes, jugée non scientifique, a été discréditée par le corps médical et les rites entourant la naissance ont subi des transformations majeures avec l'entrée croissante des accouchements dans les hôpitaux (Desjardins, 1993; Laforce, 1985, 1987 a, b; Renaud *et al.*, 1987). À la fin des années 60, avec la montée du féminisme et d'un mouvement social de critique de la médecine (Giroux, 2008), on assiste à une remise en question de la médicalisation de la naissance

(Laurendeau, 1987). Des femmes soutenues par leurs conjoints ont alors choisi d'accoucher à domicile, seules ou avec l'aide de personnes expérimentées. Des groupes de plus en plus organisés ont publiquement revendiqué l'humanisation de la naissance et la réappropriation des savoirs qui lui sont spécifiques (Desjardins, 2003; Laforce, 1985; Renaud *et al.*, 1987; Saillant & O'Neill, 1987). Lors des colloques *Accoucher ou se faire accoucher*, tenus par l'Association pour la santé publique du Québec en 1981, la légalisation de la profession sage-femme, l'autonomie des femmes, la diminution des interventions obstétricales, la continuité des soins, des services et des intervenants, les chambres de naissance, la création de maisons de naissance autonomes et l'accouchement à domicile ont fait partie des recommandations formulées au gouvernement (Association pour la santé publique du Québec, 2005). C'est dans ce contexte que le modèle de pratique des sages-femmes s'est développé au Québec (Bergeron, 2003; Giroux, 2008).

A la suite d'une période d'expérimentation de projets-pilotes, le gouvernement du Québec a légalisé la profession de sage-femme en 1999 en créant un ordre professionnel et en adoptant des mesures visant à l'intégration des services de sages-femmes au réseau de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, L.R.Q., c.S-0.1). Un suivi continu et plus humain lors de la grossesse et de l'accouchement, une approche globale des besoins, la reconnaissance des compétences des parents et le libre choix du lieu de naissance faisaient partie des attentes exprimées par les femmes et les couples (Conseil d'évaluation des projets-pilotes, 1997; Gouvernement du Québec, 1998). Le champ de pratique qui leur a été reconnu concerne les événements normaux de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale pour les mères et les nouveau-nés jusqu'à six semaines après la naissance. Les sages-femmes sont devenues des professionnelles autonomes autorisées à prodiguer tous les soins et services requis dans le cadre d'une grossesse physiologique, à dépister les complications et à intervenir en situation d'urgence (Gouvernement du Québec, L.R.Q., c.S-0.1).

En 1999, un programme de quatre années de formation a été introduit dans le cursus universitaire québécois (Université du Québec à Trois-Rivières, 2013). L'actuel «diplôme de baccalauréat en pratique sage-femme» qui correspond au niveau européen de Bachelor/licence universitaire, ou son équivalent, donne accès au permis de l'Ordre des sages-femmes du Québec (Gouvernement

du Québec, 2007). Professionnellement autonomes, les sages-femmes exercent avec un contrat de service dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les femmes ont maintenant le choix d'accoucher en maison de naissance, à domicile ou dans un centre hospitalier (OSFQ, 2013b). Au cours de l'année 2012-13, le nombre de sages-femmes était de 162 et elles ont assisté à environ 1800 naissances, soit à peu près 2% des naissances survenues dans la province (OSFQ, 2013a).

La pratique développée au Québec suscite des adaptations particulières chez les sages-femmes immigrantes (Gagnon, 2012).

Objectifs

L'objectif de l'étude était de comprendre les adaptations et les transformations que les sages-femmes immigrantes ont dû entreprendre pour intégrer la pratique québécoise.

Par "adaptation", nous entendons ici, le processus de reconnaissance ou de mise en œuvre des compétences professionnelles de la personne immigrante en lien avec ses attentes et ses capacités, et ce, en réponse aux attentes et aux caractéristiques du nouveau milieu professionnel (Berset & Weygold, 2000). Quand une personne change de milieu professionnel, elle a des connaissances antérieures, mais elle doit s'adapter au nouveau contexte. Ce processus implique nécessairement une transformation. La transformation touche la dimension affective et amène une reconstruction des représentations. On peut alors observer non seulement une modification du comportement, mais aussi une intégration du changement qui se manifeste dans son expression tant verbale que non verbale (Freedman, 1985). Il s'agit d'un processus dynamique, parce qu'il implique à la fois la personne immigrante et les autres acteurs en présence, ainsi qu'une évolution dans le temps.

Méthode

Dans une démarche compréhensive animée par un souci d'accueil et de respect des compétences, une recherche qualitative intégrant une approche ethnologique a été effectuée. L'échantillon par choix raisonné (Morse, 1991; Patton, 2002) consiste à choisir les éléments de la population sur la base de critères particuliers afin qu'ils soient représentatifs du phénomène étudié. Onze des 13 sages-femmes d'origine étrangère exerçant la profession au Québec ont été sélectionnées. Deux de ces treize sages-femmes qui occupaient des postes clés à l'Ordre des sages-femmes du Québec, en lien avec le processus d'intégration en cours, n'ont pas été retenues pour l'étude. Il aurait été difficile pour ces informatrices de se reporter directement à leur propre expérience sans que celle-ci ne soit interprétée à travers le prisme des travaux qu'elles étaient en train de réaliser. L'étude a concerné des praticiennes originaires de France, Tunisie,

Angleterre, Belgique, Algérie et Iran. Toutes étaient des femmes, âgées de 27 à 65 ans, dont la moyenne d'âge était de 46 ans. Elles vivaient au Québec depuis 4 ans (1), 11 à 17 ans (8) et 36 à 40 ans (2). Les premières arrivées avaient dû attendre 1990 et l'adoption de la loi sur l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes par le gouvernement québécois avant de pouvoir exercer leur profession au Québec.

L'étude a également inclus trois sages-femmes d'origine québécoise formées à l'étranger et cinq sages-femmes nées et formées au Québec. Ceci pour aider à faire la distinction entre les phénomènes attribuables au changement de culture professionnelle de ceux liés à l'adaptation culturelle ainsi que les éléments attribuables au contexte de pratique, et en particulier la collaboration interprofessionnelle et les particularités liées à l'accouchement hors centre hospitalier. Les québécoises formées à l'étranger ont été sélectionnées en tenant compte de la diversité des pays où elles avaient fait leur formation : Angleterre, France et Suisse, pays les plus souvent choisis par les Québécoises formées à l'étranger. Celles formées au Québec ont été sélectionnées en fonction de leur formation, de leur expérience clinique, et de la diversité régionale. L'échantillon comprend donc certaines sages-femmes formées avant la légalisation de la profession, parce qu'elles ont fortement contribué à sa définition, ainsi que d'autres sages-femmes formées à l'université après la légalisation, car celles-ci ont dû s'adapter à une pratique déjà mise en place. Les participantes sélectionnées ont été informées de l'étude et invitées à signer un formulaire de consentement. Toutes ont accepté d'y participer.

Des entretiens semi-dirigés ont été effectués pour la collecte des données. Le recours à l'approche ethnologique (Géraud *et al.*, 2000) a permis de mieux saisir le sens de l'expérience interculturelle vécue par les nouvelles arrivantes. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites. Un cadre d'analyse a été élaboré à partir des modèles technocratiques et holistiques de la naissance de l'anthropologue américaine Robbie Davis-Floyd (2003). Les six dimensions découlant du travail de modélisation de Davis-Floyd (2003) appliqué à la pratique sage-femme québécoise ont servi de concepts indicatifs [*sensitizing concept*] (Blumer, 1969; Bowen, 2006; Charmaz, 2003; Glaser, 1978). Ces dimensions sont : les référents qui servent de base à la pratique de la sage-femme, les représentations en lien avec la naissance (Gagnon, 2011), la dimension relationnelle (Gagnon, 2013), l'agir professionnel, le rapport au temps et le rapport à l'espace. Bien que les valeurs liées à chacune de ces dimensions puissent être révélatrices du degré d'intégration des participantes au modèle québécois, et ouvrent ainsi la voie à une procédure déductive, la démarche d'analyse adoptée dans le cadre de cette étude reste principalement inductive. Il s'agissait d'étudier le phénomène de l'adaptation à partir de la perception de personnes ayant vécu l'intégration professionnelle dans le contexte québécois (Chevrier, 2010; Fortin, 1996; Mayer *et al.*, 2000). Une analyse thématique a été effectuée (Paillé & Mucchielli, 2003) et complétée par une mise en relation des thèmes cruciaux selon la méthode de théorisation ancrée adaptée de Paillé

(1994). Cette adaptation de la *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967) est une méthode d'analyse de données plutôt qu'une méthode de recherche qualitative. L'analyse se présente sous forme d'une démarche itérative plutôt que par opérations multiples de codage.

Dans le cadre de cet article, seule la dimension de l'agir professionnel est retenue. Comme il a été mentionné précédemment, les autres dimensions étaient les référents et les représentations en lien avec la naissance (Gagnon, 2011), la dimension relationnelle (Gagnon, 2013), l'agir professionnel, le rapport au temps et le rapport à l'espace.

La codification des entretiens a été réalisée dans le cadre d'une démarche continue. Les thèmes étaient identifiés et notés tout au long de la lecture des transcriptions. Au fur et à mesure de la codification, les thèmes se sont faits plus nombreux et les récurrences ont permis de regrouper des thèmes entre eux et d'en fusionner certains selon le sens attribué aux propos. L'analyse des entretiens s'est faite au fur et à mesure de la collecte des données. Ainsi, lors des entretiens subséquents, il était possible d'explorer plus en profondeur les thèmes initiaux ayant émergés. Une certaine organisation hiérarchique s'est alors imposée pour être ensuite affinée.

Analyse des résultats

La démarche d'intégration des sages-femmes formées à l'étranger a porté sur le développement de compétences particulières propres à chacune des phases de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Après avoir présenté la théorie liée à ces aspects de l'insertion professionnelle, nous illustrons le travail de réflexivité qui en découle par les propos des sages-femmes participantes à la recherche et nous proposons quelques pistes d'interprétation suggérées par notre analyse. Il est à noter que les prénoms associés aux citations «verbatim» sont fictifs.

L'agir professionnel : de la théorie aux compétences acquises

L'agir professionnel fait référence au savoir pratique tacite présent dans le travail quotidien du professionnel (Schön, 1994). Dans le contexte québécois, les thèmes ayant émergés autour de l'agir professionnel des sages-femmes immigrantes concerne les aspects suivants : les compétences en lien avec la continuité, les attitudes à développer, les nuances entre intervention et accompagnement, l'importance de la parole dans l'acte d'accompagnement et l'autonomie professionnelle.

Les compétences en lien avec la continuité

La modification du champ d'activité peut être un obstacle à l'intégration (Da Prat, 2005). Au Québec, le champ d'activité de la sage-femme est désigné comme étant «le normal». La sage-femme est responsable du suivi complet de maternité : suivi de grossesse, travail et accouchement, puis suivi des mères et des nouveau-nés jusqu'à six

semaines après la naissance. Elle est également habilitée à dépister les complications et à intervenir en situation d'urgence. La préconception, la contraception et les conseils usuels pour un bébé jusqu'à un an font également partie du champ de pratique (Gouvernement du Québec, 1999). Les valeurs professionnelles décrites dans la *Philosophie et Les normes de pratique professionnelle* servent d'assises à l'exercice de la profession (Ordre des sages-femmes du Québec, 2002, 2003). La sage-femme doit donc maîtriser l'ensemble des compétences requises pour intervenir adéquatement dans ce qui a trait à chacune de ces composantes. La pratique professionnelle et le champ de pratique variant d'un pays à l'autre, certaines compétences doivent être révisées. D'autres sont à développer, notamment en regard de l'évaluation physique et psychosociale de la femme enceinte ou de la gestion des déviations de la normalité pendant la grossesse ou l'accouchement (Université du Québec à Trois-Rivières, 2013).

L'approche globale aux besoins d'une personne, de plus en plus reconnue dans le domaine de la santé, demande des adaptations considérables (Bibeau *et al.*, 1992). Plusieurs sages-femmes ont déclaré que l'une des principales difficultés rencontrée tenait au fait de n'avoir jamais ou peu assuré de suivis prénataux et postnataux. Le suivi continu, c'est-à-dire suivre la même femme du début de sa grossesse jusqu'à six semaines en période postnatale et les consultations constituent donc pour elles une nouveauté.

Puis en [pays], on ne faisait pas de suivi de grossesse non plus. On l'apprenait, mais ça restait très théorique. C'est le médecin qui faisait le suivi de grossesse, puis toi t'étais «en salle d'accouchement» ou «en postpartum» ou «en grossesses pathologiques». Donc, moi, je n'avais jamais eu l'expérience. Donc, il fallait que je m'acclimate. Puis, après ça, [après avoir travaillé dans deux maisons de naissance pendant plus de deux ans], je suis allée à [maison de naissance] pendant un an, puis là je me sentais plus à l'aise. (Esther)

Le manque de préparation pour cet aspect de la pratique professionnelle crée de l'incertitude, ce qui contribue à rendre l'intégration plus difficile.

Tout ce qui était avant, je dirais presque vingt semaines, douze sûrement, vingt, pour moi c'était du néant. Je ne savais pas, on ne les fait pas. [...] Le jour où tu commences et comme les consultations duraient un quart d'heure et bonjour, bonsoir là, là je me suis dit au début : «Mais qu'est-ce que je vais dire pendant une heure ?». (Daphnée)

Ces propos illustrent bien par ailleurs le conflit vécu entre le paradigme de l'expertise et celui de l'incertitude auquel les sages-femmes font face. On dit des actions d'une personne qu'elles s'inscrivent dans le paradigme de l'expertise lorsque cette personne se base sur le savoir reconnu pour expliquer ce qui se passe et planifier ses actions, et dans celui de l'incertitude lorsqu'elle s'appuie sur ce qu'il y a d'unique et d'incertain dans chaque interaction,

de façon à s'autoréguler dans l'action (Saint-Arnaud, 2001). Il est commun qu'une sage-femme nouvellement arrivée ne sache pas comment agir dans son nouveau contexte. Son expertise étant souvent fondée sur un modèle interventionniste contesté dans la pratique sage-femme québécoise, elle se retrouve confrontée à une remise en question importante de son rôle. Cela engendre de l'incertitude dans son identité professionnelle et elle peut se sentir sans repères. Ce sera donc à travers une démarche de réflexivité sur sa pratique (Schön, 1994) et des rétroactions de collègues qu'elle parviendra à s'ajuster en donnant un sens à ce qui est nouveau pour elle dans l'approche québécoise.

Une question d'attitude

L'adoption d'une attitude empathique et la création d'une relation dite d'accompagnement caractérisent l'intervention de la sage-femme. Inès parle de ce qui s'est transformé en elle :

Ma vision a complètement changé. Quand j'étais jeune, j'étais une bonne sage-femme. J'étais gentille avec les femmes, je n'étais pas «rough». Mais quand j'ai commencé à travailler au Québec, ça a complètement changé ma perception des «soins au client». Ça ne m'avait pas traversé l'esprit de voir comment chaque femme est différente. Il y a par exemple, la femme qui a été abusée sexuellement et qui a peur d'accoucher, elle a peur de la douleur, elle a peur d'ouvrir son vagin, mais pour qui la peur d'aller à l'hôpital est plus forte que la peur d'accoucher. Et j'ai vu toutes sortes de situations où la femme était vraiment pleine de peurs et on ne peut pas changer tout ça, parce que tout le monde est individuel, et des fois, on transfère. Ce n'est pas toujours pour une raison obstétricale qu'on transfère à l'hôpital. Je me souviens d'avoir transféré pour le travail, il n'y avait pas de raison, mais il n'y avait pas de progrès. Et la minute après être arrivée à l'hôpital, elle a accouché. Et la femme a dit après : «Je sais que je n'étais pas prête à accoucher hors de l'hôpital». (Inès)

Intervention ou accompagnement

Toutes les sages-femmes interviewées avaient été formées et avaient déjà travaillé dans des milieux interventionnistes où elles prenaient les femmes en charge et «les accouchaient». Ce changement de perspective dans un modèle de pratique où l'on considère avant tout que c'est la femme qui accouche exige des adaptations. Le choc fut important pour certaines sages-femmes qui ont dû s'ajuster aux délimitations du champ de pratique en vigueur au Québec, dans une pratique axée sur la normalité, et ne trouvent pas toujours facile de ne plus pouvoir recourir à certaines interventions, par exemple l'usage d'ocytociques pour régulariser le travail. À cause du contexte où elles pratiquaient antérieurement, quelques-unes ont eu à parfaire leurs connaissances des situations d'urgences obstétricales et néonatales. Par ailleurs, les sages-femmes d'origine étrangère ont dû adopter une approche holistique, fondée sur l'être dans sa totalité.

Plusieurs sages-femmes ont constaté qu'elles en sont venues à remettre entièrement en question le contrôle

qu'elles exerçaient sur les interventions dans leur pratique antérieure.

J'ai appris beaucoup de choses... j'ai appris beaucoup de choses sur le naturel, Avant, je ne donnais pas confiance à la femme, maintenant je donne parce que c'est elle qui guide tout. L'essentiel dans mon rôle, c'est que j'explique, c'est elle qui fait tout. Avant c'était tout, c'était moi qui dirigeais [...]. Ma vision a changé complètement. J'étais médicalisée et parfois quand je m'arrête, toute seule, que je révise mes accouchements, où je les faisais médicalisés et maintenant mes accouchements ici... alors je me culpabilise... je ne savais pas. (Hélène)

Cette attitude d'empathie et d'écoute aux besoins de la femme qui accouche leur permet de mieux discerner les situations où il n'est pas nécessaire, et serait même nuisible d'intervenir, des situations où il est préférable de le faire.

Plusieurs se sont exprimées sur les méthodes de facilitation du travail et de l'accouchement qu'elles ont appris à utiliser depuis leur arrivée au Québec. Elles parlent abondamment, entre autres, de la variation des positions lors de l'accouchement et de l'importance de laisser la femme s'exprimer, tant dans la gestuelle que dans les sons émis, ainsi que de la pratique qui consiste à laisser la femme accueillir elle-même son bébé. Les deux tiers mentionnent «la présence à la femme» comme un élément essentiel qui fut une découverte pour plusieurs d'entre elles. S'imprégner de l'atmosphère, ne rien faire d'autre que d'être attentive et dégager une présence rassurante sont des attitudes qui, sans être nouvelles pour un certain nombre de sages-femmes, sont maintenant légitimées. Ceci contribue à créer un sentiment plus fort de proximité avec les femmes et donne un sens nouveau à leur pratique de sage-femme. Par ailleurs, d'autres aspects peuvent déconcerter; par exemple, la douleur lors du travail est jugée acceptable et la demande de la péridurale est vue dans certains cas comme liée à la peur de la douleur.

De laisser la femme complètement dans ses instincts, des fois un petit encouragement à faire quelque chose de différent [...] ça ne change pas, mais elle dort un petit peu... elle est dans le bain et puis elle dit : «Je suis fatiguée, mais je suis encore correcte. [...] C'est les sons sexuels d'une femme en gros travail, qui pousse... C'est une femme qui est assise sur le lit à trois heures du matin. Il y a les chandelles, elle transpire et puis elle ne parle pas du tout, elle est vraiment en elle et puis elle dit : «Je pense que je vais paniquer» et puis on dit : «Mais, c'est correct» et puis le moment a passé et elle continue. (Inès)

La parole dans l'acte d'accompagnement

Le vocabulaire utilisé dans la communication orale est une composante importante et significative de l'agir professionnel. Ainsi, le fait de ne pas avoir recours à un langage technologique est un enjeu important. Le choix des mots est fonction de l'approche privilégiée dans la pratique sage-femme québécoise.

Avant c'était : On respire comme ça. «Madame fait ça, fait ça» et juste ne faire rien, c'était quelque chose de très, très spécial pour moi, de ne pas parler. [...] Je n'avais jamais dit : «Que penses-tu de faire un toucher vaginal ?», je disais : «Je vais faire un toucher vaginal». (Inès)

Et comme l'exprime une sage-femme interviewée, le niveau de langage et les termes utilisés révèlent très bien la façon de considérer la femme et influencent les actions :

Le langage, je pense aussi des fois qu'il faut changer le langage. Si elle dit : «ma primi» «mon prurit de grossesse», changer ce langage-là parce que la façon dont on utilise le langage module notre façon de travailler. Donc, si c'est ton «prurit de grossesse» plutôt que madame X qui a un prurit de grossesse, déjà tu la traites différemment. (Madeleine)

L'autonomie professionnelle

La majorité des sages-femmes immigrantes déclarent avoir dû s'adapter au fait d'être des professionnelles autonomes, comme l'avaient d'ailleurs démontré certaines recherches (Bourgeault *et al.*, 2006; Da Prat, 2005). Au Québec, dans un contexte de pratique où les médecins ne sont pas présents sur les lieux d'accouchements et n'interviennent que dans les situations de consultation ou de transferts, les sages-femmes sont entièrement responsables des décisions, ce qui diffère de ce que les nouvelles arrivantes ont connu antérieurement.

L'autre chose qui est très importante aussi, comme les pays où les sages-femmes travaillent en milieu hospitalier, en dessous des médecins, l'autonomie, les prises de décision, leur responsabilité ne sont pas les mêmes. Tu peux penser que c'est tout à fait ça, mais ce n'est pas ça et quand tu te retrouves dans une pratique tout à fait indépendante comme ici au Québec, tu es responsable pour tout, tu prescris un test et bon, ça peut avoir des conséquences ou pas du tout là. Il faut les accompagner là-dedans parce que parfois ça peut donner des craintes. Elles peuvent être très médicalisées parce que c'est leur bouée de sauvetage pour survivre là-dedans, donc ça, c'est à voir. (Brigitte)

L'intervention peut donc être vue comme un moyen de se sécuriser en tant que professionnelle. En même temps que les sages-femmes acquièrent leur autonomie, elles doivent consolider leurs compétences et apprendre à se faire confiance. Une participante voit la compétence professionnelle comme une condition essentielle à la pratique québécoise, car il faut être en mesure de gérer l'ensemble des situations relevant du champ de pratique; ne pas intervenir systématiquement, tout en restant capable de le faire au bon moment.

Il faut être une bonne sage-femme et une bonne clinicienne, sinon tu ne peux pas faire ce métier ici. Il faut quand même connaître tout ce qui est en arrière, qui ne se voit pas là, mais que tu domines ce sujet-là. Parce que j'en ai vu moi des sages-femmes de tous les pays et j'ai travaillé avec une d'entre elles et c'était

vraiment... dès qu'elle avait un truc, elle l'envoyait à l'hôpital. Mais tu dis : «C'est quoi ce truc ?». (Daphnée)

On peut penser qu'avoir travaillé auparavant dans un cadre hiérarchisé et devoir maintenant prendre elles-mêmes les décisions, tout en tenant compte d'une réglementation, peut influencer le jugement clinique des nouvelles arrivantes. En effet, tel que l'ont souligné Brown & Busman (2003), les intervenants qui ont été soumis à l'autorité dans une structure hiérarchique semblent avoir plus de difficulté à exercer leur jugement clinique dans un contexte d'autonomie professionnelle.

Discussion

L'intégration au nouveau milieu professionnel se fait en utilisant ses compétences antérieures, mais aussi en développant de nouvelles compétences correspondant aux attentes du nouveau cadre de pratique. Comprendre les prémisses de la pratique sage-femme québécoise s'avère important pour les nouvelles arrivantes. L'observation d'une sage-femme expérimentée en maison de naissance est essentielle afin de cerner les subtilités de la dynamique relationnelle durant les consultations prénatales et postnatales ainsi que lors des accouchements. L'accompagnement de la nouvelle arrivante par une sage-femme expérimentée permettrait aussi aux nouvelles venues de s'approprier la pratique et de recevoir la rétroaction pertinente. L'intégration doit se faire dans un processus de réciprocité où le milieu d'accueil se montre ouvert à partager sa pratique et où la nouvelle arrivante s'engage activement dans son processus d'intégration.

Les études réalisées sur le modèle de la continuité des soins, le «one-to-one midwifery care» développé au Royaume-Uni, ont mis en évidence un profond changement dans les habitudes de travail et le niveau de responsabilité pour les sages-femmes habituées à travailler dans un modèle hospitalier traditionnel. Il requiert aussi un niveau de connaissances et de compétences plus élevé. Ce modèle de pratique favorise le développement professionnel et augmente la confiance en soi des sages-femmes ainsi qu'une plus grande compréhension de l'expérience vécue par les femmes (Page, 2003). Les résultats de notre recherche concordent.

Avoir tenu compte des adaptations culturelles et professionnelles constitue un point fort de notre étude. L'approche ethnologique utilisée s'est avérée fort utile car elle permet d'aborder des terrains inédits de notre monde contemporain (Ghasarian, 2004). Ainsi, l'approche utilisée avec les participantes à l'étude a permis de laisser émerger leurs propos et de demeurer centrée sur leurs points de vue. Les entretiens supplémentaires auprès de Québécoises formées à l'étranger et formées au Québec ont également permis de cerner ces différences. Ils ont permis de développer une vision plus large des données recueillies et d'éviter de stigmatiser les sages-femmes immigrantes.

Parmi les limites de l'étude, le fait d'être sage-femme et de connaître les participantes dans leur milieu professionnel a pu induire un biais de désirabilité. Par contre, la connaissance du milieu a aussi permis de demander rapidement aux participantes, en cours d'entrevue, de préciser certains propos. Ainsi, il a été possible de comprendre plus facilement certains éléments de contenu, tout en évitant le risque de décontextualiser les propos (Charmillot & Dayer, 2007). Le souci de respecter l'anonymat et d'éviter la stigmatisation des participantes a fait en sorte de ne pouvoir rendre compte explicitement de tous les croisements, notamment ceux liés à l'origine ethnique ou au milieu de formation de celles-ci.

Conclusion

L'expérience vécue par ces sages-femmes démontre que l'agir professionnel peut se traduire différemment selon les valeurs entourant la naissance et le contexte de pratique. Le passage d'un modèle de pratique de nature médicale à une approche issue d'un modèle holistique amène chez plusieurs d'entre-elles d'importantes remises en question. Le changement de paradigme professionnel représente donc un défi qui incite à une démarche réflexive sur l'essence même de la profession de sage-femme et de sa pratique professionnelle. Pour les sages-femmes voulant exercer au Québec, il devient important d'identifier et de comprendre les origines et la raison d'être des nouvelles manières d'agir dans la société québécoise actuelle et de prendre une distance par rapport aux procédures et aux routines sécurisantes établies de longue date. Les expériences vécues montrent qu'il n'y a pas de changements véritables sans un processus de transformation intérieure permettant de les intégrer et d'agir ensuite de manière cohérente. Ce n'est qu'à partir de là que l'intégration du changement peut se réaliser et se manifester spontanément autant dans les gestes que dans les paroles. La conception même du rôle professionnel change et la qualité de présence devient un outil primordial du soutien apporté aux femmes. Plusieurs participantes ont également exprimé que leur expérience d'intégration les a enrichies à la fois au plan personnel et professionnel puisque le partage avec les femmes et leurs réflexions les ont touchées en tant que femmes, mères et sages-femmes. Par ailleurs, l'apport de leur expertise contribue à enrichir l'éventail des ressources des équipes de sages-femmes (Gagnon, 2012).

Cette expérience d'adaptation à la pratique québécoise n'a pas seulement apporté de nouvelles connaissances et compétences à ces sages-femmes formées à l'étranger; elle a été le lieu d'un travail de réflexivité sur leurs pratiques tant professionnelles que culturelles et cette objectivation est un atout supplémentaire pour leur pratique actuelle et future dans la société québécoise marquée par la diversité des cultures.

Étant donné que cette étude était de type exploratoire, les éléments entourant les processus de transfert et d'acquisition de compétences liées au savoir-faire et au

savoir-être pourraient donner lieu à des recherches plus approfondies. Comment s'opère le passage d'une culture où la professionnelle voit le risque omniprésent à une culture axée sur la confiance dans le processus naturel de la naissance ? Quelles expériences pourraient susciter cette transformation chez les sages-femmes dont les possibilités de prises de décisions relèvent de milieux médicaux hiérarchisés ? Le développement d'une pratique sage-femme axée sur le partenariat avec les femmes et le respect de la physiologie serait avantageux étant donné le caractère reconnu de l'accouchement normal et du travail conjoint avec les femmes dans la définition internationale de la sage-femme (ICM, 2011).

Références

- Association pour la santé publique du Québec (2005). Vingt-cinq ans après Accoucher... ou se faire accoucher ? Une question toujours d'actualité. *Bulletin de santé publique*, 26(1), 17.
- Bergeron A (2003). Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002). *Recherches féministes*, 16(2), 139-165.
- Berset A & Weygold SA (2000). Migrations internationales et transfert de compétences professionnelles. In : Centlivres P & Girod I (Eds.), *Les défis migratoires. Actes du Colloque CLUSE. Les migrations à l'aube du troisième millénaire* (pp.75-83). Neuchâtel 2000. Zürich : Seismo.
- Bibeau G, Chan-Yip AM, Lock M, Rousseau C & Sterlin C (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Blumer H (1969). *Symbolic Interactionism : Perspective and Method*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Bourgeault IL, Matthews K & Homer M (2006). *On the Move : The Migration of Health Care Providers in Canada. Final Report to SSHRC INE Skills Research Initiative* (co-sponsored by Human Resources and Skills Development Canada and Industry Canada). Published through the Skills Research Initiative Working Paper Series, D-08.
- Bowen G A (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12-23.
- Brown C A & Busman M (2003). Expatriate health-care workers and maintenance of standards of practice factors affecting service delivery in Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(7), 147-353.
- Charmaz K (2003). Grounded theory : Objectivist and constructivist methods. In : Denzin N K & Lincoln Y S, *Strategies for qualitative inquiry* (2e ed.), (pp. 249-291). Thousand Oaks, Californie : Sage Publications.
- Charmillot M & Dayer C (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*. Hors Série, 3, 126-139.
- Chevrier J (2010). La spécification de la problématique. In : Gauthier B (Ed.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5e ed.), (pp. 53-87). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Confédération internationale des sages-femmes (ICM) (2011). *Définition internationale de la sage-femme de l'ICM*. Dernier accès : 21 février 2014, à <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>
- Conseil d'évaluation des projets-pilotes (1997). *Rapport final et recommandations : projets-pilotes sages-femmes*. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

- Da Prat C (2005). *Rapport sur les groupes de discussion avec des sages-femmes formées à l'étranger. Projet sur une stratégie nationale d'évaluation de la pratique sage-femme*. Canada : Consortium canadien des ordres de sages-femmes.
- Davis-Floyd R E (2003). *Birth as an American Rite of Passage* (2e ed.). California : University of California Press.
- Desjardins S (1993). *Médecins et sages-femmes*. Montréal : Éditions Québec/Amérique.
- Fortin M F (1996). Le devis de recherche. In : Fortin M F et al. (Eds), *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation* (pp. 131-145). Ville Mont-Royal : Décarie.
- Freedman N (1985). The concept of transformation in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 2(4), 317-339.
- Gagnon R (2011). Midwifery in a new context : expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery*, 27(3), 360-367.
- Gagnon R (2012). *L'intégration des sages-femmes d'origine étrangère à la pratique québécoise*. Édiqscope No 2. Dernier accès : 21 février 2014, à http://www.ediq.ulaval.ca/fileadmin/ediq/fichiers/Publication/Ediqscope/Ediqscope_2012_No_2-En_ligne_VF_16_janv.pdf
- Gagnon R (2013). Au cœur de la pratique sage-femme québécoise : la relation de confiance. *La Revue Sage-Femme*, 12(5), 214-219.
- Géraud MO, Leservoisier O & Pottier R (2000). *Les notions clés de l'ethnologie*. Paris : Colin.
- Ghasarian C (2004). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*. Paris : Armand Colin.
- Giroux M E (2008). La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec (1975-1999). *CRISES. Collection Mouvement sociaux*. Dernier accès : 21 février 2014, à http://www.crisis.uqam.ca/upload/files/publications/mouvements-sociaux/CRISES_MS0802.pdf
- Glaser B G (1978). *Theoretical sensitivity : Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser B & Strauss A (1967). *The discovery of grounded theory*. New York : Aldin.
- Gouvernement du Québec (1998). *Pratique des sages-femmes : recommandations ministérielles*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (1999). *Loi sur les sages-femmes, L.R.Q., c.S-0.1*. Dernier accès : 21 février 2014, à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_0_1/S0_1.html
- Gouvernement du Québec (2006). *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels (art. 1.31)*. Dernier accès : 21 février 2014, à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26R2.htm
- Gouvernement du Québec (2007). *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des sages-femmes du Québec*. Dernier accès : 21 février 2014 à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/S_0_1/S0_1R13.htm
- Immigration-Québec (2010). *Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelle entre l'Ordre des sages-femmes du Québec et la ministre de la santé et des sports et le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes de France*. Dernier accès : 21 février 2014, <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/arm/ARM-sages-femmes.pdf>
- Laforce H (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Laforce H (1987a). L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui. In : Saillant F & O'Neill M (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 31-37). Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Laforce H (1987b). Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle. In : Saillant F & O'Neill M (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 163-180). Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Laurendeau F (1987). La médicalisation de l'accouchement. In : Saillant F & O'Neill M (Eds), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 125-162). Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Lemay C (2007). *«Être là» : étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Dernier accès : 24 mai 2013, à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/pqdftt/docview/304744388/fulltextPDF/13E488C89CC358C1194/1?accountid=14725>
- Mayer R, Ouellet F & Saint-Jacques M C (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Morse J M (1991). Strategies for sampling. In : Morse J M (Éd.). *Qualitative nursing research : A contemporary dialogue* (pp.127-145). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Ordre des sages-femmes du Québec (2002). *Philosophie*. Dernier accès : 21 février 2014, à http://www.osfq.org/?page_id=840
- Ordre des sages-femmes du Québec (2003). *Les normes de pratique professionnelle des sages-femmes au Québec*. Dernier accès : 21 février 2014, à http://www.osfq.org/?page_id=840
- Ordre des sages-femmes du Québec (2009). *Rapport annuel de l'Ordre des sages-femmes du Québec 2008-2009*. Dernier accès : 21 février 2014 à <http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2012/04/rappannuel09.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec (2012a). *Rapport annuel de l'Ordre des sages-femmes du Québec 2011-2012*. Dernier accès : 21 février 2014 à <http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2012/12/Rapport-annuel-2012.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec (2012b). *Rapport d'activités du 1er janvier au 31 décembre 2012. Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*.
- Ordre des sages-femmes du Québec (2013). *Rapport annuel de l'Ordre des sages-femmes du Québec 2012-2013*. Dernier accès : 21 février 2014 à http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2013/12/Rapport-annuel-2013_V2.pdf
- Ordre des sages-femmes du Québec (2013b). *Où accoucher ?* Dernier accès : 21 février 2014 à http://www.osfq.org/?page_id=36
- Page L (2003). One-to-one midwifery : restoring the «with woman» relationship in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(2), 119-125.
- Paillé P (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé P & Mucchielli A (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Patton MQ (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Renaud M, Doré S, Bernard R & Kremp O (1987). Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle. In : Saillant F & O'Neill M (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 181-212). Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

- Saillant F & O'Neill M (1987). L'accouchement au Québec : repères historiques, sociaux et culturels. In : Saillant F & O'Neill M (Eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (pp. 17-25). Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Saint-Arnaud Y (2001). La réflexion-dans-l'action. Un changement de paradigme. *Recherche et Formation*, 36, 17-27.
- Schön D (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Université du Québec à Trois-Rivières (2013). *Programme de baccalauréat en pratique sage-femme*. Dernier accès : 21 février 2014 à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/pgmw001?owa_cd_pgm=7083

Éthique

Cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique de la Recherche de l'Université Laval (2007-234) et de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-07-129-06.07).

Remerciements

L'auteure remercie :

le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, pour la bourse d'études supérieures accordée pour cette recherche;

Madame Manon Niquette, professeure titulaire au département d'information et de communication et aux études supérieures en santé communautaire de l'Université Laval (Québec), pour son soutien lors de la recherche;

Madame Lucille Guilbert, professeure titulaire à l'Université Laval et responsable de l'Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec, pour son soutien et son expertise en ethnologie de l'interculturel.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Auteure

Raymonde Gagnon, Sage-femme, MSc, Directrice, Programme de formation en Pratique Sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières; Doctorante en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Canada.